

Políticas Públicas para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Marcelo Franco E Souza

Mestre em Planejamento em Políticas Públicas - UECE

Marinina Gruska Benevides

Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará - UFC

Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da UECE

Resumo

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um dos diagnósticos que vem ganhando importância e destaque na prática clínica, psicológica e médica, sobretudo em crianças e adolescentes. Se caracteriza por níveis inadequados de atenção, levando a distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais. De epidemiologia crescente (prevalência entre 3% e 6% em todo o mundo e no Brasil) e etiologia complexa (multifatorial, combinando componentes biológicos e sociais). Apesar de ser considerado por muitos como transtorno do neurodesenvolvimento, de origem biológica, há uma discussão crescente sobre seus aspectos simbólicos, intersubjetivos e sociais. Buscamos nesse artigo discutir os achados acerca do TDAH e sobre as políticas públicas de inclusão que se desenvolveram até chegar às que incluem os transtornos do neurodesenvolvimento nos quais se incluem o TDAH. Unir a luta dos movimentos sociais pela inclusão aos conhecimentos científicos acerca do transtorno é fundamental para um bom planejamento e a boa prática das políticas que de fato respondam à necessidade dos que sofrem e não apenas reproduza a ideia de política vertical.

Palavras-chave: TDAH. Inclusão. Políticas Públicas.

Abstract

The Attention Deficit Disorder / Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the diagnoses that has gained importance and prominence in clinical practice, psychological and health, especially in children and adolescents. Is characterized by inadequate levels of care, leading to motor disorders, perceptual, cognitive and behavioral. Increasingly epidemiology (prevalence between 3% and 6% throughout the world and in Brazil) and etiology complex (multifactorial, combining biological and social components). Although considered by many as neurodevelopmental disorder of biological origin, there is increasing discussion of their symbolic, intersubjective and social aspects. We seek in this article to discuss the findings about ADHD and on public inclusion policies that developed to reach that include neurodevelopmental disorders which include ADHD. Joining the struggle of social movements by the inclusion of scientific knowledge about the disorder is essential to good planning and good practice of the fact that policies respond to the needs of suffering and not just play the idea of vertical policy.

Key words: ADHD. Inclusion. Public Policy.

Introdução

O TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) é um dos diagnósticos que mais vem ganhando importância e destaque na prática clínica, psicológica e médica, sobretudo em crianças e adolescentes. Se caracteriza por níveis inadequados de atenção, levando a distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais. É considerado um distúrbio que inicia na primeira infância e que pode continuar até a idade adulta (ROTTA, 2006). Segundo o DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (APA, 2014), existem três tipos: o combinado, o predominantemente desatento e o predominantemente hiperativo/impulsivo, estando classificado no capítulo Transtornos do Neurodesenvolvimento.

É um dos mais frequentes transtornos neuropsiquiátricos da infância, com incidência em 5,29% das crianças em todo o mundo, mais comum em meninos que em meninas, persistindo após a adolescência em até 70% dos casos, com taxa de prevalência entre 2,9 a 4,4% na vida adulta, sem diferença de sexo nessa faixa etária (MALLOY-DINIZ et al. 2008)¹. Os dados epidemiológicos acerca do TDAH são controversos, sendo que alguns autores concordam que não há diferença de gênero na incidência do transtorno (CARVALHO; CAIXETA, 2012; ESTANISLAU; MATTOS, 2014). No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, há escassez de dados epidemiológicos sobre a saúde mental infantil. Estudos nacionais e internacionais realizados com crianças em idade escolar, indicam que entre 3% e 6% apresentam TDAH (CARVALHO; CAIXETA, 2012).

A etiologia do TDAH é multifatorial, combinando componentes genéticos e ambientais. A expressão clínica de desatenção é mais predominante no sexo feminino, enquanto que entre os homens são mais expressivas a hiperatividade e a impulsividade (MALLOY-DINIZ et al. 2008). Essa diferença é determinada por particularidades biológicas e componentes culturais (SILVA, 2008).

Mesmo com os avanços dos achados acerca da epidemiologia e etiologia do TDAH, este ainda é um transtorno de difícil análise, dado que não existe um teste psicométrico, neurológico ou laboratorial que por si só dê o diagnóstico (ROTTA, 2006). E apesar de ser considerada por muitos como transtorno do neurodesenvolvimento, de origem biológica, há uma discussão crescente sobre seus aspectos simbólicos, intersubjetivos e sociais. Ainda é tema de debate sobre se é de fato um transtorno biológico ou se seria melhor compreendido como um construto cultural, sendo importante pesquisas que validem os critérios diagnósticos (AZEVEDO; TAVEIRA; SULZER, 2012).

¹ Essas estatísticas são baseadas em pesquisa mais recente, de 2007, outras pesquisas mais antigas e mais imprecisas, tinham taxas epidemiológicas que variavam de 3 a 10%, com dados de 1990 (GUARDIOLA, 2006). E 3 a 30% (ROTTA, 2006).

Em meio a essa discussão biológico versus social, outra de grande interesse para os que tem TDAH e suas famílias é a das políticas públicas de inclusão.

1 Definição e Critérios Diagnósticos do TDAH

Com grande exposição na mídia e com diagnóstico muitas vezes apressado, descontextualizado, feito por pessoas não especializadas, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), tem sido alvo de controvérsias de sua validade como diagnóstico. Muitos profissionais da saúde mental o chamam de suposto transtorno (MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2012), acreditando que ele tem mais de invenção que de realidade.

O TDAH tem também estado presente no senso-comum. Crianças hiperativas que não *param quietas* ou adolescentes desatentos, desorganizados e impacientes etc, são logo rotulados como tendo TDAH (SILVA, 2009). Contudo, alguns sintomas isolados e descontextualizados não são suficientes para o psicodiagnóstico.

Desde o começo do séc. XX há relatos de transtornos com características do TDAH, chamados com termos como *parotonia*. A denominação *déficit* de atenção só veio a surgir em 1966 (ROTTA, 2006).

O TDAH se caracteriza por níveis inadequados de atenção, levando a distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais. É considerado um distúrbio que inicia na primeira infância e que pode continuar até a idade adulta (ROTTA, 2006). Existem três tipos: o combinado, o predominantemente desatento e o predominantemente hiperativo/impulsivo.

1.1 Epidemiologia e Fatores Biológicos

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um dos mais frequentes transtornos neuropsiquiátricos da infância, com incidência em 5,29% das crianças em todo o mundo, mais comum em meninos que em meninas, persistindo após a adolescência em até 70% dos casos, com taxa de prevalência entre 2,9 a 4,4% na vida adulta, sem diferença de sexo nessa faixa etária (MALLOY-DINIZ *et al*, 2008). Os dados epidemiológicos acerca do TDAH são controversos, sendo que alguns autores concordam que não há diferença de

gênero na incidência do transtorno (CARVALHO; CAIXETA, 2012; ESTANISLAU; MATTOS, 2014). No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento há escassez de dados epidemiológicos sobre a saúde mental infantil. Estudos nacionais e internacionais realizados com crianças em idade escolar, indicam que entre 3% e 6% apresentam TDAH (CARVALHO; CAIXETA, 2012).

A expressão clínica de desatenção é mais predominante no sexo feminino, enquanto que entre os homens são mais expressivas a hiperatividade e a impulsividade (MALLOY-DINIZ *et al*, 2008). Essa diferença é determinada por particularidades biológicas e componentes culturais (SILVA, 2008).

A etiologia do TDAH é multifatorial e fazem parte dela fatores genéticos e ambientais em diferentes combinações (ROTTA, 2006, p. 303), o que gera a necessidade do diálogo entre profissionais da educação e da saúde para se compreender o transtorno e sua relação com a aprendizagem de indivíduos em idade escolar, interlocutores do meu diálogo como essas crianças e jovens.

Pode advir de fatores exógenos e endógenos responsáveis pelo comprometimento cerebral, manifestando-se por alterações funcionais (GUARDIOLA, 2006). Os fatores exógenos pré, peri e pós-natais, podem ser identificados na anamnese.

Entre os pré-natais, encontram-se os fatores maternos decorrentes de diversas etiologias, como infecções congênitas, intoxicações, hemorragias, doenças crônicas da mãe como diabetes, hipertensão arterial, etc., que podem alterar a integridade do sistema nervoso (SN) do feto. Consideram-se fatores perinatais os que ocorrem no transcurso do trabalho de parto, observando-se causas maternas, da criança e do parto. Constituem fatores pós-natais infecções do SN, acidentes vasculares cerebrais, traumatismos cranioencefálicos, processos expansivos, alterações metabólicas, etc (GUARDIOLA, 2006, p. 286).

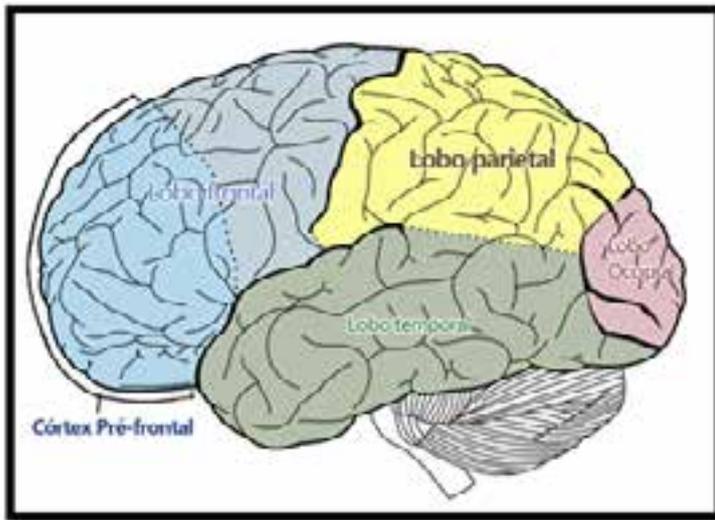
Além disso, baixo peso ao nascer, má saúde materna, uso de álcool e drogas durante a gravidez são fatores associados ao TDAH.

Nos fatores endógenos ou genéticos há achados importantes do TDAH com determinantes familiares e hereditários, ligados aos sistemas de neurotransmissão dopaminérgico, noradrenético e serotoninérgico (FONSECA; VELASQUES, 2014). Bioquimicamente há uma alteração nos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, que têm papéis importantes na atenção e na concentração, assim como nas funções cognitivas correlatas, como motivação, interesse e aprendizagem de tarefas (GUARDIOLA, 2006).

Estudos de neuroimagem mostram que embora não haja uma lesão cerebral importante em pessoas com TDAH, algumas diferenças são evidentes, como o volume cerebral,

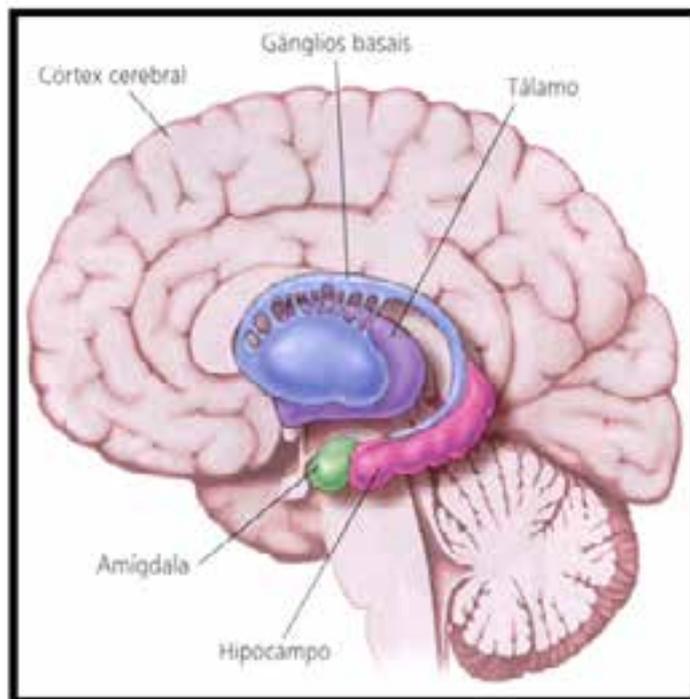
que é menor em quem tem o transtorno. Os tamanhos reduzidos de três áreas especificamente são mais visíveis comparando-se cérebros-controle com cérebros de TDAH, que são o córtex pré-frontal, os gânglios basais – ou núcleos da base, e cerebelo, mais especificamente o vermis cerebelar (BARLOW; DURAND, 2010).

Figura 1- Lobos Cerebrais



Fonte: <http://controlmind.info/human-brain/structure-of-the-brain>

Figura 2 - Gânglios Basais



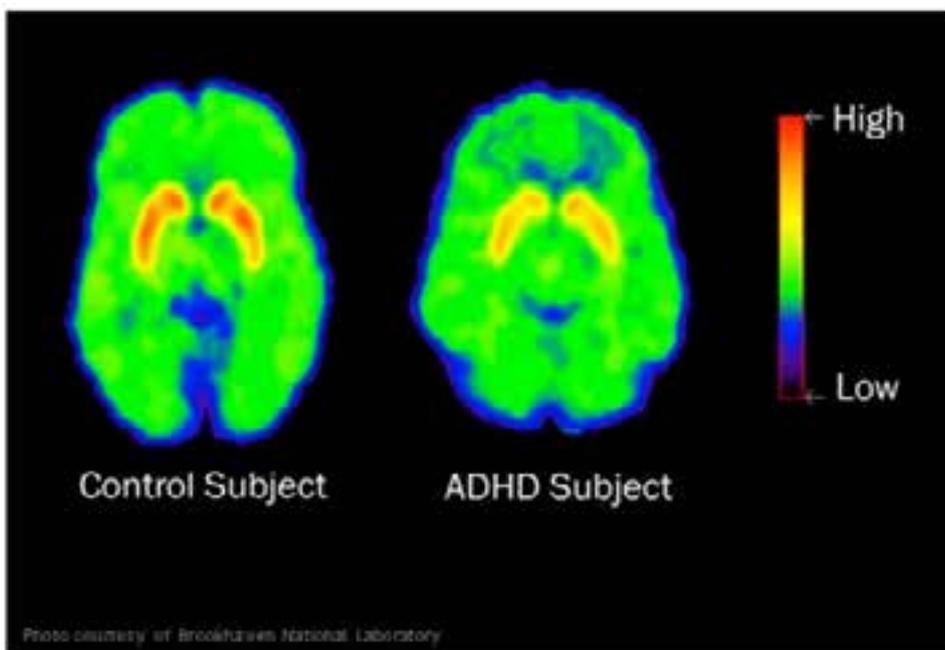
Fonte: <https://digitaispuccampinas.files.wordpress.com/2014/10/amigdala-cerebral.jpg?w=547>

Figura 3 - Vermis Cerebelar e Cerebelo



Fonte: <http://anatomicamilarojas.blogspot.com.br/2014/04/neuroanatomia.html>

Figura 4 - Neuroimagem TDAH e Controle



Fonte: <http://www.pharos-medic.co.id/photo-album.php?id=1>

O córtex pré-frontal está envolvido nas funções executivas, como atenção, planejamento e controle dos impulsos. Uma hipofunção nessa área cerebral pode comprometer

essas funções. E a disfunção no cerebelo pode gerar hiperatividade (GUARDIOLA, 2006). A fisiopatologia do TDAH parece estar relacionada a falha nos circuitos que interligam essas regiões.

1.2 Fatores Psicológicos e Sociais

Fatores psicológicos e sociais também influenciam no transtorno, como reações negativas de pais, professores e colegas ao comportamento “avoadado”, “a mil”, “elétrico”. Anos de advertências constantes para que permaneçam quietas e prestem atenção pode criar uma autoimagem negativa nessas crianças (BARLOW; DURAND, 2010). Questões familiares como agressividade dos pais e discórdia entre os cônjuges, desvantagem social, família numerosa, baixa renda familiar, fatores nutricionais, são fatores associados ao TDAH, embora menos estudados que os fatores biológicos (MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2012).

Curiosamente, existe uma grande diferença epidemiológica entre casos de TDAH nos EUA e na França. Os especialistas franceses tendem a associar o TDAH a fatores psicossociais e situacionais e não a distúrbio biológico (WEDGE, 2012). É sabido o quanto a Psicologia e a Psicologia Social americana sempre foram essencialmente cognitivistas enquanto que as de vertente europeia sempre foram mais interdisciplinares e sociológicas (OLIVEIRA; WERBA, 2009), o que afetou enormemente as filosofias e, conseqüentemente, as políticas educacionais de americanos e franceses. Druckerman (2013) mostra que a maneira de lidar com os filhos nos EUA e na França são significativamente diferentes, advindas dessas filosofias educacionais tão divergentes, o que implica visões científicas distintas acerca de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Determinadas características emocionais, cognitivas e comportamentais são identificáveis em crianças e adolescentes com TDAH. Emocionalmente tendem a ser imaturos e têm mais dificuldade do controle das emoções. Nas questões cognitivas têm pouca habilidade para resolver problemas. Têm a autoavaliação e automonitoramento pobres, por isso mesmo, além de baixa atenção aos comandos dos professores e aos conteúdos acadêmicos, tem pouca crítica acerca de seu próprio comportamento e a suas próprias deficiências de aprendizagem, não conseguindo planejar os estudos.

Quanto ao comportamento são impulsivas, com condutas consideradas inadequadas no ambiente escolar. (ESTANISLAU; MATTOS, 2014). Tendem a ter maior dificuldade em concluir os estudos, maior índice de repetência, expulsões e trocas de escolas, além de

rendimento escolar abaixo da média esperada para a idade (MALLOY-DINIZ *et al*, 2008). Além disso, tem um maior índice de rejeição dos colegas, taxas mais altas de depressão e dependência de drogas e maior risco de envolvimento em acidentes. O TDAH na adolescência também está associado a problemas de relacionamentos afetivos e problemas vocacionais (ESTANISLAU; MATTOS, 2014).

Quando adultos, envolvem-se em mais acidentes de trânsito, com episódios e vítimas mais graves; têm mais multas por excesso de velocidade e avanço de sinal. Têm comportamento sexual de risco, com mais parceiros não conhecidos, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada. Apresentam maior dificuldade em permanecer no emprego, maior taxa de demissões e ocupam cargos de menos valia que seus pares (MALLOY-DINIZ *et al*, 2008), nesse sentido concordando com os achados sobre problemas vocacionais de adolescentes com TDAH, como mencionei no parágrafo anterior.

Por todas essas questões é justificável o investimento em ações públicas no diagnóstico e manejo precoce do problema, dado que o TDAH repercute na vida de crianças e adolescentes, levando a prejuízos em múltiplas áreas (CARVALHO; CAIXETA, 2012), sejam sociais, acadêmicas e/ou profissionais.

Os critérios diagnósticos do TDAH envolvem a delimitação de uma tríade sintomática de desatenção, hiperatividade e impulsividade (MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2012), além de ser necessário uma visão biopsicossocial, dado que o TDAH, como visto, tem uma multiplicidade de fatores envolvidos, tanto ambientais, como biológicos. Necessitam ser entendidos em suas individualidades e seu contexto sociocultural, só assim sendo possível a construção de políticas públicas eficazes e eficientes.

1.3 Classificação Internacional

O TDAH está classificado no DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição. É o manual internacionalmente usado para diagnosticar diversos transtornos psiquiátricos, incluindo o TDAH, sendo também o critério utilizado em minha pesquisa para o diagnóstico dos participantes.

O DSM-V é recente, de 2013, sendo que muitas pesquisas usaram o DSM-IV-TR, que é a quarta edição revisada. O DSM-V trouxe algumas mudanças nos critérios e na classificação do TDAH. Por exemplo, sintomas que deviam ser considerados antes dos sete anos (idade inicial correta para diagnóstico, visto que o processo conhecido como mielinização cerebral está completo) agora devem ser considerados antes dos doze. O DSM-V manteve a mesma

lista de dezoito sintomas divididos entre Desatenção e Hiperatividade/Impulsividade. Os subtipos do transtorno foram substituídos por especificadores com o mesmo nome. Indivíduos até os dezessete anos de idade precisam apresentar seis dos sintomas listados, enquanto indivíduos mais velhos precisam de apenas cinco. Entre as comorbidades agora é considerado o Autismo, ou, como agora é denominado, Transtorno do Espectro Autista.

Nessa quinta edição o TDAH está listado no capítulo *Transtornos do Neurodesenvolvimento* (na edição anterior estava denominado como Transtorno Global do Desenvolvimento). O TDAH, segundo o DSM-V, é um Transtorno do Neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, falta de persistência, aparência de não ouvir e perda constante de materiais e dificuldade em manter o foco. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar. Normalmente crianças com TDAH apresentam um transtorno específico da aprendizagem, por esse motivo é também entendido como Transtorno de Aprendizagem.

Os demais transtornos do neurodesenvolvimento elencados no DSM-V são Deficiências Intelectuais (ou Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, antes chamado também de Retardo Mental, que são déficits funcionais, tanto intelectuais como adaptativos); Transtornos da Comunicação (déficits na linguagem, na fala e na comunicação); Transtorno do Espectro Autista (transtorno de difícil diagnóstico, dado que dentro do espectro da doença, são inúmeros os sintomas, de acordo com cada caso); Transtorno Específico da Aprendizagem (dificuldade na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas) e Transtornos Motores (ligados aos movimentos).

Além desses existem as categorias de Transtornos do Neurodesenvolvimento Especificados e Não Especificados, que contemplam diversos transtornos que não satisfazem os critérios para os citados anteriormente.

A prevalência de TDAH apresentada no DSM-V é de 5% das crianças e 2,5% em adultos, ocorrendo na maioria das culturas. São vários os diagnósticos diferenciais para o TDAH elencados no manual, sendo que os mais comuns são Transtorno Específico da Aprendizagem (mesmo na ausência deste, o desempenho acadêmico costuma estar prejudicado), Deficiência Intelectual, Autismo, Transtorno de Oposição Desafiante, Transtornos de Ansiedade e Transtornos Depressivos e sintomas de TDAH induzido por medicamentos.

Quanto às comorbidades associadas ao TDAH estão, entre os mais comuns, Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno da Conduta, Transtorno Específico da Aprendizagem (como a Dislexia) e Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor.

As políticas de educação especial contemplam todos os Transtornos do Neurodesenvolvimento, incluindo o TDAH, como demonstrarei a seguir.

2 Políticas de Inclusão de Pessoas com Necessidades Educacionais Especiais

Temos evoluído como sociedade, aceitado mais amplamente as diferenças. No entanto, temos muito ainda a fazer. Todos os movimentos sociais que lutaram e lutam pelos direitos humanos têm contribuído para a criação de políticas que favoreçam, incluam e integrem os diferentes à sociedade. Contudo, mesmo existindo diversas políticas e legislação, nem sempre são satisfatoriamente efetivadas.

A adaptação dos alunos ao sistema escolar tem sido amplamente debatida. Padronizações têm sido elaboradas ao longo da história, porém, a mudança de paradigma vem transformando a segregação de alunos com transtornos e deficiências em inclusão. O paradigma da inclusão é um movimento político, sociocultural e pedagógico que se baseia nos princípios dos direitos humanos e repudia qualquer tipo de discriminação e, segundo o qual, todos os estudantes, sem diferenciação, têm direito de conviver em ambiente escolar comum (FREIRE; BENCZIK; ESTANISLAU, 2014).

A partir do fim do séc. XIX, as preocupações com a aprendizagem começaram a gerar estudos, ainda que com outras denominações que não Transtornos de Aprendizagem, como hoje são genericamente chamados (ROTTA, 2006). E visto que Políticas Públicas são decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse de uma coletividade, podendo também ser compreendidas como estratégias de atuação pública, estruturadas por meio de um processo decisório composto de variáveis complexas que impactam a realidade (CASTRO; GONTIJO; AMABILE, 2012, p. 390) é natural pressupor que sejam o caminho de viabilização para os cuidados com este crescente público de crianças e adolescentes que sofrem de Déficit de Atenção/Hiperatividade juntamente com suas famílias e seus educadores.

2.1 Políticas de Educação Especial

No campo da educação especial, foco do meu estudo, a legislação é ampla e as políticas várias e com muitas mudanças ao longo do tempo. A educação de forma geral historicamente se caracterizou pela visão que delimita a escolarização como privilégio de um grupo, uma exclusão que foi legitimada nas políticas e práticas educacionais reprodu-

toras da ordem social. A partir do processo de democratização da escola, junto com o avanço no entendimento dos direitos humanos, evidenciou-se o paradoxo inclusão/exclusão quando os sistemas de ensino universalizam o acesso, mas continuam excluindo indivíduos e grupos considerados fora dos padrões homogeneizadores da escola (Brasil, 2007).

A luta de movimentos sociais pela cidadania fundamentada no reconhecimento das diferenças e na participação dos sujeitos concebeu um novo olhar sobre o diferente. A educação especial até então se organizava tradicionalmente como atendimento educacional especializado substitutivo ao ensino comum, evidenciando diferentes compreensões, terminologias e modalidades que levaram à criação de instituições especializadas, escolas especiais e classes especiais, fundamentada na ideia de normalidade/anormalidade tão presente no discurso médico, psicológico, sociológico, no passado (Brasil, 2007). A desconstrução desse conceito de normalidade/anormalidade (FOUCAULT, 2010) tem gerado legislação e políticas que especificam de forma mais técnico-científica, com conhecimentos complementares da educação e da saúde, o que são transtornos mentais e como eles afetam os indivíduos e suas relações sociais.

Um longo caminho foi percorrido no Brasil para que hoje Transtornos Mentais, como são os Transtornos Globais do Desenvolvimento (ou Transtornos do Neurodesenvolvimento como hoje o DSM-V denomina fossem incluídos nas políticas de educação especial.

O início dessa inclusão se dá com o atendimento às pessoas com deficiência já na época do Império, com a criação de duas instituições: o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, em 1854, atual Instituto Benjamin Constant (IBC), e o Instituto dos Surdos Mudos, em 1857, hoje denominado Instituto Nacional da Educação dos Surdos (INES), ambos no Rio de Janeiro.

Em 1961, o atendimento educacional às pessoas com deficiência passou a ser fundamentado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), Lei nº 4.024/61, que aponta o direito dos “excepcionais” (termo hoje não mais usado) à educação, preferencialmente dentro do sistema geral de ensino. No entanto, a educação desses alunos era feita em classes ou escolas separadas da educação regular, algo que aos poucos também vai sendo desconstruído com o passar dos anos e os avanços sociais e científicos. A Lei nº 5.692/71, que alterou a LDBEN de 1961, trouxe a ideia de “tratamento especial” para os alunos com “deficiências físicas, mentais, os que se encontram em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados” (hoje o termo empregado para superdotados é *pessoa com altas habilidades*). A LDBEN sofreu alterações também em 2008 (Decreto nº 6.571) e 2013 (Lei nº 12.796).

Em 1973, o Ministério da Educação (MEC) criou o Centro Nacional de Educação Especial (CENESP), responsável pela gerência da educação especial no Brasil. Até então não havia sido efetivada uma política pública de acesso universal à educação, permane-

cendo a concepção de “políticas especiais” para tratar da educação de alunos com deficiência (Brasil, 2007).

A Constituição Federal de 1988 define que a escola é um direito universal. E o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, traz a ideia de não discriminação, o ensino fundamental obrigatório e gratuito e o atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular (FREIRE; BENCZIK; ESTANISLAU, 2014).

Em 1994, é publicada a Política Nacional de Educação Especial, mas mantendo a responsabilidade da educação desses alunos exclusivamente no âmbito da educação especial. Também no ano de 1994 foi publicada a Declaração de Salamanca, considerado o mais importante documento na área de educação especial, mostrando a importância de que todas as crianças, mesmo as com deficiências graves, devem ser atendidas no mesmo ambiente de ensino que as demais (FREIRE; BENCZIK; ESTANISLAU, 2014).

Em 1999, o Decreto nº 3.298, que regulamenta a Lei nº 7.853/89, ao dispor sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, define a educação especial como uma modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino, enfatizando a atuação complementar da educação especial ao ensino regular. O termo portador de deficiência também não é mais utilizado hoje. Hoje são chamadas Pessoas com Deficiência.

Acompanhando o processo de mudança, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, Resolução CNE/CEB nº 2/2001, no artigo 2º, determinam que os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizarem-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos (MEC/SEESP, 2001).

O Plano Nacional de Educação (PNE), Lei nº 10.172/2001, destaca que “o grande avanço que a década da educação deveria produzir seria a construção de uma escola inclusiva que garanta o atendimento à diversidade humana”. Ao estabelecer objetivos e metas para que os sistemas de ensino favoreçam o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos, aponta um déficit referente à oferta de matrículas para alunos com deficiência nas classes comuns do ensino regular, à formação docente, à acessibilidade física e ao atendimento educacional especializado (Brasil, 2007).

A Convenção da Guatemala (1999), promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3.956/2001, afirma que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que as demais pessoas, definindo como discriminação com base na deficiência toda diferenciação ou exclusão que possa impedir ou anular o exercício dos direitos humanos e de suas liberdades fundamentais.

Na perspectiva da educação inclusiva, a Resolução CNE/CP nº 1/2002, que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, define que as instituições de Ensino Superior devem prever, em sua organização curricular,

formação docente voltada para a atenção à diversidade e que contemple conhecimentos sobre as especificidades dos alunos com necessidades educacionais especiais, caso também, obviamente do TDAH e outros transtornos. A assistência educacional que era voltada para pessoas com necessidades especiais, sobretudo físicas, passa a ser destinada a todas as pessoas com necessidades educacionais especiais (FREIRE; BENCZIK; ESTANISLAU, 2014).

A Lei nº 10.436/02 reconheceu a Língua Brasileira de Sinais – Libras como meio legal de comunicação e expressão, determinando que sejam garantidas formas institucionalizadas de apoiar seu uso e difusão, bem como a inclusão da disciplina de Libras como parte integrante do currículo nos cursos de formação de professores e de Fonoaudiologia.

A Portaria nº 2.678/02 do MEC aprovou diretrizes e normas para o uso, o ensino, a produção e a difusão do sistema Braille em todas as modalidades de ensino, compreendendo o projeto da Grafia Braille para a Língua Portuguesa e a recomendação para o seu uso em todo o território nacional.

Em 2003, foi implementado pelo MEC o *Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade*, com vistas a apoiar a transformação dos sistemas de ensino em sistemas educacionais inclusivos, promovendo formação de gestores e educadores nos municípios brasileiros para a garantia do direito de acesso de todos à escolarização, à oferta do atendimento educacional especializado e à garantia da acessibilidade.

Em 2004, o Ministério Público Federal publicou o documento *O Acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular*, com o objetivo de disseminar os conceitos e diretrizes mundiais para a inclusão, reafirmando o direito e os benefícios da escolarização de alunos com e sem deficiência nas turmas comuns do ensino regular.

Impulsionando a inclusão educacional e social, o Decreto nº 5.296/04 regulamentou as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00, estabelecendo normas e critérios para a promoção da acessibilidade às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Nesse contexto, o Programa Brasil Acessível, do Ministério das Cidades, foi desenvolvido com o objetivo de promover a acessibilidade urbana e apoiar ações que garantam o acesso universal aos espaços públicos. Algo que, como se sabe, ainda não teve o efeito esperado, dado que muitos locais públicos pelo Brasil ainda não têm acessibilidade ou é feito de maneira irregular.

Em 2005, com a implantação dos Núcleos de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação (NAAH/S) em todos os Estados e no Distrito Federal, foram organizados centros de referência na área das altas habilidades/superdotação para o atendimento educacional especializado, para a orientação às famílias e a formação continuada dos professores, constituindo a organização da política de educação inclusiva de forma a garantir esse atendimento aos alunos da rede pública de ensino. Crianças e adolescentes com altas habilidades também estão, como o TDAH, fora da curva normal de aprendizagem. Mesmo

que não estejam abaixo e sim acima da média esses alunos e também seus pais sofrem com a não adequação do sistema de ensino às suas necessidades (SOLOMON, 2012).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela ONU em 2006 e da qual o Brasil é signatário, estabeleceu que os Estados-Partes devem assegurar um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social compatível com a meta da plena participação e inclusão. Neste mesmo ano, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, os Ministérios da Educação e da Justiça, juntamente com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), lançam o *Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos*, que objetiva, dentre as suas ações, contemplar, no currículo da educação básica, temáticas relativas às pessoas com deficiência e desenvolver ações afirmativas que possibilitem acesso e permanência na educação superior (Brasil, 2007).

No documento do MEC, *Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas* é reafirmada a visão que busca superar a oposição entre educação regular e educação especial.

2.2 Políticas Públicas para o TDAH e Outros Transtornos

Em 2008 surgiu a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, que entre outras coisas decreta a inclusão de alunos com outras necessidades educacionais especiais, além dos alunos com deficiência, o que ampliou a concepção sobre necessidades educacionais especiais, não sendo somente estudantes com deficiência física, visual ou auditiva.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que como falei anteriormente sofreu várias alterações, contempla a educação especial no Capítulo V, como a seguir, já com as alterações. No Artigo 58 estudantes com deficiência, sejam físicas ou cognitivas, Transtornos Globais do Desenvolvimento, como o TDAH, e Altas Habilidades são contemplados. A lei prevê atendimento especializado quando necessário e classes especiais quando não puderem estar nas salas regulares.

Art. 58. Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. (Redação

dada pela Lei nº 12.796, de 2013)

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

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

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

No Artigo 59 os sistemas de ensino devem assegurar condições específicas de aprendizagem que atendam as necessidades e professores especializados e capacitados para atenderem a essa demanda. Além disso devem dar atenção especial à educação para o trabalho e acesso igualitário à benefícios sociais.

Art. 59. Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. (Redação dada pela Lei nº 12.796, de 2013)

I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades;

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

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

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

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

O entendimento, portanto, sobre o que são necessidades educacionais especiais contempla agora, depois de muitos marcos históricos e leis como as que sintetizei acima, os estudantes com transtornos do desenvolvimento, como o TDAH. Além disso, a ideia mais aceita e difundida hoje, para além da lei, é que alunos e alunas com necessidades educacionais especiais estejam nas mesmas escolas e salas regulares que os demais estudantes e não em atendimentos educacionais separados como era nas políticas iniciais. Há um amplo debate hoje sobre isso, apoiado tanto no discurso a favor, a partir dos movimentos sociais que geraram as leis das quais falei, quanto contra, apoiado no discurso de que as escolas não estão preparadas nem fisicamente nem profissionalmente para esta demanda, e que alunos especiais atrapalham o desenvolvimento dos alunos regulares na sala de aula (STERBERG; GRIGORENKO, 2003).

O novo Plano Nacional de Educação (PNE) aprovado em 2010 estabeleceu 10 princípios e 20 metas para o decênio 2011-2020. A Meta 4 é universalizar para a população de 4 a 17 anos, o atendimento escolar aos estudantes com Deficiência, Transtornos Globais do Desenvolvimento e Altas Habilidades na rede regular de ensino.

Desde 2010 tramita o Projeto de Lei nº 7.081 do Senado Federal, que determina ao Poder Público manter programa de diagnóstico e tratamento de estudantes da educação básica com Dislexia e TDAH por intermédio de equipe multidisciplinar, com a participação de educadores, psicólogos, psicopedagogos, médicos e fonoaudiólogos, entre outros. Além disso, a proposição estabelece que as escolas de educação básica devem assegurar o acesso aos recursos didáticos adequados à aprendizagem e desenvolvimento dos alunos com esses transtornos, bem como oferecer aos professores da educação básica cursos sobre o diagnóstico e o tratamento de Dislexia e do TDAH. Em agosto de 2015 foi aprovado na comissão de Finanças e Tributação e segue para a última comissão da Câmara dos Deputados, Constituição e Justiça, seguindo, se aprovado, para a Presidência da República.

Em 04 de dezembro de 2013 foi aprovado o Projeto de Lei do Senado nº 557 de iniciativa da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa que visa o oferecimento de atendimento psicológico ou psicopedagógico para estudantes e profissionais da educação, em toda a rede pública, justificada por fatores sociais, pessoais e familiares que tem atrapalhado o aproveitamento dos estudantes e afetado a saúde mental dos profissionais. Ainda que o projeto não contemple diretamente necessidades educacionais especiais dos alunos, a inserção desses profissionais seria de grande valia dentro do ambiente escolar e abriria espaço para o melhor cuidado nesse sentido e ampliação do entendimento dos Transtornos de Aprendizagem que são multifatoriais, envolvendo determinantes biológicos, psicológicos e sociais, como é o TDAH e os demais problemas de saúde mental e de aprendizagem enfrentados hoje na escola por alunos e professores. O projeto segue sem grandes avanços.

A partir de 2012 os editais do ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio) preveem atendimento *diferenciado* para quem tem déficit de atenção, Dislexia, Deficiência Intelectual e Autismo. No edital de 2015 o atendimento passou a ser chamado nesses casos de *especializado*, devendo o candidato informar na inscrição o auxílio ou recurso de que necessita. O candidato deve dispor de documentos comprobatórios da condição que motiva a solicitação. Contudo, os editais não especificam em que data ou qual o prazo para que os documentos comprobatórios sejam apresentados, ou mesmo se devem ser laudos médicos ou psicológicos.

3 Considerações finais

Diversos são os achados acerca do TDAH, tanto de pesquisas na área da saúde, quanto na área da educação. No campo das políticas públicas muito tem sido proposto, no entanto, sem muita articulação com o que se sabe acerca do transtorno. Unir a luta dos movimentos sociais pela inclusão aos conhecimentos científicos acerca do transtorno é fundamental para um bom planejamento e a boa prática das políticas que de fato respondam à necessidade dos que sofrem e não apenas reproduza a ideia de política vertical. O avanço das políticas tem sido lento e muitas vezes desarticulado da academia, o que traz prejuízos ao seu desenvolvimento e efetivação.

Referências bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed. DSM-V. São Paulo: Artmed, 2014.

AZEVÊDO, P. V. B.; TAVEIRA, D. L. R.; SULZER, Y. J. TDAH, cultura e Neuropsicologia. In: CAIXETA, L.; BARBOSA, S. B. **Manual de neuropsicologia**: dos princípios à reabilitação. São Paulo: Atheneu, 2012.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. **Psicopatologia**: uma abordagem integrada. 4. ed. São Paulo: Cengage, 2010.

BRASIL. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, UNESCO, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.

BRASIL. Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. Brasília: UNESCO, 1994.

BRASIL. Decreto Nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Guatemala: 2001.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. LDB 4.024, de 20 de dezembro de 1961.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. LDB 5.692, de 11 de agosto de 1971.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. LDB 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Educação. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília: Imprensa Oficial, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Nº 2.678, de 24 de setembro de 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Lei Nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília: MEC/SEESP, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Lei Nº. 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Decreto Nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei Nº 10.436, de 24 de abril de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde na Escola. Brasília, DF, 2009. 96 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARVALHO, K. C. N.; CAIXETA, L. TDAH: aspectos gerais. In: CAIXETA, L.; BARBOSA, S. B. **Manual de neuropsicologia: dos princípios à reabilitação**. São Paulo: Atheneu, 2012.

DRUCKERMAN, P. **Crianças francesas não fazem manha: os segredos parisienses para educar os filhos**. Rio de Janeiro: Fontanar, 2013.

ESTANISLAU, G. M.; MATTOS, P. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: ESTANISLAU, G. M.; MATTOS, P. (Org.). **Saúde mental nas escolas: o que os educadores devem saber**. São Paulo: Artmed, 2014.

FONSECA, B. S.; VELASQUES, B. B. As falhas do desenvolvimento de redes neurais nas alterações motoras e comportamentais em TDAH. In: VELASQUES, B. B.; RIBEIRO, P. **Neurociências e aprendizagem: processos básicos e transtornos**. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

FREIRE, T.; BENCZIK, E. B. P.; ESTANISLAU, G. M. Aspectos jurídicos no contexto escolar. In: ESTANISLAU, G. M.; MATTOS, P. (Org.). **Saúde mental nas escolas: o que os educadores devem saber**. São Paulo: Artmed, 2014.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2010.

GUARDIOLA, A. Transtorno de atenção: aspectos neurobiológicos. In: ROTTA, N. T.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. S. **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. São Paulo: Artmed, 2006.

MALLOY-DINIZ, L.; CAPELLINI, G. M.; MALLOY-DINIZ, D. N. M.; LEITE, W. B. Neuropsicologia do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: FUENTES, D. MALLOY-DINIZ, L. F.; CAMARGO, C. H. P.; COSENZA, R. M. **Neuropsicologia: teoria e prática**. São Paulo: Artmed, 2008.

MUSZKAT, M.; MIRANDA, M. C.; RIZZUTTI, S. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. São Paulo: Cortez, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2006.

ROTTA, N. T. Transtorno da atenção: aspectos clínicos. In: ROTTA, N. T.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. S. **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. São Paulo: Artmed, 2006.

SILVA, A. B. B. **Mentes inquietas** - TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Rio de Janeiro: Fontanar, 2009.

SOLOMON, A. **Longe da árvore: pais, filhos e a busca da identidade**. São Paulo: Cia. das Letras, 2012.

STERNBERG, R. J.; GRIGORENKO, E. L. **Crianças rotuladas: o que é necessário saber sobre as dificuldades de aprendizagem**. São Paulo: Artmed, 2003.

WEDGE, M. Why French Kids Don't Have ADHD. **Psychology Today**. 08 mar. 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/FY3VPH>>. Acesso em: 17 set. 2014