

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 – Licenciado Pleno em Pedagogia – Administração Escolar, Supervisão Escolar e Orientação Educacional (2004); Pós-graduação *Latu Sensu* Educação de Jovens e Adultos (2011).

Flavia Manette Cardoso Stofele

Faculdade de Pedagogia e Filosofia, Pós-graduação em Filosofia e Ensino fundamental e educação Infantil.

Maria da Penha Machado Rocha

Faculdades Integradas São Pedro – Faesa. Pedagogia

Maria Aparecida Jesus de Oliveira Santos

Licenciatura Plena em Pedagogia para as séries Iniciais do Ensino Fundamental.

Marciana dos Santos Silva Ventura

Formação: Licenciatura em História e Pedagogia.

Marcus Antonius da Costa Nunes

Engenheiro mecânico, mestre e doutor em engenharia mecânica.

Recebido em: 15/04/2020

Aprovado em: 16/04/2020

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 transtorno 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, forta-

lecer 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 cognitivo 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 cognitiva comportamental pode propiciar, dentro das escolas, intervenções que gerem 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, Mazzoni, 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 ordenação, deficiências de aprendizagem, instabilidade emocional, sem apresentar lesões neurológicas específicas"(3).

Reação Hipercinética 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. Assim, 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 neurológico, 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" (6). Estudo(7) 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⁽⁷⁾ acreditava ser o TDAH um distúrbio causado por desequilíbrios químicos em certas regiões do cérebro, Seno⁽⁸⁾ 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⁽⁷⁾ 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⁽⁶⁾.

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⁽⁹⁾.

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^(4,6).

Belli⁽⁷⁾ 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⁽⁹⁾.

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^(10,11), porém Vasconcelos e colaboradores⁽¹²⁾ 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⁽⁶⁾.

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⁽⁷⁾.

Rohde e Halpern⁽¹³⁾ 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⁽⁹⁾ 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⁽⁵⁾.

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⁽¹⁴⁾.

Araújo também destaca que ao ingressar na escola que os sintomas ficam mais evidentes, “principalmente por serem prejudiciais e menos tolerados neste ambiente”⁽¹⁵⁾. 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”⁽⁸⁾.

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⁽⁷⁾.

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

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”⁽⁷⁾.

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⁽¹⁶⁾.

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⁽⁵⁾.

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⁽¹⁷⁾.

Diante do excesso de medicação, alguns autores decidiram rever o TDAH, considerando que as crianças podem viver 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⁽¹⁴⁾.

Como informam Brzozowski e Caponi⁽¹¹⁾, 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⁽¹⁸⁾ 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^(19,20).

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 disciplina à obediência e que determinadas escolas e professores diante de um mesmo comportamento podem considerá-lo como

indisciplina ou não, e até mesmo classificá-los como TDAH⁽²¹⁾.

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⁽¹⁵⁾.

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⁽⁹⁾.

A instituição escolar tem um programa a cumprir, existe um currículo que o aluno deve aprender em determinado período. Luengo⁽¹⁷⁾ 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 medicalização 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⁽¹⁵⁾ 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 descontrair. 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⁽¹⁵⁾ 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⁽⁸⁾.

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⁽⁸⁾.

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 comportamento 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*
13. Rohde LA, et al. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na Infância e na Adolescência: Considerações Clínicas e Terapêuticas. *Rev. Psiq. 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 – “TDA/H”: 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.

Diagnosed with ADHD: what now teacher?

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.

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.

Quitéria Soares de Oliveira

Faculdades Integradas São Pedro - Faesa - Full Degree in Pedagogy - School Administration, School Supervision and Educational Guidance (2004); Postgraduate *Latu Sensu* Youth and Adult Education (2011).

Flavia Manette Cardoso Stofele

Faculty of Pedagogy and Philosophy, Postgraduate studies in Philosophy and Elementary and *educação* Infantil.

Maria da Penha Machado Rocha

São Pedro Integrated Colleges - Faesa. Pedagogy

Maria Aparecida Jesus de Oliveira Santos

Full Degree in Pedagogy for the Initial Series of Elementary Education.

Marciana dos Santos Silva Ventura

Degree in History and Pedagogy.

Marcus Antonius da Costa Nunes

Mechanical Engineer. Master and Doctor of Mechanical Engineering.

Received on: 04/15/2020

Approved on: 04/16/2020

INTRODUCTION

For a long time, attention deficit disorder (ADHD) has been mistakenly understood as a diagnosis with few references in the lives of patients. Often, the child was evaluated by someone without a specialty and treated based only on the complaints of hyperactivity and impulsiveness to make the diagnosis, mentioned by the teachers or parents, continuing the belief in the remission of symptoms at puberty.

To this day, the belief that this disorder mainly affects boys with behavioral problems is widespread. In recent years, however, both clinical experience and neuropsychology and neuroimaging have contributed to a drastic change in the way of understanding ADHD.

In this time of increasing discredit among education professionals,

strengthening education professionals is more than necessary. The challenge becomes more interesting with the possibility of integrating knowledge and techniques of cognitive behavioral approaches to the universe of pedagogy and education in general.

The recognition of the effectiveness of cognitive therapies in Brazil and in the world has increased the popularity of these approaches, however the application in the school context is still timid and constitutes a challenge.

It is intended to address the following problem: How can the cognitive behavioral approach provide, within schools, interventions that generate changes and favor learning?

The scarcity of scientific studies makes cognitive behavioral approaches strategies for the construction of evidence-based practices that respond to the demands present in the school context.

METHODOLOGY

This is a reflective and descriptive study, based on theoretical references from studies with children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), such as: Gallahue, Mazzoni, Craft, Brzozowski, Caliman and Belli. The bibliography search was carried out in December 2018 in two online databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar.

A critical view was presented between the triad child with ADHD, the school universe and health, with the main objective of the child's well-being and his due assistance, whether by the health with diagnosis and treatment and by the school in terms of acceptability and capacity of professionals from the school universe to meet their demands and carry out the educational process in the best possible way, together with science.

DISCUSSION

Attention Deficit Hyperactivity Disorder has received numerous nominations and interpretations over time. According to study⁽¹⁾, In 1902, George Fredrick Still gave several lectures on aggressive, challenging, resistant to discipline, excessively emotional and passionate children, who had difficulty following rules, were inattentive and hyperactive. These characteristics presented by Still are up to date compared to those known today and there was no term that gave this name to this behavior.

In an analysis by Barkley, Still was the one who first linked the attention disorder to a defect in the inhibitory will. At that time, it was believed that the disorder was exclusively related to the child's behavior, morals and will. "Still was one among many others who postulated the existence of a specific moral pathology, marked by disobedience to the rules and social consensus"⁽²⁾.

According to authors⁽³⁾, after the First World War, which occurred between July 28, 1914 and November 11, 1918, the surviving children began to show changes in conduct with characteristics similar to those presented by Still. In 1934, they were described by Kahn and Cohen as organically driven. Subsequently, this type of behavior was called infantile hyperactivity, a term used by Laufer in 1957 and by Stella Chess in 1960.

"Laufer believed that the syndrome would be a pathology exclusive to male children and would have its remission throughout the individual's natural growth." "For Chess, the causes would be more of biological and genetic origins than the influence of the environment. So he used the term Hyperactive Child Syndrome"⁽¹⁾. In 1960, it was highlighted that the causes for this behavior, not yet named as ADHD, would be of genetic and biological origin.

Still in the 1960s, other explanations emerged: "In 1962 Clement and Peters created a new concept 'minimal brain dysfunction', arising from poor coordination, learning disabilities, emotional instability, without showing specific neurological injuries"⁽³⁾.

Hyperkinetic Childhood Reaction was the term used by the American Psychiatric Association (APA) in 1968⁽¹⁾. From 1970, a study⁽¹⁾ cites the contribution of studies by Virgínia Douglas, who started to defend the idea that the deficit in maintaining attention could arise under conditions in which there was no hyperactivity. Thus, he highlighted the attention deficit that was not widely considered previously.

The authors who devoted themselves to studying this behavior came to similar conclusions, Caliman⁽²⁾, highlights that:

In the history of ADHD, the English physician George Still,

at the beginning of the century, and Virginia Douglas, at the end of the 70s, defended a similar point of view. Still, Douglas and Barkley have in common at least one aspect that, for Barkley, is the central point of the theoretical and historical analysis of ADHD: in their analysis, what determines the attention and hyperactivity disorder is the link between a neurophysiological defect of the inhibitory system, the deficit of morals and will. We will see that Barkley links the moral problem to the inhibitory deficit. In his opinion, Still and Douglas had reached the same conclusion.

According to authors⁽³⁾, the American Psychiatric Association in 1980 with its Diagnostic and Statistical Manual on Mental Illness III (DSM III) renamed attention deficit disorder with or without hyperactivity, and in 1987 DSM III-R (1987) changed the terminology to attention deficit due to hyperactivity. Caliman⁽²⁾ shows that in 1994 the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, as described today by the neurobiological discourse, was included in DSM IV.

The Brazilian nomenclature used is Attention Deficit Hyperactivity Disorder^(4,5). The term ADHD has now become very common worldwide and study⁽²⁾ reports that several questions were raised as to the existence of the disorder or whether it could be really defined as a pathology. Nowadays, the discussion persists and there are those who defend ADHD and there are those who believe in a certain exaggeration in the diagnoses or that is nonexistent.

CONCEPTING ADHD

People in general, and even health and education professionals, are

unaware of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and children receive some labels such as: "badly educated", "spoiled", "without limits" and "irresponsible"⁽⁶⁾. Study⁽⁷⁾ it also highlights other labels, such as: "lazy", "disinterested", "live in the world of the moon", "crazy", "problematic" and "cheeky".

According to the definitions of studies, it was highlighted that this disorder is it is mainly characterized by inattention, hyperactivity, and impulsivity; its cause can be genetic, biological, and/or social. While Belli⁽⁷⁾ believed ADHD to be a disorder caused by chemical imbalances in certain regions of the brain, Seno⁽⁸⁾ classified ADHD as a syndrome related to genetic, biological and psychosocial factors, with early onset and that does not harm that person's life; Belli⁽⁷⁾ shows that there are problems for the individual's daily life. The person with ADHD has instability in brain regions that command wakefulness, attention, and control of emotions.

The signs can be seen in childhood and often continue into adulthood. According to Goldstein, it was not long ago believed that ADHD symptoms disappeared in early adolescence and, currently, research reveals that most children with the disorder reach adulthood with the same behaviors as childhood⁽⁶⁾.

For Rohde and colleagues, ADHD is considered a developmental disorder and has already been understood as a disorder behavioral behavior of boys. Currently, it is often diagnosed as present in girls, adolescents, and adults. There are no certainties about the causes of ADHD, and authors highlight some hypotheses, such as: hereditary, neurochemical and psychosocial factors that, when associated, acquire greater strength in determining the condition⁽⁹⁾.

There are several factors that can contribute to the disorder, and Castro-vejo defends the multifactorial con-

cept of causes of ADHD, being related to social, educational, family and health aspects. It must be considered that these same aspects that can be the causes of the disorder, are the areas of the individual seen in a negative way^(4,6).

Belli⁽⁷⁾ demonstrates that currently ADHD can be classified into three different types: combined type, these people have trouble concentrating and are also overly active (ADHD with hyperactivity); those who are predominantly inattentive are not restless or rowdy, but have trouble concentrating on tasks, maintaining attention and organizing and finishing things (ADD without hyperactivity); and those with a predominantly hyperactive-impulsive type are children aged 4 to 5 years, in which the inattention feature is difficult to diagnose.

Phelan points out eight characteristics that accompany ADHD: inattention or tendency to distraction, impulsivity, difficulty waiting to be attended, hyperactivity, emotional overexcitation, disobedience, social problems, and disorganization. The child may have all or just some of these characteristics. It is necessary that people who live with this child and know these characteristics to help positively⁽⁹⁾.

DIAGNOSIS OF ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder has been diagnosed frequently in children. Andrade and Scheuer point out that the average prevalence rate found was 3.6 to 5% of the school population^(10,11), however Vasconcelos and collaborators⁽¹²⁾ report that some studies indicate that 4 to 12% of the general population of children from 6 to 12 years of age have a confirmed diagnosis.

It is important to make the correct diagnosis of children who show different behavior, since those who show signs of inattention and hyperactivity need some intervention. Barkley reports that the first characteristics

appear early in life, such as problems with motor restlessness and reduced attention spans, which are not compatible with the child's age⁽⁶⁾.

Regarding how to diagnose ADHD, Silva emphasizes that there is no medical examination or psychological test to detect ADHD, but physical examination and recent pediatric history are important to diagnose and treat a possible ADHD. Blood tests measure dopamine and norepinephrine, serotonin and neuroimaging of the prefrontal cortex can be added to the diagnosis⁽⁷⁾.

Rohde and Halpern⁽¹³⁾ state that "DSM-IV proposes the need for at least six symptoms of inattention and/or hyperactivity/impulsivity for the diagnosis of ADHD", which should be done by a multidisciplinary team with specialist doctors, psychologists, pedagogues, teachers and parents; in a serious and appropriate way, since authors⁽⁹⁾ point out that there is no physical, neurological or that can prove its existence, that is, only physical exams will not offer a reliable diagnosis.

Currently, professionals use interviews with parents and the child to try to diagnose any disorder. Consult teacher notes with an emphasis on reporting characteristic behaviors. Jerusalinsky believes that the proposed methodology could never be considered clinical, since it is a counting of phenomena, that is, the verification of the presence or absence of certain behaviors⁽⁵⁾.

Providing a diagnosis in which there are no tests that present consistent results is a great risk, since it can compromise a child's life, considering that his learning can be profoundly impaired; with a diagnosis of ADHD, the school will have a different approach for this student. It is at school that the first signs of ADHD are noticed, since it is in this environment that the student needs concentration, attention to develop

tasks, pay attention to the teacher's explanations and, thus, learn⁽¹⁴⁾.

Araújo also points out that when entering school that symptoms become more evident, "mainly because they are harmful and less tolerated in this environment"⁽¹⁵⁾. Diagnosing ADHD is not a simple task.

The authors expose some uncertainties that permeate the diagnosis of behavioral disorders. For years, people have dedicated themselves to studies to prove the existence of a neurobiological disease, however, science needs more consistent information.

After being diagnosed with ADHD, some interventions can be made therapeutic treatment, drug treatment and the help of the school and family. As the first signs of ADHD are usually perceived at school, "in the context of psychosocial interventions, the first step must be educational, through clear and accurate information to the family about the disorder"⁽⁸⁾.

The use of medication has been the most commented topic when addressing the treatment of ADHD. Silva defends drug treatment as necessary and supports medicalization as a way of seeking an improvement in quality of life⁽⁷⁾.

The treatment of ADHD involves a multiple approach, encompassing psychosocial and psychopharmacological interventions, where the use of drugs alleviates motor symptoms, impulsivity and inattention, improving the quality of social interactions and academic performance^(4,13).

Thus, in the medicalizing view, students will find it easier to perform their tasks, demonstrate to be more obedient, less aggressive and comply with the proposed rules. Stimulant medications improve attention and decrease hyperactivity, the most recommended of which are psychostimulants, the most prescribed is methylphenidate marketed as Ritalin. "Ritalin is a stimulant that has a pa-

radical effect of calming the nervous system and increasing the child's ability to pay attention, stimulating the production of dopamine and norepinephrine. Only 3% of ADHD cannot use these drugs"⁽⁷⁾.

In a survey carried out it pointed out that 100% of the doctors interviewed recommend the use of medications for the treatment of ADHD, both neurologists and psychiatrists. The psychologists interviewed pointed to psychotherapy as one of the main forms of treatment for ADHD; however, only 20% did not recommend medication⁽¹⁶⁾.

In Brazil, the only psychostimulant available is Methylphenidate, (Ritalina[®] and Concerta[®]), considering that the short-term medication is Ritalin presenting in 10 mg, with a duration of 3 to 4 hours, Ritalin LA[®], has three presentations 20 mg, 30 mg and 40 mg, lasting 6 to 8 hours. Methylphenidate marketed as Concerta[®] has a longer action time than Ritalin LA[®], 18 mg, 36 mg and 54 mg presentation, has an action time of 10 to 12 hours⁽⁵⁾.

The presence of the medicine has been common, as Monteiro says: "it is currently not uncommon to find in school bags a box of Ritalin dividing the space with snacks, notebooks and pens, giving us the impression that, naturally, they are part of school supplies". Knowing these adverse reactions caused by Ritalin and being so common to find it in children's backpacks as something natural, it is possible to say that the school environment easily accepts medication, mainly because Ritalin is named by some authors as the obedience drug⁽¹⁷⁾.

In view of the excess of medication, some authors decided to review ADHD, considering that children can experience different situations that lead them to behave similarly to ADHD. Authors like Pasquini and Velásquez believe that children can be in a difficult time⁽¹⁴⁾.

As Brzozowski and Caponi report⁽¹¹⁾, even with all the scientific discourse, most teachers and parents are resistant to the use of the medication. Even with a medical prescription, they reject the proposed treatment or do it against their own will. This shows that there is a part of society that is against the use of prescription drugs in children.

The reactions caused by methylphenidate is one of the main reasons for some scholars to take a stand against medicalization. It is a controlled use medicine and study⁽¹⁸⁾ cites this need for control, according to Ordinance SVS/MS No. 344, 12/5/98, and RDC No. 22, 2/15/2001, methylphenidate was placed on list A3 (psychotropic substances), but subject to prescription notification A. This list contains substances such as methamphetamine ("ice"), phencyclidine ("angel powder") and dronabinol (hallucinogenic principle of marijuana).

Patients without an accurate diagnosis should not be treated with Ritalin, because the long-term safety and efficacy data on the use of Ritalin are not completely known, and it is emphasized that attention is needed as it can cause physical or psychological dependence. According to the Federal Council of Psychology (CFP), the sale of methylphenidate rose from 70,000 cases sold in 2000 to two million cases in 2010, making Brazil the second largest consumer of this drug in the world, second only to the United States^(19,20).

ADHD AND SCHOOL

In view of the increase in students who are unable to learn, those involved, especially teachers, seek the reasons for this learning that does not occur, and one of the justifications is the ADHD that is present in schools. Study emphasizes that a traditionalist view associates discipline with obedience and that certain schools and teachers facing the same behavior may consider it as

indiscipline or not, and even classify them as ADHD⁽²¹⁾.

For Andrade, teachers are overwhelmed and cannot deal with this issue. Classes have at least 30 students, deal with various problems leaving an ADHD student excluded. Phelan cites the case of Ann Welch, a special education teacher in the United States who addresses two basic rules to be applied in a classroom: the first is that children are at school to learn and there is work to be done and second is that the child's behavior cannot interfere with the work to be done, which is learning⁽¹⁵⁾.

It is essential for educators to think that the child is in school to learn and, many times, factors that are independent of them harm them: most children with ADHD want to have a good school performance like other children; however, the difficulty of concentration and motivation combined with an inadequate school structure for these students hinder their performance, normally leading them to conflicts with teachers and classmates⁽⁹⁾.

The school institution has a program to fulfill, there is a curriculum that the student must learn in a certain period. Luengo⁽¹⁷⁾ says that children with differentiated behavior or who do not live up to expectations become the biggest complaint of the educator who starts to see them as different. The author also states that in the school context, ADHD appears as a justification for failure and, having this view, failure ceases to be school and becomes the schools. Thus, treating the problem as an individual.

There are countless reasons why a student does not have the expected performance, it may be related to issues of behavior as well as the methodology used. However, what is worrying in this growing medicalization is the excess of students with ADHD; it is to associate any unexpected signal with a type of disorder.

Providing the student with a structured environment is an alternative that does not need medicalization. Authors⁽¹⁵⁾ present some necessary conditions for the teacher to live with an ADHD student. Children with ADHD need help to find pleasure in being in the classroom, the teacher needs to understand the emotional state of these students; these children seek limits, it is essential to establish rules. The teacher can make lists or tables that serve as a reference, they need the information to be repeated several times. Having a schedule makes the student more secure and, in the case of changes, the teacher must prepare him in advance, he needs to be flexible; allow moments to play and relax. For the child with ADHD it is important to subdivide the task, in larger tasks he may feel unable to perform them, in short, he needs praise, simplified instructions, moments of responsibility and encouragement.

The teacher must consider each student as a being with different needs, developing at their own pace, after all, there are no homogeneous classes. Study⁽¹⁵⁾ addresses the action of the teacher in this process, stating that the way they deal with these difficult situations is crucial for the psychological development of students and for the growth of the school community. They still suggest that the ADHD theme needs space in the training of these teachers so that they can reflect, discuss, and share experiences.

PHYSICAL EDUCATION AS INTERVENTION TO ADHD IN CHILDREN 9 TO 11 YEARS

Physical education and psychomotricity are based on the needs of children, their goal is to stimulate movement at all stages of the child's motor development. Both collaborate for the structuring and formation

of the body scheme, which facilitates spatial orientation. Physical education aims to work with natural movements and spontaneous (walking, running, jumping, rolling, crawling, flexing, suspending, tilting, etc.).

The basic psychomotor structures are composed of locomotion, ocular segment coordination, laterality, rhythm, relaxation, and balance; these are bases developed by children during physical education classes, even in psychomotricity sessions. The physical education teacher must adapt activities in his classes that develop basic structures in children. Psychomotor education is a pedagogical and psychological action that, through physical education, uses means to normalize or improve child's behavior⁽⁸⁾.

Usually physical education classes are pleasant and, with that, keep students more active, which does not mean that at the specific moment the student does not show hyperactivity and inattention. Everyone knows the importance of regular physical activity for anyone, even better for children and adolescents with this disorder. Physical activities make the child's development easy, as it is a methodological resource that provides spontaneous and natural learning. Being a stimulus to criticism, creativity, curiosity and sociability, is recognized as one of the activities that has enormous significance through pedagogical, physical and social content⁽⁸⁾.

CONCLUSION

Currently, there is no universally specific approach that can say, teachers work with that type of approach that will be positive in their classes. There are three types of approaches most used, which are: behavior control, multisensory and multifaceted. Behavior control is related to strategies that are done through punishment to improve behavior; Multisensory approach

ach: emphasizes teaching through the teaching areas that the student masters, using the sensory channels (visual, auditory, synesthetic and tactile); and Multifaceted approach: it is the use of several approaches, aiming to facilitate the student's learning with ADHD.

In contrast, authors believe that only two approaches can achieve good results in physical education classes, which are: Psychomotricity, aims to increase the individual's ability to interact with the environment through motor skills, in which the child discovers his limits, difficulties and abilities, maintaining self-control and learning to live in society; and Relaxation Techniques: essential in the routine of an ADHD student, because just leaving the room and going to the court often becomes a disorder, which is nothing more than the famous "return to calm".

The Physical Education teacher

with this information becomes the fundamental "piece" in the teaching-learning process, as he plans in his classes and outlines pedagogical strategies, with the objective of improving the motor part, self-esteem and the confidence of this student. Therefore, Physical Education is an important discipline and helps in the learning intervention of students with ADHD.

It is a great challenge for physical education teachers to work with students with the disorder and attention deficit/hyperactivity disorder because one does not leave Universities specialized in teaching children with this disorder. Much has been seen that they are usually children considered undisciplined; teachers often label students who generally behave inappropriately as "hyperactive", without even studying the case in depth. Working with psychomotrici-

ty with ADHD children has been one of the paths that some teachers are taking. Since psychomotricity shows the relationship between brain and affective / emotional processes with the motor act, that is, body and mind must be in tune during activities. The body reacts to mental stimuli by giving body expression to the sense of assimilated knowledge, that is, external information enters the organs of perception and enables the central nervous system to receive and seek subsidies to re-elaborate this information and express it through movement.

Physical Education is fundamental in this process, as it has an open, differentiated "classroom" that, if well used, can contribute positively to the development of student learning. There are several different causes for ADHD, consequently there are several ways to teach a child with this disorder. 🌱

References

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. Psiq. 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 – "TDA/H": 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.