TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: TDAH - DESAFIOS E IMPACTOS NA APRENDIZAGEM

ROSÂNGELA GOMES DOS SANTOS

RESUMO
Este artigo apresenta uma perspectiva atualizada sobre o Transtorno de Défi-i cit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Embora existam relatos clínicos há mais de um século, o transtorno ganhou notoriedade global a partir da década de 1980, com a nomenclatura oficial estabelecida pelo DSM-IV em 1994. Diante das recorrentes dúvidas sobre a condição que afeta os indivíduos que possuem o transtorno e quais os avanços que ocorreram em relação a garantir a qualidade de vida do indivíduo, este estudo busca elucidar sua trajetória histórica, a evolução do conceito e os avanços científicos que consolidaram o manejo atual. Por meio de um levantamento bibliográfico em bases científicas e obras de referência, a pesquisa responde a questões fundamentais: quais são os impactos e prejuízos causados na vida do indivíduo e quais são os principais avanços terapêuticos recentes. A metodologia de natureza qualitativa permitiu a formulação de hipóteses e a síntese de novos conhecimentos essenciais para a compreensão da funcionalidade e qualidade de vida das pessoas diagnosticadas. Em suma, o enfrentamento do TDAH exige um olhar que integre o rigor científico à sensibilidade social. Somente através da convergência entre diagnósticos precisos, intervenções adequadas e uma rede de apoio consciente, será possível abrandar os prejuízos do transtorno e promover uma sociedade verdadeiramente equitativa e acolhedora às neurodivergências.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno; TDAH; Desatenção; Hiperatividade; Impulsividade.

ABSTRACT
This article presents an updated perspective on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Although clinical reports have existed for over a century, the disorder gained global notoriety starting in the 1980s, with its official nomenclature established by the DSM-IV in 1994. Given the recurring questions regarding the condition affecting individuals with this disorder and the advancements made to ensure their quality of life, this study seeks to elucidate its historical trajectory, the evolution of the concept, and the scientific breakthroughs that have consolidated current management. Through a bibliographic survey of scientific databases and reference works, the research addresses fundamental questions: the impacts and impairments caused in the individual's life and the main recent therapeutic advancements. The qualitative methodology allowed for the formulation of hypotheses and the synthesis of essential new knowledge to understand the functionality and quality of life of diagnosed individuals. In short, addressing ADHD requires a perspective that integrates scientific rigor with social sensitivity. Only through the convergence of accurate diagnoses, appropriate interventions, and a conscious support network will it be possible to mitigate the impairments of the disorder and promote a truly equitable society that is welcoming to neurodivergence.

KEYWORDS: Disorder; ADHD; Inattention; Hyperactivity; Impulsivity.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição neurobiológica de caráter crônico que se manifesta, primordialmente, através de níveis de desatenção, inquietude motora e impulsividade incompatíveis com a etapa de desenvolvimento do indivíduo. Embora a literatura médica registre relatos compatíveis com o transtorno há mais de um século — como as observações de George Still, em 1902, sobre o "defeito do controle moral" —, foi apenas a partir da década de 1980 que a condição ganhou a notoriedade global necessária para impulsionar avanços significativos no diagnóstico e tratamento. Conforme aponta Silva (2003), o entendimento sobre o funcionamento das "mentes inquietas" permitiu que a sociedade passasse a enxergar esses indivíduos não sob a ótica da indisciplina, mas sob a perspectiva de um funcionamento cerebral atípico. A evolução terminológica é um marco fundamental para a compreensão atual: o termo TDAH foi consolidado pela As-

sociação Americana de Psiquiatria (APA) em 1994, com a publicação do DSM-IV. Desde então, a ciência tem demonstrado que o transtorno não é exclusividade da infância. Como destaca Mattos (2001), muitos adultos continuam a apresentar sintomas que impactam severamente sua funcionalidade, exigindo estratégias de manejo que se estendam por todo o ciclo vital. Essa transição do conceito de um problema puramente infantil para um transtorno do neurodesenvolvimento crônico é um dos eixos centrais de discussão deste artigo. Do ponto de vista epidemiológico, dados da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) indicam que o transtorno atinge entre 5% e 8% da população mundial. Esse contingente representa milhões de pessoas que demandam políticas públicas, diagnósticos precisos e intervenções eficazes. Tais números indicam que o impacto do TDAH transcende a esfera individual, reverberando no rendimento escolar, na produtividade profissional e, especialmente, nas dinâmicas familiares. Domingos e Risso (2000) ressaltam que o suporte aos núcleos que cercam o indivíduo é tão vital quanto o tratamento clínico, uma vez que o ambiente pode atuar como fator de proteção ou agravante dos sintomas. Nesse contexto, surge a necessidade imperativa de uma conscientização coletiva fundamentada nas neurociências para a quebra de estigmas históricos. Garantir intervenções eficazes é, acima de tudo, assegurar o direito fundamental ao pleno desenvolvimento humano e à inclusão social. Assim, a sociedade deve transitar de uma posição de barreira muitas vezes pautada pelo preconceito para uma posição de agente facilitador, permitindo que as pessoas com TDAH alcancem seu potencial máximo. Diante disso, este artigo propõe-se a analisar a evolução histórica do transtorno e identificar os principais avanços terapêuticos que fundamentam a prática clínica contemporânea.

PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E CLÍNICAS DO TDAH: UM OLHAR SOBRE O DIAGNÓSTICO E A EDUCAÇÃO

Os primeiros relatos sobre o transtorno surgiram há mais de um século, evoluindo de simples descrições comportamentais para um diagnóstico clínico estruturado. Registros históricos descrevem a falta de atenção como a incapacidade de processar informações completas e a facilidade em se distrair. Paralelamente, a inquietude e a curiosidade excessiva eram observadas como traços de hiperatividade. Recentemente, houve um aumento significativo no número de diagnósticos, tornando o TDAH foco de debates intensos, especialmente no âmbito educacional. Uma questão central é o suposto excesso de diagnósticos em crianças. No entanto, cabe refletir sobre como era a realidade desses indivíduos antes de o transtorno receber a devida importância científica. É crucial compreender que a hiperatividade isolada não define o quadro; o diagnóstico exige a avaliação de múltiplos fatores e a persistência dos sintomas em diferentes contextos (como escola e casa). Embora a ciência tenha avançado na tipificação dos sintomas, o impacto subjetivo na infância permanece profundo. Como aponta Silva (2003), a manifestação da inatenção e da impulsividade frequentemente isola a criança, que passa a carregar o estigma de 'ovelha negra' da família por não corresponder às expectativas de comportamento dos pares e parentes. Essa pressão se intensifica na segunda infância, quando a exigência por controle inibitório e concentração colide com a maturação biológica típica do transtorno. Nesse sentido, é fundamental compreender que o TDAH não é uma sentença estática, conforme defendem Coll et al. (2004), mas uma condição que se transforma ao longo do ciclo vital. Em termos epidemiológicos, o diagnóstico é mais frequente em meninos, com uma proporção de cerca de 2:1 em relação às meninas. Em adultos, no entanto, nota-se um aumento expressivo de diagnósticos em mulheres (crescimento de 123% em dez anos, segundo estudos internacionais). Historicamente, o critério de diagnóstico foi baseado na observação de meninos, onde a hiperatividade motora (correr, escalar, não parar quieto) é mais evidente. Nas meninas e mulheres, o TDAH costuma se manifestar mais pela desatenção e hiperatividade mental (pensamentos acelerados, devaneios, interrupções na fala). Como elas não costumam 'causar problemas' na sala de aula, acabam passando despercebidas por professores e pais. O aumento de 123% nos diagnósticos femininos ocorre porque

as demandas da vida adulta (gestão da casa, carreira, maternidade) tornam as estratégias de camuflagem insuficientes. Muitas mulheres só descobrem o próprio TDAH quando buscam ajuda para os filhos e percebem que os sintomas descritos pelo médico são exatamente o que elas sentem desde a infância. Muitas mulheres só descobrem o próprio TDAH quando buscam ajuda para os filhos e percebem que os sintomas descritos pelo médico são exatamente o que elas sentem desde a infância. Outros transtornos são diagnosticados nos indivíduos, pois cerca de 70% das crianças com TDAH apresentam pelo menos uma comorbidade (como ansiedade ou depressão), e 10% possuem três ou mais condições associadas. Ainda que não exista um único 'gene do TDAH', o transtorno possui um forte componente hereditário, com estimativas de herdabilidade entre 70% e 88%. Aproximadamente 30% das crianças diagnosticadas têm pelo menos um dos pais com o transtorno. No cenário educacional, a pergunta recorrente é: como lidar com alunos diagnosticados? A resposta é complexa, pois, embora o objetivo seja o desenvolvimento integral, os sintomas variam individualmente, exigindo atenção às especificidades de cada ser. Atualmente, o DSM-5 reconhece três apresentações do TDAH: Predominantemente Desatento, Predominantemente Hiperativo-Impulsivo e o tipo Combinado. No entanto, essa classificação clínica ganha contornos mais complexos quando transpomos o diagnóstico para a vida real. O desenvolvimento desse indivíduo é uma construção dinâmica que depende tanto da biologia quanto, e principalmente, da qualidade do suporte oferecido pelos ambientes familiar e escolar. O acesso a um diagnóstico assertivo e a tratamentos eficazes é essencial para minimizar os impactos da desatenção e da impulsividade ao longo da vida. Os sintomas manifestam-se de forma variável e oscilam em intensidade, o que pode gerar a falsa percepção de que não há solução. No entanto, a introdução de terapias e medicações adequadas melhora potencialmente a vida da pessoa com TDAH, transformando desafios em oportunidades de adaptação e sucesso. A compreensão clínica do TDAH evoluiu para além da tríade sintomatológica (inatenção, hiperatividade e impulsividade), alcançando o entendimento de que o transtorno é, em sua essência, um distúrbio das funções executivas. Como explica Barkley (2002), essas funções são as capacidades cognitivas necessárias para controlar e regular pensamentos, emoções e ações. No indivíduo com TDAH, observa-se uma desregulação na memória de trabalho, no planejamento e, crucialmente, na autorregulação do afeto. Isso significa que a criança ou o adulto não apenas 'se distrai', mas possui uma dificuldade biológica em priorizar estímulos e sustentar o esforço mental em tarefas que não oferecem gratificação imediata. Essa perspectiva neurobiológica ajuda a desmistificar a ideia de 'falta de vontade' ou 'preguiça'. O cérebro com TDAH opera sob uma dinâmica de busca por dopamina, o que explica por que esses indivíduos podem apresentar o hiperfoco em atividades de alto interesse, enquanto falham em tarefas cotidianas simples. Essa inconsistência é o que gera o maior desgaste nos ambientes familiar e escolar, pois é frequentemente interpretada como um comportamento manipulativo ou seletivo, quando, na verdade, reflete a flutuação dos níveis de neurotransmissores (FARAONE et al., 2021).

A INTERFACE ENTRE ESCOLA E FAMÍLIA: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E PEDAGÓGICOS NO TDAH

É na vida escolar, contudo, que ocorre o momento de maior provação. O ambiente exige o uso pleno de funções que a criança ainda não domina, gerando um desconforto coletivo que afeta professores, colegas e a própria família. A transição da educação infantil para o ensino fundamental representa uma "ruptura brutal". Até os seis anos, o desejo de saber é mediado pela ludicidade e pela exploração do mundo através do brincar (Oliveira & Bossa, 2015). Ao iniciar a alfabetização, a criança é obrigada a permanecer sentada por horas, decodificando códigos e apropriando-se da linguagem escrita, uma tecnologia humana que não é inata. Como defende Emilia Ferreiro, a alfabetização é um processo construtivo e intelectual, e não uma mera decodificação mecânica. Para a criança com TDAH, esse processo é doloroso, pois exige exatamente o que ela tem maior dificuldade em oferecer: a atenção concentrada. Nesse cenário, os sintomas que

antes eram vistos apenas como "agitação" tornam-se barreiras de aprendizagem. Surge, então, a busca urgente por diagnósticos e auxílio de especialistas (psicólogos, neuropediatras e psicopedagogos). É nesse instante de crise escolar que se percebe que os sinais sempre estiveram lá: a inquietude exagerada, as quedas frequentes, a impulsividade nas falas e o desinteresse por atividades que exigiam esforço mental sustentado. Historicamente, o TDAH está intrinsecamente ligado ao ambiente escolar, o que levanta discussões críticas sobre o controle e a medicalização da infância frente às exigências de produtividade acadêmica (Schrag & Divoky, 1975; Werner, 2001). Este processo também é comum na busca por diagnóstico. Infelizmente nessa fase são frequentemente punidas, comprometendo ainda mais seu comportamento, pois os pais, cuidadores e professores, sentem-se desgastados pela necessidade de monitorar frequentemente a criança ou adolescente com TDAH; fator que pode acarretar discussões familiares, acusações, agressões e ressentimentos (Mattos, 2001).

Como podemos nos antecipar a esse processo? Precisaríamos nos atentar e principalmente levar em consideração os sintomas na primeira infância, onde é observado um comportamento desproporcional em comparação aos demais bebês e crianças. Dar visibilidade às questões trazidas pelos pais, responsáveis e educadores da primeira infância que são constantemente questionados como tensionar um diagnóstico, ou querer diagnosticar o que seria um comportamento normal da infância. Esse discurso precisaria mudar para que as hipóteses pudessem ser investigadas de forma profissional por especialistas que dariam o suporte desde a primeira infância. Esse bebê ou criança teria um acompanhamento especializado para otimizar seu processo educacional de maneira que seus prejuízos não ocorressem tanto na fase da escolarização que a entrada para o ensino fundamental. Não podemos deixar de enfatizar que é importante reformular essa transição que é brutal e desumana, onde a criança passa por mudanças drásticas sem que ocorra um cuidado com esse processo tão importante. Essa mudança é drástica, vai além do currículo, é um movimento que altera o próprio espaço geográfico, já que a escola muitas vezes passa a ser em um novo endereço. Junto com a mudança física, ocorre uma reestruturação rigorosa da rotina, na qual o tempo dedicado ao brincar é drasticamente reduzido para dar lugar a um novo condicionamento comportamental. Nesse novo cenário, institui-se a premissa de que o aprendizado só é possível através do silêncio, da quietude e de uma atenção sustentada de forma rígida. Para o aluno que possui TDAH, essa exigência torna-se uma fonte profunda de sofrimento, pois impõe barreiras justamente nas áreas onde suas dificuldades neurobiológicas são mais acentuadas.

Historicamente o campo de estudo da dificuldade de aprendizagem, ocupou-se em explicar: a) "hiperatividade" isto é, as alterações de conduta que se caracterizam quando as pessoas apresentam altas taxas de atividade motoras a de déficit de atenção sustentada e b) os transtornos na integração, na especialização e na lateralização hemisférica que dão lugar a problema perceptivo- visuais envolvidos na dificuldades na aprendizagem da leitura e da escrita (Coll, Marchesi, Palacios & colaboradores 2004).

As crianças passam por vários momentos de transição e mudanças de olhar para o mundo como descreve os quatro estágio pré-operacional dos 2 aos 7 anos: Neste estágio, as crianças já desenvolvem a função simbólica, que lhe permite substituir um objeto ou acontecimento por uma representação dele. Assim podemos encontrar o surgimento da linguagem verbal, do desenho, da imitação, da dramatização etc, (Piaget, 2007 apud Piletti, Rossato 2015). Entendemos que a cada mudança de olhar para o mundo ocorre mudanças significativas na estrutura cerebral, nessa visão é entendível que as angústias e sofrimento aumentam em relação a leitura de mudo de cada ser, principalmente o que possui transtorno como o TDAH.

A iteração entre as características específicas dos alunos e do ambiente (sobretudo as que se referem à família e a determinados aspectos das escolas) não apenas influi na importância e na duração das dificuldades da aprendizagem, mas inclusive pode incidir sobre o próprio fato da aparição das dificuldades de aprendizagem (Coll, Marchesi, Palacios & colaboradores. 2004) pg 59

Ou seja, a instituição escolar e familiar irá sentir as questões de dificuldade de aprendizagem e terão que se adaptar e ressignificar os ambientes para que se diminuam os estímulos excessivos e observem a capacidade individual do educando para otimizar o seu processo de aprendizagem. A colaboração entre as instituições familiar e educacional é o que poderá ajudar a determinar o sucesso do período escolar e as aquisições das aprendizagens.

A família e a escola educam a criança compartilhando o interesse de fazer-lhe o bem e de ajudá-la ao máximo, mas para uns trata-se de um filho e para outros de um aluno, isso supõe que suas perspectivas, suas expectativas e seus interesses sejam diferentes. Uma verdadeira colaboração em nível de igualdade passa pelo respeito mútuo e supõe um certo nível de confiança (Coll, Marchesi, Palacios & colaboradores 2004) pg 343

Além das questões elencadas também tem os problemas emocionais e comportamentais de crianças e adolescentes. Neste contexto podemos observar como as questões do indivíduo com TDAH são conflituosas e dificultosas no processo da sua educação, levando os pais, educadores, Estado, e áreas afim se preocupar com os tópicos ligados aos problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes. Essas situações diferem em diferentes momentos de suas vidas onde o indivíduo pode apresentar hiperatividade na primeira infância e ser mais desatento na adolescência, ou seja, precisam se adequar aos sintomas do transtorno no processo de desenvolvimento do ser. Portanto, é super importante assumir-se a postura de que a produção da criança é resultado da inter-relação de toda essa rede que constitui o contexto de sua vida (Macedo, Rosa Maria, 2015). Dessa forma, compreender o TDAH exige deslocar o olhar do sintoma isolado para a qualidade das relações, reafirmando que o florescimento do aluno depende do compromisso ético e colaborativo entre família, escola e profissionais da saúde frente às especificidades de cada sujeito.

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS E A MEDICALIZAÇÃO: ENTRE O SUPORTE CLÍNICO E OS DESAFIOS SOCIAIS

Quanto à etiologia, as discussões cercam causas hereditárias e fatores gestacionais (como o uso de substâncias pelos progenitores). Embora o diagnóstico possa ocorrer em qualquer idade, é necessário que os sintomas tenham se manifestado na infância, tendendo a perdurar na vida adulta. O tratamento, que pode incluir o uso de medicamentos para mitigar prejuízos funcionais, deve ser aliado a estratégias pedagógicas e terapêuticas. Quando olhamos para as questões da medicina em todos os seus âmbitos, observamos que profissionais da área da saúde precisam conferir a devida importância aos relatos da família e às observações dos educadores é indispensável que essas percepções sejam ouvidas e investigadas. Como afirma Benczik (2000), o diagnóstico do TDAH deve ser pautado em uma avaliação abrangente, pois a compreensão dos sintomas em diferentes contextos é o que garante a precisão clínica. Afinal, é por meio dessa escuta e de uma anamnese criteriosa que se fundamenta a hipótese diagnóstica, evitando que sinais importantes sejam negligenciados ou confundidos com outras condições. Considerando que os sintomas se desdobram em quadros específicos variando entre gêneros e fases da vida, a complexidade do acompanhamento se acentua. Ao descrever a trajetória de um indivíduo com TDAH, as referências patológicas são buscadas na psiquiatria, neurologia, psicologia infantil e psicopedagogia. Essa relação intrínseca entre o diagnóstico e o universo escolar é amplamente documentada, visto que as terapias e medicamentos visam justamente minimizar as manifestações que mais impactam o aprendizado e a convivência social. A relação estabelecida entre a criança com TDAH e o universo escolar é sustentada pela própria descrição do transtorno, cujas evidências científicas e o aumento de publicações na área consolidam sua relevância nos índices de pesquisa mundial (SCIMAGO INSTITUTIONS RANKINGS, 2009). Diante desse cenário, pensar em maneiras que possam ajudar a minimizar os sintomas tornou-se uma tarefa prioritária para os profissionais da saúde. Dessa forma, as terapias multidisciplinares atuam no desenvolvimento de estratégias comportamentais, enquanto os medicamentos desempenham o papel de diminuir as principais manifestações neurológicas, como a impulsividade e a desatenção. No

Brasil, o fármaco mais utilizado é o metilfenidato (Ritalina). Embora não haja um consenso absoluto sobre todos os seus efeitos a longo prazo, ele é prescrito por não apresentar potencial de dependência quando utilizado corretamente e por possuir uma duração de ação de algumas horas (Northey et al., 2003). Estudos indicam que este medicamento reduz ou elimina os principais sintomas em cerca de 70% dos casos. Quando o metilfenidato não produz os resultados esperados, os especialistas podem recorrer a opções secundárias, como antidepressivos (imipramina, nortriptilina, bupropiona, entre outros), embora estes não sejam indicados rotineiramente por carecerem de evidências robustas para este fim específico (Mattos, 2001; Silva, 2003; Klein & Abikoff, 1997 apud Miyazaki; Desiderio, 2010). Essa prática levanta discussões importantes sobre o uso de substâncias que, em alguns casos, não possuem comprovação de eficiência especifica para o transtorno, mas que são receitadas como alternativa. Frequentemente, os pais apresentam objeções à medicação, e os médicos sugerem um período de teste de dois meses, dado que os efeitos costumam ser observados precocemente. Paralelamente, há pesquisadores que criticam a influência dos interesses econômicos da indústria farmacêutica na constituição do diagnóstico e no estímulo ao comércio de drogas estimulantes. Para muitas famílias, contudo, o tratamento medicamentoso representa um investimento de esperança para colaborar com o desenvolvimento do filho e melhorar seu desempenho cognitivo e emocional no âmbito escolar. O impacto de um transtorno neurobiológico como o TDAH transcende o indivíduo, reverberando em toda a estrutura social. Garante-se o direito fundamental ao desenvolvimento humano quando se assegura o acesso a meios de suporte integrados. Nesse cenário, o entendimento das neurociências e a quebra de estigmas tornam-se ferramentas essenciais para que a sociedade deixe de ser uma barreira e passe a ser um agente facilitador. Em suma, o enfrentamento do TDAH exige um olhar que integre o rigor científico à sensibilidade social, promovendo uma rede de apoio consciente e acolhedora às neurodivergências para que a sociedade deixe de ser uma barreira e passe a ser um agente facilitador do potencial desses indivíduos. Portanto, que o manejo do TDAH exige uma superação do olhar meramente clínico para alcançar uma perspectiva biopsicossocial. Embora o suporte farmacológico e as evidências genéticas sejam fundamentais para a compreensão do transtorno, é na qualidade das relações e na adaptação dos ambientes, sobretudo o escolar, que reside a verdadeira chave para o desenvolvimento desses sujeitos. Ao validar a voz da família e ao ressignificar as práticas pedagógicas, a sociedade deixa de apenas diagnosticar um transtorno e passa a acolher um indivíduo em sua totalidade, garantindo que suas particularidades neurobiológicas não sejam barreiras, mas características respeitadas em uma trajetória de aprendizado e inclusão plena. Embora o tratamento medicamentoso seja um dos pilares mais visíveis na abordagem do TDAH, a literatura científica contemporânea é unânime ao afirmar que a intervenção mais eficaz é a multimodal. Isso significa que o uso do fármaco não deve ocorrer de forma isolada, mas sim integrado a uma rede que inclua a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), o treinamento de pais e a adaptação psicopedagógica (BARKLEY, 2002). A TCC, por exemplo, oferece ferramentas práticas para que o indivíduo aprenda a gerenciar o tempo, organizar tarefas e lidar com a frustração, competências que a medicação, por si só, não ensina, mas que ela viabiliza ao reduzir o 'ruído' neurobiológico. No contexto brasileiro, a discussão sobre a medicalização da educação é particularmente sensível. Críticos como Signor, Berberian e Santana (2017) alertam para o perigo de se reduzir dificuldades de aprendizagem a problemas puramente orgânicos, ignorando falhas no sistema de ensino ou na formação docente. Para evitar o reducionismo, a escola precisa atuar não apenas como o lugar onde os sintomas 'aparecem', mas como o laboratório onde as adaptações ocorrem. Intervenções de baixo custo e alto impacto, como permitir que o aluno faça provas em locais silenciosos, fragmentar instruções longas em passos sucessivos e utilizar reforços positivos imediatos, alteram a experiência de fracasso recorrente que marca a vida escolar de muitos alunos com TDAH. Além disso, é fundamental abordar o impacto do transtorno no ciclo de vida adulto, muitas vezes negligenciado em prol do

foco infantil. A persistência dos sintomas na maturidade exige que as estratégias terapêuticas foquem no 'autogerenciamento'. No ambiente de trabalho e nas relações interpessoais, a impulsividade e a desatenção podem ser interpretadas como falta de caráter ou desinteresse, o que reforça a necessidade de diagnósticos assertivos que permitam ao adulto compreender sua dinâmica cerebral. Portanto, a quebra de estigma não beneficia apenas a criança em alfabetização, mas o cidadão que busca ocupar seu espaço na sociedade de forma plena. A transição de uma visão centrada no 'déficit' para uma visão centrada na 'funcionalidade' permite que o tratamento seja visto como um facilitador do potencial. Quando a família compreende o transtorno e a escola flexibiliza suas métricas de produtividade, o tratamento clínico deixa de ser um mecanismo de controle para se tornar uma ponte para a autonomia. Esse suporte integrado é o que previne o desenvolvimento de comorbidades secundárias, como o transtorno de oposição desafiante ou quadros depressivos graves, garantindo que o indivíduo possa florescer apesar das suas vulnerabilidades neurobiológicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões elencadas neste artigo demonstram que, embora o conhecimento sobre o TDAH tenha avançado, ainda é imperativo desenvolver estratégias que auxiliem as instituições escolar e familiar no manejo dos desafios impostos pelo transtorno. Observou-se que, na primeira infância, as demandas e hipóteses levantadas por pais e educadores são frequentemente subestimadas, postergando investigações necessárias. Esse silenciamento culmina em uma transição traumática para a fase de alfabetização, período em que as dificuldades se tornam barreiras de aprendizagem explícitas e o suporte especializado revela-se, muitas vezes, tardio. A análise histórica aqui apresentada revela que a narrativa oficial do TDAH tem servido como um potente instrumento de legitimação do discurso neurobiológico. Se, por um lado, essa trajetória oferece dados valiosos sobre o controle da vontade e do comportamento, por outro, ela tende a unificar o processo sob uma face biológica reducionista. Tal abordagem muitas vezes omite as dimensões morais e políticas que permeiam o diagnóstico, suprimindo vozes e saberes que contribuíram para a compreensão das patologias da atenção, mas que foram marginalizados pela ciência purista. Conclui-se, portanto, que o enfrentamento do TDAH não pode ser restrito ao campo biológico. É necessária uma rede de apoio consciente que integre o suporte clínico ao acolhimento social e pedagógico. Felizmente, o amadurecimento das pesquisas tem possibilitado estratégias mais assertivas que, quando aplicadas de forma ética e multidisciplinar, promovem bem-estar e uma qualidade de vida significativamente superior para crianças, adolescentes e adultos, permitindo-lhes superar estigmas e alcançar seu pleno desenvolvimento. A necessidade de se antecipar aos prejuízos do TDAH passa, obrigatoriamente, por uma revisão das práticas na Primeira Infância. Não se trata de rotular precocemente, mas de oferecer suporte a comportamentos que já dão sinais de desproporcionalidade em relação aos pares. A escuta qualificada de pais e educadores nesse estágio inicial é a chave para uma intervenção que pode minimizar a "ruptura brutal" descrita ao longo deste trabalho. Conforme evidenciado, a transição para o Ensino Fundamental exige da criança habilidades de autorregulação e controle inibitório que ainda estão em desenvolvimento, e que no indivíduo com TDAH, sofrem um atraso neurológico significativo. Nesse sentido, a escola deve transitar de um modelo de "exigência de quietude" para um modelo de "flexibilização pedagógica". Estratégias como a segmentação de tarefas, o uso de reforços positivos e a adaptação do ambiente físico para reduzir estímulos distratores não são apenas concessões, mas direitos fundamentais que asseguram a inclusão. A formação continuada de professores emerge, então, como um pilar indispensável; sem o conhecimento técnico sobre o funcionamento cerebral atípico, o docente corre o risco de perpetuar ciclos de punição que apenas agravam o quadro emocional do aluno. Por outro lado, a crítica à medicalização isolada convoca a sociedade a refletir sobre a "cura" que se busca: estamos tentando melhorar a qualidade de vida do sujeito ou apenas silenciar comportamentos que incomodam a estrutura produtiva acadêmica? O tratamento

medicamentoso, embora eficaz em cerca de 70% dos casos, não deve ser visto como uma solução mágica, mas como parte de um tratamento multimodal que inclui psicoterapia, orientação familiar e adaptação escolar. Finalmente, este estudo reafirma que o TDAH é uma condição dinâmica e heterogênea. O sucesso do indivíduo ao longo da vida depende da força da rede de suporte construída ao seu redor. Somente ao integrar o rigor das neurociências com a sensibilidade das humanidades, será possível construir um futuro onde o diagnóstico não seja uma sentença de isolamento, mas o passaporte para um suporte adequado que respeite a dignidade e a singularidade de cada ser humano.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. A criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: guia prático para pais e profissionais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. CALIMAN, L. V. O TDAH entre a função e a ficção. Psicologia: Ciência e Profissão, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 820-835, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/K7H6cvLr349XXPXWsmsWJQq. Acesso em: 25 maio 2024.

COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús (org.). Transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CONNOR, D. F. Preschool Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review of prevalence, diagnosis, neurobiology and stimulant treatment. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, [s. l.], v. 23, p. S1-S9, 2002.

DOMINGOS, N. A. M.; RISSO, K. R. O transtorno de déficit de atenção e a hiperatividade infantil. In: SILVARES, E. F. M. (org.). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. Campinas: Papirus, 2000. p. 63-83.

EPIC RESEARCH. ADHD Diagnosis Rates on the Rise: 123% increase in women. [S. l.], 2023. Disponível em: https://epicresearch.org. Acesso em: 29 abr. 2026.

FARAONE, Stephen V. et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, [S. l.], v. 128, p. 789-818, set. 2021.

FERREIRO, Emilia. Alfabetização em processo. São Paulo: Cortez, 2011.

FERREIRO, E.; TEBEROSKY, A. Psicogênese da língua escrita. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MACEDO, Rosa Maria (org.). TDAH e as redes de suporte. São Paulo: Summus, 2015.

MATTOS, Paulo. No mundo da lua: perguntas e respostas sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

MIYAZAKI, M. C. O. S.; DESIDERIO, R. C. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: uso de medicamentos e de terapia comportamental. Revista Brasileira de Terapia Cognitiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 119-140, dez. 2010.

NORTHEY, S. et al. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Pediatric Health Care, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 41-44, 2003.

OLIVEIRA, G. C.; BOSSA, N. A. Avaliação psicopedagógica da criança de 0 a 6 anos. Petrópolis: Vozes, 2015.

PILETTI, Nelson; ROSSATO, Solange; ROSSATO, Geovanio. Psicologia do Desenvolvimento. São Paulo: Contexto, 2015.

SCHRAG, Peter; DIVOKY, Diane. The Myth of the Hyperactive Child: and other means of child control. New York: Pantheon Books, 1975.

SCIMAGO INSTITUTIONS RANKINGS. World Report 2009: Global Ranking. [S. l.], 2009. Disponível em: scimagoir.com. Acesso em: 29 abr. 2026.

SIGNOR, R.; BERBERIAN, A. P.; SANTANA, A. P. A medicalização da educação: im-

plicações para a constituição do sujeito/aprendiz. Psicologia Escolar e Educacional, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 553-563, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pee/a/G4mGnPctSwHkLZgMn8hZs7b/. Acesso em: 25 maio 2024.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. Mentes Inquietas: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

WERNER, Jairo. Saúde e educação, um encontro necessário. Rio de Janeiro: Gryphus, 2001.