

## A HISTÓRIA DE VIDA DE UMA CRIANÇA COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO: PERCEPÇÕES, SENTIMENTOS E APRENDIZAGEM

Mariana da Silva Pereira<sup>1</sup>, Roberta Picinatti Lima<sup>2</sup> e Michell Pedruzzi Mendes Araújo<sup>3</sup>

Licenciada em Pedagogia pela Faculdade Multivix, Cariacica- ES. E-mail: [marianasilva24sp@hotmail.com](mailto:marianasilva24sp@hotmail.com); <sup>2</sup> Licenciada em Pedagogia pela Faculdade Multivix, Cariacica -ES. E-mail: [r.picinatti@hotmail.com](mailto:r.picinatti@hotmail.com); <sup>3</sup> Doutorando em Educação – PPGE – UFES. Mestre em Educação- PPGE – UFES. Especialista em Educação Inclusiva e em Gestão Escolar Integrada. Pesquisador do GEPEI – UFES. E-mail: [michellpedruzzi@yahoo.com.br](mailto:michellpedruzzi@yahoo.com.br).

**RESUMO-** Nesse artigo abordaremos a história de vida de uma criança com Transtorno de Déficit de Atenção sem Hiperatividade, caracterizado por um transtorno do neurodesenvolvimento manifestado logo na primeira infância. Esse texto será apresentado em três seções: primeiro, explicando o que é esse transtorno e aspectos relevantes; a seguir, relatos da vida de Miguel, denotando suas percepções e aprendizagem; por fim, descreveremos a situação pós-diagnóstico clínico, destacando o engajamento da família e dos professores que o atendiam. Deste modo, o objetivo central é apresentar as implicações ocorridas com esses alunos a partir da biografia de Miguel, visando familiarizar o leitor com a temática a fim de que os educadores potencializem as habilidades do sujeito em estágio de desenvolvimento. O método de pesquisa utilizado para levantamento dos dados foi a história de vida fundamentada na perspectiva histórico-cultural de Vigotski, por ser a que mais se enquadrava ao propósito do estudo. Constituindo-se em observações comportamentais e entrevistas, com a finalidade de extrair maior subjetividade. Isso foi essencial para a compreensão do fenômeno investigado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtorno de Déficit de Atenção. Subjetividade. Aprendizagem.

**ABSTRACT-** This article will discuss about the life story of a child with Attention Deficit Disorder without hyperactivity, characterized by a neurodevelopmental disorder manifested early in childhood. This work will be presented in three sections: first, explaining what disorder is and its relevant aspects; then, reports of Miguel's life, denoting his perceptions and learning; finally, we describe the clinical post-diagnosis situation, highlighting the family and teachers involvement during this period. Thus, the main objective of this paper is to present the implications that occur with these students based in Miguel's biography, aiming to familiarize the reader with the theme for educators to leverage the subject skills in development stage. Thus, the research method used for data collection was the life story based on the Vygotsky historical and cultural perspective, because it presents similarity with the study purpose. Consisting in behavioral interviews and observations, in order to extract more subjectivity, which were essential for the understanding of the investigated phenomenon.

**KEYWORDS:** Attention Deficit Disorder. Subjectivity. Learning.

## 1 INTRODUÇÃO

*Sentir tudo de todas as maneiras  
Viver tudo de todos os lados  
ser a mesma coisa de todos os modos  
possíveis ao mesmo tempo,  
realizar em si toda a humanidade  
de todos os momentos  
num só momento difuso, profuso,  
completo e longínquo (Fernando Pessoa<sup>1</sup>)*

Essa pesquisa trará à tona a história de vida de Miguel, um menino com Transtorno de Déficit de Atenção (TDA), morador do Município de Viana - Espírito Santo, baseando-se nos informes de sua mãe Carla e de sua professora que o acompanha desde o diagnóstico clínico. Destaca-se que os nomes mencionados, da criança, da mãe e da professora, serão fictícios. Partindo dessa *priori*, pretendemos por meio dessas experiências familiarizar outras mães que estão passando pelas mesmas situações. Em especial, os profissionais da educação que têm sob sua responsabilidade indivíduos com essas características para que, assim, possam identificar o transtorno.

Também, iremos contrapor a questão do gênero masculino, na qual entende-se que a maioria dos casos de meninos com TDAH/ ou TDA possui hiperatividade e/ou impulsividade, no entanto, não é o caso específico de Miguel. Então, como saber ou em que focar para não confundir com outros estereótipos, ou seja, como fazer para que não sejam excluídos diante das dificuldades escolares?

Cabe destacar que o Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade é um transtorno do neurodesenvolvimento que é composto por uma tríade de sintomas como: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Esses sintomas se manifestam antes mesmo de a criança ingressar na escola. Necessariamente, nem sempre aparecerão de forma conjunta, por isso são classificados em três subtipos: predominante desatento, predominante hiperativo/impulsivo e combinado, segundo a prescrição do Manual de Diagnóstico DSM- V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Explicaremos cada um deles no desenvolvimento do trabalho.

Partindo desse pressuposto, o TDAH é um dos transtornos mais comuns na infância. Durante nossa trajetória acadêmica, nos estágios nas diferentes áreas e modalidades, percebemos números expressivos de casos no âmbito escolar. E o que constatamos foi uma precariedade no ensino em relação às estratégias curriculares adaptadas para essas crianças por muitos educadores que desconhecem o distúrbio. Subsequentemente, observamos um desnivelamento entre os estudantes da mesma faixa etária os quais foram avançados de uma série a outra sem sequer saber ler. Isso afeta não só o ambiente escolar, mas também o social e afetivo desses indivíduos.

Essas questões nos inquietaram a buscar mais conhecimentos e proporcionar um ensino mais igualitário para essas crianças. Nesse contexto essas questões são reforçadas na obra de Muzetti, Vinhas e Zanotto:

A questão fundamental [...] deste tema está vinculada à prática pedagógica, por meio da qual se percebe a existência de fatores que podem influenciar e prejudicar o

---

<sup>1</sup> Poema escrito pelo poeta Fernando Pessoa o qual apresentava “traços de uma mente com funcionamento TDA: inquietação, contradição, desorganização, devaneios, hiperconcentração, criatividade, intolerância ao tédio, dificuldades de seguir regras” (SILVA, 2009, p. 139).

desempenho dos educandos, como os diversos problemas tanto de ordem familiar, social e, principalmente, os que afetam a atenção. (MUZETTI; VINHAS; ZANOTTO, 2011, p. 238).

Portanto, “julga-se necessário encontrar meios para auxiliar o professor na superação desse desafio” (MAIA; CONFORTIN, 2015, p. 74).

Para facilitar a compreensão da temática, o artigo foi dividido em três seções. Inicialmente, relataremos o que é Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, como ocorre e subtipos. A seguir quais são as características, como são e por quem são realizados os diagnósticos clínicos e algumas formas de tratamentos. E, posteriormente, vamos relatar a enriquecedora história de Miguel, compreendendo o mundo que o circunda.

Nesse caminho, a metodologia de pesquisa utilizada para a escrita desse artigo é a história de vida do pesquisado, numa abordagem retrospectiva, oral, com intuito de aproximar-se da realidade estruturada dos TDAs. O artigo foi constituído na perspectiva histórico-cultural de Vigotski<sup>2</sup> e colaboradores e consolidado em diversos gêneros bibliográficos.

Nesse sentido, almejamos atingir o objetivo geral que é contribuir com informações que proporcionem equidade no desenvolvimento educacional desses estudantes com Transtorno de Déficit de Atenção por meio do fenômeno investigado. Além do exposto objetivamos: conhecer o que é o TDAH e suas principais características; enumerar os critérios para o diagnóstico clínico e alguns métodos de tratamento, interpretar os dados qualitativos por meio da história de vida da criança.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse artigo, buscamos conhecer as especificidades do Transtorno de Déficit de Atenção com intuito de reduzir equívocos cometidos em sala, no entanto, além de conhecer o que é, quem é (criança), é preciso que tenhamos fundamentação teórica quanto às bases do desenvolvimento psicológico para auxiliá-las. Por isso, utilizamos como referencial a perspectiva sócio-histórica (ou sócio-interacionista) de Lev Semenovich Vigotski que tem como linha de pensamento o materialismo de Karl Max, no qual, seus estudos psicológicos são voltados à realidade concreta histórico-social e a essência de cada um que é construída nas e pelas relações dialógicas entre o “eu” e o “outro”.

Segundo Ivic (2010), Vigotski busca conhecer a origem do pensamento e da linguagem, sendo o pensamento não verbal e a linguagem não intelectual. Porém, a partir de certa idade (dois anos), o pensamento e a linguagem, até então separados, encontram-se para dar início a uma nova forma de comportamento. O pensamento passa se tornar verbal e a linguagem racional, a criança descobre que tudo tem nome e internaliza os símbolos.

Partindo do pressuposto da necessidade de estudar o comportamento humano enquanto fenômeno histórico e socialmente determinado, Vygotsky e seus seguidores se dedicaram principalmente à construção de estudos pilotos que pudessem atestar a ideia de que o pensamento adulto é culturalmente mediado, sendo que a linguagem é o meio principal desta **mediação** (REGO, 1995, p. 31).

Desse modo, a fala é um contato social, uma necessidade de comunicação, ou seja, utilizamos a linguagem como instrumento do pensamento e como meio de nos comunicar. No entanto, ela não é uma dádiva da natureza, mas sim adquirida por meio da interação com os outros. Por isso, a aprendizagem é tão importante na vida do ser humano, é como “[...] uma

---

<sup>2</sup> Utilizamos essa grafia durante o nosso texto porque representa a transliteração mais próxima do português. No entanto, nas referências e nas citações diretas, iremos preservar a grafia utilizada pelos autores/pesquisadores.

espécie de garantia do desenvolvimento das características psicológicas específicas humanas e culturalmente organizadas” (REGO, 1995, p. 71).

Diante disso, o desenvolvimento do indivíduo desde o início da vida se dá em virtude de processos de apropriação que ele realiza dos significados culturais. Existe um dito popular que diz: “diga-me com quem tu andas, que direis quem tu és”. Podemos dizer que são essas relações que constituem nossa personalidade, nosso jeito de ser. Assim é em relação às histórias de vida dos estudantes, sempre terão muito a nos dizer e jamais poderão ser ignoradas. Por essa razão utilizamos como alicerce a perspectiva histórico cultural ao considerar os aspectos objetivos e subjetivos, uma vez que “a subjetividade é o que permite a particularidade do indivíduo, seja nas esferas constitutivas das funções psíquicas, da atividade, da consciência, seja nas da própria personalidade” (SILVA, 2009, p. 171).

Compreende-se que esse estudo buscou valorizar o ser humano e seu “eu”, entender a singularidade de Miguel pautado no materialismo dialético. Dar voz a quem muitas vezes é silenciado, numa dinâmica entre pesquisador e pesquisado, porque só as leituras científicas não bastam, pois não estaríamos alcançando o propósito da leitura que é aproximar-se da realidade e haver sintonia entre educador e educando. Assim, além de encontrar o sujeito (a criança com TDA) objetivamos conhecer o predicado (o mundo que o engloba). “Se os pensamentos das duas pessoas coincidirem, pode-se conseguir um perfeito entendimento pelo uso dos simples predicados, mas se estiverem a pensar em coisas diferentes, o mais certo é haver um mal-entendido entre eles” (VIGOSTKI, 1954, p. 138).

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

Para construção dessa pesquisa, buscou-se, na prática, contextualizar a temática, mergulhando no mundo dos TDAs pelo método história de vida, em leitura de fácil compreensão aos leitores. Visto que “[...] o uso da história de vida possibilita apreender a cultura “*do lado de dentro*”; constituindo-se em instrumento valioso, uma vez que se coloca justamente no ponto de intersecção das relações entre o que é exterior, [...] e aquilo que ele traz dentro de si” (PAULINO, 1999, p. 142).

“Cabe salientar que nesse tipo de pesquisa dá-se voz aos sujeitos do estudo, fala-se com os sujeitos e não sobre eles. Por fim, cabe dizer que o ponto de vista nesse tipo de pesquisa é próprio do sujeito e não do pesquisador” (ARAÚJO, 2018, p. 409). Nesse caminho, buscamos, incessantemente, chegar o mais próximo possível da realidade dessas crianças, sem rigidez, já que estamos tratando de uma temática que é muito falada, mas pouco compreendida.

Destaca-se que, para o embasamento teórico dos fatos orais, referente à biografia de Miguel, se fez necessário apoiar-nos em fontes bibliográficas, tais como: documentários, livros, monografias e artigos científicos. Entendemos que os materiais bibliográficos permitem “[...] ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2002, p. 45).

Já para coleta de dados, utilizamos a abordagem qualitativa, baseada em observações comportamentais e entrevistas semiestruturadas com intuito de extrair maior subjetividade dos entrevistados. Assim, objetivamos trazer à tona o passado para compreender o presente e pensar no futuro em uma dinâmica entre pesquisador e pesquisado, orientada pela visão sócio-histórica de Lev Semenovitch Vygotsky. Observe:

Na concepção sociocultural de desenvolvimento, a criança não deveria ser considerada isolada de seu contexto sociocultural [...]. Seus vínculos com os outros fazem parte de sua própria natureza. Desse modo, nem o desenvolvimento da criança, nem o diagnóstico de suas aptidões, nem sua educação pode ser analisado se seus vínculos sociais forem ignorados (IVIC, 2010, p. 32).

Dessa forma, nascemos biológicos e nos tornamos seres sociais a partir das relações que estabelecemos com o mundo histórico-social construído. Nada entenderemos se não conhecermos as circunstâncias nas quais estamos inseridos, por isso os vínculos sociais não podem ser ignorados, dado que, nessa perspectiva Vigotskiana, o indivíduo é sujeito e deve ser provido de possibilidades interativas para que desenvolva suas funções psicológicas superiores por meio da mediação da palavra.

Portanto, o sujeito escolhido é do sexo masculino. Observa-se que existem poucos estudos que relatem características de crianças com Déficit de Atenção “sem” hiperatividade. Essa situação é confundida e, muitas vezes, nem é identificada. Assim, buscamos informações acerca da vida da criança sujeito dessa pesquisa na escola, para que os educadores possam reconhecer outros casos a partir desses relatos. Logo, a escola, juntamente com a família, poderá traçar um plano de ação a fim de oferecer a sujeitos com tais características suportes necessários às especificidades apresentadas por eles.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de qualquer coisa, é necessário salientar que toda abordagem nesse estudo tem como essência integrar o indivíduo na sociedade. Sabendo da função socializadora da escola, propomos melhorar a qualidade de ensino dos estudantes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Todavia, sabemos que não é possível realizar essa tarefa se não houver consonância com a família, ela sempre será fundamental em todos os aspectos na vida da criança, principalmente nessa fase de desenvolvimento.

##### 4.1 AFINAL, O QUE É TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (TDA/H)?

A primeira questão que deve ficar clara é que o TDAH não é uma doença, por isso, não tem cura e sim tratamento. Partindo disso, vamos entendê-lo.

O TDAH é de origem genética comprovado cientificamente e, segundo a prescrição do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtorno Mentais, (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)), é um transtorno do neurodesenvolvimento que ocorre no início do período do desenvolvimento cerebral, isto é, os transtornos se manifestam precocemente, antes mesmo de a criança ingressar na escola. Eles são caracterizados por “déficits no desenvolvimento” que, subsequentemente, afetam no funcionamento acadêmico, pessoal e profissional.

O supracitado ocorre devido ao hipofuncionamento no córtex pré-frontal, “[...] uma disfunção do sistema de neurotransmissão. Seus portadores apresentam uma taxa inadequada de dopamina e noradrenalina, neurotransmissor responsável pelo controle motor e pela atenção; e a consequência é a dificuldade de concentração”. (FERREIRA, 2015, p. 27).

Contudo, segundo estudos de Alencar (2005), não há uma teoria que comprove que o córtex pré-frontal seja o único responsável pelos sintomas do TDAH, visto que o cérebro possui várias partes interligadas. Assim, outras áreas que têm ligação com o lobo frontal também podem não estar funcionando adequadamente, provocando os sintomas do TDAH, ou seja, podendo ocorrer em diferentes áreas.

Normalmente, é composto por três principais características: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Entretanto, segundo relatos do Neuropediatra e pesquisador em TDAH Clay Brites<sup>3</sup>, nem todas as crianças diagnosticadas com o distúrbio terão hiperatividade, por isso ele

---

<sup>3</sup> BRITES, C. Respondemos todas as suas dúvidas sobre o TDAH ao vivo. Youtube, 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Vd9j-SZYbCA>>. Acesso em: 02 set. 2018.

ressalta que, sob o ponto de vista escolar, os professores devem estar mais atentos na “desatenção” do que na hiperatividade do aluno, visto que apenas 60% dessas crianças possuem o Déficit de atenção com hiperatividade. Partindo dessa premissa, é possível afirmar que há crianças que apresentam essa tríade de sintomas e outras não. Sendo assim, podemos considerar que a outra parcela apresentará apenas o TDA<sup>4</sup>, predominantemente desatentas. Característica mais encontrada em meninas.

Salientando que há maior prevalência em crianças e adolescentes em relação aos adultos (5% nas crianças e 2,5% nos adultos), ou seja, mais da metade dos casos acompanha o indivíduo na vida adulta. Sendo assim, os sintomas podem alternar (de hiperativo para impulsivo) ou até desaparecer de acordo com a idade. Destaca-se que a maior população é do sexo masculino, embora pesquisadores ainda não saibam explicar o porquê dessa probabilidade. O exposto é corroborado pela Association (2014, p. 63):

O TDAH é mais frequente no sexo masculino do que no feminino na população em geral, com uma proporção de cerca de 2:1 nas crianças e de 1, 6:1 nos adultos. Há maior probabilidade de pessoas do sexo feminino se apresentarem primariamente com características de desatenção na comparação com as do sexo masculino.

Segundo a DMS-5, existem três subtipos do TDAH: Subtipo Combinado<sup>5</sup>, Subtipo predominantemente desatento<sup>6</sup> e Subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo<sup>7</sup>, podendo classificar-se em *leve, moderada e grave*. Para determinar quais desses subtipos a criança possui, é necessário realizar um diagnóstico para, a partir daí, buscar o tratamento indicado a esse indivíduo com TDAH (ou TDA).

Segundo Maia e Confortin (2015), um dos princípios fundamentais para realizar o diagnóstico parte da identificação dos sintomas observados pelo tutor legal ou por educadores, que, normalmente, costumam ser os primeiros bons informantes para definir o caso, uma vez que envolve uma minuciosa coleta de dados.

Também é importante destacar que, mesmo que educador tenha amplo conhecimento sobre o assunto, não cabe a ele definir se esse aluno tem ou não TDAH, mas sim, encaminhá-lo para um profissional especializado da saúde, como veremos adiante na história de Miguel. Compete ao educador, apenas, mediar, criar possibilidades para que o desempenho educacional desse aluno seja semelhante aos demais com plenas condições de igualdade no desenvolvimento. Desse modo, Maia e Confortin reforçam que:

O diagnóstico [...] deve ser elaborado por um profissional especialista no assunto, que tenha conhecimento para descartar outras doenças ou transtornos. A afirmação só será válida após o médico psiquiatra se valer de seus exames e da informação dos demais profissionais que acompanhem o caso - psicólogo, terapeuta, educadores, psicopedagogos. (MAIA; CONFORTIN, 2015, P. 78)

O Manual estabelece, para fins diagnósticos, que os sintomas devem persistir por 6 meses ou mais, em grau relevante, inconsistente com o desenvolvimento, interferindo no

---

<sup>4</sup> TDA denomina a pronunciável Transtorno de Déficit de Atenção sem hiperatividade, a qual será utilizada no decorrer do estudo por ser a sigla mais atual, no entanto alguns profissionais ainda utilizam a sigla DDA que é Distúrbio de Déficit de Atenção.

<sup>5</sup> Combinado ou misto apresenta concomitantemente características de desatenção com hiperatividade/impulsividade.

<sup>6</sup> Subtipo predominante desatento. Apresenta características de desatenção, distração, dificuldades de realizar tarefas ou atividades longas e percepção exagerada em algo.

<sup>7</sup> Subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo, principal característica agitação, hiperatividade, impulsividade.

mínimo em dois contextos (escolar e/ou familiar, no trabalho com amigos ou parentes; em outras atividades etc.) desse indivíduo.

Partindo disso, o TDAH divide-se em dois grupos: a desatenção (1) e a hiperatividade/impulsividade (2) que, com base neles são realizados dois questionários contendo nove perguntas para cada grupo. Nele, são listados diversos sintomas. Os indivíduos deverão apresentar pelo menos “seis” características, para crianças, e “cinco”, para os adultos ou adolescentes acima de 17 anos.

Com base nos sintomas, será constatado se este indivíduo possui o Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade /impulsividade para, assim, classificar a qual dos subtipos pertence: Combinado<sup>8</sup>, Predominante Desatento<sup>9</sup> ou Predominante Hiperativo e Impulsivo<sup>10</sup>.

A partir da confirmação, será elaborado um plano de tratamento multidisciplinar, ou seja, várias áreas engajadas num trabalho que envolve médicos da área, apoio neuropsicológico, psicoafetivo, apoio de fonoaudiólogo, suporte escolar, estratégias e adaptações curriculares específicas, além do apoio psicopedagógico para aqueles que possuem atrasos na aprendizagem (leitura e escrita, matemática). Ressaltando que, “vários tipos de suportes podem fazer-se necessários durante diferentes etapas da vida, o que não significa que devam ocorrer durante a vida inteira” devido às variações dos sintomas (FERREIRA, 2014, p. 34).

Portanto, quanto aos estorvos apresentados por esses alunos com TDA/H, não são necessariamente porque eles possuem dificuldades de aprendizagem ou dificuldades em compreender o conteúdo, mas sim decorridas pelas dificuldades de filtrar os estímulos internos e externos, não conseguindo filtrar apenas um (prestar atenção). Para eles, todos os estímulos são importantes e isso os atrapalha no processo de ensino e aprendizagem. Por isso, quanto mais cedo for o diagnóstico, melhor será a resposta quanto ao tratamento.

#### 4.2 CONHECENDO A HISTÓRIA DE MIGUEL: A REALIDADE DE UMA CRIANÇA COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO

Reconhecendo a complexidade da temática, o professor, antes de ministrar sua aula, deve fazer uma reflexão sobre a importância de seu papel como educador, uma vez que sua intervenção pedagógica pode fazer toda diferença na trajetória escolar ou até mesmo na vida desses estudantes, por envolver uma multiplicidade de aspectos: social, afetivo e cognitivo. Um exemplo disso é a história de vida de Miguel. A professora Zélia foi fundamental ao observar, precocemente, o suposto comportamento de uma criança com TDA, sinalizando os pais para essa possibilidade. Faremos uma retrospectiva para entender melhor.

A gravidez para Carla sempre foi algo muito desejado. Logo quando se casou, aos 18 anos de idade, ela e seu esposo<sup>11</sup> decidiram ter um filho. Após a confirmação, a família recebeu a notícia com muita alegria e o enxoval foi todo presenteado por sua mãe.

Durante os nove meses, sua gestação foi tranquila. Miguel nasceu no dia 06 de março de 2010, com 3.860 kg, em um parto cesariano por opção. Carla sempre teve necessidade de trabalhar para complementar a renda familiar e, por esse motivo, Miguel, aos 10 meses de idade, foi matriculado na creche, em uma unidade pública do município onde residem (Viana – ES).

Segundo Carla, Miguel desenvolveu-se normalmente em relação às crianças da mesma idade. Sempre gostou de ir à escola e a considera um ambiente no qual “encontra seus coleguinhas para brincar”, palavras do próprio pesquisado.

<sup>8</sup> Combinado ou Misto, a pessoa apresenta sintomas tanto do questionário 1, quanto do questionário 2.

<sup>9</sup> Predominante desatento, apresenta sintomas apenas do questionário do grupo 1.

<sup>10</sup> Predominante Hiperativo e Impulsivo corresponde a sintomas do questionário do grupo 2.

<sup>11</sup> Ele tinha 25 anos de idade nesta época.

Cabe ressaltar que Miguel sempre foi uma criança provida de interações. Brinca a todo o momento e, até mesmo no momento da entrevista, dialogava e, repentinamente, olhávamos e, novamente, estava envolvido em suas brincadeiras. Segundo sua mãe, na mesma hora em que está brincando com algo, troca para outra coisa, mas está sempre brincando.

Miguel é considerado uma criança muito alegre e comunicativa, porém desorganizado conforme Carla. Em casa, não gosta de seguir regras, organizar seus brinquedos, roupas, além de perder ou esquecer com frequência materiais escolares, contudo, ela não sabe dizer se é por conta do transtorno ou se é uma fase que irá passar. Também resalta que possui uma coordenação motora excelente, tanto que a impressiona, como andar de bicicleta: anda sem as mãos, empina-a, além de jogar bola, soltar pipa, demonstrando-se sempre ágil.

No entanto, ao ingressar no Ensino Fundamental, aos seis anos de idade (no ano de 2015), Miguel começa a apresentar dificuldades em acompanhar os demais alunos da sala em relação às temáticas. Os educadores queixavam-se sempre da mesma situação, do comportamento e da conversação em sala e, assim, no fim do ano letivo, não havia conseguido internalizar os grafemas e confundiam-se os fonemas.

No 2º ano, Carla frustrada com a situação, trocou-o de colégio. Escolheu uma escola com menos alunos, no bairro vizinho. É nesta escola que Miguel estuda atualmente. Todavia as reclamações continuavam. Em desnivelamento, sua professora Zélia, atuante também na educação especial no contra turno, observou que Miguel não estava aprendendo não porque tinha dificuldades de aprendizagem, mas sim por não prestar “atenção” às aulas. Percebeu que era algo que persistia, fazia muitas coisas ao mesmo tempo e ao conteúdo escolar não dava atenção. Parecia que estava no mundo da Lua constantemente.

Conta Zélia que, no segundo semestre, muito preocupada, mandou um bilhete para Carla, dizendo que precisava conversar quanto ao desenvolvimento escolar de Miguel. Quando Carla chegou ouviu que Miguel estava apresentando dificuldades na escrita e era muito desatento às aulas, característica comum de uma criança com Transtorno de Déficit de Atenção. As duas, em consenso, decidiram encaminhá-lo para um neuropediatra a fim de verificar se as especulações procediam. Assim, Zélia e a equipe pedagógica da escola (professor da educação especial, pedagogo e diretor) elaboraram um relatório descrevendo o comportamento e aprendizagem de Miguel para ser entregue ao médico. Destaca-se um dos pontos relevantes descrito nele:

[...] em relação ao comportamento, o aluno relaciona-se bem com os colegas e demais funcionários. Respeita as regras da escola. O aluno é assíduo e frequenta regularmente as aulas.

Observamos que ele apresenta grande dificuldade em concentrar-se nas atividades, ficando disperso na sala e, muitas vezes, não conclui as atividades propostas, identifica e escreve seu nome completo, porém ainda não está alfabetizado, encontra-se na fase silábica sem valor sonoro. Tem dificuldades na memorização e sequência espacial e temporal. Entretanto, percebe e vê diferenças dentro do seu campo visual, formas e tamanhos.

De acordo com o que relatamos, estamos encaminhando-o para que seja realizado um diagnóstico clínico a fim de nos ajudar no processo de ensino-aprendizagem deste aluno.

Mesmo assim, a princípio, Carla achou estranho, pois sempre achou Miguel muito inteligente. Este mexia em seu celular melhor até que ela. No *videogame*, passava todas as fases. Atendendo às recomendações da escola, buscou atendimento pelo Sistema Único de Saúde Público (SUS). Primeiramente, passou por um médico Clínico Geral, o qual lhe deu um encaminhamento para dar entrada no Núcleo de Regulação Controle e Avaliação (NRCA), a fim marcar uma consulta com médico especializado. Todavia, relata a dificuldade que encontrou para agendar a primeira consulta que só aconteceu após quatro meses de espera. Nesta consulta, foi diagnosticado Transtorno de Déficit de Atenção “sem” Hiperatividade.

Após a confirmação, Carla conta para Miguel. Este recebe a notícia tranquilamente, mas também não comenta nada sobre o assunto. Carla não recebeu o diagnóstico como algo de outro mundo, mas sim como algo a ser tratado. Miguel estava tranquilo e a professora Zélia, ao expor seus argumentos, demonstrou preparo didático.

#### 4.3 TRATAMENTO DE MIGUEL: NOVOS OLHARES, NOVOS DESAFIOS...

Miguel foi diagnosticado com Transtorno de Déficit de Atenção no dia 4 de outubro de 2017, por um neurologista, praticamente no final do ano letivo. Começou o tratamento com medicamentos e teve acesso a aulas de reforço. Passou a tomar remédio uma vez ao dia, 30 minutos antes de ir à aula. O remédio prescrito tem o nome comercial “Ritalina®” (cloridrato de metilfenidato). É indicado para estimular áreas do cérebro que se encontram hipoativas. Assim, é possível melhorar a atenção e a concentração nas aulas. Destaca-se que Miguel só se apropriou da escrita após o diagnóstico clínico.

Inicialmente, Carla relata que não conseguiu aula de reforço no contraturno pelo fato do TDA/H não estar dentro do público alvo<sup>12</sup> do Atendimento Educacional Especializado. Por esse motivo, essas aulas de reforço se realizavam, em alguns dias da semana, no horário regular mesmo. A professora de Miguel deixa explícito que não concorda com esta política, pois já lecionou para alunos com TDA/H com mais dificuldade de aprendizagem que alguns alunos Autistas.

Assim, Zélia passou a elaborar planos de estudos específicos para que Miguel conseguisse desenvolver suas funções psicológicas superiores. Colocou-o para sentar-se próximo a sua mesa e elaborou atividades para casa complementando as da sala de aula, tudo em parceria com a família. O objetivo era equipará-lo aos demais alunos da turma. Mesmo assim, a mãe de Miguel disse-nos que se surpreendeu quanto à resposta ao medicamento e complementa:

Sou super favorável ao uso do medicamento, infelizmente só consegui mantê-lo por três meses e meio, devido ao custo muito alto, que ficava em torno de R\$250,00 ao mês e, como Miguel estava muito atrasado na escola e havia avançado para o 3º ano que começava a reprovar, tive que escolher entre o medicamento ou pagar a aula de reforço, porque os dois não dava! Optei pelo reforço, mesmo assim, tentei conseguir o medicamento pelo SUS (Sistema Único de Saúde), mas não tive sucesso.

Dessa forma, Miguel tomou Ritalina®<sup>13</sup> até fevereiro de 2018 e, no início do ano letivo, a mãe dele procurou uma escola particular para auxiliar no desenvolvimento de sua aprendizagem. Funcionava da seguinte forma: Miguel estudava no matutino e no vespertino (das 13h às 17h30) fazia o reforço, dando continuidade às atividades que já havia visto no horário regular.

---

<sup>12</sup> Segundo a Seesp (Secretaria de Educação Especial), o Atendimento Educacional Especializado (AEE) deve ser ofertado para estudantes com deficiência, Transtornos globais de desenvolvimento e Altas Habilidades/superdotação.

<sup>13</sup> Ritalina é estimulante do sistema nervoso central, cujo princípio ativo é Cloridrato de Metilfenidato, sendo um dos medicamentos mais utilizados no Brasil para o tratamento de crianças e adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Isoladamente é o meio mais eficaz para o tratamento devido ao autoajuste das áreas do cérebro que não estavam em pleno funcionamento (hipoativas), aumentando os níveis de dopamina e noradrenalina. Funciona como uma espécie de telefone que envia informações para o córtex pré-frontal responsável pela motivação, concentração e agitação. A criança medicada passa a ter mais autonomia e concentração nas atividades que exigem frequência, detalhes nas tarefas, consegue iniciar e concluir atividades. Ela se apresenta em três formas: Ritalina de curta duração, Ritalina LA de longa duração.

No 3º ano, demonstrava-se mais interessado a leitura, embora ainda não houvesse se apropriado dela. No primeiro trimestre, as notas foram medianas, já no segundo trimestre, segundo Carla, Miguel teve um avanço satisfatório (Figura 2). Seus cadernos passaram a vir preenchidos e já conseguia fazer sozinho o dever de casa, embora tivesse que ficar sob monitoramento constante.

**FIGURA 2** – Boletim de rendimento escolar de Miguel

EMEF [REDACTED] Nº 11  
TURMA: 3ª A TURNO: MATUTINO PROFESSORA: [REDACTED]  
RENDIMENTO ESCOLAR 2018  
ALUNO: [REDACTED]

	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	TOTAL
PORTUGUÊS	7	21		
MATEMÁTICA	20	22		
CIÊNCIAS	11	22		
GEOGRAFIA	6	20		
HISTÓRIA	6	20		
FALTAS	5	2		

ASSINATURA 1º TRIMESTRE [REDACTED]  
ASSINATURA 2º TRIMESTRE [REDACTED]  
ASSINATURA 3º TRIMESTRE [REDACTED]  
RESULTADO FINAL \_\_\_\_\_

**Fonte:** Cedido pela mãe de Miguel (2018)

Atualmente, Miguel não está fazendo nenhum tipo de acompanhamento (medicamento nem de reforço escolar). Por conta das condições financeiras, as aulas de reforço duraram apenas quatro meses. No entanto, Miguel já acompanha os alunos da turma, faz leituras de placas, nomes e *outdoors*, ainda assim, os pais pretendem retomar o tratamento, pois conseguiram incluí-lo recentemente em um plano de saúde.

Nesse contexto, compreendemos que cada criança é única, por isso cada uma tem seu tempo e maneiras específicas de aprender e isso dever ser respeitados. Reportando ao primeiro parágrafo da história, o diagnóstico de Miguel ocorreu em um tempo relativamente hábil, visto que, em muitos casos, não é descoberto precocemente. Muitas pessoas passam a vida inteira sem saber que possuem esse transtorno. E as consequências? Podem ser irreversíveis! Deste modo, se faz necessário ver com outros olhos, os olhares daqueles que muitas vezes são incompreendidos. É necessário ter sensibilidade, envolver-se para envolver, para assim atingir o ideal da educação que é a aprendizagem e promoção qualitativa do aluno. Sob esse olhar, concordamos com Silva quando destaca que:

Sabemos que não existe uma solução simples ou mágica no trato com alunos TDAs e que tudo requer tempo, dedicação e persistência. Mas, sem sombra de dúvidas, o empenho dos pais e dos implicados no bem-estar dos baixinhos depende, e muito, do “banco escolar”. Esses fatores, em conjunto, vão determinar o futuro dessas crianças e carimbar o passaporte rumo a uma vida menos caótica e mais feliz. (SILVA, 2009, p. 82-83).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse estudo, elencamos alguns aspectos relacionados ao distúrbio neuro-comportamental, bem como a história de vida do pesquisado na qual buscamos responder a questões até então tácitas. Para isso, fez-se necessário conhecer não apenas o sujeito e suas particularidades, mas entender todo o seu meio e as pessoas que influenciavam. E assim, por meio dessas informações, tecer redes de possibilidades para o aluno com intuito de que ele aprenda e se desenvolva. Por essa razão, utilizamos, como aporte teórico, a perspectiva sociocultural. Entende-se que a aprendizagem é multifacetada e não se resume apenas em dados quantitativos, mas também qualitativos. Partindo desse pressuposto, ao invés de pesquisar o que é TDAH, pesquisamos o sujeito com Transtorno Déficit de Atenção, em essencial “sem” hiperatividade, destacando suas vivências, seus sentidos e aprendizagem (social, afetiva e cognitiva).

Enfatizamos que o Transtorno de Déficit de Atenção é um dos transtornos mais comuns na infância. Este prejudica diretamente no aprendizado. Ganha mais visibilidade quando a criança ingressa na escola, como vimos na história de Miguel. Assim, com base nos relatos das pessoas que conviviam com ele, percebemos alguns pontos importantes no comportamento de Miguel, que, embora se demonstrasse como uma criança sociável, amorosa, tinha muitos anseios e, com a confirmação do diagnóstico clínico, compreendeu-se o motivo de sua inquietude a qual se estabilizou (ou foi adequadamente compreendida) com o tratamento.

É importante destacar as dificuldades que encontramos em conseguir uma criança em que a família se dispusesse a colaborar com a pesquisa. Alguns pais demonstravam preconceito em assumir o transtorno e, muitas vezes, usavam até o termo “curado” para se referir à situação atual da criança e/ou simplesmente recusaram o pedido de participação. Com a família de Miguel, a colaboração ocorreu de forma espontânea e participativa.

Observamos, na família de Miguel, que eles não buscavam conhecimentos sobre o transtorno, não sabiam dizer bem o que era, características, consequências, mas faziam tudo que estava ao seu alcance e o que lhes recomendavam fazer.

Percebemos que um dos pontos que mais contribuiu para o excelente resultado quanto ao desenvolvimento educacional foi a aceitação dos pais e o engajamento da equipe pedagógica no acompanhamento do aluno e o conhecimento de Miguel em saber que é um TDA e encarar isso de forma natural. O exposto pode ser considerado fruto de uma preparação psicológica tanto de seus genitores como de seus educadores em tratá-lo como um sujeito que “aprende”.

Revedo o problema de pesquisa citado no início do artigo, atentamos que muitos equívocos dos professores se originam da não identificação dos casos. Em consequência, as crianças sofrem rótulos ou até mesmo são deixadas de lado por conta das dificuldades que apresentam em sala. Existe certa generalização de quem possui o Transtorno de Déficit de Atenção, principalmente meninos, em “têm” hiperatividade. Essa concepção e (não) ações não podem prevalecer. O professor deverá atentar-se mais na desatenção, nas dificuldades apresentadas por seus alunos, observar e analisar as relações com os colegas, comportamentos diferentes e, principalmente, se persistem há mais de seis meses conforme o Manual de diagnóstico DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). O que queremos dizer com tudo isso, é que, antes de o professor levantar qualquer julgamento, deve procurar conhecer a gênese do problema para, assim, eliminar barreiras que possam estar impedindo o desenvolvimento pleno escolar dos educandos.

Nesse caminho, advogamos que um ensino de qualidade é direito de todos, o que pressupõe a garantia do direito às diferenças. Por essa razão, a importância da qualificação dos profissionais a fim de superar esses desafios. Em se tratando da história de Miguel, cabe ao professor traçar formas para colaborar com ele, buscando com um ensino estimulador, partindo de tratamento multimodal que envolve vários profissionais da educação para ir além do trabalho

em sala. Sabendo que Miguel precisará sempre de pessoas que acreditem em sua capacidade e que acreditem em seu potencial para proporcionar um ensino prazeroso e igualitário.

Em suma, entendemos que compreender as histórias de vidas de sujeitos que apresentam déficit de atenção, como o Miguel, nos propiciou entendimento melhor sobre a temática. Quanto ao diagnóstico, só poderá ser confirmado por um profissional especialista da saúde, conduzindo para o tratamento de acordo com o subtipo. O profissional da educação poderá apenas sugerir aos pais que busquem respostas. Após a constatação, não se deverá restringir a um laudo médico. Algumas vezes, a conclusão médica não coincide com a realidade da criança conforme a professora Zélia nos alerta. O laudo médico auxiliará e jamais definirá o que se fazer na educação. Conclui-se a partir dessa pesquisa que a educação é inerente e imensamente importante na vida de qualquer indivíduo. É através dela que desenvolvemos o nosso senso crítico e agregamos ferramentas para mudar o ambiente no qual vivemos, ou seja, a educação nos faz agente transformador. Logo, o ensino deve acontecer de forma contínua, sem interrupções, valorizando o aluno em todos os aspectos e, assim, não deixar que os obstáculos atrapalhem a aprendizagem e o desenvolvimento do ser humano como ser biológico, social e cultural.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, N. B. **Alunos portadores de TDAH no cotidiano escolar das séries iniciais**. Rio de Janeiro, 2005, 51 f., Dissertação (Pós-graduação “*lato-sensu*” em Psicopedagogia) Universidade Candido de Mendes. Rio de Janeiro, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, M. P. M; DRAGO, R. A história de vida um sujeito com a Síndrome de Klinefelter. **Revista Educação Especial**, v. 08, n. 61, p. 405-416, abr./jun. 2018.

BRITES, C. Respondemos todas as suas dúvidas sobre o TDAH ao vivo. **YouTube**. 2016. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=Vd9j-SZYbCA> >. Acesso em: 02 set. 2018.

BURGER, E. R., VITURI, R. C. I. Metodologia de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais: história de vida como estratégia e história oral como técnica – Algumas Reflexões. XI Encontro de Pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Educação: Currículo - PUC-SP, 2013, São Paulo. **XI Encontro de Pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Educação: Currículo - PUC-SP, 2013, São Paulo**.

DRAGO, R; RODRIGUES, P. da S. Contribuições de Vygotsky para o desenvolvimento da criança no processo educativo: algumas reflexões. **Revista FACEVV**, n. 3, p. 49, -56 jul. /dez. 2009.

DUPAUL, G. J; STONER, G. **TDAH nas escolas: estratégias de avaliação e intervenção**. 1 ed. São Paulo. M. Books do Brasil, 2007.

FERREIRA, C. **TDAH na infância: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Orientações e técnicas facilitadoras. 1. ed. – Minas Gerais. Uni Duni, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IVIC, I. **Lev Semionovich Vygotsky**. COELHO, E. P. (org.). Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010.

MAIA, M. I. R.; CONFORTIN, H. TDAH e Aprendizagem: um desafio para a educação. **Perspectiva**, v. 39, n. 148, p. 73-84, dez. 2015.

MUZETTI, C. M. G.; VINHAS M C. Z. L. Influência do déficit de atenção e hiperatividade na aprendizagem em escolares. **Psicologia Argumento**, v. 34, n. 87, p. 237-248, abr./jun., 2011.

PAULINO, M. A. S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serviço Social em Revista**. vol. 2, n. 1, p. 135-148, jul. /dez. 1999.

PESSOA, F. **Passagem das horas**. Disponível em: <https://enquantopalavra.wordpress.com/tag/fernando-pessoa/>. Acesso em: 15 out. 2018.

REGO, T. C. **Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação**. 15 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

SILVA, A. B. B. **Mentes inquietas: Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. São Paulo: Gente, 2003.

SILVA, F. G da. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia da Educação**, s/v. n28, p. 169-195, 1º sem. de 2009.

VICARI, M. I. **Melhorando a atenção e controlando a agitação: livro para crianças e adolescentes sobre o TDAH**. 3 ed. Ribeirão Preto, SP: Book Toy, 2016.

YGOTSKY, L. S. **Pensamento e Linguagem**. Ed. Ridendo Castigat Mores E-book. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/vigo.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2018.

**Recebido para publicação:** 17 de novembro de 2018.

**Aprovado:** 05 de março de 2019.