

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e a educação física

Attention deficit and hyperactivity disorder and physical education

Maria Auxiliadora Motta Barreto¹
Sandro Cezar Moreira²

Artigo
Original

Original
Paper

Palavras-chave:

Dificuldade de
Aprendizagem

Educação Inclusiva

Educação Física

Transtorno de Déficit
de Atenção

Hiperatividade

Resumo

O artigo apresenta uma revisão bibliográfica sobre e a intervenção do professor de Educação Física com alunos portadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), reunindo alguns dos principais autores sobre o assunto. O objetivo é compilar informações relevantes sobre o conceito de TDAH, a influência negativa que o transtorno traz no desempenho de crianças em idade escolar e os benefícios da atuação do professor de Educação Física no processo de aprendizagem desses alunos. O TDAH é uma doença caracterizada por desatenção, hiperatividade e impulsividade e está presente em 5% das crianças no mundo. O diagnóstico é essencialmente clínico e cerca de 30% a 50% dos casos apresentam comorbidades, o que dificulta a avaliação, assim como o tratamento. É fundamental que profissionais de Educação Física tenham cada vez mais informações sobre o TDAH, pois quanto maior o conhecimento, melhores serão as estratégias utilizadas com essas crianças.

Recebido em
03/2011

Aprovado em
04/2011

Abstract

The article presents a literature review on the intervention of the physical education teacher with students with the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), bringing together some of the leading authors on the subject. The goal is to compile relevant information about the concept of ADHD, the negative impact that the disorder brings the performance of school children and the benefits of the performance of physical education teacher in the learning process of students. ADHD is a disorder characterized by inattention, hyperactivity and impulsivity and is present in 5% of children in the world. The diagnosis is essentially clinical, and about 30% to 50% of the patients have comorbidities, which complicates the evaluation and treatment. It is essential that physical education professionals to have more information about ADHD, since the greater the knowledge, the better the strategies used with these children.

Key words:

*Attention Deficit
and Hyperactivity
Disorder

Learning
Disabilities

Inclusive Education

Physical Education*

¹ Docente do Programa de Mestrado em Ensino em Ciência da Saúde e do Meio Ambiente – UniFOA, psicóloga, doutora em Psicologia como Profissão e Ciência.

² Aluno do Programa de Mestrado em Ensino em Ciência da Saúde e do Meio Ambiente – UniFOA, professor de Educação Física do Centro Universitário de Barra Mansa – UBM, Especialista em Treinamento Esportivo em Alto Nível.

1. Introdução

Pesquisas apontam haver um grande número de crianças portadores do TDAH nas escolas em geral (em torno de 3% a 6% da população de 7 a 14 anos, de acordo com RODHE, 2008), sendo a prevalência média mundial em torno de 5% (GOMES *et al*, 2007). Alguns estudos, como os feitos por Fontana (2007), apresentam que no Brasil a prevalência é de 13%. Apenas esses dados já refletem a necessidade de se atuar adequadamente com crianças portadoras do transtorno e a importância do conhecimento do professor de Educação Física sobre o TDAH, permitindo traçar estratégias pedagógicas corretas em suas aulas, promovendo além do desenvolvimento da parte motora, elevação da autoestima e confiança do aluno (POETA e NETO, 2005).

O presente artigo propõe uma revisão bibliográfica sobre a intervenção dos professores de Educação Física com alunos portadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Assim, foram reunidas informações relevantes sobre o tema, como conceito de TDAH, tipos existentes e suas principais características, prevalência, possíveis causas, diagnóstico, principais comorbidades, a influência negativa que o transtorno traz no desempenho das crianças em idade escolar e benefícios que a atuação do professor de Educação Física pode trazer no processo de aprendizagem destes alunos.

2. Desenvolvimento

2.1 Educação Física

A Educação Física pode ser compreendida como área que aborda e teoriza as atividades corporais em suas dimensões culturais, sociais e biológicas, cujo foco não se restringe ao esporte e à atividade física e se amplia para questões de saúde. (FIGUEIREDO, 2004)

Segundo Brooks (apud BETTI, 1991) a Educação Física caracterizou-se como uma disciplina acadêmica ou corpo organizado de conhecimento, composto de fatos e hipóteses organizados em torno da compreensão do corpo humano praticando exercício, que é tanto multidisciplinar como interdisciplinar.

Multidisciplinar porque está fundamentado em outras disciplinas como Fisiologia e Psicologia, e interdisciplinar porque utiliza de parcelas de informações de outras disciplinas. Dentro do sistema escolar, pode ser definida como um componente curricular que se utiliza das atividades físicas institucionais (dança, ginástica, jogo, esporte) para atingir objetivos amplos e, portanto, como um meio de educação formal.

Em continuidade a essas ideias, Freire (2003) considera que conteúdos como a dança, ginástica, jogo e o esporte não contemplam todas as possibilidades da Educação Física, preferindo separar os conteúdos em jogos e exercícios corporais, constituindo conteúdo da Educação Física toda manifestação cultural que corresponda à dimensão lúdica ou à construção de técnicas de desenvolvimento corporal. Nela se desenvolvem, além dos recursos motores e intelectuais, temas como moral, sentido estético, solidariedade, cooperação. Da mesma forma, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN,1997, p.33) determinam que o processo de ensino aprendizagem de Educação Física não se restringe ao simples exercício de certas habilidades e destrezas, mas sim, em capacitar o indivíduo a refletir sobre suas possibilidades corporais e, com autonomia, exercê-las de maneira social e culturalmente significativa e adequada.

2.2 Formação do Professor Educação Física

Segundo Figueiredo (2004), o aluno que ingressa no Curso de Educação Física o faz devido à identificação com o esporte de alto nível ou pela própria experiência escolar voltada para o esporte, ou seja, pelo vínculo que já possuía com a área esportiva. Muitos chegam ao final do curso sem perceber que mais importante que fazer é aprender a ensinar os conteúdos da Educação Física, priorizando disciplinas práticas e biológicas em detrimento das disciplinas humanas, como a pedagogia.

Ensinar exige segurança, competência profissional e generosidade... ou seja, o professor tem que levar a sério a sua formação, pois de outro modo não sentirá segurança, elemento fundamental para se colocar na posição de professor (FREIRE apud LAVOURA, 2006, p.206).

Por isso a importância de uma formação profissional equilibrada entre a teoria e a prática, entre o saber fazer e o ensinar a fazer. Para que isso aconteça, o professor de Educação Física precisa conhecer as principais tendências em Educação Física Escolar. Segundo Lavoura (2006) apoiando-se em Darido (2003), as principais abordagens após a visão esportivista e mecanicista da década 60 e 70 são: abordagem desenvolvimentista, psicomotricidade, abordagem construtivista, abordagem da saúde renovada, abordagem crítico-superadora, abordagem crítico-emanipatória, abordagem sistêmica, abordagem cultural, abordagem dos jogos cooperativos.

Para Lavoura (2006) é uma ilusão achar que uma abordagem é perfeita, mas é preciso conhecer diversas abordagens para poder refletir sobre a forma de atuar dentro do princípio escolhida, ou ainda dentro do próprio modo de trabalhar. A Educação Física, como todas as licenciaturas, necessita de uma formação completa e integral, em que teoria e prática caminhem juntas em busca de uma educação de qualidade. Os cursos de Pós Graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado) podem ser fundamentais nesse processo, especializando professores.

2.3 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) se constitui numa patologia reconhecida pela Organização Mundial da Saúde. Segundo Cypel (2007) o conceito de TDAH é bastante genérico, diagnosticado puramente por critério clínico e marcado pela descrição de um conjunto de sinais e sintomas. Em geral, baseia-se na avaliação de manifestações relacionadas à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade, como já apontamos em outro trabalho (MOREIRA e BARRETO, 2009).

Alguns autores, como Barkley (apud BENCZIK, 2000) acreditam que os sintomas do TDAH podem aparecer em crianças até os 12 anos, sendo definido pelo DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) como um problema de saúde mental, considerado como um distúrbio bidimensional que envolve a atenção e a hiperatividade/impulsividade.

Para Rohde (2003), o TDAH é considerado um transtorno do desenvolvimento e apesar de já ter sido considerado um distúrbio comportamental de meninos, atualmente, é frequentemente diagnosticado em meninas. O transtorno pode ser subdividido em três tipos, de acordo com a predominância dos sintomas: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo e combinado.

Quanto à prevalência, pesquisas (apud ROHDE, 2003) apontam que no mundo a taxa varia da seguinte maneira: 3% a 6% na Nova Zelândia; 2% a 6,7% na Alemanha; 8,7% no Japão; 8,9% na China; 1% na Inglaterra e 4% na Itália. Além disso, há predominância do sexo masculino (BROW,2001; SZATMARI,1989 e BRITO,1995 apud ROHDE, 2003), sem nenhuma causa apontada para a diferença de gênero.

Etiologia

Apesar das pesquisas realizadas para se descobrir as possíveis causas do TDAH, elas ainda continuam desconhecidas. Nenhuma hipótese isolada obteve aceitação como causa, mas há evidências de alguma anormalidade de funcionamento cerebral, genética ou adquirida e até mesmo de socialização (ARNOLD; JENSEN apud BARBOSA; BARBOSA; AMORIM, 2005).

Rohde (2003), por exemplo, revela a importância de fatores genéticos nas causas do TDAH, quando aponta que crianças com pais portadores do transtorno têm de duas a oito vezes mais chance de adquirir a doença.

Também aponta para fatores ambientais como desentendimentos familiares e presença de transtornos mentais dos pais, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais e colocação em lar adotivo, com associação positiva com TDAH. (ROHDE, 2003)

Benczik (2000) aponta, ainda, outros fatores que poderiam causar o TDAH: lesão cerebral, fatores neuroquímicos, fatores neurofisiológicos, chumbo, substâncias ingeridas durante a gravidez, fatores psicossociais e estressantes, como alto grau de discórdia conjugal, baixa instrução da mãe, família com apenas um dos pais, famílias com nível socioeconômico mais baixo.

Avaliação diagnóstica do TDAH

O diagnóstico do TDAH deve ser preciso, pois não existe nenhum teste físico, neurológico ou psicológico que possa provar sua existência. Exames de sangue, urina, ressonância magnética ou tomografia computadorizada não resolverão o problema, nem, tampouco, farão o diagnóstico. A avaliação mais frequente e que traz mais resultados é a feita através de entrevista com a criança, com seus pais e através de informações da escola. (PHELAN, 2005)

De acordo com Rohde (2003), o diagnóstico do TDAH deve ter por base critérios claros e bem definidos. Condemarím (2006) recomenda uma avaliação multimodal, com entrevistas com os pais, professores, preenchimento de questionários, observação direta do comportamento da criança na escola e informações sobre seu desempenho acadêmico.

Esse diagnóstico é estabelecido por critérios internacionais de doenças, utilizando o CID-10 e o DSM-IV. É importante salientar que somente os profissionais especializados para isso podem diagnosticar o TDAH, como psicólogos e os médicos pediatras, neurologistas e psiquiatras.

Principais comorbidades

Comorbidade é um termo utilizado para caracterizar a ocorrência de dois ou mais transtornos em um mesmo indivíduo. Segundo Pereira *et al* (2005), a presença de comorbidades com o TDAH é comum em 30% a 50% dos casos.

Detectar quadros comórbidos é fundamental para o diagnóstico, na medida em que o quadro associado afeta a expressão dos sintomas, o prognóstico e a resposta ao tratamento (CONDEMARÍM, 2006, p.103)

As principais comorbidades com TDAH, segundo Rohde (2003), são: Transtorno Desafiador de Oposição (TDO), Transtornos de Conduta (TC), Depressão, Transtorno do Humor Bipolar, Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Tiques (TT), e o Distúrbio do Desenvolvimento da Coordenação (DDC).

2.4 Desempenho escolar e o TDAH

Quando o TDAH está presente pode causar problemas para a vida da criança em todas as esferas – em casa, em eventos sociais e, principalmente, na escola.

Segundo Rohde (2003), acontece um grande impacto no desenvolvimento educacional de crianças com TDAH. A desatenção e a falta do autocontrole, características do transtorno, intensificam-se em situações de grupo, dificultando, ainda mais, a percepção dos estímulos relevantes, a estruturação a execução adequada das tarefas.

Para Condemarím (2006) o êxito ou o fracasso na escola determina não apenas o bem estar psicossocial da criança, como também traz efeitos diretos na sua vida adulta. A relação entre o transtorno e o fracasso escolar pode ser situada em um modelo de círculo que tende a se perpetuar: o fracasso gera sentimento de frustração, que por sua vez gera expectativas de fracasso, as quais diminuem o esforço da criança, e assim por diante.

As crianças com TDAH tentam ter um bom rendimento escolar, entretanto, a dificuldade de concentração e motivação, aliadas a uma estrutura escolar inadequada para esses alunos, dificultam o seu desempenho, levando-os a conflitos com professores e colegas de turma. Na população em geral, de 10% a 15% das crianças apresentam dificuldades de aprendizagem; em portadores de TDAH este número sobe para próximo de 40% (PHELAN, 2005).

Segundo Orjales (apud CONDEMARÍM, 2006) um dos graves problemas do transtorno é o efeito “bola de neve”, ou seja, crescem as dificuldades no decorrer do tempo, caso não haja uma intervenção adequada. Os problemas na atenção, impulsividade e inquietação motora dificultam o rendimento escolar e a conduta da criança em sala de aula.

Crianças que são atendidas nos primeiros anos escolares têm maior probabilidade de solucionar o problema, já que a detecção precoce e a intervenção o quanto antes são fatores que melhoram o prognóstico do transtorno (ORJALES apud CONDEMARÍM, 2006, p.42)

ComissoOrjales(apudCONDEMARÍM, 2006) considera importante não somente o tratamento do transtorno em si, mas a necessidade de suprir as eventuais lacunas escolares.

2.5 Educação Física e o TDAH

A atuação dos professores, aliada com a família e médicos, junto aos alunos com TDAH é muito importante para o tratamento do transtorno; sendo esse trabalho conjunto um forte alicerce para essas crianças. O professor de Educação Física é parte primordial nesse processo, pois tem como “sala de aula” um local diferenciado das demais disciplinas – a quadra, o ginásio ou pátio – que, quando bem utilizado, pode contribuir muito positivamente.

O ambiente escolar continua muito restritivo, submetendo os alunos a reduzidos espaços físicos de aproximadamente meio metro quadrado, o equivalente aos limites de sua carteira escolar (FREIRE, 2003, p.7)

POETA e NETO (2005) apresentam resultados interessantes, pois comprovam que através da intervenção do professor de Educação Física o aluno apresenta melhoras na motricidade fina, no equilíbrio, esquema corporal e organização temporal, melhorando assim seu desenvolvimento motor, influenciando indiretamente seu desempenho na sala de aula.

Santos (2009) em seus estudos confirma os resultados apresentados por Poeta e Neto (2005), demonstrando que a estimulação psicomotora em crianças com TDAH é relevante para o desenvolvimento da coordenação motora fina.

Outra pesquisa relevante é a de Suzuki (2005) mostrando que crianças com TDAH apresentam alterações importantes no equilíbrio estático. Essas alterações podem influenciar negativamente o desenvolvimento motor, assim como o afetivo e cognitivo.

Tais resultados chamam atenção para importância do acompanhamento sistemático do desenvolvimento da criança com TDAH, não somente em termos de aprendizagem, mas também no desenvolvimento motor (SUZUKI, 2005, p.52)

Com mais informações o professor de Educação Física torna-se importantíssimo no processo de ensino aprendizagem traçando estratégias pedagógicas corretas em suas aulas, promovendo além da melhoria da parte motora, a autoestima e a confiança desse aluno.

3. Conclusão

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma doença reconhecida pela OMS, cuja prevalência mundial gira em torno de 5% e ocorre tanto em meninos quanto em meninas. Pode ser considerada alta a comorbidade com outros transtornos e ainda não existem certezas sobre as causas do TDAH. O diagnóstico ainda é puramente clínico e quanto mais cedo for detectado, melhor será o seu tratamento.

Pode ser verificado que é frequente o baixo desempenho escolar nesses alunos, chegando ao resultado de 40% dos portadores do TDAH apresentarem dificuldades nas atividades acadêmicas. Tais dificuldades se agravam, uma vez que o aluno vai sendo cada vez mais marginalizado, gerando lacunas na aprendizagem, o que traz diversas consequências.

O tratamento desses pacientes engloba uma equipe multidisciplinar, e o envolvimento da família é fundamental. Por isso, é importante que, além de médicos e psicólogos, os professores e pais tenham mais informações sobre o TDAH. Estudos comprovaram a importância do Professor de Educação Física nesse processo de tratamento, pois apontam que crianças com TDAH têm um perfil motor abaixo do desejável e um equilíbrio estático com alterações, por isso, trabalhando estas características motoras podemos melhorar não somente a parte psicomotora desse aluno como também a sua aprendizagem de uma forma global.

4. Referências

1. BARBOSA, A.G.A.; BARBOSA G.A. ;AMORIM G.G. **Hiperatividade conhecendo sua realidade**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2005. 124 p.

2. 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, 2000. 110 p.
3. BETTI, M. **Educação Física e Sociedade.** São Paulo. Editora Movimento, 1991. 184 p.
4. CIASCA, S.M. **Distúrbios de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar.** São Paulo. Casa do Psicólogo, 2003. 220 p.
5. CONDEMARÍM, M *et al.* **Transtorno do Déficit de Atenção: estratégias para diagnóstico e a intervenção psicoeducativa.** São Paulo, Editora Planeta do Brasil, 2006, 254 p.
6. CYPEL, S. **Déficit de Atenção e Hiperatividade e as Funções Executivas.** 3º ed. São Paulo. Lemos Editorial, 2007. 135 p.
7. FONTANA, R.S. *et al.* Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. **Arq Neuropsiquiatria** 65(1): 134-137, 2007.
8. FIGUEIREDO, Z.C.C. Formação docente em Educação Física: experiências sociais e relação com o saber. **Rev. Movimento.** Porto Alegre v. 10, n. 1 p.89 - 111, jan./abr, 2004
9. FREIRE, J.B. **Educação como Prática Corporal.** São Paulo. Editora Scipione, 2003. 183 p.
10. GOMES, M. *et al.* Conhecimento sobre Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade no Brasil. **J Bras Psiquiatria** 56(2): 94 -101, 2007.
11. LAVOURA, T.N. *et al.* Educação Física Escolar: conhecimentos necessários para a prática pedagógica. **Rev. Da Educação Física/UEM . Maringá,** v. 17, n. 2, p.203 - 209, jul./dez, 2006.
12. MOREIRA, S.C.; BARRETO, M.A.M. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: conhecendo para intervir. **Revista Práxis,** Volta Redonda, RJ, ano 1, n.2, p.65-70, agosto 2009.
13. Parâmetros Curriculares Nacionais: Educação física /Secretaria de Educação Fundamental. Brasília : MEC/SEF, 1997. 96 p.
14. PEREIRA, H.S. *et al.* Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil.** 5(4): 391- 402, out./dez, 2005.
15. PHELAN, T. W. **TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.** São Paulo. M. Books do Brasil Editora Ltda, 2005, 246 p.
16. POETA, L.S. ; NETO F.R.. Intervenção motora em uma criança com transtorno do déficit de atenção/Hiperatividade (TDAH). **Revista Digital Efdesportes,** Buenos Aires, outubro de 2005 – <www.efdesportes.com> acesso dia 18/11/2009.
17. ROHDE, L. A.; MATTOS, P. e cols. **Princípios e Práticas em Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.** Porto Alegre. Artmed, 2003, 236 p.
18. ROHDE, L. A. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.** Porto Alegre. Artmed, 2008, 90 p.
19. SANTOS, A.S. ; *et al.* Estudo da coordenação motora fina em criança com transtorno do déficit de atenção/Hiperatividade (TDAH). **Movimentum** - Revista Digital de Educação Física, Ipatinga, fev/jul de 2009 www.unilestemg.br/movimentum acesso dia 18/09/2009.
20. SUZUKI, S; *et al* O equilíbrio estático em crianças em idade escolar com TDAH. **Fisioterapia e Movimento,** Curitiba, p.49-54 jul/set, 2005.

Endereço para Correspondência:

Maria Auxiliadora Motta Barreto
 maria.barreto@uol.com.br
 Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA
 Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
 Três Poços, Volta Redonda - RJ
 CEP 27240-560.

Informações bibliográficas:

Conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), este texto científico publicado em periódico eletrônico deve ser citado da seguinte forma: BARRETO, Maria Auxiliadora Motta; MOREIRA, Sandro Cezar. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e a educação física. **Cadernos UniFOA.** Volta Redonda, Ano VI, n. 15, abril 2011. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/15/101.pdf>