

Revista de Teorias e Práticas Educacionais

Online ISSN 2318-4760

RTPE

5(1)

Outubro/ Dezembro
October/ December

2014



Título / Title: Revista de Teorias e Práticas Educacionais
Título abreviado/ Short title: Rev. Teor. Prát. Educ.
Sigla/ Acronym: RTPE
Editora / Publisher: Master Editora
Periodicidade / Periodicity: Trimestral / Quarterly
Indexação / Indexed: Latindex, Google Acadêmico
Início / Start: Outubro, 2013/ October, 2013

Editor-Chefe / Editor-in-Chief:

Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho [MS; Dr; PhD]

O periódico **Revista de Teorias e Práticas Educacionais – RTPE** é uma publicação da **Master Editora** para divulgação de artigos científicos apenas em mídia eletrônica, indexada à base de dados **Latindex** e **Google Escolar**.

Todos os artigos publicados foram formalmente autorizados por seus autores e são de sua exclusiva responsabilidade. As opiniões emitidas pelos autores dos artigos publicados não correspondem necessariamente, às opiniões da Master Editora, do periódico **RTPE** e/ou de seu conselho editorial.

*The “**Revista de Teorias e Práticas Educacionais – RTPE**” is an editorial product of **Master Publisher** aimed at disseminating scientific articles only in electronic media, indexed in **Latindex** and **Google Scholar** databases.*

*All articles published were formally authorized by the authors and are your sole responsibility. The opinions expressed by the authors of the published articles do not necessarily correspond to the opinions of Master Publisher, the **RTPE** and/or its editorial board.*



Prezado leitor,

*Temos a imensa satisfação de lançar a quinta edição, volume um, do periódico **Revista de Teorias e Práticas Educacionais - RTPE***

*A **Master Editora** e o periódico **RTPE** agradecem aos Autores dos artigos que abrilhantam esta edição pela confiança depositada neste projeto. O periódico **RTPE** é um dos primeiros “open access journal” do Brasil, representando a materialização dos elevados ideais da **Master Editora** acerca da divulgação ampla e irrestrita do conhecimento científico produzido pelas diversas ciências relacionadas à área da Educação.*

Aos autores de artigos científicos que se enquadram em nosso escopo, envie seus manuscritos para análise de nosso conselho editorial!

Nossa sexta edição estará disponível a partir do mês de Janeiro de 2015!

Boa leitura!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-Chefe RTPE

Dear reader,

*We have the great pleasure to launch the fifth edition, volume one, of the “**Revista de Teorias e Práticas Educacionais**” – **RTPE**.*

*The **Master Publisher** and the **RTPE** are very grateful to the authors of the articles that brighten this edition. The **RTPE** is one of the early open access journal in Brazil, representing the materialization of the lofty ideals of **Master Publisher** about the broad and unrestricted dissemination of scientific knowledge produced by the several areas of Education.*

*Authors of scientific articles that are interested in the scope of **RTPE**, send their manuscripts for consideration of our editorial board!*

Our sixth edition will be available in 2014, January

Happy reading!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-in-Chief RTPE

GESTÃO DE ENSINO NA SAÚDE: RELEVÂNCIA NA FORMAÇÃO DO GESTOR NO CONTEXTO DA SAÚDE BRASILEIRA

CAROLINA BARALDI ARAUJO **RESTINI**, NICOLE MASET **FERNANDES**, LEONARDO CASTRO **MARINZECK**, ELIANE LUCAS **FERREIRA**, FERNANDO CÉSAR FERREIRA **PINTO**, LEANDRO SILVA **MOTA**05

REFLEXÕES SOBRE O DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

ROSENI GENTILIN **PINTINHA**, MARCOS EDUARDO **PINTINHA** 12

GESTÃO DE ENSINO NA SAÚDE: RELEVÂNCIA NA FORMAÇÃO DO GESTOR NO CONTEXTO DA SAÚDE BRASILEIRA

MANAGEMENT EDUCATION IN HEALTH: THE RELEVANCE OF TRAINING MANAGER IN THE CONTEXT OF BRAZILIAN HEALTH

CAROLINA BARALDI ARAUJO RESTINI^{1*}, NICOLE MASET FERNANDES², LEONARDO CASTRO MARINZECK², ELIANE LUCAS FERREIRA², FERNANDO CÉSAR FERREIRA PINTO², LEANDRO SILVA MOTA²

1. Professora Doutora no Programa de Mestrado em Saúde e Educação e no Curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP; 2. Alunos do Programa de Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

* Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP - Av. Costábile Romano, 2201, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. CEP: 14096-900. carolbaraldi@hotmail.com

Instituições de Ensino: Universidade de Ribeirão Preto – Programa de Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Saúde e Educação

Recebido em 04/10/2014. Aceito para publicação em 21/10/2014

RESUMO

Apesar da crescente necessidade de mão de obra qualificada na área da saúde, egressos das universidades não contemplam expectativas profissionais para desenvolver processos Ensino-Aprendizagem no ambiente de trabalho. O desenvolvimento das teorias pedagógicas em paralelo a mudanças política, econômica, cultural e social, bem como ao contexto histórico do serviço de atendimento às necessidades da saúde, conjecturam que a relação entre ensino e aprendizagem tenha se concretizado mediante metodologias atualmente defasadas e não permitem impetrar a formação do profissional que demanda a saúde no Brasil. Apresentamos discussão a respeito das práticas pedagógicas e metodologias de ensino frequentemente utilizadas. Há necessidade de estruturar matriz curricular para capacitar profissionais que atendam exigências e dificuldades nos serviços de saúde no Brasil e, assim, criar ambiente onde se desenvolva ensino para saúde. Apresentamos suporte teórico para que se pense em uma formação acadêmica que capacite o profissional/gestor para a prática social, e supere a unilateralidade do conhecimento pedagógico-científico.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino, gestão de serviços de saúde, assistência à saúde, aprendizagem, formação profissional.

ABSTRACT

Despite the growing demand for skilled manpower in the health sector, graduates recently out of universities do not include specific professional expectations as ability to develop teaching-learning processes in the workplace. The development of pedagogical theories in parallel to the political, economic, cultural and social changes, as well as the historical context of the necessities of the health service, conjecture that the relationship between teaching and learning has been accomplished by outdated methods and not allow reaching the professional education demanded in the health services in Brazil. Here is discussed the pedagogical practices and teaching methodologies often used. We argue the necessity to

structure curriculum to train professionals to problems of the services and thereby create the environment where they develop education for health in a dynamic way, adapt to supply the real needs of the Brazilians. We present theoretical support for the training of professional, differently qualified to the social practices that overcome the one-sidedness of the pedagogical and scientific knowledge.

KEYWORDS: Teaching, health services administration, delivery of health care, learning, professional education.

1. INTRODUÇÃO

O objetivo da educação não é o de transmitir conhecimentos sempre mais numerosos ao aluno, mas o “*de criar nele um estado interior e profundo uma espécie de polaridade de espírito que o oriente em um sentido definido, não apenas durante a infância, mas por toda a vida*”¹.

Com a crescente necessidade de mão de obra qualificada na área da saúde nos deparamos com profissionais egressos das universidades que não contemplam as expectativas e Diretrizes do Sistema de Saúde Nacional, principalmente no que diz respeito à habilidade em desenvolver processos Ensino-Aprendizagem no ambiente de trabalho, no qual o usuário seja o maior beneficiário².

Muitas vezes os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação ocorrem desarticulados do contexto dos serviços e nem sempre respondem às necessidades dos gestores e trabalhadores³.

O tecnicismo transmitido na academia não privilegia o modo de ação sobre o sujeito. Faz-se necessária a exposição precoce e realista do aluno ao cuidado com a saúde, a fim de despertar o uso de práticas sociais que

são ações transformadoras do meio e do ser a seu favor, não só o bloqueio do processo saúde-doença. Entende-se por prática social a participação ativa da população nas questões de cunho coletivo, que estão na maioria das vezes relacionadas com a promoção do bem estar social por meio da participação nas políticas sociais⁴.

Segundo Carvalho & Ceccim (2006)⁵, os profissionais de saúde devem empenhar-se para que a prática social seja de fato exercida nas comunidades, o que contribui para atitudes transformadoras da realidade e do contexto das políticas de saúde. É papel também do Gestor do Ensino na Saúde incitar práticas pedagógicas voltadas aos profissionais com o intuito de instrumentalizá-los nessa difícil tarefa. Na medida em que a sociedade torna-se ativa no processo saúde-doença, também ocupa lugar de reguladora e gestora da própria saúde e das políticas públicas de saúde, o que também está previsto nos dizeres a respeito dos princípios e diretrizes da participação social do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Identifica-se, por exemplo, a ausência de um profissional responsável pela integração entre os gestores do SUS, os quais acusam descompromisso das universidades para com o Sistema. Segundo alguns autores, docentes e universidades são cientes sobre o fato de que os estudantes não têm acesso às aprendizagens adequadas na rede própria do SUS por seu sucateamento da área física e escassez de recursos assistenciais. Para reverter esse quadro são sugeridas ações, tais como: qualificação de instâncias locais; identificação e investimento em potencialidades; valorização da formação multiprofissional e as capacidades específicas de cada profissão, sem aprisionamentos; aprendizagem a partir de valores partilhados e desenvolvimento da capacidade de crítica, autoanálise e autogestão, com vistas a construir outros modos de aprender, de *aprender a aprender*, de aprender no trabalho e de trabalhar para a saúde⁵.

Contamos com a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS (PNEPS), a qual foi instituída no Brasil em 2003 e aprimorada em 2007. Visa articular necessidades de aprendizagem àquelas oriundas do trabalhador no contexto dos serviços de saúde no país, para agregar o *aprender* e o *ensinar* ao dia a dia dos profissionais da área da saúde⁷. Neste formato, a Educação Permanente na Saúde contempla um conceito pedagógico com base na relação do ensino com as ações e serviços da saúde. Além disso, incorpora o papel do docente com a atenção à saúde pública. Após os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira, incluiu-se a relação entre formação e gestão da saúde como campo da Educação Permanente, afora do desenvolvimento institucional e controle social da saúde⁸.

Segundo o Ministério da Saúde (2009)⁷, em Cartilha divulgada sobre a Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), a legislação do SUS defende a utilização de métodos baseados na

aprendizagem significativa, ou seja, os novos conhecimentos e soluções dos problemas enfrentados no trabalho devem ser construídos a partir de conhecimentos pré-existentes, por meio do diálogo e da interação dos vários saberes, bem como de experiências provenientes das práticas profissionais⁷.

A falta de acesso ao que é produzido no meio acadêmico e lacunas na compreensão sobre os processos envolvidos nos serviços de saúde são barreiras para o pleno desenvolvimento profissional e social. Desta forma, é evidente a ausência da figura de um Gestor de Ensino na Saúde com capacitações específicas nas suas próprias áreas de formação.

Diante desse contexto, segue neste artigo, discussão a respeito das práticas pedagógicas e metodologias de ensino-aprendizagem frequentemente utilizadas na área da saúde. Argumentamos a necessidade de estruturar matriz curricular voltada a capacitar profissionais que atendam às exigências e dificuldades encontradas nos serviços e, a partir de então, criar ambientes onde se desenvolvam o ensino em saúde no qual o profissional esteja em íntimo contato com os usuários.

Assim, ao considerar o ensino nos cursos superiores da área da saúde, devemos nos preocupar em formar um gestor na área da saúde, para preencher algumas lacunas apontadas pelos pesquisadores da educação e da saúde ao longo dos anos^{9,10,11,12,13}.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O desenvolvimento deste manuscrito se fundamenta em revisão expositiva/analítica de artigos da literatura técnico-científica. A principal ferramenta empregada foi a pesquisa documental nas fontes de informação para conhecimento científico em saúde dispostos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo os principais portais: LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

O método científico da revisão analítica contou com somatória dos estudos que identificamos por meio de palavras e temas-chave relacionados a “gestão em ensino para área da saúde” de modo a edificar um panorama geral do para o presente desenvolvimento crítico. Desta forma, os temas gerais se concentraram nas seguintes grandes áreas: educação profissional em saúde, saúde pública Brasil, integralidade, atenção à saúde, políticas, planejamento e administração em saúde, saúde e sociedade, processo ensino-aprendizagem, ensino superior, gestão.

A estrutura metodológica foi desenvolvida de modo dinâmico e envolveu os seguintes passos: 1- triagem do assunto e estabelecimento dos objetivos, considerando-se a utilidade e oportunidade para seu

desenvolvimento; 2- busca bibliográfica no sentido de identificar as fontes que potencialmente iriam compor o presente artigo. Uma vez que a fidedignidade de uma revisão de literatura é consistentemente dependente de trabalhos de outrem, a referenciação foi cuidadosa para manutenção da integridade das informações, por exemplo, ao evitar ‘*apuds*’; 3-leitura inspeccional crítica para eleger os textos que fizessem *jus* à produção e abrangência do assunto. Neste passo o cuidado foi orientado por meio da questão central “Gestão: saúde, educação e projeto pedagógico; 4- disposição das pesquisas relevantes segundo o princípio lógico de construção do texto e formatação desta publicação. A avaliação crítica é observada a cada momento de disposição da informação elegível. Poderíamos considerar a etapa de avaliação crítica como um 5º passo na organização metodológica do material, contudo, este passo está inserido na 4ª etapa de modo dinâmico e inclui: histórico, comparações bibliográficas, identificação de discordâncias/concordâncias entre autores; 5- conclusão: pautamos e unimos os novos conhecimentos produzidos, identificamos as áreas controversas, os temas ou sub-temas que ainda carecem de investigações para planejamento da formação do gestor em ensino para a saúde, cujo cerne a literatura atual apresenta lacunas que podem ser preenchidas com o perfil do gestor a que se deseja sugerir construção.

3. RESULTADOS

Histórico das teorias pedagógicas

Segundo Lacanallo *et al.* (2009)¹⁴, não é possível entender a educação sem entender o contexto em que está inserida. Ao retomar a história da educação é possível acompanhar o desenvolvimento das teorias pedagógicas de acordo com as alterações política, econômica, cultural e social.

As teorias pedagógicas, ou teorias de ensino e aprendizagem, se estruturaram conforme as mudanças na sociedade ao longo do tempo e contribuíram, não apenas sobre métodos de ensino, como também sobre a percepção do desenvolvimento humano.

A relação entre ensino e aprendizagem se concretizou por meio de metodologias específicas, desenvolvidas com base em planejamento de objetivos pré-determinados. Assim, entende-se por método de ensino o modo como o professor organiza as atividades junto aos alunos, as estratégias e os procedimentos adotados para atingir objetivos de ensino¹⁴. Métodos são, portanto, desenvolvidos de acordo com a crença nos resultados de determinada teoria pedagógica.

Historicamente, os métodos de ensino são classificados como: *Pedagogia Tradicional*, *Pedagogia Tecnicista*, *Pedagogia Crítica*, *Pedagogia Construtivista* e *Pedagogia Progressista*.

A *Pedagogia Tradicional* dominou os processos de ensino e aprendizagem por séculos. Seus primeiros registros datam do século XIV. Eram as chamadas *Companhias de Jesus*, em que as escolas pertenciam a Igreja e utilizavam o espaço de educação dos jesuítas para expandir a evangelização e a cultura Europeia¹⁴.

Este modelo tradicional está relacionado com a transmissão de conteúdo sólido, pronto e acabado, sem espaço para alunos críticos onde a disciplina deve, rigorosamente, prevalecer no processo de ensino e de aprendizagem. Aulas são exposições de teorias e os métodos de ensino priorizam a memorização. O aluno absorve conhecimentos sem questioná-los, contudo, capacitado a reproduzir quando lhe for solicitado. O professor ocupa posição de poder, detentor do saber. O aluno, de forma passiva e disciplinada, recebe o *conhecimento pronto e acabado*^{14,15}.

O conhecimento pronto e acabado aqui discutido é aquele considerado terminado e definitivo, no qual o aluno não pode interagir e/ou alterá-lo. O conhecimento é transmitido de maneira soberana. Neste processo não há espaço para que o aluno participe da construção do seu próprio aprendizado.

Apesar de apresentar caráter passivo da obtenção do saber, o modelo tradicional está inserido num contexto onde somente clero e burguesia tinham acesso.

A partir do século XVIII, sob influências da Revolução Industrial, a expansão urbana e o crescimento da classe operária, o acesso à educação se expandiu. A evolução das ciências e da tecnologia apontou a necessidade de uma educação que atendesse aos interesses de outras esferas da sociedade.

O questionamento dos moldes tradicionais foi responsável por consolidar o movimento da *Escola Nova*. Por volta de 1920, intelectuais, entre eles John Dewey, defenderam a educação como direito de todos. Segundo Dewey (1910), o ensino (amplo) seria o único caminho de combate à desigualdade social, pois, o método tradicional desconsiderava o pensamento do processo ensino-aprendizagem, o qual deveria explorar as dúvidas, as curiosidades, a investigação, ou seja, colocar o pensamento em movimento. Segundo o autor, ao professor cabe a função de instigar o pensamento para formar um aluno crítico e investigativo. A contribuição de Dewey é considerada histórica. Foi o precursor do pensamento pedagógico contemporâneo e abriu caminhos para a aprendizagem com participação ativa do aprendiz^{15,17}.

De acordo com Koschmann (2001)¹⁸ Dewey substanciou os fundamentos do aprendizado baseado em problema (*Problem Based Learning*). Segundo Dewey (1910)¹⁶, a ciência estava sendo ensinada muito mais como um acúmulo de material pronto, de modo que de modo a fazer o estudante adquirir hábitos de pensar e construir o seu próprio padrão de pensamento científico. Acerca destes métodos de ensino massificados e o ensi-

no médico, Flexner (1910)¹⁹ mostrou que a forma com que se vinha lidando com a didática estava completamente antiquado e já apontava futuro incerto e preocupante sob o dogma do aprendiz aceitar informações supostamente completas no contexto no qual o professor “sabia”, e os alunos “aprendiam”.

Na segunda metade do século XX surgiu nos EUA e alguns anos depois no Brasil o movimento da Pedagogia Tecnicista¹⁴. Skinner (1972)²⁰ foi um de seus primeiros representantes americanos e atribuiu o processo de ensino e aprendizagem ao condicionamento dos indivíduos por meio de métodos associativos. Skinner (1972, p.62)²⁰ definiu ensino como “*um arranjo de contingências de reforço sob as quais o aluno aprende*”. Segundo ele as contingências devem ser planejadas de acordo com a ocasião em que o comportamento e suas consequências ocorrem para indicar a eficiência da atuação do professor na aprendizagem. A associação dos conhecimentos é chamada generalização e, para a Pedagogia Tecnicista, é o que possibilita o desenvolvimento de repertórios comportamentais melhores adaptados ao meio, consequentemente, ao desenvolvimento individual.

A partir de Skinner (1972)²⁰, os procedimentos técnicos direcionados ao ensino e aprendizagem foram revistos. Foram inseridas tecnologias para auxiliar o professor a alcançar seus objetivos previamente planejados, estimular a produção de livros, a utilização de recursos áudio visuais e ainda o desenvolvimento de novas tecnologias como mediadoras do processo ensino-aprendizagem. Todos esses procedimentos basearam as chamadas “*máquinas de ensino*” ou “*máquinas de ensinar*”. Tratava-se de recurso tecnológico proposto por Skinner baseado em instruções programadas em *softwares* para resolução de problemas, os quais, quando respondidos, emitiam imediatamente o resultado positivo ou negativo ao aluno e incitava determinados comportamentos e/ou desestimulava outros. Segundo os pedagogos tecnicistas as *máquinas de ensinar* poderiam, em alguns contextos, substituir o professor¹⁴.

Paralelamente à Pedagogia Tecnicista, no século XX, a partir dos anos 30, iniciou-se a estruturação de nova maneira de compreensão do processo de desenvolvimento humano, e, portanto, do contexto de ensino *vs* aprendizagem. Representado inicialmente por Piaget e posteriormente por Vygotsky, caracterizou a Pedagogia Crítica e se fortaleceu no final da década de 1970 e início de 1980. Nascida na escola de Frankfurt e propagada por todo o mundo, a Pedagogia Crítica incentivou o desenvolvimento de novos movimentos da Pedagogia. O aluno adquiriu *status* ativo (ainda que implícito) na construção do seu conhecimento e desenvolvimento, mediado de forma dialética, para propiciar novas frentes da pedagogia com real interação entre indivíduo e a sociedade.

Segundo Marin *et al.* (2010, pág. 14)¹⁷ o movimento

da pedagogia crítica:

“...na atualidade abriga um amplo espectro de reflexões filosóficas com algumas diferenças em suas bases conceituais. Todas, porém, compartilham ideias: adequar a escola é o local de lidar com as contradições sociais e problematizar a realidade; de que a decisão do que saber e do que fazer depende das necessidades sociais vividas; procuram a superação da dicotomia “trabalho intelectual e trabalho manual”, e a proposta delas é a de formar o homem pelo e para o trabalho.”

Os preceitos da Pedagogia Crítica acerca do processo de ensino e aprendizagem propiciou o imediato desenvolvimento da Pedagogia Construtivista (início dos anos 1980). Representada por Emília Ferreiro, ex-aluna de Piaget, que defendeu o aprendizado mediante experimentação do aluno, a pesquisa em grupo, o estímulo à dúvida e o desenvolvimento do raciocínio. A demanda da postura ativa do aluno em prol de sua educação passou a ser explícita¹⁵.

Influenciados pelos princípios da corrente filosófica do pensamento complexo, surgiu o movimento da Pedagogia Progressista, representada por educadores como Paulo Freire. De acordo com a Pedagogia Progressista, a educação deveria estar inserida na prática social e o aluno ser agente de transformação, onde deve predominar com métodos ativos com o objetivo de unir teoria e a prática social. O relacionamento Professor-Aluno passou a ser democrático visando e a construção conjunta do conhecimento^{14,15}. Desde então, os estudos mais recentes sobre o processo de ensino e aprendizagem, em todas as idades, não apenas para crianças em desenvolvimento cognitivo, estimulam a maneira ativa de o aluno assumir seu processo de aprendizagem.

Nesta fase do histórico pedagógico os fundamentos que substanciam o método ativo de aprendizado (aprendizado baseado em problemas – *Problem Based Learning*, PBL), adquirem “corpo”, como previsto inicialmente por Dewey (1920)¹⁶.

Perante ao contexto histórico do serviço de atendimento às necessidades da saúde, bem como ao contexto da construção pedagógica, contamos com um conjunto de processos e informações que providenciam embasamento para estruturar técnicas de ensino com um mínimo de originalidade no sentido de formar o gestor para a saúde com habilidades (agilidade, facilidade, eficácia, conhecimento teórico e prático) para resolver diversidades do serviço de saúde no Brasil. Ou seja, temos embasamento teórico suficiente para preparar profissionais da área de saúde que construam, em seu ambiente de atuação, o conhecimento em conjunto com a prática social e supere a unilateralidade do conhecimento pedagógico-científico, atribuído a quem atende a população, como pregam os modelos pedagógicos que atualmente os formam.

Método ativo e o ambiente ensino-aprendizado do gestor na área da saúde.

Ao considerar que a prática social se beneficia do empenho do professor em formar o aluno que tenha liberdade para construir seu conhecimento, Giusta (2003, pág 35)²¹, comparou as concepções de aprendizagem e a evolução histórica das teorias pedagógicas, e concluiu que:

“Nesses termos, chega-se à conclusão de que as práticas pedagógicas que respeitam a concepção de aprendizagem em foco devem apoiar-se em duas verdades fundamentais:

- A de que todo conhecimento provém da prática social e a ela retorna;

- A de que o conhecimento é um grande empreendimento coletivo, nenhum conhecimento é produzido na solidão do sujeito, mesmo porque essa solidão é impossível.”

Para algumas universidades de Ensino Superior no Brasil, tanto em seus programas de Graduação como Pós-Graduação, o emprego de metodologias ativas de ensino se apresenta como instrumento essencial, cujo cerne é a participação do aluno, por exemplo, por meio seminários de busca ativa de conteúdo, pesquisas em grupo, experimentação, experientiação, problematização (aprendizado baseado em problema, *PBL Problem Based Learning*), entre outras. Contudo, no processo de ensino e aprendizagem, ainda hoje há predomínio dos modelos tradicionais em todos os níveis (fundamental, médio e superior) na linha da Pedagogia Tradicional¹⁷.

De acordo com Marin *et al* (2010)¹⁷, as instituições que empregam uso das metodologias ativas para o ensino, se apoiam na formação do aluno com perfil positivo quanto ao enfrentamento de situações complexas e de rápidas mudanças. A inovação, a criatividade e a capacidade de resolução de problemas diante das dificuldades do dia a dia são habilidades que diferenciam o profissional bem sucedido na atuação na área da saúde.

“... pode-se considerar que o uso das metodologias ativas contribui para a construção de uma lógica de cuidado mais ampliado e integral, o que representa um avanço requerido na formação de profissionais de saúde para o SUS...”¹⁷.

A estruturação de um novo formato de ensino, ou mesmo matrizes curriculares para profissionais da área da saúde deve também se ater com à formação dos jovens ingressantes. Os resultados divulgados recentemente por meio do Programa para a Avaliação Internacional de Estudantes (PISA), com base na prova realizada em dezembro de 2012, mostrou que o Brasil ocupa o 58º lugar, tal resultado é pior do que o exame anterior (53º)²². Os resultados do PISA demonstraram que as deficiências dos estudantes são elementares e sugerem

que o processo de aprendizagem será, provavelmente, muito complicado no ensino superior. A educação no ensino fundamental e médio é completamente baseada em método que enfatiza o estímulo de ferramentas de ensino (tecnologia na sala de aula), a apreciação estrita do que o professor tem a ensinar, etc., mas nenhum estímulo em aprender a aprender.

Pesquisas indicam que abordagens de métodos ativos de ensino contribuem para o trabalho em grupo. A complementariedade das disciplinas, a interdependência, a capacidade para compartilhar objetivos da resolução de problemas e a responsabilidade são pilares para os métodos deste modo de processar o ensino e a aprendizagem. Além disso, os alunos são treinados a receber críticas, valorizar a comunicação no ambiente de trabalho e aprimorar o relacionamento interpessoal de forma geral^{17,23}.

Por outro lado, estes mesmos estudos a respeito dos resultados da utilização dos métodos ativos de ensino apontam algumas dificuldades práticas. Uma vez que a maioria das escolas do ensino fundamental e médio utiliza as bases da pedagogia tradicional, faz necessária adaptação para o aluno que ingressa em instituição de ensino superior que utiliza métodos ativos de aprendizado²³.

A adaptação mencionada se deve ao fato de que a complexidade de algumas disciplinas transmite aos estudantes a impressão que assuntos não tenham sido estudados, ou seja, não tenham sido aprofundados, o que pode contribuir para percepção de insegurança¹⁷.

“...a abrupta mudança de método de ensino gera insegurança, requer grande esforço dos atores envolvidos no processo e exige mudança de comportamento, maturidade e organização”¹⁷.

Direções para o planejamento em formar o gestor em ensino para a saúde

O planejamento de uma nova proposta deve se basear na elaboração de estratégias com recursos que corroborem para a formação do gestor capaz de propiciar ensino e aprendizagem em seu ambiente de trabalho.

As ferramentas de ensino devem usufruir dos conceitos das técnicas pedagógicas previamente consolidadas, ou seja, mesclar exposição teórica mediática do conteúdo, seminários de construção conjunta aluno-docente, estudos de caso, problematização com o objetivo de promover reflexão crítica dos conteúdos em sala de aula, etc.

Alvitamos o emprego da junção de contextos das teorias pedagógicas e não metodologia única de ensino. A estratégia é se atentar para estrutura curricular que privilegie a promoção da qualidade da educação para capacitar e desenvolver o profissional crítico, que se disponha a aprender a trabalhar de forma multidisciplinar e consiga atrelar a teoria com a prática social para

prover saúde. Paralelamente a isso, é preciso garantir o sentimento de segurança desse profissional à prática, ou seja prepará-lo para realidade da atuação na área da saúde. Devemos buscar métodos inovadores de ensino que capacitem o gestor na área da saúde a habilidade de liderança baseada em problemas reais nos contexto saúde-doença.

Liderança é um tema polêmico e tem sido constante objeto de estudos, visto que é crescente o número de organizações ávidas por profissionais com esta capacidade para que a estrutura organizacional se torne flexível, dinâmica e eficaz¹².

A liderança é entendida como capacidade em praticar um planejamento estratégico e deve ocorrer por meio dos profissionais capacitados com o objetivo de aumentar a produtividade¹².

Apostamos que a produtividade em saúde seja uma das questões mais relevantes para o planejamento estratégico na formação do gestor com as habilidades que se necessita. A saúde está presente em todos os momentos da vida, não somente diante de sinais e sintomas das doenças. É "*um estado de bem-estar físico, social e mental*"²⁴. Desta forma, é fundamental instituir metodologia que propicie ao futuro gestor compreender a relação entre a qualidade de vida no trabalho e o cuidado à saúde mental do trabalhador, bem como atuar em cenário multidisciplinar.

Propomos considerar abordagem pedagógica que prelecione o respeito e a ciência de cada área profissional envolvida em todos os determinantes do processo de saúde-doença, incluindo os próprios profissionais. Afinal, a qualidade da humanização do serviço depende, em parte, da relação entre os profissionais envolvidos. Para tanto, entender as políticas públicas de saúde do país, invariavelmente o SUS, é crucial para definir um modelo de atenção à saúde que atinja os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Segunda Lima et al. (2007)²⁵, no sentido de otimizar o processo de assistência e o acesso às ações de saúde exige a formação do vínculo usuário-serviço de saúde, que por sua vez depende da continência ao usuário aliado ao bom desempenho profissional. Neste sentido, prognóstico deve-se implantar métodos que treinem o gestor para criar e manter tais vínculos. Com esse objetivo, o investimento na atenção básica é vital. Nesse contexto reafirmamos incluir a instrução acerca da legislação. Toma-se o exemplo dos preceitos do Decreto nº 7.508 que reforçou as principais diretrizes quanto à organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa no sistema público de saúde, ou seja, respeito às diferenças locais e regionais, reforço da regionalização instituído por mecanismos de cogestão (regulamentação da Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde- Brasil, Ministério da Saúde, 1990)².

O Gestor do Ensino na Saúde deve se diferenciar como intercessor entre "o que", "como" e "para que" desse processo com a intenção de promover o encontro formativo entre o aluno e a matéria de ensino. O gestor deve incitar a abordagem do projeto de trabalho que objetiva a delegação do poder de decisão, autonomia e participação dos funcionários na administração dos recursos de saúde^{26,27,28}.

4. CONCLUSÃO

Ponto importante desta discussão é a nova formação. A concepção do profissional com condições de identificar as reais necessidades dos alunos, educadores e da população atendida nos serviços de saúde. Dessa maneira, torna-se imprescindível um olhar cuidadoso a respeito de como ocorre o processo de ensino e aprendizagem e os conceitos que o permeiam perante as necessidades de serviços de saúde da população Brasileira.

As informações e argumentações apresentadas acima fornecem subsídio para formatar arcabouço curricular original que capacite gestores críticos, capazes de detectar problemas e, principalmente, capazes de quebrar o elo das cadeias que levam a agravos das doenças, ou seja, que conheçam a realidade de normatizações vivenciadas por usuários dos sistemas de saúde no Brasil.

A solidez do processo Ensino-Aprendizagem com o uso de métodos consagrados e outros inovadores deve ser característica inerente ao perfil do gestor a que se pretende estabelecer.

O contato, no ambiente acadêmico, com as reais necessidades e carências da população assistida deve despertar no novo profissional a sua capacidade de mudança do meio e dos resultados das suas ações.

REFERÊNCIAS

- [1] Morin E. *A Cabeça Bem-Feita: Repensar a Reforma, Reformar o Pensamento*. Bertrand Brasil, Tradução Eloá Jacobina, 8ª Edição, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- [2] Brasil. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Poder Executivo, Brasília — DF, 19 de setembro de 1990.
- [3] Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, vol.09, n.02, p. 389 - 401, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>. Acesso em: 22 outubro 2013.
- [4] Albuquerque MC, (Org.) *Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira*. — São Paulo: Instituto Pólis, 2006.
- [5] Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Aker-

- man, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; Editora Fiocruz, 2006. pag.149-182.
- [6] Brasil, Ministério da Saúde. *O SUS e o Controle Social*. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2001, 83 p.
- [7] Brasil, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2009, 64 p.
- [8] Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- [9] Penna MGO. Pistas para se repensar a formação inicial do professor da educação básica em cursos de pedagogia. *Educativa*. Goiânia, vol.15, n.2, p. 355-371, jul./dez. 2012.
- [10] Saviani D. Formação de professores: aspectos históricos e teóricos do problema no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 40, p. 143-155, jan/abr. 2009.
- [11] Gohn MG. Educação não-formal na pedagogia social.. In: *I Congresso Internacional de Pedagogia Social*, 2006. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000092006000100034&lng=en&nrm=abn>. Acessado em: 16 dezembro 2013.
- [12] Chanes M. Os Desafios na Formação de Gestores Líderes em Saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, vol.30, n.2, pag. 326-331, abr/jun 2006.
- [13] Tanuri LM. História da formação de professores. *Revista Brasileira de Educação*, n° 14, p. 61-88, mai/ jun /jul /ago 2000.
- [14] Lacanallo LF, et al. Métodos de Ensino e de Aprendizagem: uma análise histórica e educacional do trabalho didático. *Revista Histedbr Unicamp*. Campinas. Disponível em: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jorna-da7/GT4%20PDF/M%C9TODOS%20DE%20ENSINO%20E%20DE%20APRENDIZAGEM%20UMA%20AN%C1LISE%20HIST%D3RICA.pdf. Acesso em: 22 de outubro de 2013.
- [15] Rigui GO, et al. Métodos de Ensino. *Psicologia da Educação UFRGS*. Porto Alegre, 2008. Disponível em: http://www.ufrgs.br/psicoeduc/wiki/index.php/M%C3%A9todos_de_ensino-. Acessado em 22 de outubro de 2013.
- [16] Dewey J. *The American Association For The Advancement Of Science: Science As Subject-Matter And As Method*. Science, vol.31 n.787 pag. 121-127, Jan 1910.
- [17] Marin MJS, et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol.34, n.1, p. 13-20, 2010.
- [18] Koschmann T. Dewey's contribution to a standard of problem-based learning practice. In P. Dillenbourg, A. Eurlings & K. Hakkarainen (Eds.), *European perspectives on computer-supported collaborative learning: Proceedings of Euro-CSCL, 2001* (pp. 355- 363). Dezembro 2003. Disponível em: <http://www.mmi.unimaas.nl/euro-cscl/Papers/90.pdf>
- [19] Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation, 1910.
- [20] Skinner BF. *Tecnologia do Ensino*. São Paulo: Herder e Edusp, 1972.
- [21] Giusta AS. Concepções de Aprendizagem e Práticas Pedagógicas. *Educação em Revista*. Belo Horizonte, vol.29, n.01, p.17-36, março 2013.
- [22] INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/pisa-programa-internacional-de-avaliacao-de-alunos>>, acessada em 16/12/2013.
- [23] Silva RF, Sá-Chaves I. Reflexive formation: teachers' representations about the use of reflexive portfolio in the forming of medical doctors and nurses. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu – SP, vol.12, n.27, p.721-34, 2008.
- [24] Brasil, Ministério Da Saúde. *A Educação que Produz Saúde*. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2005, 16 p.
- [25] Lima MADS, et al. Acesso e Acolhimento em Unidades de Saúde na Visão dos Usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, vol.20, n.1, p. 12-17, jan.-mar. 2007.
- [26] Rodrigues CHR, Santos FCA. Empowerment: Estudo de casos em empresas manufactureiras. *Gestão & Produção*, vol.11, n.2, p.263-274, mai.-ago. 2004.
- [27] Ceccim, RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Revista. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.14, n.1, pag. 41- 65, 2004.
- [28] Cyrino EG, Pereira MLT. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.20, n.3, pag. 780-788, maio-jun 2004.



REFLEXÕES SOBRE O DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

REFLECTIONS ON THE ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY (TDAH)

ROSENI GENTILIN PINTINHA¹, MARCOS EDUARDO PINTINHA^{2*}

1. Acadêmica do curso de pós-graduação em Serviço Social e Políticas Públicas da Faculdade Ingá - Maringá - PR; 2. Professor Mestre em Fundamentos da Educação da Faculdade Ingá - Maringá - PR.

* Rua Monsenhor Kimura, 353. Maringá- PR. CEP.: 87.450-010 rosenipintinha@gmail.com

Recebido em 02/10/2014. Aceito para publicação em 23/10/2014

RESUMO

O Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA) com hiperatividade é a dificuldade do indivíduo em selecionar estímulos e focalizar sua atenção em uma determinada tarefa, por algum tempo, e executá-la do começo ao fim, devido sua inquietude. Dentre os fatores que interferem na constância do foco de atenção estão: a alteração funcional do sistema neurobiológico cerebral, os fatores genéticos, doenças mentais, desnutrição, alcoolismo, tabagismo, desajustes familiares, a afetividade e o distúrbio de déficit de atenção e a hiperatividade. Esse distúrbio trás desordens psíquicas, sociais e motoras, bem como, problemas de aprendizagem, principalmente, em crianças do ensino fundamental, pois é na época escolar que se começam exigir maiores níveis de atenção por um tempo maior e num mesmo local. O papel do professor como agente identificador do Déficit e orientador dos pais é fundamental, pois o encaminhamento precoce da criança ao especialista poderá evitar perdas na aprendizagem. Só uma boa avaliação neurológica e psicológica poderá diagnosticar a prevalência do DDA, e dar início a um tratamento adequado e as demais medidas a serem tomadas pelos pais e pela escola. A intervenção no processo ensino/aprendizagem dependerá muito do grau de entendimento que o professor formar sobre o assunto, pois só assim, poderá compreender melhor o comportamento do DDA, valorizando suas potencialidades, melhorando sua autoestima, o convívio com a classe e consequentemente seu rendimento. Este é o maior bem que o diagnóstico pode trazer ao DDA; libertá-lo dos rótulos que lhes são taxados devido a sua má atuação, apesar da inteligência que lhe é comum.

PALAVRAS-CHAVE: Distúrbio de atenção, DDA, hiperatividade, aprendizagem.

ABSTRACT

Despite The attention deficit disorder with hyperactivity (TDAH) is the individual's difficulty in selecting stimuli and focus your attention on a particular task, for some time, and run it from start to finish, due to its restlessness. Among the factors that interfere in the constant focus of attention are: the functional change of cerebral system, genetic factors, mental illness, malnutrition, alcoholism, smoking, family dysfunction, the affection and the attention deficit disorder and hyperactivity. This psychic disorders back disorder, social and motor skills as well as learning problems, especially in children of elementary school, because it is at the time that school if they require higher levels of attention for a

longer time and in one place. The teacher's role as an agent identifier of the Deficit and parental guidance is critical because early child into forwarding specialist will be able to avoid losses in learning. Just a good psychological and neurological evaluation can diagnose TDAH prevalence, and initiate appropriate treatment and other measures to be taken by parents and by the school. The intervention in the teaching/learning process will depend on the degree of understanding that the teacher training on the subject, so that you can better understand the behavior of the TDAH, valuing their potentialities, improving your self-esteem, the conviviality with the class and consequently their income. This is the greatest asset that diagnosis can bring the TDAH; set him free of labels that are taxed them due to his bad acting, despite intelligence that is common.

KEYWORDS: Attention disorder, TDAH. Hyperactivity, learning.

1. INTRODUÇÃO

O Entre as alterações que podem ocorrer na atenção e causar transtornos à aprendizagem está o Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA), também denominado de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). O DDA caracteriza-se pela alteração da atenção que geralmente é acompanhada de hiperatividade e/ou impulsividade, e se manifesta de forma mais intensa e frequente do que é o observado em indivíduos na mesma faixa de desenvolvimento e em condições socio-culturais semelhantes¹.

O Déficit de Atenção com Hiperatividade/Impulsividade é uma desordem que surge na infância, afetando a inibição e o autocontrole do comportamento. Manifesta-se por três sintomas persistentes e acentuados de desatenção, impulsividade e/ou hiperatividade, o que frequentemente compromete o desenvolvimento das chamadas funções executivas, isto é, dos processos que permitem focalizar, direcionar, regular, gerenciar e integrar funções cognitivas, emoções e comportamentos^{1,2}.

O transtorno foi originário do verbo transtornar, segundo Olivier (2013)³, já possuía nos dicionários do século XIX a acepção de alteração da personalidade, na área da Psicologia, o distúrbio foi usado para abranger

alterações de fundo estrutural e funcional. A criança com DDA apresenta comportamento com velocidade de atividade motora acentuada, inadequada ou excessiva, não consegue permanecer quieta em um lugar e mexe-se o tempo todo. A isso os autores chamam de hiperatividade. A alteração da atenção é um sintoma invariável e o mais importante para se entender o comportamento da criança com DDA³.

A criança tem forte tendência à dispersão, costuma dar respostas precipitadas, tem problemas de relacionamento com colegas, e são frequentemente, rotuladas de inconvenientes, preguiçosas, pestinhas, mal educadas e outros, devido à hiperatividade e impulsividade. Além de hiperativa, desatenta e impulsiva essa criança com DDA pode apresentar o tipo combinado de DDA, que é a soma desses três sintomas, que favorece o aparecimento de comorbidades como de motricidade e dislexias, que exigem cuidados de profissionais como fonoaudiólogos, psicopedagogos, além do neurologista e psicólogo⁵.

Os estudos para encontrar uma origem genuína para esse problema são muitos, mas é difícil determinar uma única razão, diante da variação sintomática, das particularidades e da intensidade manifestada em cada caso. Por isso, buscaremos compreender as principais alterações do sistema nervoso, presentes em crianças com transtorno da atenção e comportamento impulsivo e sua relação com fatores externos relacionados ao meio em que vive a criança, favorecendo assim; sua identificação em sala de aula, o seu encaminhamento à profissionais aptos a realizarem o diagnóstico e tratamento, e a desenvolver um novo conceito nos familiares, professores e colegas, que lhes tirem as entranhas do preconceito para beneficiar a educação dessas crianças, melhorarem o desempenho como educadores, e promover maior conforto social a todos que com ela convivem^{5,6}.

A atenção é a principal condição para a compreensão e a memorização e, portanto, fundamental à aprendizagem. A capacidade de selecionar os estímulos essenciais para num determinado momento, manter-se consciente daquele alvo por longo tempo, começar e terminar uma tarefa e desprezando os estímulos menos relevantes que surgem durante essa realização, são funções realizadas conjuntamente por diversas estruturas encefálicas⁶.

Paim (1986)⁷ definiu a atenção como processo psicológico, mediante o qual concentramos a nossa atividade psíquica sobre o estímulo que a solicita, seja este uma sensação, percepção, representação, afeto ou desejo, a fim de fixar, definir e selecionar as percepções, as representações, os conceitos e elaborar o raciocínio. O referido autor salienta que a atenção não é uma função psíquica autônoma, ao contrário, encontra-se fortemente vinculada à consciência.

De acordo com o tipo de atividade predominante a atenção é dividida em sensorial, motora e intelectual. A atenção sensorial corresponde a uma atividade de espera.

Os fenômenos envolvidos são semelhantes na atenção visual, na auditiva e na somatosensorial.

A mobilização da atenção sensorial não implica necessariamente na sua focalização imediata, muitas vezes, o campo mais externo da visão, da audição e da olfação utiliza a energia sem objetivo como campo de possibilidade ainda por determinar⁷.

Nestas situações em que o objeto da atenção ainda não se acha presente, tudo é indeterminado, não se conhece onde nem quando do que vai ser percebido, nem também o que e o como, exige-se da atenção que ela percorra um campo mais amplo para quando o objeto aparecer não deixá-lo escapar, ao contrário, colocá-lo imediatamente em foco, transformando os aspectos errantes da atenção em concentração persistente que aprende e conserva, mobilizando, portanto, a atenção intelectual⁸.

Atenção motora: consiste no aparecimento de movimentos voluntários de uma tensão ao mesmo tempo sensorial e intelectual. Neste tipo de atenção, a consciência esta centrada na execução de uma atividade, representa uma forma de alerta às atividades musculares que devem responder a determinada orientação. Quando se está aprendendo um novo passo de dança o sujeito pensa o tempo todo no movimento que tem que realizar focalizando sua atenção para os grupamentos musculares que vão realizar o movimento, aumentando desta forma o controle motor e a propriocepção⁸.

A criança realiza os esforços supramencionados para aprender andar, escrever, jogar enfim no aprendizado de todas as suas atividades motoras até que elas se tornem automatizadas⁹.

Atenção intelectual é o tipo de atenção que predomina quando nos voltamos aos aspectos de nossa vida intrapsíquica, atua selecionando os elementos que ocuparão o foco de nossos pensamentos. É amplamente solicitada, quando necessitamos resolver qualquer problema em que se encontre implicado o raciocínio. Propor situações problema, montar quebra cabeça, realizar cálculos matemáticos, planejar o próprio dia, contar a estória de um filme que assistiu e resumir um texto são atividades que em muito colaboram para o desenvolvimento da atenção intelectual (este tipo de atenção conta com forte participação do lobo frontal)⁹.

Cabe destacar que esta divisão tem mais um caráter didático, pois em qualquer de suas formas conhecidas a atenção sempre implica em atividade intelectual, quer seja orientando os movimentos ou dando sentido às percepções sem perder o seu caráter de independência^{10,11}.

Os receptores sensoriais presentes nos órgãos da visão, audição, olfato, tato e gustação transformam todas as informações sensíveis captadas em eventos elétricos. Essa energia captada precisa ser traduzida em imagem; em luz, som, calor entre outros, para que o cérebro reconheça a realidade ou o meio que o cerca. Essa reali-

dade, portanto, é uma construção que o cérebro faz baseado no seu funcionamento e na evolução das conexões neuronais que sua intimidade com o mundo lhe permitiu fazer. Logo os órgãos dos sentidos são os grandes responsáveis pela captação das informações oriundas do mundo dos objetos e do mundo dos outros. Tais informações ao chegarem no nível encefálico nos permitem evoluir de um conjunto de sensações para um conjunto de percepções¹¹.

As percepções mobilizam nossa capacidade de pensar sobre os fatos e objetos, bem como elaborar as respostas motoras conscientes, as quais além do componente de racionalidade incorporado pela atuação do lobo frontal traduzem também emoções resultantes da integração fronto límbica. Desta maneira podemos dizer que o sistema nervoso opera segundo um princípio sensorio-motor, ou seja, através das vias neurais de natureza sensitiva as informações chegam até as áreas encefálicas que as tornam conscientes, de acordo com o seu significado podem ser ignoradas ou ocupar a nossa atenção intelectual levando a sua focalização e ao planejamento de respostas motoras adequadas que implicam em bons níveis de atenção motora associadas a atenção sensorial¹¹.

A atenção é função mental complexa que para ser desempenhada envolve amplamente o substrato orgânico da mente e seus componentes psíquicos. O substrato orgânico aqui entendido como o conjunto de estruturas macro e micro anatômicas que dão suporte a atenção, e os componentes psíquicos como afetividade, motivação, memória, linguagem e pensamento. Logo se faz plenamente justificada a ideia de que a atenção é uma função cognitiva de alta complexidade em que estão implicados numerosos sub processos como a percepção, a intenção e a ação¹¹.

Através da atenção focalizamos nossas atividades conscientes, possibilitando a percepção, a memória e a aprendizagem, pois o direcionamento da atenção promove uma filtragem da informação não desejada. É, portanto, a base sobre a qual se organiza o caráter direcional e a seletividade dos processos mentais. A atenção é o fator responsável pela escolha dos elementos essenciais para a atividade mental, ou processo que mantém uma severa vigilância sobre o curso preciso e organizado da atividade mental^{11,12}.

O indivíduo que não consegue focalizar sua atenção e não eleva sua percepção ao nível de consciência, tem comprometido o direcionamento de suas atividades, e a elaboração das respostas psíquicas e motoras esperadas. Entre os fatores que interferem na constância do processo de atenção estão: a alteração do funcionamento de estruturas encefálicas relacionadas ao processo de atenção (tronco encefálico, sistema límbico, lobo frontal entre outros), fatores genéticos, doenças mentais, desnutrição, álcool, tabagismo, desajustes familiares e altera-

ções da afetividade¹¹.

O objetivo principal do presente estudo foi oferecer subsídios para educadores e pais que necessitam entender o DDA, para melhor lidar com as situações conflituosas diárias. Reflexões diante de um assunto tão complexo, na perspectiva de desconstruir preconceitos e construir novas oportunidades de convivência e respeito, além de apontar o caminho para a melhor dinâmica educativa e terapêutica.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo bibliográfico, cujo foco central eleito foi o Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA). A investigação de caráter bibliográfico visou caracterizar as causas, os sintomas e o tratamento, apresentando a discussão no campo educacional e sugestões para que a criança DDA possa desenvolver um convívio cidadão e o respeito ao espaço alheio.

3. RESULTADOS

Causas do Déficit de Atenção

Os estudos apontam para o funcionamento biológico cerebral como causador do conjunto de sintomas, porque é o fator biológico, em última instância, que determina a diversidade de reações do DDA diante do mundo. Contudo, é necessário compreender que a hereditariedade, as lesões cerebrais (por acidentes ou doenças neurológicas e a má formação), o uso de drogas e o alcoolismo poderão afetar as funções cerebrais, mais especificamente, a atenção. E que esta será prejudicada ou ampliada, tanto quanto a criança estiver exposta a um meio propício a uma coisa ou outra¹.

Barkley (2002)¹, fala de estudos que evidenciam a nicotina e a bebida alcoólica na gravidez como causa de anormalidades no desenvolvimento do núcleo caudado e regiões frontais do cérebro de crianças, e que embora não sendo causa direta do transtorno, esses fatores têm comprovado participação no aumento do risco de problemas de hiperatividade, comportamentais e de falta de atenção.

Segundo Silva (2009)¹³, a região do lobo frontal direito tem sido indicada como a região cerebral que recebe os sinais de conteúdos racionais (o pensamento), e na área ventromediana do cérebro recebe os sentimentos (parte racional das emoções). Já o conteúdo emocional (instintivo) que vem dos sinais corporais, são recebidos em outra área chamada somatosensorial, onde é realizada a função moduladora ou inibidora dos impulsos para ações comportamentais.

Esse déficit funcional está ligado à diminuição na produção de neurotransmissores que, normalmente, rea-

lizam a passagem química da informação possibilitando que sua interpretação dê forma a cada reação do indivíduo. A lentidão desse processo faz com que a criança apresente comportamento hiperativo ou impulsivo, pois seus impulsos alcançam suas vias motoras sem, antes, serem moduladas na região do lobo frontal. A ação reguladora do comportamento exercida por essa região do lobo frontal do cérebro realiza uma série de funções de caráter inibitório, sendo responsável por frear os pensamentos, impulsos e velocidades das atividades físicas e mentais¹³.

Apesar de se saber que, apenas a falha na produção de neurotransmissores não poderia causar uma síndrome tão heterogênea quanto é esse transtorno, os estudos indicam uma deficiência nos neurotransmissores dopamina e noradrenalina no circuito da atenção levando a um hipofuncionamento de sua função moduladora, em especial do componente racional proporcionado pelo lobo frontal e, conseqüentemente, a exacerbação emocional nas tomadas de decisão, aumento quantitativo na movimentação motora e a fragmentação da atenção em diversos alvos, de igual importância, devido à falha na seleção dos impulsos¹¹.

Para Silva (2009)¹³, os estudos com tomografia por emissão de positrons, exame de neuroimagem que mostra a atividade funcional do cérebro, demonstram, nas pessoas com DDA, um funcionamento reduzido na região pré-frontal e pré motora do cérebro. Isto é evidenciado pela redução metabólica decorrente do menor aporte sanguíneo e menor consumo de glicose. Como o lobo frontal é o principal responsável pela ação reguladora do comportamento humano, seu hipofuncionamento compromete uma série de funções inibitórias, por ele exercidas, como o controle da velocidade dos pensamentos, impulso e velocidade das atividades físicas e mentais. Sem o “freio” proporcionado pela região frontal, o cérebro tem uma atividade muito intensa, e é bombardeado por uma tempestade de pensamentos e impulsos numa velocidade muito acima da média ocasionando uma grande desorganização interna.

O alcoolismo, o tabagismo, o uso de drogas, a desnutrição, os desajustes familiares e afetivos, os traumas físicos e psicológicos graves são fatores que podem excitar o aparecimento do déficit em pessoas com pré-disposição genética, pois causam modificações na estrutura funcional do organismo interferindo nas funções cerebrais¹³.

Hallowell (1999)⁹ relata que pesquisas recentes evidenciaram um gene modificador presente em pacientes com síndromes de Torette, do alcoolismo, DDA e autismo, que piora esses distúrbios se esses forem provenientes de outro gene primário (quando o distúrbio é de origem genética). Isso reforçaria a ideia de que o DDA tenha origem genética em alguma mudança química, neuroanatômica ou maturacional que ocasione um desequi-

líbrio funcional cerebral. Mas, há muitas controvérsias entre pesquisadores a respeito desse achado por questões técnicas e de comprovações.

Por mais saudável que uma criança seja, se for exposta a ambientes hostis, convivendo com opiniões conflitantes e situações de desorganização por muito tempo, acabará por assimilar aquela realidade como modelo passando adotar aquela forma de vida como padrão, pois se encontra em fase de construção das bases que formam a mente humana, não tendo, ainda, adquirido informações suficientes para discernir entre o bom e mau comportamento⁹.

De acordo com Silva (2009)¹³, a genética não é uma fatalidade, mas, uma probabilidade importante, e que sofre influências externas. A biologia cerebral pode sofrer alterações em resposta ao meio externo, ou seja, alguns acontecimentos vitais como traumas físicos e psíquicos podem demarcar a estrutura funcional da massa cerebral devido à plasticidade da bioquímica do cérebro que é suscetível às mudanças em cada momento vital.

Para Miranda-Netto (2004)¹², mais importante que ter muitos neurônios, é a circuitaria que eles são capazes de formar possibilitando ao cérebro uma ampla fonte de imagens formadas, a respeito do meio, que necessárias à interação com as situações atuais, garantindo a sobrevivência do indivíduo. Isso demonstra a importância da afetividade dos pais e das relações familiares para o desenvolvimento mental da criança. Para Silva (2009)¹³, mesmo pessoas com pré-disposição genética, podem não desenvolver o DDA se viverem em ambiente estruturados.

Rohde & Benczik (1999)¹⁴, afirmam que o funcionamento cerebral do portador de DDA ocorre com um déficit quantitativo e funcional dos neurotransmissores como a dopamina e a noradrenalina que são substâncias químicas que permitem a passagem de informações eletroquímicas entre um neurônio e outro nas diversas partes do encéfalo.

Conforme Miranda-Netto *et al.* (2004)¹¹, o cérebro é uma grande obra de arte que interage ativamente com o meio desde o nascimento do indivíduo, e que embora a genética possua uma determinada força, se nessa interação, a criança não for estimulada, muitos de seus neurônios não morrerão, mesmo que seu material seja, geneticamente, nobre. Por outro lado, o indivíduo que tem um potencial genético reduzido poderá se beneficiar grandemente de um ambiente estimulador e obter resultados excelentes, com o aumento da comunicação entre seus neurônios, superando, assim, sua própria probabilidade genética. Para esse autor, acontecem mudanças, inclusive morfológicas, no cérebro humano a partir de sua interação com o mundo; é a capacidade plástica do cérebro humano.

Considerando essa grande plasticidade do sistema

nervoso, é bom entendermos que o raciocínio e as ações do indivíduo precisam da atenção e da memória para selecionar e armazenar informações que se consolidam em conceitos norteadores da relação dele com outros indivíduos, na tomada de decisões e vice-versa¹².

Para Silva (2009)¹³, as emoções causam reações físicas em todo o corpo e são elevadas ao nível cerebral em forma de sentimentos, os quais são capazes de produzir lembranças boas e más que determinam reações específicas para cada pessoa. Partindo desse princípio a emoção pode desencadear reações espontâneas provenientes do corpo e reações cognitivas no cérebro.

Mora (2004)¹⁵ diz que depois que esse processo ocorre, e só quando as informações emocionais atingem as áreas associativas do córtex cerebral é que elas são levadas para as áreas motoras para realizar a conduta. Então, o sentimento é a imagem formada através do processo emocional (o pensamento), que influencia grandemente o comportamento e a aprendizagem humana. É assim que se desenvolve a afetividade em relação às coisas ou pessoas. Quando uma criança entra em contato com algo novo, mas, de forma significativa, resgatando conceitos que já são conhecidos dela, ocorre a associação do novo com uma imagem já estabelecida favorecendo a aprendizagem do mesmo de forma significativa e permanente. Quando a criança lembrar do novo conteúdo, ela o fará através da memória associativa criada e dificilmente se esquecerá dele.

Os sintomas do Déficit

Silva (2009)¹³ diz que a criança com DDA tem consciência do exagero de seu comportamento através da reação da família e dos amigos e, apesar de não saber o porquê, ela sabe que faz coisas que incomodam as pessoas e se sente mal. Essa é a grande diferença entre o DDA e as outras síndromes comportamentais, que faz com a criança sofra constrangimentos, tenha baixa auto-estima e sinta muita culpa por sua própria conduta.

Mora (2004)¹⁵, explica que a realidade de que temos consciência, não é uma leitura fiel à realidade externa, mas é aquela que a herança genética juntamente com os circuitos neuronais nos permitiu perceber. Ou seja, a realidade é singular a cada ser humano, sendo que cada cérebro é único, pois suas conexões e funcionamento estão diretamente ligados ao desenvolvimento individual e às experiências vividas por cada indivíduo.

Quanto a isso, Mattos (2004)¹⁰, afirma que, mesmo os sintomas sendo semelhantes nas crianças com DDA, deve-se considerar que cada criança tem seu próprio histórico pessoal, personalidade diferente e contexto familiar próprio. Portanto, a expressão do déficit depende de quem é o indivíduo que tem DDA.

Ao considerarmos o meio social atual e as mudanças frequentes às quais os indivíduos estão submetidos na

luta pela sobrevivência, fica possível entender quantas novas conexões o cérebro é obrigado a fazer para se adequar, e quão imensa pode ser a ampliação da rede neural, e quanto se pode alcançar ou perder de acordo com o contato com essas adversidades do mundo¹⁶.

Os principais sintomas do distúrbio estão ligados à atenção, hiperatividade e impulsividade, mas há outras variações que podem agravar esse quadro. O diagnóstico do DDA não pode ser superficial. Diante da suspeita, a melhor medida a ser tomada, é o direcionamento a um Neurologista, que juntamente com um psicólogo, a família e o professor, concluirá o diagnóstico¹³.

O DDA poderá apresentar-se apenas desatento, desatento com hiperatividade, desatento com impulsividade, ou com todos esses sintomas juntos, que seria o tipo combinado. Outras comorbidades podem surgir com a manifestação acentuada dos sintomas primários, como a dislexia, por exemplo. Para ser considerado um DDA, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quarta edição (DSM-IV), da American Psychiatry Association (APA), a criança deve apresentar seis ou mais itens de cada grupo da lista dos sintomas e sinais estabelecidos pelo Manual, por mais de seis meses, e em maior intensidade que nas outras crianças na mesma fase de desenvolvimento, e em mais que um ambiente^{13,17}.

Um questionário é apresentado aos pais e professores para que sejam circuladas as características demonstradas pela criança, de acordo com sintomas do DSM-IV².

Os sintomas que caracterizam a Desatenção, segundo o DSM-IV (1994)², são:

1. Tendência à distração, mobilizando a atenção para estímulos menos relevantes e sem relação com o que se está fazendo;
2. Dificuldade em manter o foco de atenção durante a realização de tarefas e brincadeiras;
3. Esquecer-se de compromissos e tarefas diárias;
4. Parecer não ouvir, pois não presta atenção ao que está sendo dito. Ficar aéreo;
5. Perder objetos importantes, materiais escolares e brinquedos mais apreciados;
6. Dificuldade na organização de seus materiais, ou atividades e tarefas;
7. Errar por falta de atenção aos detalhes nas tarefas escolares e outras;
8. Relutar para realizar tarefas que exijam esforço mental e focalização da atenção por um período mais longo;
9. Dificuldade ou recusa em seguir regras e instruções, e não terminar o que começa.

Os sintomas que caracterizam a Hiperatividade/Impulsividade são:

1. Ficar mexendo, constantemente mãos e pés, mesmo sentado;

2. Não permanecer sentado, levantando-se com frequência em situações que deveria permanecer sentado, como aula e outros;
3. Pular, correr e escalar coisas, exageradamente e em situações impróprias;
4. Dificuldade em participar silenciosamente de atividade de lazer;
5. Estar sempre agitado e agir impulsivamente, sem pensar;
6. Precipitar-se em responder, antes mesmo da pergunta ser finalizada;
7. Dificuldades em esperar pela vez, quando em atividade em grupo;
8. Interromper ou invadir conversas e atividade dos outros.

O DSM-IV (1994)², baseado nessas manifestações, apresenta três tipos de DDA: o predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo, e o tipo combinado. Quando há maior incidência dos sintomas de desatenção em relação aos sintomas de hiperatividade-impulsividade, se diz que o tipo é predominantemente desatento. Esse tipo é mais encontrado nas meninas, acentuadamente após os 11 anos, e está relacionado, mais, com problemas de aprendizagem, pois, envolve dificuldade da atenção seletiva e de velocidade no processamento das informações.

Quando o predomínio dos sintomas é de hiperatividade-impulsividade, há problemas de sustentação da atenção focalizada por períodos longos, distração frequente. Esse tipo é mais frequente em crianças menores, do sexo masculino, com poucos sintomas de desatenção, e muitos problemas de comportamento e relacionamento, o que se chama de hiperativo-impulsivo. O tipo combinado, conforme o próprio nome sugere, é a soma dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, que gera maiores problemas de conduta, oposição e desafio do que nos outros tipos¹⁴.

A busca por um diagnóstico claro e conciso deve considerar, além da sintomática apresentada, dados relacionados ao histórico da vida do indivíduo. O fator comportamental deve estar enquadrado nos descritos anteriormente, na quantidade e na intensidade exigidos pelo manual, para serem considerados relevantes^{12,13}.

O diagnóstico da parte clínica é necessário, pois, o médico especialista fará constatações através de exames neurológicos, da captação de informações do histórico físico da criança junto aos pais, e indicar que a criança seja consultada, também, por um profissional da psicologia e, juntos, deverão chegar ao diagnóstico, de forma responsável, considerando acima de tudo o bem estar da criança, fazendo com que o conforto da mesma e de seus familiares prevaleça sobre a guerra entre seus pontos de vista profissional¹⁶.

Além dos sintomas já conhecidos o diagnóstico deve

investigar sobre a ocorrência de outros sintomas comportamentais e psíquicos que costumam aparecer associados ao quadro de DDA, as chamadas comorbidades, que exigirão medidas complementares no tratamento adotado. A família é base importante na obtenção de informações relevantes sobre o histórico físico e comportamental da criança, bem como será de vital importância na manutenção dos métodos que serão adotados para minimizar os efeitos dessa deficiência sobre o aprendizado e convívio social da criança.

O ingresso na escola faz com que os sintomas se evidenciem por causa da exigência de concentração e permanência por mais tempo em sala de aula¹⁴.

Para Silva (2009)¹³, um tratamento eficaz inclui a escolha de profissionais que tenham experiência em lidar com o Déficit, para agir com mais segurança e eficácia, esclarecendo sobre as limitações que esse problema pode gerar na vida acadêmica e social da criança, e sugerindo a melhor forma de convivência e aceitação da criança ou adulto com DDA. Segundo ela o fato da família e do próprio paciente conhecer o problema já traz muito alento e liberta de muitos preconceitos.

O tratamento para o DDA

Topczewski (1999)¹⁶ afirma que o percentual de crianças hiperativas é grande; em torno de 10% em pré-escolares e 4,5 no escolar. E que a grande maioria apresenta melhora comportamental com tratamento, uma vez que o medicamento modula o comportamento reduzindo a hiperatividade da criança levando-a a interagir melhor com as atividades apresentadas, adquirindo aos poucos novos comportamentos, quando fica possível a retirada gradativa do medicamento.

Nem todos pensam assim, e a abordagem sobre o uso dos psicoestimulantes vem sendo polemizada ao longo dos anos por grupos naturalistas, mas Silva (2009)¹³ ressalta o benefício que a medicação traz quando é, cuidadosamente, administrada, aliada às técnicas adotadas pelo terapeuta junto à criança, à família e à escola. Para ela, um medicamento pode amenizar o sofrimento e ainda dar condições de reorganização da estrutura familiar e social da criança, é indiscutível sua prescrição.

Rohde & Benczik (1999)¹⁴, alerta para o fato de que o uso do medicamento psicoterápico pode não surtir os efeitos esperados devido à diversidade das causas da doença ainda não conhecidas. Assim, ao médico cabe buscar soluções com outras drogas ou combinar medicamentos e adequando-os em cada caso.

As drogas mais usadas na prática clínica são os estimulantes, no Brasil é conhecida como metilfenidato, comercializado com o nome de Ritalina. Outra classe bastante indicada são os antidepressivos tricíclicos como a Nortriplina (Pamelor), e a Imipramina (Tofranil). Ainda há a Clonidina, Carbamazepina e a Buspirona, ainda

pouco testadas, em geral, aplicadas a casos onde os demais remédios não surtiram resultados¹⁴.

Rohde & Benczik (1999)¹⁴ sugerem que a duração do tratamento seja de um ano, quando a medicação deve ser retirada gradativamente mediante verificação das reações do paciente, pois, segundo eles, com o uso do fármaco, o cérebro pode alcançar uma reorganização permanente de seu sistema de neurotransmissores que permita sua autonomia. Outra hipótese é de que a partir do próprio desenvolvimento o cérebro atinja os padrões necessários para o bom desempenho das funções ligadas ao déficit sem que seja mais necessário o uso do medicamento.

Por outro lado, Mattos (2004)¹⁰, diz que o Déficit de Atenção não é um problema que possa ser curado, mas apenas controlado. O que pode acontecer, segundo ele, é que as consequências gerais sejam minimizadas, e em função disso a criança obtenha um melhor desempenho acadêmico e social.

Embora seja muito comum na infância, estudos apontam para uma persistência de até 70% dos casos na vida adulta. Aprender sobre este assunto pode ajudar pessoas que venham a se identificar com isso, a compreender determinadas ações provenientes do seu DDA. Silva (2009)¹³ destaca algumas medidas de apoio técnico a serem adotadas, principalmente, pelos cuidadores das crianças com DDA ou pelo próprio indivíduo DDA adulto, para propiciar uma melhor administração do cotidiano, diminuindo questões que gerem esquecimento, ansiedade e outras razões de agravamento da rotina.

Essas medidas se resumem em estabelecer horários fixos para o repouso, tarefas, atividades físicas, refeições: estabelecer um cronograma para as obrigações, projetos e lazer; programar o dia seguinte na véspera, conferindo a agenda pela manhã. Sempre ter em mãos um bloco de anotações para registrar itens importantes. Embora pareça trabalhoso no princípio, mas fazendo assim há uma diminuição da sensação de incapacidade, do devaneio e da ansiedade, pela segurança de uma rotina mais definida. O que pode auxiliar essas crianças e adolescentes a desenvolver, aperfeiçoar e expressar melhor os seus talentos; utilizando uma rotina de vida, já, meio elaborada¹⁷.

Além dessas, a novidade em termos de tratamento, para quem se recusa a fazer uso dos psicotrópicos, é o Neurofeedback. Um treinamento que é feito, através de programas computadorizados capazes de decodificar as ondas cerebrais do paciente e medir a frequência dessas ondas. O paciente conectado aos sensores passa a interagir com a máquina através de jogos que condiciona sua atenção. Quando as ondas se apresentam baixas o paciente não ganha pontos. Aos poucos, ele vai aprendendo a identificar e a controlar a frequência de ondas nas áreas ligadas ao controle voluntário da atenção, evoluindo para o planejamento e autocontrole¹⁷.

Esse tratamento é de longo prazo e caro, dado que ainda é novo e envolve tecnologia avançada, mas, segundo Amorim (2006)⁵, diretora do Instituto Paulista de Déficit de Atenção, ele é revolucionário, pois, leva em conta a individualidade de cada paciente, traz mudança sustentada à longo prazo, tornando a pessoa progressivamente mais capaz de exercer auto controle voluntários sobre seus processos comportamentais e cognitivos. Assim, a vantagem desse método sobre o uso dos psicotrópicos é que ele traz resultados permanentes, ao passo o efeito da droga é temporário.

Há os que defendem que mesmo o uso do medicamento pode dar ao paciente, condições de estruturação das suas ações através da reorganização no sistema de neurotransmissores, como visto anteriormente.

DDA e educação

A falta de limites sempre esteve presente nas explicações sobre a conduta do DDA, razão pela qual buscamos compreender a questão de forma elaborada e confiável.

Ao nascer, seja ela normal ou não, a criança recebe estímulos do meio em que vive a fim de superar limites, vencer seus medos e ir se adequando a um mundo, antes desconhecido, do qual, ela parece não ter medo, pois, cada passo que ela dá está cercado de atenção, cuidado, incentivo e aplausos em cada etapa avançada. Cada avanço é um auto enfrentamento, uma barreira rompida. A infância é, portanto, uma fase de superação de limites físicos e psíquicos, que aponta para sua independência, com esforços que atentam contra sua frágil capacidade pueril, mas que ela faz por que é movida pela exaltação recebida. Nesse momento têm início conexões psíquicas de afetividade e a criança entende que se esforçar significa ter recompensas de atenção e afabilidades que fazem registrar uma memória neural favorável à repetição desses esforços. Instala-se o que se chama de comportamento⁹.

Para entender uma criança com comportamento antissocial ou de birra, sugere-se uma pergunta: Se eu estivesse fazendo o que esse terrorista está fazendo, o que eu conseguiria com isto? Para ela, a resposta é quase sempre a mesma: Ganhar atenção¹⁷.

Tudo que a criança precisa, é receber atenção e elogios. Partindo desse pressuposto, Taille (2003)¹⁷ diz que o limite é um conceito, no mínimo, ambíguo. A criança necessita de atenção, ela irá chamar a atenção dos seus pais e mestres, nem que seja, com um comportamento inadequado, pois, quando pequena, ela percebeu que algumas ações chamavam a atenção das pessoas. Então, ela agir chorando ou chutando a perna de alguém, ou devolvendo um brinquedo e dizendo obrigada para obter essa atenção. A atenção, no entanto, pode ser expressa num olhar, numa bronca ou numa palmada; tudo é aten-

ção pra ela, tudo é comportamento pra ela. Não existe o conceito de atenção boa e má, ou de comportamento bom ou mal. O ideal, então, é que os pais ou responsáveis, ao ensinar limites, esclareça para a criança sobre as implicações que um comportamento inadequado causa a ele e aos demais, educando a criança para o convívio cidadão, fazendo com que a mente infantil apreenda o limite como um sinal de respeito e disciplina, e não de tolhimento dos seus horizontes e possibilidades.

Para Alain apud Taille (2003)¹⁷, o que a criança mais quer é deixar de ser criança, e ela avança para isso a cada instante que supera a si mesma para atingir a maturidade. Muitos não conseguem avançar o suficiente, e trazem consigo medos dos obstáculos não resolvidos, não superados.

Para Taille (2003)¹⁷, o limite em excesso e a superproteção são medidas autoritárias que denotam não só o medo dos pais e educadores de que o aprendiz ultrapasse limites que, nem eles transpuseram, como também trará ao aprendiz uma consciência de que ultrapassar limites é algo proibido, tornando-o limitado e medroso de tomar atitudes na vida. O limite quando bem explicado amplia horizontes, desperta para a vida de conquista e busca pelo novo com o devido respeito ao espaço alheio.

O mundo evoluído de hoje arranhou o relacionamento familiar em um modelo muito restrito para as questões: tempo de atenção e qualidade de atenção. Os pais não têm tempo e nem paciência, a professora diz que a responsabilidade é da família, mas de uma coisa não se pode negar; a relação entre criança e a aprendizagem é definida pela afetividade, e pelo interesse despertado através dos incentivos aos esforços realizados, até que haja a modulação do esforço em hábito, ou em comportamento desejável¹⁷.

A criança DDA exige muito mais dessas atitudes dos pais e dos professores, e ao receber atenção e elogios, sente-se compreendido e aceito, e melhora sua autoestima, normalmente, baixa devido às exclusões que sofre por ser inconveniente e impertinente¹⁷.

Hoje em dia, uma média de 5 a 10% da população estudantil possui algum nível de DDA, e o preconceito para com o aluno com DDA tem revelado ignorância a respeito de suas capacidades cognitivas e do seu potencial criativo as quais poderão ser canalizadas na construção de grandes projetos¹³.

Em Godstein & Godstein (2000)⁸, lê-se que a escola deve adequar-se para fazer com o aluno seja visto de forma mais individualizada, que seu potencial seja analisado considerando sua grande capacidade intelectual apesar das dificuldades de atuação que o DDA apresenta. Esse autor sugere uma série de medidas que devem ser alocadas paralelas ao tratamento, sob a alegação que o tratamento com fármacos podem trazer alívio aos sintomas, mas não pode, por si, gerar condições para que a criança construa uma vida bem sucedida e recupere pos-

síveis perdas de aprendizagem. Ela precisa de uma assistência que a ensine a mudar de comportamento e adquirir ações que facilitem seu desempenho acadêmico e social. Para tanto, os pais, os professores e a escola têm que ser bem orientados sobre os traços do DDA, e agir de forma consciente de sua limitação, mas acima de tudo, promover as habilidades e inteligência de forma que ele possa alcançar êxito como cidadão.

A escola é o local aonde todas as crianças precisam de confiança, e o professor é o vínculo mais íntimo da criança com o saber durante o ingresso na escola, e será o fator de equilíbrio entre tantas expectativas que são lançadas sobre aquele pequeno ser de que se começa a cobrar sobre seus resultados pela família e pela sociedade, construindo, assim, a noção que ele terá de si mesmo. A sede pelo novo será despertada no dia-a-dia, em cada “muito bem” que ela ouvir, após a tarefa bem feita, após a boa nota da prova, ou uma boa resposta em sala. Ali, ela verá seus esforços dão resultados, e através destes resultados ela reforça sua autoconfiança, sua autoestima e a do grupo. Se ela não obtém reforços positivos (elogios, notas, atenção), sentir-se-á incapaz, e seu esforço começa a perder força, e já não vê razões para produzir. Por isso, muitos DDAs são taxados de preguiçosos; porque desistiram de si mesmos, perderam a maior das graças; o estímulo⁸.

Hallowell (1999)⁹, afirma que a criança com DDA ingressa na vida acadêmica ávida de todas as novidades que virão, e confiante de que o será professor o grande herói que o fará viajar nessa nova aventura. E ao contrário, o que acontece, é que lhe digam da sua péssima caligrafia em detrimento da história tão criativa que ela escreveu, e lhe dêem punição pela sua fala alta e indiscreta.

Segundo Silva (2009)¹³, o ingresso na escola proporciona que o DDA seja mais bem identificado, pois é quando lhes será exigido maior controle da atenção direcionada. A conscientização do professor quanto às características dos portadores de Déficit de Atenção, com e sem Hiperatividade, fará grande diferença no contexto escolar, no alerta aos familiares e no trato diário com a criança. O circuito família/escola/especialista será um trajeto possível à medida que professor puder agenciar essa relação com maturidade e responsabilidade e competência.

Saber o que é DDA, antes de qualquer coisa, deve servir para eliminar os maus conceitos sobre eles, como acha-los preguiçosos, desastrados, burros etc, dilacerando a autoestima infantil. O professor pode confundir os sintomas do déficit e da hiperatividade, com problemas comportamentais comuns de falta de obediência. Ou, como coloca Mattos (2004)¹⁰, o professor deve saber diferenciar entre a incapacidade em atender às regras (caso DDA) e à falta de vontade a atender às regras (comportamental).

O professor capaz de identificar com clareza uma situação de baixo rendimento escolar por causa desse problema pode orientar pais e responsáveis, quanto às providências a serem tomadas, e também a agir de maneira adequada, aplicando técnicas específicas de ensino para obtenção de melhores resultados de aprendizagem⁶.

O transtorno de atenção causa problemas de aprendizagem devido à dificuldade de concentração, de seleção dos estímulos e em manter a atenção num mesmo foco. Além disso, as consequências associadas a fala e a escrita que aparecem em decorrência desses sintomas, também intensificam a não retenção dos conteúdos curriculares. O DDA possui altos níveis de inteligência, podendo até sobrepor-se aos demais. Focalizar essa energia, manter a atenção voltada para uma mesma atividade, para que tenha começo, meio e fim, é o grande desafio para o professor, que aqui, desempenha um papel singular, já que a escola oferece à criança um ambiente hostil, favorecendo a discriminação e o aparecimento dos primeiros sinais de rejeição pelo grupo e até mesmo por parte dos educadores^{5,6}.

Muitas vezes o indivíduo com DDA apresenta comportamento inadequado. A inquietude motora e psíquica faz com que ele vá, aos poucos, sendo colocado à margem daquilo que é considerado normal na sociedade, e a exclusão do grupo e os problemas de socialização se instalam. Ele pode atropelar a atividade do grupinho com frequentes interrupções ou gestos bruscos, impor regras e insistir indelicadamente na continuidade da brincadeira¹³.

Goldstein & Goldstein (2000)⁸ recomendam que a sala de aula para crianças desatentas deve ser organizada e estruturada, com regras claras, um programa previsível e com carteiras separadas. As crianças devem ser premiadas frequente e coerentemente e sugere que se use um esquema de perdas e ganho para a classe. O professor deve avaliar sempre e logo após o ensinamento e ignorar pequenos incidentes e aprender a diferenciar entre desobediência e inabilidade.

Autores como Cypel (2000)⁶, Barkley & Russel (2002)¹, Goldstein & Goldstein (2000)⁸, e outros são unânimes em colocar a necessidades de medidas educacionais paralelas ao tratamento, com as intervenções escolares para tornar mais tênues às limitações da criança com DDA, ajudando-a controlar seus impulsos e manter a atenção. Abaixo estão algumas estratégias para ajudar o professor a intervir na sala de aula para ajustá-la ao aluno com DDA.

- Estrutura, organização e constância (exemplo: mesma arrumação das carteiras, regras claras e programas diários de atividades)
- Colocar a criança próxima a colegas que não o provoquem ou perto da mesa do professor.
- Encorajar sempre, elogiar e ser afetuoso (para não desanimá-las) Dando responsabilidade que elas possam

cumprir (para que se sintam valorizadas e necessárias) indo das mais simples às mais complexas.

- Incentivar a turma a incentivá-la promovendo um ambiente acolhedor.
- Nunca menosprezar ou constranger a criança
- Dar trabalho em pequenos grupos para favorecer oportunidades sociais de melhorar o desempenho.
- Comunicar-se frequentemente com os pais.
- Dosar o trabalho em tarefas de 5 minutos cada uma, em vez de duas de meia hora.
- Dar oportunidade de tarefas monitoradas como ir a secretaria ou levar um bilhete.
- Adaptar suas expectativas quanto à criança, considerando sua inabilidade.
- Recompensar os esforços, a persistência e o comportamento bem sucedido ou bem planejado.
- Propiciar exercícios de consciência e treinamento dos hábitos sociais da comunidade. Avaliando os impactos do comportamento sobre si mesmo e sobre os outros.
- Colocar os limites claros e objetivos, com disciplina equilibrada e avaliação frequente com sugestões concretas para o melhor desempenho comportamental.
- Instruções devem ser claras, simples e dadas uma de cada vez.
- Ter um repertório de atividade física para a turma toda, com exercícios de alongamento ou isométricos.
- Estabelecer pequenos intervalos previsíveis sem trabalho como recompensa por esforço feito. Isso ajuda a aumentar o tempo de atenção.
- Reparar se a criança se isola do barulho nos intervalos recreativos. Ela pode ter problemas de coordenação ou auditivos que requerem outras intervenções.
- Preparar a criança para situações novas, para que ela não se assuste e se desencoraje com a surpresa.
- Utilizar métodos variados como som, música e tato, estimulando sensores diferentes. Neste caso dê maior tempo para a realização da tarefa.
- Modificar o programa de acordo com que achar necessário, para evitar sua própria frustração e ressentimento.
- Comunicar-se frequentemente com o psicólogo e orientador da escola.

O professor deve ficar atento quanto aos resultados obtidos na aplicação desse programa para dar ênfase ao que mais deu resultado, buscando sempre estabelecer um vínculo de afetividade com o aluno para que ele se sinta confiante na hora de expressar suas dificuldades. A manifestação de comportamento inadequado, geralmente, é uma forma de a criança comunicar que algo está errado com ela, é um pedido de ajuda sem expressão oral explícita. Sabendo disso, o professor pode poupar-se das frustrações que ele próprio sente em relação ao seu trabalho, e ver que o DDA, requer ainda mais esforço profissional técnico e humanizado, e este, é um aprendizado

que ficará impresso na vida das crianças. Educar, acima de tudo, é formar o ser humano para viver de forma eficaz com as habilidades que ele possui, valorizando-as e incentivando novas aptidões⁶.

4. CONCLUSÃO

Ponto Apesar do prognóstico de que o DDA está fadado ao fracasso escolar, às dificuldades emocionais e ao desempenho negativo, a crescente conscientização e compreensão da comunidade em relação ao impacto dos sintomas do DDA, aliada aos tratamentos disponíveis e às medidas multidisciplinares indicadas, pode levar o portador de DDA a aprender a tirar o melhor partido de suas características e a realizar todo seu potencial.

Essa pressa de chegar ao âmago das questões, enquanto os outros buscam maneiras racionais para fazê-lo, é um dom, um sentido extra, que o portador de DDA deve usar para viver de forma construtiva, criativa e feliz. Pais, amigos e terapeutas devem esforçar-se ao máximo para fazer o DDA ter a melhor ideia de si, para que aprendam a usar seu dom de maneira afetiva.

As contradições sociais do nosso tempo provocam confusão no homem, desorientam as crianças com tantas informações, muitas vezes contraditórias, sobre o mesmo assunto, provocando neles ansiedade e medo. Então, deve-se entender que o comportamento infantil comunica suas fases de desenvolvimento, e se essa expressão sofrer uma variação significativa é sinal de que está acontecendo algo com a criança. Algo que deve ser analisado com cautela. Um desafio para profissionais da educação e familiares e profissionais da saúde.

Quem dera evitar o surgimento do déficit de atenção e hiperatividade, mas, se um quadro desses se instalou, as circunstâncias perdem o tônus diante da busca pela solução passível de levar a criança com DDA a desenvolver plenamente suas potencialidades e a alcançar independência e dignidade.

O DDA está nas crianças assim como está no mundo com seu ritmo acelerado, retratando a desatenção humana e a inquietação ansiosa presentes na sociedade moderna. O todo está nas partes e a parte está no todo. Nós somos a sociedade que produzimos e que nos produz.

REFERÊNCIAS

- [1] Barkley A. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para os pais, professores e profissionais da saúde. Trad. Luiz Sérgio Roizman. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- [2] DSM - IV Associação Americana de Psiquiatria (1994). Manual de Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais. 4. ed., Disponível em: http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/. Acesso em 06 maio 2014.
- [3] Olivier L. Transtornos de comportamento e distúrbios de aprendizagem. Rio de Janeiro: Wak, 2013.

- [4] Antony S, Ribeiro JP. Hyperactive child: a gestaltic view. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>; Acesso em 1 nov. 2013.
- [5] Amorim C. Neurofeedback: uma novidade no tratamento do TDAH. Disponível em: <http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/tratamento/neurofeedback.htm>. Acesso em 06 maio 2014.
- [6] Cypel S. A Criança com Déficit de Atenção: Atualização para pais, professores e profissionais da saúde. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
- [7] Paim I. Curso de Psicopatologia. 10ª ed., São Paulo: EPU, 1986.
- [8] Goldstein S, Goldstein M. Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. 6. ed., Campinas, São Paulo: Papirus, 2000.
- [9] Hallowel EM, Rately JJ. Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância à vida adulta. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- [10] Mattos, P. No mundo da Lua: Perguntas e respostas sobre o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. 4 ed., São Paulo: Lemos Editorial, 2004.
- [11] Miranda-Netto MH, *et al.* Relação entre estimulação, aprendizagem e plasticidade do Sistema Nervoso. Arq. Apadec, 6(1): 9-14, 2004.
- [12] Miranda-Neto MH. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Arq. Apadec, 8 (1): 5-13, Maringá: Sthampa, 2004.
- [13] Silva ABB. Mentis Inquietas: TDAH - desatenção, hiperatividade e impulsividade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- [14] Rohde LA, Benczik EBP. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- [15] Mora F. Continuum/Como funciona o Cérebro? Porto alegre: Artmed, 2004.
- [16] Topczewski A. Hiperatividade. Como Lidar? São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- [17] Taille YL. Mentis Limites: três dimensões educacionais (3ª ed.). São Paulo: Ática, 2003.

