

DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i26p4036-4047>

# Diagnosticado com TDAH: e agora professor?

**RESUMO** | O objetivo geral do trabalho é compreender a importância em se conhecer o TDAH e saber como o professor pode agir ao perceber que a criança foi diagnosticada com o TDAH. Como objetivos específicos, descrever a história do TDAH, conceituar, diagnosticar e abordar o TDAH na escola e descrever a educação física como intervenção ao TDAH em crianças de 9 a 11 anos. Trata-se de um estudo reflexivo com base em estudos publicados e o parecer de cada autor em relação ao tema. A abordagem geral do texto conclui que são necessários mais estudos sobre o transtorno e déficit de atenção e hiperatividade na escola e, especificamente, suas relações com os modos de aprender e vivenciar práticas corporais nas aulas de Educação Física, pois se trata de uma realidade muito presente nas escolas. Somente assim teremos uma qualidade de ensino melhor aos nossos alunos TDAH.

**Palavras-chaves:** TDAH; Alunos; Educação; Desenvolvimento.

**ABSTRACT** | The main aim of the paper is to understand the importance of knowing ADHD and knowing how the teacher can act when realizing that the child has been diagnosed with ADHD. As specific objectives, describe the history of ADHD, conceptualize, diagnose, and address ADHD at school and describe physical education as an intervention for ADHD in children aged 9 to 11 years. It is a reflective study based on published studies and the opinion of each author regarding the topic. The general approach of the text concludes that more studies are needed on the attention deficit and hyperactivity disorder at school and, specifically, its relationship with the ways of learning and experiencing body practices in Physical Education classes, as it is a very reality present in schools. Only then will we have a better teaching quality for our ADHD students.

**Keywords:** ADHD; Students; Education; Development.

**RESUMEN** | El objetivo general del trabajo es comprender la importancia de conocer el TDAH y saber cómo puede actuar el maestro cuando se da cuenta de que el niño ha sido diagnosticado con TDAH. Como objetivos específicos, describa la historia del TDAH, conceptualice, diagnostique y aborde el TDAH en la escuela y describa la educación física como una intervención para el TDAH en niños de 9 a 11 años. Es un estudio reflexivo basado en estudios publicados y la opinión de cada autor con respecto al tema. El enfoque general del texto concluye que se necesitan más estudios sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la escuela y, específicamente, su relación con las formas de aprender y experimentar las prácticas corporales en las clases de Educación Física, ya que es una realidad muy real. presente en las escuelas. Solo entonces tendremos una mejor calidad de enseñanza para nuestros estudiantes con TDAH.

**Descriptores:** TDAH; Estudiantes; Educación; Desarrollo.

## Quitéria Soares de Oliveira

Faculdades Integradas São Pedro (Faesa) Vitória - ES. Licenciado Pleno em Pedagogia. Administração Escolar, Supervisão Escolar e Orientação Educacional (2004); Pós-graduação *Latu Sensu* Educação de Jovens e Adultos (2011). FAESA - Faculdades Integradas São Pedro – Vitória - ES

## Flavia Manette Cardoso Stofele

Faculdade de Pedagogia e Filosofia, Pós-graduação em Filosofia e Ensino fundamental e educação infantil. Faculdade Vale do Cricaré - São Mateus -ES

## Maria da Penha Machado Rocha

Faculdades Integradas São Pedro – Faesa. Pedagogia. CEUNES -Centro Universitário Norte do Espírito Santo, São Mateus - ES

## Maria Aparecida Jesus de Oliveira Santos

Licenciatura Plena em Pedagogia para as séries Iniciais do Ensino Fundamental. CEUNES -Centro Universitário Norte do Espírito Santo, São Mateus - ES

**Recebido em:** 15/04/2020

**Aprovado em:** 16/04/2020

## Marciana dos Santos Silva Ventura

Licenciatura em História e Pedagogia. Centro Universitário São Camilo – Vitória - ES

## Marcus Antonius da Costa Nunes

Engenheiro mecânico, mestre e doutor em engenharia mecânica. Graduação: UFES – Universidade Federal do ES. Mestrado e Doutorado: UFSC – universidade Federal de Santa Catarina.

## INTRODUÇÃO

Desde muito tempo, o transtorno do déficit de atenção (TDAH) foi entendido equivocadamente como um diagnóstico com poucas alusões na vida dos pacientes. Frequentemente, a criança era avaliada por alguém sem especialidade e tratada baseada apenas nas queixas de hiperatividade e impulsividade para fazer o diagnóstico, mencionadas pelos professores ou pais, continuando a crença de remissão da sintomatologia na puberdade.

Até hoje a crença de que este trans-

torno acomete principalmente meninos com problemas comportamentais é bastante difundida. Nos últimos anos, apesar disso, tanto a experiência clínica quanto, neuropsicologia e a neuroimagem têm contribuído para uma mudança drástica na forma de entender o TDAH.

Nesse tempo de crescente desprestígio dos profissionais da educação, fortalecer os profissionais da área da educação é mais do que necessário. O desafio se torna mais interessante com a possibilidade de integrar conhecimentos e técnicas das abordagens cognitivas comportamentais ao universo da pedagogia e da educação em geral.

O reconhecimento da eficácia das terapias cognitivas no Brasil e no mundo tem aumentado à popularidade dessas abordagens, porém a aplicação no contexto escolar ainda é tímida e se constitui um desafio.

Pretende-se abordar a seguinte problemática: De que forma a abordagem cogni-

tiva comportamental pode propiciar, dentro das escolas, intervenções que geram mudanças e favorecem a aprendizagem?

A escassez de estudos científicos faz das abordagens cognitivas comportamentais estratégias para a construção de práticas baseadas em evidências que respondam às demandas presentes no contexto escolar.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo reflexivo e de caráter descritivo, com base nos teóricos referência de estudos com crianças portadoras do Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), como: Gallahue, Mazzone, Craft, Brzozowski, Caliman e Belli. A busca da bibliografia foi realizada no mês de dezembro de 2018 nas duas bases de dados on-line: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico.

Apresentou-se um olhar crítico entre a tríade criança portadora de TDAH, universo escolar e saúde, tendo como objetivo principal o bem-estar da criança e sua devida assistência, seja por parte da saúde com diagnóstico e tratamento e pela parte escolar na aceitabilidade e capacidade dos profissionais do universo escolar em atender suas demandas e realizar o processo educativo da melhor forma o possível, em conjunto com a ciência.

## DISCUSSÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade recebeu diversas nomeações e interpretações ao longo dos tempos. De acordo com estudo(1), George Fredrick Still realizou em 1902 várias palestras sobre crianças agressivas, desafiadoras, resistentes à disciplina, excessivamente emotivas e passionais, que tinham dificuldades de seguir regras, eram desatentas e hiperativas. Essas características apresentadas por Still são atuais se comparadas com as conhecidas hoje e não havia um termo que desse nome a esse comportamento.

Em uma análise feita por Barkley, Still foi quem primeiro vinculou o transtorno da atenção a um defeito da vontade inibitória. Naquela época, acreditava-se que o transtorno estava exclusivamente relacionado ao comportamento, à moral e à vontade da criança. “Still foi um dentre muitos outros que postulou a existência de uma patologia moral específica, marcada pela desobediência às regras e consensos sociais”(2).

De acordo com autores(3), após a primeira Guerra Mundial, que ocorreu entre 28 de julho de 1914 e 11 de novembro de 1918, as crianças sobreviventes começaram a apresentar mudanças de conduta com características similares às apresentadas por Still. Em 1934, foram descritas por Kahn e Cohen como organicamente impulsionadas. Posteriormente, esse tipo de comportamento foi nomeado como hiperatividade infantil, termo usado por Laufer em 1957 e por Stella Chess em 1960.

“Laufer acreditava que a síndrome seria uma patologia exclusiva de crianças do sexo masculino e teria sua remissão ao longo do crescimento natural do indivíduo.” “Para Chess, as causas seriam mais de origens biológicas e genéticas do que a influência do meio ambiente. Então, usou o termo Síndrome da Criança Hiperativa”(1). Em 1960, destacou-se que as causas para esse comportamento, ainda não nomeado como TDAH, seria de origem genética e biológica.

Ainda na década de 60, outras explicações surgiram: “Em 1962 Clement e Peters criaram uma nova conceituação ‘disfunção cerebral mínima’, proveniente da fraca coordenação, deficiências de aprendizagem, instabilidade emocional, sem apresentar lesões neurológicas específicas”(3).

Reação Hiperkinética da Infância foi o termo usado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) em 1968(1). A partir de 1970, estudo(1) cita a contribuição dos estudos de Virgínia Douglas, que passou a defender a ideia de que o déficit em manter a atenção poderia surgir sob condições em que não houvesse hiperatividade. As-

sim, destacou o déficit de atenção que não era muito considerado anteriormente.

Os autores que se dedicaram a estudar esse comportamento chegaram a conclusões semelhantes, Caliman(2), destaca que:

Na história do TDAH, o médico inglês George Still, no início do século, e Virgínia Douglas, no final da década de 70, defenderam um ponto de vista semelhante. Still, Douglas e Barkley teriam em comum ao menos um aspecto que, para Barkley, é o ponto central da análise teórica e histórica do TDAH: em suas análises, o que determina o transtorno da atenção e da hiperatividade é o vínculo entre um defeito neurofisiológico do sistema inibitório, o déficit da moral e da vontade. Veremos que Barkley relaciona o problema moral ao déficit inibitório. Em sua opinião, Still e Douglas haviam chegado à mesma conclusão.

De acordo com autores(3), a American Psychiatric Association em 1980 com seu Manual de Diagnóstico e Estatística nas Doenças Mentais III (DSM III) renomeou para transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade, e em 1987 o DSM III-R (1987) mudou a terminologia para Transtorno de déficit de atenção por Hiperatividade. Caliman(2) apresenta que em 1994 o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, como é descrito hoje pelo discurso neurobiológico, foi incluído no DSM IV.

A nomenclatura brasileira utilizada é de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade(4,5). O termo TDAH tornou-se, então, muito comum no mundo todo e estudo(2) relata que diversos questionamentos foram levantados como a existência do transtorno ou se poderia ser definido realmente como uma patologia. Nos dias atuais, a discussão persiste e há quem defenda o TDAH e há quem acredite em certo exagero nos diagnósticos ou que seja inexistente.

### CONCEITUANDO O TDAH

As pessoas em geral e, até mesmo profissionais da saúde e da educação, desconhecem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e as crianças recebem alguns rótulos como: “mal educadas”, “mimadas”, “sem limites” e “irresponsáveis”<sup>(6)</sup>. Estudo<sup>(7)</sup> destaca ainda outros rótulos, como: “preguiçosos”, “desinteressados”, “vivem no mundo da lua”, “loucos”, “problemáticos” e “atrevidos”.

Conforme as definições de estudos, destacou-se que esse transtorno se caracteriza, principalmente, por desatenção, hiperatividade e impulsividade; sua causa pode ser genética, biológica e/ou social. Enquanto Belli<sup>(7)</sup> acreditava ser o TDAH um distúrbio causado por desequilíbrios químicos em certas regiões do cérebro, Seno<sup>(8)</sup> classificava o TDAH como uma síndrome relacionada a fatores genéticos, biológicos e psicossociais, com início precoce e que não prejudica a vida dessa pessoa; Belli<sup>(7)</sup> mostra que há sim problemas para o cotidiano do indivíduo. A pessoa com TDAH tem uma instabilidade em regiões cerebrais que comandam a vigília, atenção e controle das emoções.

Os sinais podem ser verificados ainda na infância e, muitas vezes, continuando na vida adulta. De acordo com Goldstein, há pouco tempo atrás se acreditava que os sintomas do TDAH desapareciam no início da adolescência e, atualmente, pesquisas revelam que a maioria das crianças com o transtorno chega à idade adulta com os mesmos comportamentos da infância<sup>(6)</sup>.

Para Rohde e colaboradores, o TDAH é considerado um transtorno do desenvolvimento e já foi entendido como um distúrbio comportamental de meninos. Atualmente, é frequentemente diagnosticado como presente em meninas, adolescentes e adultos. Não há certezas a respeito das causas do TDAH, e autores destacam algumas hipóteses, como: fatores hereditários, neuroquímicos e psicossociais que, quando associados, adquirem maior força na determinação do quadro<sup>(9)</sup>.

São diversos os fatores que podem contribuir com o transtorno, e Castroviejo defende o conceito multifatorial de causas do TDAH, sendo relacionadas a aspectos sociais, educacionais, familiares e de saúde. Deve-se considerar que esses mesmos aspectos que podem ser as causas do transtorno, são as áreas do indivíduo vistas de forma negativa<sup>(4,6)</sup>.

Belli<sup>(7)</sup> demonstra que, atualmente, o TDAH pode ser classificado em três tipos diferentes: tipo combinado, essas pessoas têm problema para se concentrar e também são excessivamente ativas (TDA com hiperatividade); as que apresentam o tipo predominantemente desatento não são inquietas, nem desordeiras, mas têm problemas para se concentrar em tarefas, manter a atenção e organizar e terminar as coisas (TDA sem hiperatividade); e as com o tipo predominantemente hiperativo-impulsivo são crianças de 4 a 5 anos, no qual o traço de desatenção é difícil de diagnosticar.

Phelan aponta oito características que acompanham o TDAH: a desatenção ou tendência à distração, a impulsividade, a dificuldade de esperar ser atendido, a hiperatividade, a super excitação emocional, a desobediência, os problemas sociais e a desorganização. A criança pode ter todas ou apenas algumas dessas características. É preciso que as pessoas que convivem com essa criança e conheçam essas características para auxiliar de modo positivo<sup>(9)</sup>.

### DIAGNÓSTICO DO TDAH

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tem sido diagnosticado com frequência em crianças. Andrade e Scheuer apontam que a taxa de prevalência média encontrada foi de 3,6 a 5% da população escolar<sup>(10,11)</sup>, porém Vasconcelos e colaboradores<sup>(12)</sup> informam que alguns estudos indicam que de 4 a 12% da população geral de crianças de 6 a 12 anos de idade têm o diagnóstico confirmado.

É importante que se faça o diagnóstico correto de crianças que apresentam um comportamento diferenciado, visto

que, as que demonstram sinais de desatenção e hiperatividade necessitam de alguma intervenção. Barkley informa que as primeiras características surgem no início da vida, como problemas de inquietação motora e períodos reduzidos de atenção, que não estão compatíveis com a idade da criança<sup>(6)</sup>.

A respeito de como diagnosticar o TDAH, Silva enfatiza que não existe nenhum exame médico ou teste psicológico para se detectar TDAH, mas exame físico e recente histórico pediátrico são importantes para se diagnosticar e tratar um possível TDAH. Exames de sangue dosam a dopamina e a noradrenalina, a serotonina e a neuroimagem do córtex pré-frontal podem ser somados ao diagnóstico<sup>(7)</sup>.

Rohde e Halpern<sup>(13)</sup> afirmam que “O DSM-IV propõe a necessidade de, pelo menos, seis sintomas de desatenção e/ou de hiperatividade/impulsividade para o diagnóstico de TDAH”, cujo qual deve ser feito por uma equipe multidisciplinar contando com médicos especialistas, psicólogos, pedagogos, professores e os pais; de forma séria e adequada, já que autores<sup>(9)</sup> destacam que não há nenhum teste físico, neurológico ou psicológico que possa provar sua existência, ou seja, apenas exames físicos não oferecerão um diagnóstico confiável.

Atualmente, os profissionais utilizam entrevista com os pais e com a própria criança para tentar diagnosticar algum transtorno. Consultam anotações de professores com ênfase nos relatos de comportamentos característicos. Jerusalinsky acredita que a metodologia proposta jamais poderia ser considerada clínica, uma vez que se trata de uma contagem de fenômenos, ou seja, da constatação da presença ou da ausência de certos comportamentos<sup>(5)</sup>.

Oferecer um diagnóstico no qual não há exames que apresentem resultados consistentes é um grande risco, visto que se pode comprometer a vida de uma criança, considerando que seu aprendizado pode ser profundamente prejudicado; com um diagnóstico de TDAH, a escola

terá uma abordagem diferenciada para esse aluno. É na escola que os primeiros sinais do TDAH são percebidos, visto que é nesse ambiente que o aluno precisa de concentração, atenção para desenvolver tarefas, prestar atenção nas explicações da professora e, assim, aprender<sup>(14)</sup>.

Araújo também destaca que ao ingressar na escola que os sintomas ficam mais evidentes, “principalmente por serem prejudiciais e menos tolerados neste ambiente”<sup>(15)</sup>. Diagnosticar o TDAH não é uma tarefa simples.

As autoras expõem algumas incertezas que permeiam o diagnóstico dos transtornos de comportamento. Durante anos, pessoas se dedicam a estudos com o intuito de comprovarem a existência de uma doença de origem neurobiológica, porém, a ciência precisa de informações mais consistentes.

Depois de diagnosticado ter o TDAH, algumas intervenções podem ser feitas: o tratamento terapêutico, tratamento medicamentoso e o próprio auxílio da escola e da família. Como os primeiros sinais do TDAH usualmente são percebidos na escola, “no âmbito das intervenções psicossociais, o primeiro passo deve ser educacional, por meio de informações claras e precisas à família a respeito do transtorno”<sup>(8)</sup>.

O uso de medicamentos tem sido o tópico mais comentado quando se aborda o tratamento do TDAH. Silva defende o tratamento medicamentoso como necessário e apoia a medicalização como forma de buscar uma melhoria da qualidade de vida<sup>(7)</sup>.

O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, onde a utilização de fármacos ameniza a sintomatologia motora, a impulsividade e desatenção, melhorando a qualidade de interações sociais e desempenho acadêmico<sup>(4,13)</sup>.

Assim, na visão medicalizante, os alunos terão maior facilidade para realizar suas tarefas, demonstram estar mais obedientes, menos agressivos e cumprem

as regras propostas. Os medicamentos estimulantes melhoram a atenção e diminuem a hiperatividade, cujos quais mais indicados são os psicoestimulantes, o mais receitado é o metilfenidato comercializado como ritalina. “A Ritalina é um estimulante que tem efeito paradoxal de acalmar o sistema nervoso e aumentar a capacidade da criança de prestar atenção, estimulando a produção de dopamina e noradrenalina. Apenas 3% dos TDAH não podem fazer uso desses medicamentos”<sup>(7)</sup>.

Em uma pesquisa realizada apontou que 100% dos médicos entrevistados recomendam o uso de medicamentos para tratamento do TDAH, tanto os neurologistas quanto psiquiatras. Os psicólogos entrevistados apontaram a psicoterapia como uma das principais formas de tratamento para o TDAH; no entanto, apenas 20% não recomendaram medicação<sup>(16)</sup>.

No Brasil, o único psicoestimulante disponível é o Metilfenidato, (Ritalina® e Concerta®), considerando que a medicação de curta duração é a Ritalina apresentando em 10 mg, com uma duração de 3 a 4 horas, a Ritalina LA®, possui três apresentações 20 mg, 30 mg e 40 mg, com duração de 6 a 8 horas. O metilfenidato comercializado como Concerta® tem tempo de ação superior ao da Ritalina LA®, apresentação de 18 mg, 36 mg e 54 mg, possui tempo de ação de 10 a 12 horas<sup>(5)</sup>.

A presença do medicamento tem sido comum, como diz Monteiro: “atualmente não é raro encontrar em mochilas escolares uma caixa de Ritalina dividindo o espaço com o lanche, os cadernos e as canetas, dando-nos a impressão de que, naturalmente, fazem parte do material escolar”. Conhecendo essas reações adversas causadas pela ritalina e sendo tão comum encontrá-la nas mochilas das crianças como algo natural, é possível afirmar que o ambiente escolar aceita com facilidade a medicação, principalmente porque a ritalina é nomeada por alguns autores como a droga da obediência<sup>(17)</sup>.

Diante do excesso de medicação, alguns autores decidiram rever o TDAH, considerando que as crianças podem vi-

ver diversas situações que as levem a ter um comportamento semelhante ao TDAH. Autores como Pasquini e Velásquez acreditam que as crianças podem estar em um momento difícil<sup>(14)</sup>.

Como informam Brzozowski e Caponi<sup>(11)</sup>, mesmo com todo o discurso científico, grande parte dos professores e pais são resistentes ao uso do medicamento. Mesmo com a prescrição médica, rejeitam o tratamento proposto ou o fazem contra vontade própria. Isso mostra que há uma parcela da sociedade que é contra o uso de remédios controlados em crianças.

As reações causadas pelo metilfenidato é um dos principais motivos para alguns estudiosos se posicionarem contra a medicalização. É um medicamento de uso controlado e estudo<sup>(18)</sup> cita essa necessidade de controle, de acordo com a Portaria SVS/MS n.º 344, de 12/5/98, e RDC n.º 22, de 15/2/2001, o metilfenidato foi colocado na lista A3 (substâncias psicotrópicas), mas sujeito à notificação de receita A. Nessa lista estão contidas substâncias como metanfetamina (“ice”), fenciclidina (“pó de anjo”) e dronabinol (princípio alucinógeno da maconha).

Os pacientes sem um diagnóstico preciso não devem ser tratados com ritalina, porque os dados de segurança e eficácia em longo prazo sobre o uso de ritalina não são completamente conhecidos, e destaca-se que é preciso atenção, pois, pode causar dependência física ou psíquica. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a venda do metilfenidato subiu de 70.000 caixas vendidas em 2000 para dois milhões de caixas em 2010, tornando o Brasil o segundo maior consumidor dessa droga no mundo, perdendo somente para os Estados Unidos<sup>(19,20)</sup>.

## O TDAH E A ESCOLA

Diante o aumento dos alunos que não conseguem aprender, os envolvidos, principalmente os professores, buscam os motivos dessa aprendizagem que não ocorre, e uma das justificativas é o TDAH que se faz presente nas escolas. Estudo enfatiza que uma visão tradicionalista associa dis-

ciplina à obediência e que determinadas escolas e professores diante de um mesmo comportamento podem considerá-lo como indisciplinado ou não, e até mesmo classificá-los como TDAH<sup>(21)</sup>.

Para Andrade, os professores estão sobrecarregados e não conseguem lidar com esse assunto. As turmas contam com no mínimo 30 alunos, lidam com diversos problemas deixando excluído um aluno TDAH. Phelan cita o caso de Ann Weltch, uma professora de educação especial nos Estados Unidos que aborda duas regras básicas a serem aplicadas em uma sala de aula: a primeira é que as crianças estão na escola para aprender e há um trabalho a ser feito e a segunda é que o comportamento da criança não pode interferir no trabalho a ser feito, que é a aprendizagem<sup>(15)</sup>.

É primordial os educadores pensarem que a criança está na escola para aprender e, muitas vezes, fatores que independem delas as prejudicam: a maioria das crianças com TDAH deseja ter um bom rendimento escolar como as demais crianças; no entanto, a dificuldade de concentração e motivação aliada a uma estrutura escolar inadequada para esses alunos dificultam o seu desempenho, levando-os normalmente a conflitos com professores e colegas de turma<sup>(9)</sup>.

A instituição escolar tem um programa a cumprir, existe um currículo que o aluno deve aprender em determinado período. Luengo<sup>(17)</sup> diz que as crianças com comportamento diferenciado ou que não correspondem ao esperado se tornam a maior queixa do educador que passa a vê-los como diferentes. O autor também afirma que no âmbito escolar, o TDAH surge como justificativa para o fracasso e, ao ter essa visão, o fracasso deixa de ser escolar e passa a ser do escolar. Tratando assim o problema como individual.

São inúmeros os motivos que fazem com que um aluno não tenha o aproveitamento esperado, pode estar relacionado a questões de comportamento como também à metodologia utilizada. Porém, o que é preocupante nessa crescente me-

dicalização é o excesso de alunos com TDAH; é associar qualquer sinal fora do esperado a um tipo de transtorno.

Proporcionar ao aluno um ambiente estruturado é uma alternativa que não precisa da medicalização. Autores<sup>(15)</sup> apresentam algumas condições necessárias para o convívio do professor com um aluno TDAH. As crianças com TDAH precisam de ajuda para encontrarem prazer em estar na sala de aula, o professor precisa perceber o estado emocional desses alunos; essas crianças buscam limites, é fundamental que se estabeleça regras. O professor pode fazer listas ou tabela que sirva de referência, elas precisam que as informações sejam repetidas várias vezes. Ter um cronograma deixa o aluno mais seguro e, no caso de alterações, o professor deve prepará-lo com antecedência, ele precisa ser flexível; permitir momentos para brincar e descontração. Para a criança com TDAH é importante subdividir a tarefa, em tarefas maiores ele pode se sentir incapaz de realizá-las, enfim, ela precisa de elogios, instruções simplificadas, momentos de responsabilidade e incentivo.

O professor deve considerar cada aluno como um ser com necessidades diferenciadas, com desenvolvimento em um ritmo próprio, afinal, não existem turmas homogêneas. Estudo<sup>(15)</sup> aborda a ação do professor nesse processo, afirmando que a forma como lidam com essas situações de dificuldades, é determinante para o desenvolvimento psicológico dos alunos e para o crescimento da comunidade escolar. Ainda sugerem que o tema TDAH precisa de espaço na formação desses professores de modo que possam refletir, discutir e compartilhar experiências.

#### A EDUCAÇÃO FÍSICA COMO INTERVENÇÃO AO TDAH EM CRIANÇAS DE 9 A 11 ANOS

A educação física e a psicomotricidade se baseiam nas necessidades das crianças, seu objetivo é estimular o movimento em todas as fases do desenvolvimento motor da criança. Ambas colaboram para a estruturação e a formação do

esquema corporal, o que facilita a orientação espacial.

A educação física tem como finalidade trabalhar os movimentos naturais e espontâneos (andar, correr, saltar, rolar, engatinhar, flexionar, suspender, inclinar etc).

As estruturas básicas psicomotoras são compostas por: locomoção, coordenação óculo segmentar, lateralidade, ritmo, relaxamento e equilíbrio; essas são bases desenvolvidas pelas crianças durante as aulas de educação física, até mesmo em sessões de psicomotricidade. O professor de educação física deve adequar atividades em suas aulas que desenvolvam as estruturas básicas nas crianças.

A educação psicomotora é uma ação pedagógica e psicológica que, através da educação física, utiliza meios para normalizar ou melhorar o comportamento da criança<sup>(8)</sup>.

Normalmente as aulas de educação física são prazerosas e, com isso, mantêm os alunos mais ativos, o que não significa que no momento específico o aluno não apresente a hiperatividade e a desatenção. Todos sabem a importância de atividades físicas regulares para qualquer pessoa, melhor ainda para crianças e adolescentes portadores desse transtorno.

Atividades físicas tornam fácil o desenvolvimento da criança, pois ele é um recurso metodológico que proporciona uma aprendizagem espontânea e natural. Sendo um estímulo à crítica, à criatividade, à curiosidade e à socialização, é reconhecida como uma das atividades que possui um enorme significado através dos conteúdos pedagógicos, físicos e sociais<sup>(8)</sup>.

#### CONCLUSÃO

Atualmente, não há uma abordagem universalmente específica que possa dizer, professores trabalhem com esse tipo de abordagem que resultará positivo em suas aulas. Apontam-se três tipos de abordagens mais utilizadas, que são: controle de comportamento, multissensoriais e multifacetadas. O controle de comporta-



mento está relacionado às estratégias que são feitas através de punição para a melhora do comportamento; Abordagem multissensorial: ressalta o ensino por meio das áreas de ensino que o aluno domina, usando os canais sensoriais (visual, auditivo, sinestésico e tátil); e Abordagem multifacetada: é o uso de diversas abordagens, visando facilitar o aprendizado do aluno com TDAH.

Em contrapartida, autores acreditam que somente duas abordagens possam obter bons resultados nas aulas de educação física que são: Psicomotricidade, tem como objetivo aumentar a capacidade de interação do indivíduo com o ambiente através das habilidades motoras, na qual a criança descobre seus limites, suas dificuldades e habilidades, mantendo o autocontrole e aprendendo a viver em sociedade; e Técnicas de Relaxamento: essencial na rotina de um aluno TDAH, pois só o fato de sair da sala e se dirigir até a quadra muitas vezes se torna um

transtorno, cuja qual nada mais é do que a famosa “volta à calma”.

O professor de Educação Física com estas informações se torna a “peça” fundamental no processo de ensino aprendizagem, pois ele planeja em suas aulas e traça estratégias pedagógicas, tendo como objetivo a melhora da parte motora, autoestima e a confiança desse aluno. Por isso a Educação Física é uma disciplina importante e ajuda na intervenção da aprendizagem dos alunos portadores do TDAH.

É um grande desafio para os professores de educação física trabalhar com alunos portadores do transtorno e déficit de atenção/hiperatividade, porque não se sai das Universidades especializado em ensinar crianças com esse transtorno. Muito se viu que normalmente são crianças tidas como indisciplinadas; professores costumam rotular alunos que geralmente tem um comportamento inadequado como “hiperativo”, sem ao menos estudar o caso a fundo.

Trabalhar a psicomotricidade com crianças TDAH tem sido um dos caminhos que alguns professores estão percorrendo. Já que a psicomotricidade evidencia a relação existente entre os processos cerebrais e afetivo/emocionais com o ato motor, ou seja, corpo e mente deverão estar em sintonia durante as atividades. O corpo reage aos estímulos mentais dando expressão corporal ao sentido do conhecimento assimilado, isto é, a informação externa entra pelos órgãos da percepção e possibilita ao sistema nervoso central receber e buscar subsídios para reelaborar essa informação e expressá-la pelo movimento.

A Educação Física é fundamental nesse processo, pois tem como “sala de aula” um local aberto, diferenciado que, se bem utilizado, pode contribuir positivamente para o desenvolvimento da aprendizagem do aluno. Há diversas causas diferentes para o TDAH, consequentemente existem diversas maneiras de ensinar uma criança com esse transtorno. 🐦

## Referências

1. Silva ABBB. *Mentes Inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Gente; 2003.
2. Caliman LV. A Constituição Sócio Médica do “Fato TDAH”. *Psicologia e Sociedade*. 2009; 21:135-144.
3. Barbosa AAG, Barbosa GA, Amorim GG. *Hiperatividade: conhecendo sua realidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
4. Araújo APQC. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *Jornal de Pediatria*. 2002; 78(Supl.1):104-110.
5. Santos LF, Vasconcelos LA. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2010 out-dez 2010; 26(4):717-724.
6. Mazzoni HMO, Tabaquim MLM. Distúrbio de conduta e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma análise diferencial. *Revista de Psicólogo*. 2010; 13(18):29-44.
7. Belli AA. TDAH! E agora? A dificuldade da escola e da família no cuidado e no relacionamento com crianças e adolescentes portadores de TDAH. São Paulo: STS; 2008.
8. Seno MP. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem? *Revista Psicopedagogia*. 2010; 27(84):334-343.
9. Moreira SC, Barreto MAM. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: conhecendo para intervir. *Revista Práxis*. 2009; 2:65-70.
10. Calisto MFS. A Importância em se Identificar Cedo se A Criança É Portadora de Transtorno de Déficit de Atenção Com Hiperatividade/TDAH. *TRIVIUM – Revista eletrônica multidisciplinar*. Pitanga: UCP – Faculdades de Ensino Superior do Centro do Paraná, 2011.
11. Brzozowski FS, Caponi S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. *Physis*. 2009; 19(4):1165-1187.
12. Gallahue DL. *Educação Física Desenvolvimentista para todas as crianças*. São Paulo: Phorte; 2008.
13. Rohde LA, et al. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na Infância e na Adolescência: Considerações Clínicas e Terapêuticas. *Rev. Psiqu. Clin.* 2004; 80(2):324-329.
14. Reis GV, Santana MSR. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Doença ou Apenas Rótulo? *An. Sciencult.* 2010; 2(1):188-195.
15. Castro CAA, Nascimento L. TDAH – Inclusão nas Escolas. Rio de Janeiro: Ciência Moderna LDTA; 2009.
16. Peixoto ALB, Rodrigues MMP. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Aletheia*. 2008; 28:91-103.
17. Luengo FC. *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2010.
18. Carlini EA, et al. Metilfenidato: influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2003; 30(11):11-20.
19. Pereira JG. *A Crítica à Medicalização da Aprendizagem na Produção Acadêmica Nacional*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
20. Santos ISL. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – “TDAH”: Transtorno do Comportamento?* 2010.115f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
21. Zucoloto PCSV. *O Médico Higienista Na Escola: As Origens Históricas da Medicalização do Fracasso Escolar*. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. 2007; 17:136-145.