

**FACULDADE DO NOROESTE DO MATO GROSSO – AJES
LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

SILMARA BORGES DA SILVA

**RELEVÂNCIA DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO TRATAMENTO E
DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM COGNITIVA EM
ESCOLARES COM TDAH**

Juína-MT

2019

**FACULDADE DO NOROESTE DO MATO GROSSO – AJES
LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

SILMARA BORGES DA SILVA

**RELEVÂNCIA DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO TRATAMENTO E
DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM COGNITIVA EM
ESCOLARES COM TDAH**

Monografia apresentada ao curso de Licenciatura em Educação Física, da AJES – Faculdade do Noroeste do Mato Grosso, como requisito parcial para a obtenção do título de Licenciada em Educação Física, sob a orientação da Profa. Ma. Veronica Jocasta Casarotto.

Juína-MT

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central Prof. Romualdo Duarte Gomes

Faculdade do Noroeste do Mato Grosso - AJES

Silva, Silmara Borges da.

S586r Relevância do Profissional da Educação Física no Tratamento e Desenvolvimento do Processo de Aprendizagem cognitiva em Escolares com TDAH. / Silmara Borges da Silva. – Juína - MT.
30 f.; il. Color. 30 cm.

Orientadora: Profa. Ma. Veronica Jocasta Casarotto.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) apresentado ao Curso de Licenciatura em Educação Física – Faculdade do Noroeste do Mato Grosso - AJES, 2019.

1. Hiperatividade. 2. Transtornos de TDAH. 3. Cognição. I. CASAROTTO, Veronica Jocasta. II. Faculdade do Noroeste do Mato Grosso - AJES. III. Título.

CDU 37.015.3:796

Bibliotecário Responsável: Salatiel J. G. Blanco – CRB1/MS - 2528

FACULDADE DO NOROESTE DO MATO GROSSO – AJES

LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Linha de Pesquisa: Educação

SILVA, Silmara Borges da. **Relevância do profissional da Educação Física no tratamento e desenvolvimento do processo de aprendizagem cognitiva em escolares com TDAH.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – AJES – Faculdade do Noroeste do Mato Grosso, Juína-MT, 2019.

Data da defesa: 09/12/2019

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientadora: Profa. Ma. Veronica Jocasta Casarotto
AJES/JUÍNA

Membro Titular: Prof. Esp. Edmar Fonseca
AJES/JUÍNA

Membro Titular: Profa. Ma. Paloma dos Santos Trabaquini
AJES/JUÍNA

Local: Associação Juinense de Ensino Superior
AJES – Faculdade do Noroeste do Mato Grosso
AJES – Unidade-Sede, Juína-MT

DECLARAÇÃO DA AUTORA

*Eu, Silmara Borges da Silva, portadora da Cédula de Identidade – RG nº 2870848-2 SSP/MT, e inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 061.105.351.92, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado **Relevância do profissional da Educação Física no tratamento e desenvolvimento do processo de aprendizagem cognitiva em escolares com TDAH**, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e à autora.*

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e à autora.

Juína-MT, 2019.

Silmara Borges da Silva

RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio neurobiológico crônico que envolve desatenção, hiperatividade e impulsividade, muito comum na população de crianças em idade escolar. Apresenta como característica principal um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade que, frequentemente, resulta em prejuízos emocionais, sociais e, sobretudo, funcionais, tendo em vista que o indivíduo tem grande facilidade para a distração, apresentando dificuldade de foco em tarefas que possam exigir organização e engajamento. Estudos estimam que, a cada cinco crianças/adolescentes no mundo, uma é identificada com algum tipo de transtorno mental; no Brasil, de 3 a 4% de crianças e adolescentes se revelam com as características do TDAH. Nessa perspectiva, a pesquisa tem como objetivo pesquisar e descrever sobre o TDAH, buscando evidenciar se o tratamento e o desenvolvimento do processo de aprendizagem cognitiva do indivíduo com o distúrbio de TDAH poderão ser influenciados pela atuação do profissional da Educação Física. Para tanto, se utiliza a pesquisa bibliográfica, buscando reunir alguns dos principais autores que discorrem sobre o TDAH.

Palavras-chave: Hiperatividade; Transtorno de TDAH; Cognição.

ABSTRACT

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a disorder that involves inattention, hyperactivity and impulsiveness, very common on child school-age population, whose main characteristic is a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity/impulsiveness, often resulting in emotional, social and, mainly, functional losses, since the individual exhibits a great easiness for distraction and difficulty in focusing on tasks the require organizations and commitment. Studies have estimated that one on five individuals from the child and adolescent world population present some kind of mental disorder; and in Brazil from 3% to 4% show symptoms of ADHA. In this perspective, this work had as main objective to research and to describe the ADHA characteristics, in order to uncover if the treatment and the development of the cognitive learning process of the individual with ADHA disorder, can be affected by a professional in Physical Education, using, to achieve that, bibliographical research, to gather some of the main authors on the ADHA theme.

Keywords: Hyperactivity; ADHA Disorder; Cognition.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 TDAH – HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO	10
1.1 DESATENÇÃO PATOLÓGICA – ALEXANDRE CRICHTON	10
1.2 O INQUIETO E OUTRAS HISTÓRIAS – HEINRICH HOFFMANN.....	11
1.3 DEFEITO DO CONTROLE MORAL – GEORGE F. STILL	12
1.4 SURTO EPIDÊMICO DE ENCEFALITE LETÁRGICA	13
1.5 DOENÇA HIPERCINÉTICA DA INFÂNCIA – KRAMER E POLLNOW.....	13
1.6 LESÃO/DISFUNÇÃO CEREBRAL MÍNIMA	14
1.7 REAÇÃO HIPERCINÉTICA DA INFÂNCIA – <i>DSM-II</i>	15
1.8 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE – <i>DSM-III</i>	15
1.9 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE – <i>DSM-III-R</i>	16
1.10 O TDAH E O AMBIENTE ESCOLAR	18
1.11 O PAPEL DA FAMÍLIA E DA ESCOLA NA APRENDIZAGEM DA CRIANÇA COM TDAH	19
1.12 INCLUSÃO E ADAPTAÇÃO DO ALUNO COM TDAH NA ESCOLA.....	20
2 O PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA.....	22
2.1 O PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA E SUA RELAÇÃO COM O PORTADOR DE TDAH	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS	27

INTRODUÇÃO

A importância que é dada à saúde física e à saúde social na atualidade é muito maior que há alguns anos, e o culto, principalmente ao corpo, é o que faz com que academias fiquem cheias. No entanto, torna-se imperativo que tenhamos também compreensão de que a saúde mental é indispensável para que o bem-estar dos indivíduos e das sociedades tenham resultados positivos, no que tange às questões de transtornos mentais, que, queiram ou não, afetam a sociedade, as instituições de ensino e, sobretudo, as famílias.

Dados apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) relatam que, a cada cinco crianças/adolescentes no mundo, uma apresenta algum tipo de transtorno mental (BENCZIK, 2004); no Brasil, de 3 a 4% de crianças/adolescentes têm necessidade de tratamento intensivo (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). A falta da saúde mental, principalmente na adolescência, afeta de maneira muito profunda o desenvolvimento educacional, o que pode levar ao risco de uso de drogas e álcool, assim como o aumento do comportamento violento.

Um dos transtornos mentais que se apresenta com maior frequência na infância, de acordo com Biederman e Faraone (2005), é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que é compreendido como o transtorno de neurodesenvolvimento que envolve: desatenção, hiperatividade e impulsividade (APA, 2013). É um distúrbio neurocomportamental que afeta crianças em idade escolar, porém esses padrões podem acompanhar a pessoa até sua vida adulta. Bush, Valera e Seidman (2005) ressaltam que esses padrões afetam de maneira muito intensa os processos de aprendizagem, a concentração e as ações motoras, além de afetar outras regiões do cérebro, que implicam em alteração no controle inibitório, na memória de trabalho e no tempo de reação.

Santos e Vasconcelos (2010) descrevem que a diversidade de abordagens com referência ao TDAH continua gerando críticas e divergências de opiniões no que diz respeito ao diagnóstico, pois os sintomas ou características se apresentam muito próximos aos aspectos comportamentais de crianças, jovens e adultos que não possuem a síndrome da TDAH. Segundo Costa, Moreira e Seabra Júnior (2015), o TDAH consta na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo apresentado no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V* subdividido em: TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; e TDAH combinado (APA, 2014).

Os sintomas do TDAH apresentados por crianças, jovens e até mesmo adultos afetam a aprendizagem em sala de aula, influenciam no domínio motor e na aprendizagem cognitiva e social. Nas aulas de Educação Física, se apresenta uma situação de engajamento sem sucesso, pois o indivíduo tem grande facilidade para a distração, tendo dificuldade de foco em tarefas que possam exigir organização e engajamento (AMÉRICO; KAPPEL; BERLEZE, 2016). O TDAH é um transtorno considerado bastante genérico e é diagnosticado puramente por critério clínico, com base em um conjunto de sinais e sintomas, baseados nas manifestações de desatenção, hiperatividade e impulsividade (MOREIRA; BARRETO, 2009).

Diante desse contexto em que se insere o TDAH, surge a figura do educador da Educação Física, que carrega consigo o papel fundamental para o diagnóstico, tratamento e desenvolvimento do processo de aprendizagem cognitiva, levando em conta que cada ser apresenta realidades diferentes, o que exige do profissional estratégias diversas no que diz respeito ao ensino, à aplicação das estratégias e ao relacionamento com o indivíduo portador de TDAH. Giacomini e Giacomini (2006) afirmam que o profissional da Educação Física poderá trabalhar não somente de forma assistida e individualizada, mas, sim, de maneira inclusiva, englobando a socialização entre escola, família e sociedade, buscando mostrar ao indivíduo com TDAH seus pontos fortes e seus talentos.

Com base no exposto, este trabalho objetiva verificar se o tratamento e o desenvolvimento do processo de aprendizagem cognitiva do indivíduo com distúrbio de TDAH poderão ser influenciados pela atuação do profissional da Educação Física. Dessa forma, procura-se entender se o profissional da Educação Física pode influenciar no tratamento e no desenvolvimento do processo de aprendizagem cognitiva do indivíduo com distúrbio de TDAH. A relevância e justificativa da realização deste trabalho residem na compreensão de que este é um tema ainda muito aquém do conhecimento necessário para professores, escola e sociedade, mostrando assim a necessidade de fomentar o debate, a reflexão e discussão sobre o tema.

Com vistas a alcançar o objetivo proposto, este trabalho se baseia em concordância com os ditames da pesquisa básica, tendo em vista o estudo destinar-se à investigação de fenômenos físicos e seus fundamentos (GIL, 2008). Apresenta uma abordagem qualitativa, visto que as respostas obtidas não são objetivas e o intuito não é contabilizar quantidade, e sim compreender o comportamento de um grupo-alvo, que é formado por indivíduos com TDAH. Ainda de acordo com Gil (2008), tomando por base os objetivos deste trabalho, este classifica-se com descritivo, pois busca descrever as características de uma população ou

fenômeno. Insere-se ainda como pesquisa bibliográfica, uma vez que, para sua confecção, foram utilizadas as mais variadas fontes de pesquisas disponíveis ao público, tais como: livros, revistas, sites, dissertações de mestrado e artigos publicados em periódicos científicos.

1 TDAH – HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO

Os sintomas que caracterizam o TDAH tem sido estudados ao longo dos últimos 200 (duzentos) anos, conforme é possível verificar na Figura 1, a seguir, e já recebeu diferentes nomes. É importante ressaltar que embora haja uma gama muito grande de sintomas, não é necessário que todos eles estejam presentes e visíveis para que o diagnóstico seja definido.

Figura 1 – Cronologia do TDAH



Fonte: Resende (2016).

A partir do primeiro estudo publicado em 1798, vários outros estudos surgiram, culminando com o que está denominado nos dias atuais como TDAH. Devido à sua relevância, estes estudos serão apresentados nos subcapítulos seguintes.

1.1 DESATENÇÃO PATOLÓGICA – ALEXANDRE CRICHTON

O primeiro estudo em que se apresentou a descrição do TDAH, de acordo com Resende (2016), foi publicado pelo médico escocês Alexandre Crichton, no ano de 1798, em uma série de 3 livros com o título *Uma investigação sobre a natureza e origem do desarranjo mental*. Ele relatava sobre a doença caracterizada pela dificuldade em manter o foco, uma predisposição para distração, agitação e, possivelmente, algum tipo de impulsividade, reconhecendo que existia um quadro de caráter evolutivo da doença, propondo que a causa poderia ser a disfunção neurológica. Alexandre Crichton, por meio da publicação de seus

livros, procurava retratar os aspectos de desatenção que são encontrados nos indivíduos com TDAH: a hiperatividade e a impulsividade.

De acordo com Phelan (2005), a hiperatividade é caracterizada por inquietação ou dificuldade de manter-se quieto, não permanecer sentado quando era esperada tal conduta, por correr, escalar ou mostrar conduta motora inadequada em situações inapropriadas, por apresentar dificuldade em brincar ou realizar atividades de lazer em silêncio ou por falar excessivamente. O autor destaca que a impulsividade é um fator importante no quadro patológico do TDAH, pois pode causar desde um prejuízo significativo na interação social da criança até um risco físico real. A impulsividade na criança com TDAH é caracterizada pela ação sem o controle racional, ou seja, a criança faz o que quer, o que lhe vem à cabeça, sem medir ou se preocupar com as consequências. Assim, se envolve em brincadeiras perigosas, se fere ou agride outras crianças quando está frustrada somente para satisfazer seu desejo.

Os estudos desenvolvidos por Alexandre Crichton foram incluídos na segunda edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais – DSM-II*, de 1968, como Distúrbio de Reação Hiperkinética da Criança. Sem dúvida, foi um dos mais significativos marcos da história, pois até então os pesquisadores davam maior ênfase aos sintomas de hiperatividade (BARBOSA; STEIN, 1999).

1.2 O INQUIETO E OUTRAS HISTÓRIAS – HEINRICH HOFFMANN

Resende (2016) descreve que, em 1845, o médico alemão Heinrich Hoffmann publicou o livro infantil, como presente ao seu filho, *Histórias engraçadas e desenhos divertidos*.¹ Esse livro, um clássico da literatura infantil mundial, traduzido em diversas línguas, conta diversas histórias, como a de um jovem que não conseguia ficar parado durante o jantar, o que deixava seus pais furiosos, até que um dia ele segurou a toalha e a puxou, fazendo com que todo o jantar caísse no chão. Esse conto chama-se “Die Geschichte von dem Zappel-Philipp” (*A história de Felipe, o inquieto*).

De acordo com Barkley (2002), o livro publicado por Heinrich Hoffmann possui dez contos ilustrados e, já em seu prefácio, relaciona atitudes e comportamentos que as crianças devem ter para ganhá-lo, dentre elas, por exemplo: serem comportadas, educadas, tomarem

¹ Título original: *Lustige Geschichten und drollige Bilder*. Foi escrito sob o pseudônimo Reimerich Kinderlieb. Mais tarde, com a fama internacional, o título mudou para *Der Struwwelpeter* (João Felpudo).

sopa, não esquecerem do pão, não fazer barulho, serem tranquilas e deixarem ser conduzidas pela mãe nos passeios.

Andrade, Bona e Pereira (2009, p. 134) analisam as histórias do livro desta forma:

Escritas, sobretudo, para divertir e entreter a criança pequena, as histórias são dirigidas para o desenvolvimento moral da infância, expresso no controle de impulsos considerados inadequados (recusar-se à alimentação, não parar quieto à mesa), na correção de más ações (maltratar e caçar animais) ou maus costumes (chupar o dedo, não cortar e não pentear os cabelos, deixar as unhas crescerem), na previsão dos perigos manifestos ao não se seguir os conselhos familiares (queimar-se, sofrer as consequências de sair de casa sob tempestade) e no combate aos preconceitos (ridicularizar os diferentes).

Os contos descritos nos livros de Hoffmann, na visão de Oliveira (2008), tinham como objetivo demonstrar que a criança compreende, percebe e alcança o que ela vê, o que, de certo modo, nos remete à compreensão de uma educação preventiva e moralizante. As crianças ao procurarem fugir de um padrão preestabelecido de comportamento, acabam sempre se dando mal e, este eram os desfechos finais de seus contos.

1.3 DEFEITO DO CONTROLE MORAL – GEORGE F. STILL

O médico inglês George F. Still, em 1902, apresentou um estudo em que definiu o TDAH como “um defeito no controle moral”, em que defendia a hipótese de que a doença poderia ser hereditária ou relacionada com a encefalopatia² adquirida, e não como consequência de uma má educação (RESENDE, 2016). O estudo permitiu o surgimento de diversas pesquisas, tais como: lesão cerebral mínima; disfunção cerebral mínima; síndrome da criança hiperativa, entre outras.

Para Santos e Vasconcelos (2010), o que Still buscava era a análise dos defeitos anormais de controle moral, pois acreditava que este estava sempre em conformidade com a ideia de bom e de bem-estar de todos e que tal controle inibia as forças opostas. Ele acreditava ainda que o controle, aliado à cognição, da consciência moral e da vontade, inibia as forças espontâneas e instintivas opostas à ideia de bem de todos.

Nos estudos de Still (1902), havia dois aspectos importantes que se relacionavam entre si: a polaridade entre as causas biológicas e ambientais e a ênfase no perigo que tais crianças representavam. Sendo as causas biológicas ou não, deveria haver um tratamento

² É um termo geral para doenças que alteram a função cerebral e o estado mental de uma pessoa.

institucionalizado em casas de trabalho, com ensino das regras de higiene, a ingestão de comida natural e não estimulante, ar fresco, banhos e exercícios. Isso, de acordo com Rafallovich (2002), era o discurso da imbecilidade e imoralidade infantil, ou seja, a tentativa de biologização e patologização da moral.

1.4 SURTO EPIDÊMICO DE ENCEFALITE LETÁRGICA

Durante os anos de 1915 a 1930, ocorreu um grande surto epidêmico de encefalite letárgica³, em que 20 milhões de pessoas foram atingidas por essa doença, que comprometia o desenvolvimento cerebral e motor do paciente, por isso ficou conhecida como “distúrbio de comportamento pós-encefálico”. Suas características muito facilmente são confundidas com o TDAH (RESENDE, 2016).

Caliman (2010, p. 58) descreve que na primeira metade do século XX,

[...] as tecnologias visuais eram vistas como a chave para o progresso científico. No caso da encefalite, as tecnologias de visualização eram vinculadas ao estudo da infectologia e da bacteriologia que pesquisava a causa da doença ou seu agente ainda invisível. Ser invisível para as tecnologias da época era um entrave à revelação da verdade da encefalite.

Na busca do entendimento sobre a encefalite letárgica, foi utilizado até mesmo tecnologias cinematográficas, como, por exemplo, o trabalho de Frederick Tilney, em 1918, que buscava reunir sintomas e características das patologias orgânicas e psicogênicas, pois era necessário, para que se conhecesse o agente invisível, a reunião dos sintomas característicos e identificar os movimentos mais sutis que se manifestavam apenas pelos indivíduos afetados (CALIMAN, 2010).

1.5 DOENÇA HIPERCINÉTICA DA INFÂNCIA – KRAMER E POLLNOW

Machado (2013) relata que Kramer e Pollnow, na década de 1930, descreveram um transtorno característico em crianças que possuem uma inquietação motora acentuada,

³ Encefalite letárgica, doença europeia do sono ou doença de von Economo, é uma forma atípica de encefalite, cujas causas não são conhecidas. Ela provoca letargia, sonolência incontrolável e tremores, assim como outros sintomas que puderam ser foram observados: febre alta, dor de cabeça, inflamação de garganta, visão dupla, movimentos anormais do globo ocular (crise oculogírica), catatonía, perda da fala e, até mesmo, psicose.

chamando-o de hipercinética. Os sintomas da hipercinética, de acordo com Resende (2016), já era observado por outros pesquisadores, mas ainda não haviam sido distinguidos de outras doenças com as mesmas características, como as residuais da epidemia de encefalite letárgica.

Para Machado (2013), a descrição do transtorno oferecida por Kramer e Pollnow é muito diferente das descrições apresentadas por outros autores, pois enfatiza mais a impulsividade e a agitação motora do que comportamentos morais. Além disso, a caracterização da hipercinética da infância apresentada por Kramer e Pollnow tem muita similaridade com o TDAH. As crianças que se encaixavam nesse transtorno eram assim descritas pelos autores: elas não param por um segundo, tocam e movem tudo sem qualquer objetivo, sobem nas mesas, rasgam papéis, jogam objetos pela janela ou batem seus brinquedos ritmicamente no chão, se distraem por qualquer estímulo e não conseguem se concentrar, nem concluir uma atividade, ocasionando problemas de aprendizado e tornando difícil tentativas com suas capacidades intelectuais, não por não serem capazes, mas por não pararem quietas.

Em 1937, Charles Bradley apresentou um estudo que trouxe uma pequena luz ao tratamento de crianças com problemas de comportamento, tratamento este que se reduzia na aplicação de um remédio chamado “benzedrine”, que era o estimulante mais forte da época. Mesmo nem sempre melhorando a dor de cabeça dos pacientes, produziu grande melhora no desempenho escolar e no comportamento de muitas crianças, resultado que causou surpresa até mesmo para ele. De acordo com Machado (2013), parecia ser paradoxal que uma droga conhecida por ser estimulante tenha tranquilizado metade das crianças.

1.6 LESÃO/DISFUNÇÃO CEREBRAL MÍNIMA

Legnani e Almeida (2008) descreve que o TDAH era chamado no início do século XX de Lesão Cerebral Mínima, sendo renomeado, na década de 1960, de Disfunção Cerebral Mínima. Segundo as autoras, essa troca foi criticada por Collares e Moysés, que acreditavam que não houve mudança significativa “que pudesse trazer alguma criticidade ou questionamento sobre um ponto crucial acerca dessas ‘entidades clínicas’, qual seja: a impossibilidade de comprovar uma anormalidade biológica que justificasse a inclusão dos referidos quadros como patologias orgânicas” (LEGNANI; ALMEIDA, 2008, p. 6).

Esse novo conceito de lesão cerebral mínima, na concepção de legnani e Almeida (2008) era baseada na ideia de que este refletia o entendimento de que havia uma série de

transtornos contínuos que eram causados por lesões cerebrais em diferentes graus de severidade, que iam desde lesões mais severas que causavam paralisia cerebral ou deficiência mental até lesões mínimas que se manifestavam em problemas de aprendizado ou de comportamento.

1.7 REAÇÃO HIPERCINÉTICA DA INFÂNCIA – *DSM-II*

Oliveira e Albuquerque (2009) declaram que até os anos 1960, acreditava-se que a concepção orgânica do transtorno vinha acompanhada com uma progressiva ênfase nas manifestações comportamentais, por esse motivo somente foi incluído na segunda edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – DSM-II*, com a designação de Reação Hiperkinética da Infância.

No final dos anos 1980, por meio dos estudos publicados por Barkley (1982), surgiu uma nova visão sobre a reação hiperkinética da infância, passando esse transtorno a ser considerado como uma alternativa atencional baseada, fundamentalmente, no fenômeno da desinibição comportamental. Dessa forma, passam a ser valorizados não somente os aspectos biológicos e comportamentais, mas também os aspectos mais cognitivos.

Para Oliveira e Albuquerque (2009), as definições que tratam da hiperkinética da infância estão envoltas em discussões no que tange às questões de classificações, o que traz, de forma natural, ambiguidades e desordem no modo de realizar um diagnóstico preciso. A OMS e a Associação Americana de Psiquiatria (APA) diferem na sintomatologia e no valor que os sintomas apresentam na altura de estabelecer um diagnóstico, enquanto a APA considera que os principais sintomas são o déficit de atenção, a hiperatividade e a impulsividade, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da OMS, ratifica unicamente os dois primeiros sintomas.

1.8 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE – *DSM-III*

Na década de 1970, os sintomas da hiperatividade passaram a ter destaque sobre os demais sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção e, no final da década de 1970, os estudos voltaram-se para os sintomas de desatenção, tendo em vista que as crianças podiam ter déficits atencionais sem hiperatividade (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2009). Esse novo

olhar resultou em uma nova classificação e redefinição pela APA, que apresentou no *DSM-III* (1980) o transtorno em dois tipos: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e Transtorno de Déficit de Atenção sem Hiperatividade.

1.9 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE – *DSM-III-R*

De acordo com Vasconcelos *et al.* (2003), esse transtorno é comumente mais encontrado na infância e se caracteriza por apresentar três principais sintomas: desatenção, impulsividade e hiperatividade. Para Brozowski e Caponi (2009), o TDAH caracteriza-se como transtorno neurobiológico marcado por sintomas como hiperatividade, falta de atenção, agitação, desorganização, esquecimento, impulsividade, dentre outras características, que costuma aparecer na infância, ficando mais evidente na fase de aprendizado escolar, e na maioria dos casos acompanha a pessoa por toda a vida. Conforme expõem os autores, calcula-se que, atualmente, algo entre 3 e 5% de crianças sejam diagnosticadas com o TDAH no Brasil, sendo mais frequente em meninos do que meninas.

O Quadro 1, a seguir, apresenta resumidamente a classificação, as características e os padrões do TDAH.

Quadro 1 – Classificação, características e padrões do TDAH

Classificação	Sintomas	Características e padrões
	A pessoa:	
Desatenção	(a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras; (b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções); (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; (f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a	- tem dificuldade para manter a concentração durante muito tempo em um assunto específico, sendo facilmente distraído por estímulos externos; - erra muito por falta de atenção no que está fazendo; - evita atividades que demandam um grande esforço mental; - frequentemente esquece o que ia falar; - tem dificuldade em se organizar com o planejamento de tempo e com objetos – hábito de perder coisas importantes para o dia a dia;

Classificação	Sintomas	Características e padrões
	A pessoa:	
	<p>envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);</p> <p>(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex.: brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);</p> <p>(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;</p> <p>(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.</p>	<p>- não ouve quando o chamam, podendo ser considerada desinteressada ou egoístas.</p>
Hiperatividade e impulsividade	<p>(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;</p> <p>(b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentada;</p> <p>(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);</p> <p>(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;</p> <p>(e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;</p> <p>(f) frequentemente fala em demasia;</p> <p>(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;</p> <p>(h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;</p> <p>(i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex.: intromete-se em conversas ou brincadeiras).</p>	<p>- é inquieta, não consegue ficar parada. Tem mania de mexer mãos e pés quando está sentada e não consegue ficar sentada em um lugar por muito tempo;</p> <p>- tem tendência a vícios: jogos, álcool, drogas e outros;</p> <p>- não sabe lidar bem com frustrações;</p> <p>- costuma ter um temperamento explosivo;</p> <p>- frequentemente, muda seus planos de uma hora para a outra;</p> <p>- faz mais de uma atividade ao mesmo tempo, não gosta de tédio;</p> <p>- muitas vezes, é considerada imatura;</p> <p>- muitas vezes, tem dificuldade em se expressar: a fala não acompanha a velocidade de seus pensamentos.</p>
Desatenção/ hiperatividade e impulsividade TDAH combinado	<p>- Para identificar um caso de TDAH combinado, é necessário que a pessoa apresente uma combinação dos dois tipos acima, com sintomas de desatenção e hiperatividade.</p> <p>- Em todos os casos, é necessário perceber claramente que esses sintomas estão interferindo o funcionamento social, acadêmico ou profissional da pessoa, para realizar um diagnóstico correto.</p>	

Fonte: A autora (2019), adaptado de Brzozowski e Caponi (2009).

Na atualidade, o TDAH é um dos transtornos mais estudados no mundo, e acredita-se que as causas do seu aparecimento são uma combinação entre fatores genéticos, alterações no cérebro e fatores ambientais (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2009).

1.10 O TDAH E O AMBIENTE ESCOLAR

Ao inserir um aluno com TDAH no ambiente escolar, no que diz respeito ao preparo do professor, suporte técnico especializado e aos materiais didáticos disponíveis que possam contribuir para a prática do professor na realidade, depara-se com variadas incógnitas. Segundo os conceitos de educação de Piaget (2007), o conhecimento é de caráter construtivista, portanto o conhecimento se faz entre o educando e o meio.

Observando o que diz Piaget (2007), é visível a percepção de que, no contexto escolar, o professor vai se deparar com situações que irá requerer sua total dedicação para resolvê-las, pois a realidade é que a escola está repleta de alunos com variadas personalidades. Em uma mesma sala, será possível verificar a presença de alunos quietos, dedicados e obedientes e daqueles que possuem termos pejorativos, como “indisciplinados, inquietos, bagunceiros e sem limites”, que são os que mais requerem a atenção no processo de ensino-aprendizagem (REGO, 1999). As características individuais (modo de agir, de pensar, de sentir, valores, conhecimentos, visão de mundo etc.) dependem da interação do ser humano com o meio e atribui especial importância ao fator humano presente no ambiente (REGO, 1999).

Na atualidade, há uma nova realidade. A necessidade de suprir a família financeira e economicamente leva os pais a desenvolverem atividades profissionais por um longo período, sendo assim as crianças passam mais tempo em instituições escolares do que em seu próprio ambiente familiar. Além disso, quando estão no ambiente familiar, tanto os pais como os filhos passaram a fazer uso de aparelhos eletrônicos (celulares) e dedicam praticamente todo o tempo livre em redes sociais, jogos eletrônicos etc.

De acordo com Smith e Strick (2012), os pais acabam transferindo o papel de observação do comportamento infantil inteiramente para o professor, que em meio a um ambiente de praticamente 30 alunos por classe, muitas vezes, não consegue distinguir as especificidades dessa criança, assim iniciando um movimento em cadeia que pode originar repetições de ano escolar, *bullying*, exclusão escolar, social e familiar.

A responsabilidade do professor aumenta quando há a certeza de que deverá, dentro do contexto escolar, observar se entre seus alunos existe alguém com comportamento

diferenciado. Conforme Polonia e Dessen (2005), é necessário analisar os contextos social, cultural e familiar em que o aluno está inserido e, após essas análises, encaminhá-lo para uma análise adequada especializada.

Para Wagner *et al.* (1999), não existe exame para diagnosticar TDAH, por isso o diagnóstico é um processo de múltiplas facetas e de avaliação ampla. É preciso estar atento à presença de sintomas que são concomitantes a outros transtornos. Após esses trâmites necessários para o diagnóstico do aluno, o educador terá um suporte adequado para estabelecer um caminho a ser trilhado com o indivíduo diagnosticado, assim construindo uma educação igualitária.

1.11 O PAPEL DA FAMÍLIA E DA ESCOLA NA APRENDIZAGEM DA CRIANÇA COM TDAH

Crianças de todas as faixas etárias participam de forma muito intensa de agitações, bagunças, distrações e brincadeiras, pois são características normais para qualquer criança. No entanto, entre essas crianças, existem aquelas que possuem o TDAH, e o que as diferenciam das outras é a intensidade e a frequência em que ocorrem as agitações, bagunças, distrações e brincadeiras, pois a criança com transtorno de TDAH sempre vai ser a mais inquieta ou a mais distraída em comparação com as outras.

O comportamento hiperativo e compulsivo da criança, no meio familiar, pode se tornar mais grave devido às punições mais severas que recebe, e isso vai desde castigos físicos até a comentários não muito prazerosos com relação ao seu comportamento. No entanto, como a criança tem muita dificuldade de manter controle sobre seus impulsos, acaba fazendo tudo novamente e acreditando no que dizem, que ela é uma pessoa “má”, que é a “ovelha negra da família”, que “não vai para o céu” ou coisas do gênero (DESIDÉRIO; MIYAZAKI, 2007).

De acordo com Silva (2003), é importante que os pais busquem informações sobre o comportamento inadequado da criança antes de tirar conclusões precipitadas sobre seu comportamento, pois quanto mais forem sabedores sobre o TDAH, melhor será a convivência de todos. Esse conhecimento permitirá que os pais entendam a criança e o porquê de seu comportamento, o que lhes permitirá lidar com a criança, sabendo diferenciar desobediência da incapacidade de controle de impulsos.

A família pode contribuir com o tratamento ou a melhor compreensão do TDAH. Seu papel nesse processo é fundamental. Silva (2003) descreve que é imprescindível que os pais

deem apoio, conversando, permitindo que a criança expresse seus sentimentos, sempre respeitando, e não sendo ofensivo.

De acordo com o art. 205 da Constituição Federal de 1988, “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1988). Portanto, escola e família precisam conhecer sobre o assunto e buscar orientações para apoiar adequadamente o processo de formação humana e de aprendizagem da criança, tendo como base os princípios constitucionais.

Tomando por base os princípios constitucionais descritos na Constituição Federal de 1988, o Estado deve garantir ao aluno com TDAH um atendimento educacional especializado, pois, de acordo com a Resolução n. 2 de 2001, do CNE/CEB, o aluno com TDAH apresenta necessidades educacionais especiais e, portanto, não pode ser proibido de ingressar em qualquer instituição de ensino regular (BRASIL, 2001). Aqui insere-se a responsabilidade dos pais no cumprimento das funções legais da família e da escola.

1.12 INCLUSÃO E ADAPTAÇÃO DO ALUNO COM TDAH NA ESCOLA

A inclusão e adaptação do aluno com TDAH não são tarefas das mais simples e prazerosas para o educador. É importante observar que inserir um aluno em um grupo não é o mesmo que incluir, o que faz surgir um novo problema: a adaptação desse aluno ao grupo.

A Lei de Diretrizes e Bases (LDB), Lei n. 9.394 (BRASIL, 1996), visa dar ao aluno com TDAH o direito a currículos, métodos, recursos educativos e de organização, específicos para atender às suas necessidades. Da mesma forma que a LDB enfatiza esses direitos aos alunos com TDAH, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) também estabelece direitos às pessoas com deficiência. A escola que se denomina inclusiva e que seja inclusiva na realidade terá alunos com TDAH e com necessidades especiais, o que gera grandes benefícios à educação e para a sociedade. A inclusão, de acordo com Sherril (2004), traz por princípios a participação do portador de necessidades especiais dentro dos diversos contextos sociais, a partir da reestruturação da sociedade, para atender às demandas dessa população. Nesse ponto, a deficiência passa a ser compreendida por meio do Modelo Social, em que ela deixa de ser um problema da pessoa e passa a ser um problema da sociedade.

No ambiente escolar, para Karagiannis, Stainback e Stainback (1999), o aluno tem que receber uma educação de qualidade que venha a atender suas necessidades educacionais, pois o movimento de inclusão defende a igualdade de direitos, e as diferenças passam a ser observadas como elemento enriquecedor no processo de aprendizagem e de inclusão.

Booth e Ainscown (2002) defendem que para que haja a verdadeira concretização da inclusão, exige-se da escola uma grande reestruturação, assim como da sociedade, no que tange às questões de cultura, políticas públicas e práticas escolares. Na escola, mostra-se a importância da atuação de um profissional de Educação Especial, que teria entre suas funções recrutar e organizar os recursos estratégicos da escola, formação e capacitação continuada dos professores, disponibilidades de recursos materiais e pessoais e o planejamento pedagógico, visando à eliminação de barreiras para aprendizagem.

Lopes (2011) afirma que a construção da nova escola inclusiva não será uma tarefa fácil, tendo em vista ter que se lidar com conceitos e preconceitos, tabus, mitos e emoções, sentimentos e motivações, responsabilidades, compromissos e valores em relação ao outro.

A educação vive hoje no florescer de um novo século, em um clima de nova tendência e em função de novos paradigmas educacionais. A inclusão de todos os alunos na escola oportuniza o acesso da educação de pessoas que historicamente têm ficado à margem do processo educativo. De acordo com Carvalho (2000), a inclusão do ponto de vista individual irá permitir que todos os alunos se desenvolvam entre a diversidade e as diferenças, por isso a inclusão representa um grande desafio para as escolas regulares.

2 O PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA

O professor de Educação Física é aquele que promove a saúde das pessoas utilizando as práticas de atividades físicas. De maneira geral, seu trabalho consiste em acompanhar e orientar as pessoas durante a prática de esporte ou exercício físico, e seu público vai desde crianças em idade escolar até a pacientes que precisam recuperar movimentos, idosos e atletas. O profissional da educação física pode atuar tanto na área escolar como não escolar. Nas escolas, é o profissional apto a interagir com todos os níveis de ensino, passando por todas as etapas escolares, abrangendo a Educação Infantil, os Ensinos Fundamental, Médio e Superior.

De acordo com Lima (2015), ao se definir a regulamentação da Educação Física como atividade profissional, foi identificada, paralelamente à importância de conhecimento técnico e científico especializado, a necessidade do desenvolvimento de competência específica para sua aplicação, que possibilite estender a toda a sociedade os valores e os benefícios advindos da sua prática.

As faculdades e universidades possuem por lei a prerrogativa de oferecer cursos em Educação Física em duas modalidades: licenciatura e bacharelado. Quando o curso é oferecido na modalidade de licenciatura, o acadêmico é preparado para ensinar, De acordo com Mendes e Prudente (2011), os cursos de Educação Física possuem duas Diretrizes Básicas Curriculares (DCN) distintas: as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena (Resolução CNE/CP n. 1/2002) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena (Resolução CNE/CES n. 7/2004) (BRASIL, 2002; 2004).

Com base nessas diretrizes, o licenciado em Educação Física deverá ser preparado para atuar como professor da Educação Básica. Já o graduado (antigo bacharel) será formado para atuar no campo não escolar, em lugares como clubes, academias e outros campos que oportunizem práticas de atividades físicas, recreativas e esportivas. Assim, a licenciatura em Educação Física tem por objetivo a formação de professores que irão atuar na Educação Básica, e o bacharelado visa formar profissionais qualificados para analisar as condições sociais e nela intervir por meio de variadas modalidades de atividade física e esportiva, buscando inserir nessa sociedade um novo estilo de vida fisicamente ativo e saudável.

2.1 O PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA E SUA RELAÇÃO COM O PORTADOR DE TDAH

Quando uma criança que tenha algum tipo de distúrbio, como o TDAH, ingressa em uma escola, é natural que por causa do transtorno inicie-se a apresentação de problemas comportamentais, e assim apresenta-se o senso comum que diz para “deixar de lado”; “este não tem jeito”; “leva pra sala da diretora”; “dá um castigo” ou algo do gênero. No entanto, por trás do comportamento apresentado pelo aluno, existe o distúrbio que afeta não só o comportamento da criança como seu desenvolvimento escolar e social. Para a Associação Brasileira de Déficit de Atenção, o TDAH é considerado o distúrbio infantil mais comum e é tido como a principal causa de fracasso escolar.

Diante desse quadro, o papel do professor de Educação Física, mesmo que não esteja descrito como sua função, é suspeitar que o aluno possui algum problema e encaminhá-lo para um profissional com competência para fazer um diagnóstico correto e assim poder auxiliá-lo.

Observa-se que não existem na literatura ou nos estudos sobre o TDAH fórmulas definidas para detectá-lo, e sim indícios apresentados pelo indivíduo com o distúrbio. O diagnóstico é algo que precisa ser feito com maturidade e muita experiência, pois sabe-se que não existem exames complementares que por si só venham constatar ou diagnosticar o transtorno. Quando o TDAH é diagnosticado corretamente, a criança pode aprender a se adaptar à deficiência, uma vez que aprende a conhecer suas limitações e implicações que ela acarreta, por isso que com um tratamento adequado conseguirá levar uma vida tranquila.

O TDAH é considerado um distúrbio infantil que prejudica a aprendizagem no âmbito escolar, mesmo que o portador desse distúrbio demonstre interesse e capacidade de aprender. Para Barkley (2002), o diagnóstico de uma criança pode ser uma tarefa muito difícil, tendo em vista ela poder, de acordo com as situações que se apresentarem, dar indícios de outros sintomas clínicos, como o transtorno de aprendizagem, presente em 20 a 30% dos alunos com TDAH, ou o Transtorno Desafiador Opositivo, que ocorre em 50% das crianças com TDAH, e problemas de conduta, que atingem de 15 a 25% dos portadores do transtorno.

Existem na literatura que descreve o TDAH informações das mais variadas, apresentando todo tipo de dificuldades relativas à aprendizagem do portador do TDAH, mas o que é possível observar é que, infelizmente, o sistema educacional é desenvolvido para alunos que não apresentam nenhum déficit de aprendizagem, por isso não está preparado para

receber uma criança com o diagnóstico nem tão pouco pode observar a possibilidade de um aluno ser portador de TDAH (BARKLEY, 2002).

Diante desse quadro, o professor, com experiência e criatividade, deve elaborar alternativas que lhe permita avaliar quais delas funcionam em cada situação, sendo capaz de conduzir sua aula para a melhor adequação ao estilo de aprendizagem da criança. Por essa razão, usar a criatividade nas aulas é de grande importância, para que esta se torne atrativa, tanto para os portadores do distúrbio como para os demais alunos.

Dessa forma, o professor de Educação Física poderá ou deverá trabalhar com uma educação assistida, mesmo que não individualizada, pois o aluno tem que ter uma educação inclusiva que englobe todas as partes envolvidas: escola, família e sociedade (GIACOMINI; GIACOMINI, 2006). Além disso, a atividade física ajuda a diminuir o estresse e concentrar a atenção, pois propicia uma “válvula de escape” socialmente aceitável para a energia dessa criança (CRAFT, 2004).

Neira (2003) afirma que a prática pedagógica do professor deve estar pautada na cooperação e valorização dos estudantes com diagnóstico de TDAH. Assim, sugere que as atividades para crianças com TDAH necessitam ser sistematizadas e devem atuar contra a dificuldade de atenção, concentração e memória. Destaca-se que o relacionamento do professor de Educação Física com o aluno portador de TDAH está baseado em dinâmicas de grupos, atividades propostas pelo professor e desenvolvidas pelos alunos e desafios dados pelo professor com relação às experiências pessoais dos alunos.

Silva e Navarro (2012) afirmam que o professor da Educação Física, ao intervir com a criança, não poderá preocupar-se apenas com o conhecimento, os desafios e as atividades a serem desenvolvidas, realizadas de forma passiva, mas, ao contrário, o docente precisa considerar o aluno como um sujeito interativo e ativo no processo de construção do conhecimento.

Assim, o olhar do professor deve estar voltado ao processo de construção da cidadania do aluno, mas, para que esse processo ocorra, é necessário que o professor estabeleça um vínculo com o aluno e possibilite que este estabeleça vínculo com os demais alunos (RIZZO, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com respeito às questões inerentes ao TDAH, é de suma importância que seja realizado um planejamento para que seja possível inserir e incluir o indivíduo com essa patologia. A inclusão, ainda que não seja uma realidade consolidada, indica que o aluno com TDAH pode e deve ser incluído nas aulas de Educação Física sem prejuízo para os demais alunos, ficando evidente que os exercícios físicos são parte de um planejamento que visa, de algum modo, contribuir para a minimização dos sintomas do TDAH.

Apesar de o aluno com TDAH ser considerado, de acordo com a LDB, alvo dos serviços de Educação Especial, a inclusão na escola deve ser pensada como um direito de todos, e não apenas de alunos com deficiência, tendo em vista que as barreiras para a aprendizagem e participação não estão necessariamente vinculadas à deficiência.

O grande problema encontrado no âmbito escolar é o fato de alunos com TDAH não serem devidamente identificados e tratados como deveriam ser, por isso há um grande percentual de insucesso desses alunos, que devido ao seu temperamento não se ajusta bem com as expectativas da sociedade e da escola.

Diante desse quadro, surge a relevância e a importância do profissional da Educação Física no tratamento e desenvolvimento de aprendizagem cognitiva do indivíduo com TDAH. Essas características apresentam-se justamente na oportunidade que este tem de poder realizar um diagnóstico que lhe permita, com o auxílio de outros profissionais especializados, planejar e executar um planejamento que leve o aluno com o distúrbio a desenvolver seu potencial no que tange às questões de aprendizagem cognitiva.

Após realizar a presente pesquisa, é possível dizer que o desenvolvimento do processo de aprendizagem cognitiva do indivíduo portador de TDAH poderá ser influenciado pela atuação do profissional da Educação Física. Por fim, entende-se que o profissional da Educação Física influencia, sobremaneira, no desenvolvimento do aluno portador de TDAH desde o momento em que consegue identificar esse distúrbio, encaminhá-lo a outros profissionais que o ajudarão a diagnosticar o problema e elaborar um planejamento educacional, não individual, que não deixe o aluno à margem do processo de aprendizagem. Permite-se assim que haja o desenvolvimento e o aprendizado cognitivo do grupo como um todo e que isso traga realmente a inclusão da criança no grupo escolar.

Entende-se que o assunto descrito neste trabalho não foi exaurido, pois não é o objetivo. No entanto, por ser um assunto de extrema relevância e que afeta tantas crianças, adolescentes e adultos, traz este trabalho o desafio a outros pesquisadores para a continuação dos estudos sobre o TDAH no contexto escolar.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V**. Tradução de Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

AMÉRICO, P. D. C.; KAPPEL, N. R. R.; BERLEZE, A. A criança com TDAH: análise do desempenho escolar e engajamento motor. **Cinergis**, v. 17, n. 2, p. 150-156, 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/7747/5864>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ANDRADE, M. C. L. A.; BONA, M.; PEREIRA, G. R. M. P. Pedagogia e educação dos costumes num antigo livro infantil: *Der Struwwelpeter*. **Educação & Sociedade**, Campinas, SP, v. 30, n. 106, p. 131-149, 2009.

BARBOSA, E. S.; STEIN, L. M. Cem anos de história do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 21, n. 3, p. 228-234, 1999.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENCZIK, E. B. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica – um guia de orientação para profissionais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. V. Attention-deficit hyperactivity disorder. **Lancet**, v. 366, n. 9481, p. 237-248, 2005.

BLOCK, M. E.; OBRUSNIKOVA, I. Inclusion in Physical Education: a review of the literature from 1995-2005. **Human Kinetics**, v. 24, n. 2, p. 103-124, 2007.

BOOTH. T.; AISNCOW, M. **Index for inclusion: Developing learning and participation in schools**. [S.l.]: Centre for Studies on Inclusive Education, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n. 7, de 31 de março de 2004**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces0704edfisica.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2019.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CP 1, de 18 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_02.pdf>. Acesso em: 6 out. 2019.

_____. **Resolução CNE/CEB n. 2, de 11 de setembro de 2001**. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

_____. Ministério da Educação. **Parecer n. 11/2000**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/PCB11_2000.pdf>. Acesso em: 6 out. 2019.

_____. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm>. Acesso em: 6 out. 2019.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 22 out. 2019.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Determinismo biológico e as neurociências no caso do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-961, 2012.

_____; _____. Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, 2009.

BUSH, G.; VALERA, E.; SEIDMAN, L. Functional neuroimaging of attention-decit/hyperactivitydisorder: a review and suggested future directions. **Biological Psychiatry**, v. 57, n. 11, p. 1273-1284, 2005.

CALIMAN, L. V. Notas sobre a história do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade – TDAH. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a05.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2019.

CARVALHO, R. E. **Removendo barreiras para a aprendizagem: educação inclusiva**. 4. ed. Porto Alegre: Mediação, 2000.

COSTA, C. R.; MOREIRA, J. C. C.; SEABRA JÚNIOR, M. O. Estratégias de ensino e recursos pedagógicos para o ensino de alunos com TDAH em aulas de Educação Física. **Revista Brasileira Educação Especial**, Marília, v. 21, n. 1, p. 111-126, 2015.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.

CRAFT, D. H. Distúrbios de aprendizagem e déficits de atenção. *In*: WINNICK, J. **Educação física e esportes adaptados**. São Paulo: Manole, 2004.

DESIDÉRIO, R.; MIYAZAKI, M. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 11, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v11n1/v11n1a18.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2019.

GIACOMINI, M. C. C.; GIACOMINI, O. Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e educação física. **efdeportes.com**, Buenos Aires, año 11, n. 99, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. Campinas-SP: Papirus, 1994.

KARAGIANNIS, A.; STAINBACK, W.; STAINBACK, S. Fundamentos do ensino inclusivo. *In*: STAINBACK, S.; STAINBACK, W. (org.). **Inclusão**: um guia para educadores. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v60n1/v60n1a02.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2019.

LIMA, F. O profissional da Educação Física e sua missão. **Portal da Educação Física**, 17 jun. 2015. Disponível em: <<https://www.educacaofisica.com.br/carreira-ef/o-profissional-de-educacao-fisica-e-sua-missao/>>. Acesso em: 16 out. 2019.

LOPES, M. L. C. **Inclusão, ensino e aprendizagem do aluno com TDAH**. 2011. 42 f. Monografia (Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão) – Universidade de Brasília, 2011.

MACHADO, G. **Sintomas do déficit de atenção com hiperatividade em pacientes adultos com epilepsia**. 2013. 25 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MENDES, C. L.; PRUDENTE, P. L. G. **Licenciatura x bacharelado**: o currículo de Educação Física como arena de luta, v. 21, n. 51, p. 97-108, 2011. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/impulso/article/viewFile/527/553>>. Acesso em: 6 out. 2019.

MOREIRA, S. C.; BARRETO, M. A. M. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: conhecendo para intervir. **Revista Praxis**, Volta Redonda, RJ, v. 1, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/1123/1013>>. Acesso em: 6 out. 2019.

NEIRA, M. G. **Educação física**: desenvolvendo competências. São Paulo: Phorte, 2003.

NURCOMBE, B.; LECKMAN, J. **Current Diagnosis Treatment Psychiatry**. 2. ed. [S.l.]: McGraw-Hill, 2008.

OLIVEIRA, C. G.; ALBUQUERQUE, P. B. Diversidade de resultados no estudo do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 93-102, 2009.

OLIVEIRA, S. S. P. Thomas Bernhard e Peter Handke, Struwelpeter do teatro contemporâneo? **Anais ABRACE**, v. 9, n. 1, 2008. <<https://www.publionline.iar.unicamp.br/index.php/abrace/article/view/1430/1543>>. Acesso em: 6 out. 2019.

PHELAN, H. T. W. **TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo: M. Books. 2005.

PIAGET, J. **Para onde vai a educação**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 2007.

POLONIA, A. C.; DESSEN, M. A. Em busca de uma compreensão das relações entre família e escola. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 9, n. 2, 2005.

- RAFALLOVICH, A. **Framing the ADHD child: History, discourse and everyday experience.** 2002. Tese (Doutorado em Filosofia) – University of British Columbia, Vancouver, 2002.
- RAMALHO, J. Percurso e desenvolvimento dos Portadores da Perturbação hiperatividade com déficit de atenção. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 16, n. 2, 2010.
- REGO, C. T. **Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- RESENDE, E. A História Completa do TDAH que você não conhecia. **Revista Psicoedu**, 2016. Disponível em: <<https://www.psicoedu.com.br/2016/11/historia-origem-do-tdah.html>>. Acesso em: 6 out. 2019.
- RIZZO, M. F. T. A importância do educador físico no desenvolvimento de uma criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 5, n. 3, 2006.
- SANTOS, L. F.; VASCONCELOS, L. A. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 717-724, 2010.
- SHERILL, C. **Adapted Physical Activity, recreation and sport: crossdisciplinary and lifespan.** New York: McGrawHill, 2004.
- SILVA, A. B. B. **Mentes inquietas: TDAH – desatenção, hiperatividade e impulsividade.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.
- _____. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas.** São Paulo: Editora Gente, 2003.
- SILVA, O. G.; NAVARRO, E. C. A. A relação professor-aluno no processo ensino-aprendizagem. Interdisciplinar: **Revista Eletrônica da Univar**, v. 3, n. 8, p. 95-100, 2012.
- SMITH, C.; STRICK, L. **Dificuldades de aprendizagem de A a Z: guia completo para educadores e pais.** Porto Alegre: Grupo A, 2012.
- VASCONCELOS, M. M. *et al.* Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 1, p. 67-73, 2003.
- WAGNER, A.; RIBEIRO, L. S.; ARTECHE, A. X.; BORNHOLDT, E. A. Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12, n. 1, p. 147-156, 1999.