

O ALUNO COM TDAH EM SEU PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM NO CONTEXTO ESCOLAR: RELATO DE CASO

THE STUDENT WITH ADHD IN HIS TEACHING AND LEARNING PROCESS IN THE SCHOOL CONTEXT: A CASE REPORT

Patricia de Cerqueira Pretti: Faculdade Vale do Cricaré. pcpretti@gmail.com.
Luana Frigulha Guisso: Faculdade Vale do Cricaré. lfgd10@hotmail.com.

Resumo: Objetivo: Relatar a percepção dos professores e colaboradores em um caso de Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH) no contexto escolar, em especial na sala de aula mediante sua complexidade e diversidade de influências. Detalhamento do Caso: Criança de 10 anos com déficit de atenção compartilhada desde 2 anos e características limítrofes que sugeriu o Autismo de alto desempenho, desde então submetida a acompanhamento multidisciplinar, recebeu laudo de TDAH aos 6 anos e prescrição do possível uso de medicação. A família manteve somente a intervenção terapêutica multidisciplinar até os 10 anos, quando iniciou tratamento farmacológico devido aos prejuízos de aprendizado e comportamental relatados pela escola. Encontra-se em terapia cognitiva-comportamental, atividades extracurriculares e uso de medicação e tem se preservado de forma mais consciente, o que reforça positivamente os instrumentos utilizados. Considerações Finais: Uma política de formação educacional pública e privada continuada contribuirá para que o TDAH não seja reduzido a questão biológica e uso de medicação. Enfatiza-se a composição de um plano terapêutico com a participação da família, escola e tratamento multidisciplinar.

Palavras-chave: TDAH. Família. Intervenção Multidisciplinar. Comunidade Escolar. Medicação.

Abstract: Objective: To report the perception of teachers and collaborators in a case of Attention Deficit Disorder (ADHD) in the school context, especially in the classroom due to its complexity and diversity of influences. Case Details: A 10-year-old child with a shared attention deficit since 2 years and borderline characteristics that suggested high-performance Autism, which has since undergone multidisciplinary monitoring, received an ADHD report at the age of 6 and a prescription for possible use of medication. The family maintained only the multidisciplinary therapeutic intervention until the age of 10, when it started pharmacological treatment due to the learning and behavioral losses reported by the school. He is in cognitive-behavioral therapy, extracurricular activities and medication use and has been preserved in a more conscious way, which positively reinforces the instruments used. Final Considerations: A policy of continuing public and private educational training will help ensure that ADHD is not reduced to biological issues

and medication use. The composition of a therapeutic plan with the participation of the family, school and multidisciplinary treatment is emphasized.

Keywords: ADHD. Family. Multidisciplinary Intervention. School Community. Medication.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) é um transtorno crônico caracterizado pela presença de sintomas contínuos como dificuldade de concentração, hiperatividade, impulsividade ou desatenção não condizentes com a idade mental da criança. Na prática, o TDAH deve ser conduzido como um estudo da neurociência por apresentar uma etiologia multifatorial ainda não totalmente esclarecida, mas dependente de fatores genéticos-familiares, adversidades biológicas e psicossociais. Há, porém, estudos indicando que se trata de um transtorno de origem neurobiológico de causas genéticas, devido à disfunção de um sistema de substâncias químicas chamadas neurotransmissores (principalmente dopamina e noradrenalina) em algumas áreas cerebrais, como o córtex pré-frontal e região límbica, que resultam nos sintomas de desorganização e conseqüentemente num desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora.

Nem todos os indivíduos têm o mesmo grau de comprometimento das funções. Estudos publicados pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) nos sugerem que as diferentes topografias das anormalidades pré-frontais se associam aos diferentes endofenótipos¹ comportamentais. O modelo comportamental define o transtorno partindo da avaliação do comportamento no ambiente e das situações específicas nas quais eles surgem.

Os estudos nacionais e internacionais indicam a prevalência do TDAH entre 3% e 6% em crianças na idade escolar, de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), sendo o sexo masculino mais afetado pelo transtorno. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, cerca de 4% da população adulta mundial têm o Transtorno de Déficit de Atenção e

¹ Endofenótipos são características mensuráveis que se encontram entre a doença e o genótipo e podem ser medidas neurofisiológicas, bioquímicas, endocrinológicas, neuroanatômicas ou cognitivas.

Hiperatividade (TDAH). Só no Brasil, o transtorno atinge mais de 2 milhões de pessoas adultas (BULÁRIO ANVISA, 2012).

A primeira descrição dos transtornos de atenção surgiu no século XVIII, quando o médico escocês Alexander Crichton publicou em um livro que alguns pacientes tinham uma “desatenção patológica”. As descrições de Crichton foram reconhecidas, mas não refletem como o TDAH é reconhecido atualmente. O ponto de partida para a maior parte dos relatos que se encaixam no atual conceito de TDAH surgiu em 1902, em Londres, apresentada pelo pediatra George Frederic Still. Still apresentou casos sobre a “deficiência no controle dos comportamentos” relacionados ou não com retardo intelectual e doença física, considerando que o transtorno de comportamento não era um sintoma de outra doença (A história completa do TDAH).

Para fins diagnósticos, a Associação Americana de Psicologia (APA) exige que os sintomas de transtorno de atenção, hiperatividade e impulsividade tenham surgido antes dos sete anos, que ocorram frequentemente, que sejam mal adaptativos e inconsistentes com o nível de desenvolvimento da criança, que persistam por, no mínimo, seis meses e se manifestem em dois ou mais ambientes, por exemplo, na escola e em casa. Pelo menos seis dos nove sintomas de desatenção e/ou seis dos nove sintomas de hiperatividade/impulsividade têm que estar presentes frequentemente na vida da criança.

Os sintomas são relacionados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (DSM-IV) para tornar o diagnóstico mais normatizado e se caracteriza da seguinte forma: -Predominante desatento; -Predominante hiperativo / impulsivo; Tipo misto ou Tipo combinado. Esse último acarreta um maior prejuízo no funcionamento global e, quando comparado aos outros dois tipos, é o que apresenta maior número de comorbidades, como o transtorno opositor desafiante e transtorno de conduta, em torno de 30% a 50%. Também possui uma taxa de comorbidade significativa com as seguintes doenças: depressão (15% a 20%), transtornos de ansiedade (25%) e transtornos da aprendizagem (10% a 25%).

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico. É fundamental aumentar a acurácia diagnóstica (STEER, 2005, p. 23), a fim de instituir precocemente uma intervenção multidisciplinar que inclui uma investigação médica, neuropsicológica, educacional e social que envolve a criança, aluno, família, professor e profissionais

que colaboram com o desenvolvimento da atenção voluntária, destacando o papel do professor e a necessidade de um ensino organizado, ou seja, com progressão continuada baseado nos ciclos de desenvolvimento biopsíquico e social da criança e intencional com vista ao desenvolvimento humano.

As informações acerca dos potenciais a serem desenvolvidos nas crianças precisam estar afinadas nos seus ambientes, a fim de não delegarmos apenas a medicina a tarefa de normatizar e legislar sobre a vida humana. Precisamos respeitar os estímulos naturais próprios e oportunos na infância e o espaço escolar torna-se elemento fundamental para esta investigação. Sendo assim, as entidades escola, saúde e família, as mais eloquentes da vivência humana, precisam estar em sintonia nas suas relações de poder e essas ações refletirão um sistema educacional inclusivo conforme define a Lei Brasileira de Inclusão em seu artigo 28. Diante disso, o objetivo deste estudo é relatar a percepção dos professores e colaboradores em um caso de Transtorno de Déficit de Atenção no contexto escolar, bem como compreender como lidam com o TDAH na sala de aula mediante sua complexidade e diversidade de influências.

2 DETALHAMENTO DO CASO

A criança do caso, aqui denominada JP é do sexo masculino, 10 anos, aluno do 4º ano do Ensino Fundamental I, residente no interior do ES, foi observado com um déficit da “Atenção compartilhada” aos 2 anos. A atenção compartilhada é a atitude natural desenvolvida pela maioria das crianças que serve de “base” para todo o conhecimento pedagógico- cognitivo de aquisição da linguagem mais à frente, na fase de alfabetização. Este déficit pode provocar o isolamento da criança em relação aos colegas e ao interesse dos adultos.

A família, que se tornara pesquisadora atuante dessa criança, era consciente da imensa janela de oportunidade proporcionada pela Neuroplasticidade Cerebral e do fator primordial da intervenção precoce. Para investigar as possíveis causas da estereotipia, JP foi assistido desde os 3 anos de idade em sessões frequentes com psicóloga, neurologista, fonoaudióloga pois apresentava características limítrofes entre uma criança típica e uma criança com risco de desenvolvimento de Autismo de alto desempenho (Síndrome de Asperger).

Por não haver um diagnóstico fechado, contavam com uma equipe multidisciplinar, envolvidos no intuito de potencializar a aquisição de conhecimento da criança, bem como melhorar sua socialização nesta faixa etária da primeira infância. A família assumiu três seções de atividades lúdico-pedagógicas semanais onde o alvo era promover a troca de interesse entre a criança e as pessoas ao seu redor.

O desenvolvimento alcançado foi visível a todos os profissionais e familiares onde o ambiente de mediação acontecia. Infelizmente a escola regular foi mais resistente na adequação do conteúdo e em participar dessa intervenção multidisciplinar indispensável na época. Assim sendo, foi importante buscar uma outra escola, onde o projeto pedagógico fosse mais flexível às suas necessidades.

JP continuou sua jornada de desafios e conquistas, frequentou aulas de Yoga e Arte Terapia, começou a estudar inglês aos 3 anos. Vivenciou experiências de controle emocional, formas comuns de reação, habilidades sociais, simbologias e linguagem corporal. Ele teve a oportunidade dos estímulos serem direcionados para provocar uma mudança em sua possível predisposição genética. Nunca se terá uma resposta precisa do quanto a intervenção precoce mudou sua vida, mas certamente, amenizou suas perdas.

Em 2015, aos 6 anos, mediante o laudo de um Neurologista Infantil, sua evolução em termos de comunicação, sociabilização e desenvolvimento de atenção compartilhada não eram mais condizentes com o diagnóstico do transtorno de natureza autista e pela notável dificuldade de manter atenção, associada a um comportamento hiperativo, foi sugerido com características de TDAH. Pela primeira vez, foi levantada a hipótese do uso de medicação estimulante (Concerta). A família continuou investindo na intervenção não medicamentosa com fonoaudiologia, psicopedagogia e atividades extracurriculares.

JP foi exposto a uma intervenção com a participação de múltiplos agentes sociais como pais, familiares, educadores e profissionais de saúde. Sabe-se que no tratamento do TDAH, a indicação medicamentosa pode ser uma forma de tratamento a fim de melhorar a qualidade de vida da criança, porém considera-se aqui a grande importância do acompanhamento pedagógico, psicológico e atividades esportivas que estimulam a criança de formas variadas, sobretudo o acompanhamento

pedagógico, com ganho relevante na aprendizagem, que em geral é a maior dificuldade dessas crianças.

Os professores passam longas horas do dia com as crianças na sala de aula e, por isso, muitas vezes são os primeiros a perceberem nelas os sintomas de TDAH e com isso fortalecem o ciclo da engrenagem Educando + Família + Escola.

Após algumas reuniões que aconteceram na escola no decorrer do ano letivo de 2019, a família, assistida pelo neurologista, decidiu fazer uma experiência farmacológica no último trimestre do ano para não privar o paciente de possibilidades, pois estava demonstrando prejuízos de aprendizagem e dificuldades de adaptação ao meio escolar. Além disso, a família constatara em reunião de pais que as professoras acreditam e defendem o uso da medicação como possibilidade de maior concentração na execução das atividades propostas e melhora no comportamento.

Em geral, três tipos de tratamento do TDAH são empregados: farmacológico, terapia comportamental e a combinação das terapias farmacológica e comportamental. Sendo assim, paralelamente ao uso da medicação, o paciente frequentou um programa de 10 sessões de terapia cognitivo-comportamental (TCC) e reforço escolar diário nesse período.

Essas intervenções psicopedagógicas como tratamentos alternativos afinam com o objeto de nosso estudo. Aaron Beck, fundador da terapia cognitiva comportamental buscou sistematizar as observações clínicas e preparar planos de tratamento e diretrizes para terapia, o que em nosso entendimento, reforça a teoria da Zona de Desenvolvimento Proximal de Vygotsky, tornando o processo de aprendizado potencialmente atingível com orientação e envolvimento num trabalho multidisciplinar.

De acordo com dados coletados no último trimestre de 2019, JP passou a se preocupar mais com o a causa e efeito de seu comportamento. Começou a internalizar seu processo de conduta e isso vem contribuindo para uma formação mais consciente de suas ações. Tal fato mostrou que a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental, aliada a algumas poucas adaptações pedagógicas realizadas na escola, uso da medicação e programa de estudo individualizado que nesse caso foi o reforço escolar, foram instrumentos mediadores que potencializaram positivamente a construção do seu pensamento.

3 DISCUSSÃO

O TDAH é uma das causas de dificuldade de aprendizado de natureza neurobiológica mais comum durante a infância e à adolescência, podendo acarretar sérios prejuízos no rendimento escolar e na capacidade de se apropriar da aprendizagem adequada, com lacunas de conteúdos e potencialização ou desenvolvimento de outros distúrbios (MATTOS e BARKLEY, 2003). Essas características foram relatadas neste estudo, visto que sintomas como dificuldade de concentração, impulsividade e desorganização apresentados pela criança, fizeram com que aos 10 anos de idade fosse incluído o uso de medicação em seu tratamento multidisciplinar com a intenção de minimizar os prejuízos de aprendizagem, que em geral é a maior dificuldade dessas crianças.

No que se refere a adoção de formas e meios pedagógicos para otimizar e melhorar o engajamento atencional da criança com TDAH, é importante ressaltar que a escola precisa participar do processo terapêutico, formulando práticas e caminhos que facilite e otimize a absorção de conteúdos e a desenvoltura nas avaliações, a partir da teoria de aprendizagem adotada pela escola, baseada no comportamento, no aspecto humano ou, apenas na capacidade cognitiva de cada um, mas que precisa estar afinada com as necessidades do educando. É importante ressaltar que pequenas adaptações ambientais e pedagógicas podem ser facilitadoras, mas que não foi observado como frequente e consistente na vida escolar do aluno nesse relato de caso em que a noção de aprendizagem aparece muito vinculada à realização de tarefas e a criança que não produz é uma criança que não corresponde às expectativas e requer solução urgente, que é normalmente a indicação do medicamento.

Ainda sob esse aspecto, a Teoria de aprendizagem interacionista de Vygotsky se coloca como mola propulsora do processo de aprendizagem e desenvolvimento do aluno, onde a sala de aula é uma pequena amostra da vida (VYGOTSKY, 2007). Informação ratificada pelo presente estudo em que esse aluno com TDAH estimulado a alcançar a plenitude de seu desenvolvimento potencial, usufrui da interação com o professor criando entre si condições para uma aprendizagem mais assertiva, eliminando barreiras do próprio sistema educacional.

Pesquisas mencionam que o TDAH foi constituído na economia biomédica da atenção, característica das últimas décadas do século XX. Deste modo, todo problema que envolve a educação se tornaria de cunho biológico. Atribuir a medicação a única responsabilidade da ação na dificuldade de atenção ou de comportamento, fará com que percamos o foco nas políticas educacionais, na formação dos professores, na qualidade de ensino das escolas e do papel dos pais. Fato compatível com o aluno relatado, uma vez que o seu tratamento foi realizado fora do ambiente escolar com a família assumindo todos os custos. Em função disso, segundo a Organização Mundial da Saúde, uma minoria da população com TDAH é tratada de forma multidisciplinar e para a maioria tratada, a medicação continua sendo a primeira opção de tratamento.

Por fim, uma intervenção para ser eficiente deve buscar o que leva ao surgimento do sintoma e quais condições favorecem seu surgimento. Da mesma forma, dar excessiva ênfase às influências externas de modo a direcionar o tratamento a ela, pode levar ao erro de se esquecer que o sujeito apresenta dificuldades por uma tendência própria a desenvolvê-las.

Ao aluno com TDAH, conhecer suas limitações pode significar a abertura de possibilidades no ambiente escolar, além de ter o benefício do convívio social com os colegas da mesma idade, aprender a lidar com regras, com a estrutura e os limites de uma educação organizada, pois a escola representa, em pequena escala, a sociedade em que irão viver quando chegarem à idade adulta.

A criança vem respondendo a algumas mudanças que refletem em significativas transformações em situações adversas com menos resistência a adequação de tempo de atividade. É percebido pelos professores quanto aos seus desafios comportamentais na sala de aula, mas estes não refletem numa adaptação pedagógica, numa observação de demanda e um plano educacional especializado. A escola de hoje oscila entre atender o conteúdo curricular e trabalhar as necessidades individuais, com isso, o aluno e a família se tornam responsáveis pelo possível fracasso escolar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande incidência do TDAH na infância traduz a necessidade de um plano de formação educacional continuada e investimento da gestão pública para que os sintomas desse transtorno sejam compreendidos nos ambientes escolares e familiares. Tornou-se notório que o TDAH é um tema complexo, que extrapola a questão biológica e uso de medicação, por isso não deve ser tratado de forma reducionista, pois essa não dá conta da multiplicidade de causas e efeitos. Nesse cenário complexo de aprendizagem, enfatiza-se a importância da escola, políticas educacionais pública e privada, tratamento multidisciplinar e a família dentro do plano terapêutico adequado para a criança com TDHA onde todos se sintam parte direta desse processo de desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

ABDA. 2020. In: **ASSOCIAÇÃO brasileira do Déficit de Atenção**. Disponível em: <https://tdah.org.br/>. Acesso em: 02 jan. 2020.

APA. 1994. In: **AMERICAN Psychological Association**. Disponível em: <https://www.apa.org/>. Acesso em: 02 set. 2019.

BARKLEY RA. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH):** Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.

BRASIL. Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 21 abr.2020.

BULÁRIO ANVISA. 2020. In: **BULÁRIO eletrônico**. Disponível em: <https://visadoc.anvisa.gov.br/L.asp>. Acesso em: 05 mai. 2019.

DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MATTOS P. **No mundo da lua:** perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

PSICOEDU. 2019. In: **A história completa do TDAH**. Disponível em:
<https://www.psicoedu.com.br/2016/11/historia-origem-do-tdah.html>. Acesso em: 02
mai. 2019.

STEER CR. **Managing attention deficit/hyperactivity disorder**: unmet needs and
future directions. Arch. Dis. Child. 2005;90;19-25.

VYGOTSKY LS. **Psicologia Pedagógica para a teoria histórico-cultural de
Vygotsky**. Ed. São Paulo: Scipione, 2007.

COPYRIGHT

Direitos autorais: Os autores são os únicos responsáveis pelo material
incluído no artigo.

Submetido em: 20/08/2020

Aprovado em: 30/10/2020