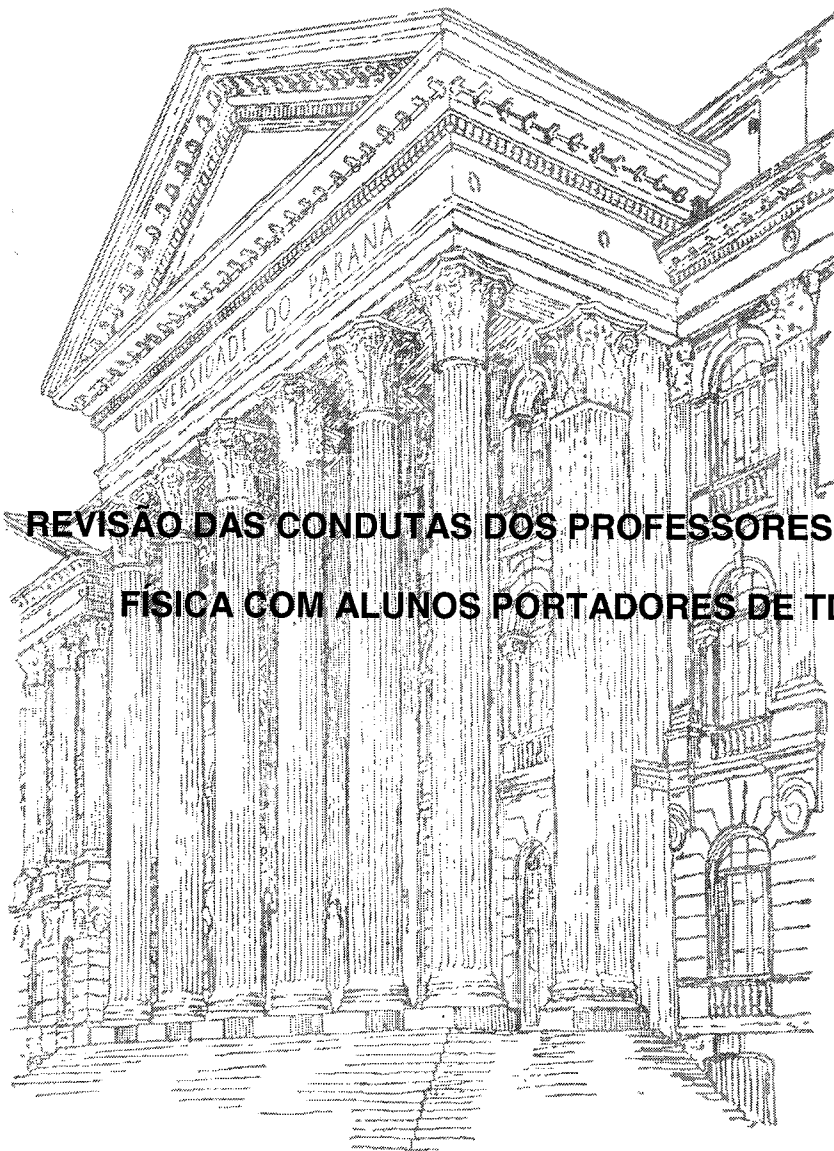


**CAMILA ARCIE**



**REVISÃO DAS CONDUTAS DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO  
FÍSICA COM ALUNOS PORTADORES DE TDA/H**

**CURITIBA**

**2007**

**CAMILA ARCIE**

**REVISÃO DAS CONDUTAS DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO  
FÍSICA COM ALUNOS PORTADORES DE TDA/H**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de licenciado em Educação Física, no Curso de Licenciatura em Educação Física, Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr. Cláudio Portilho Marques

**CURITIBA**

**2007**

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**AUTOR**

### **REVISÃO DAS CONDUTA DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA COM ALUNOS PORTADORES DE TDA/H**

**Monografia apresentada ao Curso de Licenciatura em Educação Física,  
Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da  
Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:**

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Portilho Marques  
Departamento de Educação Física, UFPR

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Regina Costa  
Departamento de Educação Física, UFPR

Prof. Dr. Iverson Ladewig  
Departamento Ciências Sociais, UFPR

**CURITIBA**

**2007**

## DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais, ao meu irmão e aos meus amigos pelo carinho e compreensão no desenvolvimento do meu curso.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela oportunidade de viver intensamente e pela capacidade de enxergar cada momento como único. Agradeço ao meu orientador Cláudio Portilho Marques pela paciência, dedicação e preocupação com que me auxiliou na elaboração do trabalho, e ao meu grande amigo Guilherme Valentim Mendes, que me ajudou com muita paciência e compreensão, estando comigo nas horas mais difíceis e conclusivas.

**“A razão é como uma equação de matemática... tira a prática de sermos... um pouco mais de nós”**

**Fernando Anitelli**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>01</b>
1.1 ELABORAÇÃO DO PROBLEMA.....	04
1.2 Justificativa .....	04
1.3 Objetivos.....	05
1.3.1 Geral .....	05
1.3.2 Específicos.....	05
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>07</b>
2.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	07
2.1.1 Definição histórica .....	07
2.1.1.1 Definição neurológica .....	09
2.1.1.2 Características gerais dos portadores .....	13
2.1.1.3 Características dos DDAs observadas nas aulas de educação física.....	15
2.1.1.4 Déficits de comportamento na infância .....	16
2.2 Formas de intervenções no ato de ensinar crianças portadoras de TDA/H .	19
2.2.1 A importância da educação física para os alunos com TDA/H .....	19
2.2.1.1 Estratégias de ensino e técnicas de aprendizagem .....	19
2.2.1.2 Intervenções baseadas na cognição.....	21
2.2.1.3 Estratégias de treinamento/ manejo através da auto-instrução .....	22
2.2.1.4 Estratégia de treinamento através do reforço positivo .....	23
2.3 INTERVENÇÕES BASEADAS EM CONTINGÊNCIAS .....	25
2.3.1 Estratégia de auto-monitoração .....	25
2.3.1.1 Estratégia de auto-avaliação e auto-reforço.....	26

2.3.1.2 Estratégia de treinamento por correspondência .....	28
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
3.1. TIPO DE PESQUISA .....	29
3.1.1 População .....	30
3.1.1.1 Amostra.....	30
3.1.1.2 Critérios de inclusão.....	31
3.1.1.3 Critérios de exclusão.....	31
3.1.1.4 Instrumento de pesquisa.....	31
3.1.1.5 Procedimento de coleta.....	32
3.1.1.6 Análise e apresentação das respostas .....	32
<b>4 ANÁLISE DAS RESPOSTAS.....</b>	<b>34</b>
-QUESTÃO 1: FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFESSORES QUESTIONADOS .....	34
-QUESTÃO 2: CLASSIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS DURANTE PERÍODO ACADÊMICO .....	35
-QUESTÃO 3: INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFESSORES SOBRE AS TRÊS CLASSIFICAÇÕES DO TRANSTORNO .....	36
-QUESTÃO 4: O TRANSTORNO E A EQUIPE PEDAGÓGICA.....	38
-QUESTÃO 5 : PROCEDIMENTO DOS PROFESSORES DURANTE AS AULAS COM ESSES ALUNOS .....	39
-QUESTÃO 6: QUAL A FONTE DO CONHECIMENTO PARA O MANEJO DESCRITO ACIMA .....	40
-QUESTÃO 7: O TDA/H E A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DUTANTE AS AULAS .....	40

-QUESTÃO 8: OS ALUNOS DDA DURANTE AS AULAS.....	42
-QUESTÃO 9: FEEDBACK DOS DEMAIS PROFESSORES: HÁ DIALOGO ENTRE ELES?.....	43
-QUESTÃO 10: UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS COGNITIVAS.....	44
<b>5 DISCUSSÕES.....</b>	<b>46</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>53</b>

## **RESUMO**

### **REVISAO DAS CONDUTAS DOS PROFESSORES DE EDUCACAO FISICA COM ALUNOS PORTADORES DE TDA/H**

Este trabalho consiste inicialmente de uma análise bibliográfica acerca do Transtorno de Déficit de Atenção, no qual fontes históricas relatam sintomas apresentados na infância, especificamente a partir dos sete anos de idade. Para tanto, utilizou-se como referencial bibliográfico os livros “Manual de psiquiatria clínica” de Harold Kaplan e “Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes” de Mark Reinecke, Frank Datillo e Arthur Freeman. Para tais autores, as crianças são muito sensíveis a intervenções cognitivo-comportamentais e alcançam resultados mais satisfatórios no tratamento em relação aos adultos. O objetivo do trabalho consiste em identificar a importância de trabalhar os problemas do Transtorno em uma aula de Educação Física, assim como analisar o conhecimento dos educadores e sua interferência no trabalho com crianças através da pesquisa de campo.

Palavras chaves: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, professores. crianças.

## **ABSTRACT**

### **REVISION OF THE BEHAVIORS OF THE PROFESSORS OF PHYSICAL EDUCATION WITH CARRYING STUDANTS OF ADHD**

This work consists of an initial analysis of literature about the Attention Deficit Hiperactivity Disorder in which historical sources report presented symptoms in childhood, specifically from seven years of age. Thus, it was used as a bibliographic reference books "Clinical Psychiatry", Harold Kaplan and "Cognitive Therapy With Children and Adolescents" by Mark Reinecke, Frank Datillo and Arthur Freeman. For these authors, children are very sensitive to cognitive-behavioral interventions and achieve more satisfactory results in treatment with adults. The objective is to identify the importance of working the problems of trouble in a class of physical education, as well as examine the knowledge of educators and their interference in the work with children through the search field.

**Key Words:** Attention Deficit Hiperactivity Disorder, teachers. Children.

## 1 INTRODUÇÃO

O TDA/H (Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade) é o transtorno mais comum entre crianças e adolescentes que são direcionados a ajuda especializada. Este é um transtorno de início precoce, ou seja, os sintomas geralmente se apresentam antes dos sete anos de idade (Barkley, 1990). Em estudos atuais acredita-se que haja em cada sala de aula pelo menos uma criança com esse problema, chegando a afetar aproximadamente 3 a 5% da população infantil, em uma média de 3:1 a 5:1 (Barkley, 1990).

O transtorno tende a ser crônico, e 50% ou mais das crianças com TDA/H continuarão a apresentar sintomatologia significativa na adolescência e na idade adulta (Barkley, Fischer, Edelbrock e Smallish, 1990; Gittelman, Mannuzza, Shenker e Bonagura, 1985; Weiss e Hechtman, 1993). Por não ser um problema visível (externo), e que mesmo na era da tecnologia avançada e exames-computadorizados, a ciência e a medicina ainda não dispõe de nenhum teste que diagnostique o Transtorno, fazendo com que o diagnóstico ainda seja realizado através da anamnese, que consiste em uma conversa detalhada sobre toda a história de vida, desde a gestação até os dias atuais da criança, e da observação de um profissional treinado a captar os fatos e acontecimentos que caracterizam a criança com TDA/H.

O diagnóstico é de essencial importância, pois as crianças com esse transtorno têm um risco acima da média de apresentarem problemas educacionais,

comportamentais e sócio-emocionais (Weiss e Hechtman, 1993). Além disso, o transtorno freqüentemente coexiste com transtornos de conduta ou transtornos desafiador opositivo, além de transtornos de aprendizagem e da comunicação (Kaplan e Sadock, 1998). Muitas vezes, quando não diagnosticadas, essas crianças passam por sérios pré-conceitos por parte de seus colegas, seus professores e acesores (equipe pedagógica). Pelo fato de que as principais características do transtorno ser comum em toda a população infantil, diferenciando-se das crianças ditas “normais” apenas o grau de intensidade, a freqüência que ocorrem e da constância das três principais características: a distração, a impulsividade e a hiperatividade (Silva, 2003). Essas três características principais fazem com que a criança não diagnosticada seja taxada pelos professores como: “avoada”, desatenta, mal-educada, desorganizada, irresponsável, indisciplinada, impaciente, preguiçosa, relaxada, distraída (Reinecke, Dattilio e Freeman, 1999; Ervin, Bankert e DuPaul, 1999; Silva, 2003; Abikoff, 1985; Kaplan e Sadock, 1998; Barkley, 1990).

Por outro lado, o problema não só estaria no tratamento dado pelo professor à criança portadora do transtorno que ainda não foi diagnosticada, mas também ao procedimento dado pelo professor após um de seus alunos ser identificado como portador do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

O TDA/H ainda não é muito conhecido pelas áreas da saúde e educação, apesar de estar sendo muito evidenciado ultimamente devido ao grande índice de crianças de diferentes faixas etárias diagnosticadas nas escolas, que passaram pelas mais diversas situações quando ainda não haviam sido identificados, e divulgados atualmente através dos meios de comunicação, livros especializados e

palestras informativas para as escolas. Isso agrava ainda mais a falta de conhecimento por parte dos professores, profissionais que atuam diretamente com esse problema.

Deixando de lado os profissionais formados em pedagogia, que ainda possuem disciplinas formativas relacionadas com a psicopedagogia e a psicologia infantil dentro da sua grade curricular, os demais profissionais da licenciatura, porém específicos de outras áreas de conhecimento (exatas, biológica, humanas, sociais) como os licenciados em matemática, língua portuguesa, educação física, artes, tiveram pouca experiência com psicologia e não possuem bases suficientes se não de interesse individual para ter conhecimento de transtornos psicológicos tão comum como esse.

Devido à falta de conhecimento aprofundado por parte dos professores licenciados em disciplinas específicas, vou definir através de um questionário o nível de conhecimento dos professores de Educação Física sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, pensando que são dentro das atividades esportivas, competitivas, cooperativas e lúdicas contempladas pela Educação Física, que os professores poderiam ter mais acesso às dificuldades apresentadas pelos alunos portadores de TDA/H (DDA) e ajudá-los a partir do ambiente mais livre das áreas abertas, atividades de sociabilização, atividades interativas e motivacionais.

## 1.1 ELABORAÇÃO DO PROBLEMA

Como os professores lidam com os alunos portadores de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade durante as aulas de Educação Física?

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Por estar cursando licenciatura no curso de Educação Física, um curso tão voltado à educação corporal e moral, preocupado com a formação de cidadãos críticos e com prováveis fatores que possam intervir na consciência e imagem corporal do indivíduo, como transtornos psicológicos, percebo a fragilidade do currículo em possuir disciplinas que abordem mais profundamente a psicologia relacionando com a educação, visando principalmente às dificuldades de aprendizagem mais comuns que nossos futuros alunos possam estar apresentando.

Ao aprofundar esta questão houve a necessidade de estudar alguns dos transtornos mais comuns nas escolas e relacioná-lo ao máximo com a Educação Física para que os conhecimentos que estou mostrando nesse trabalho ajudem futuros professores a terem mais segurança e preparação para melhor atender seus alunos especiais.

E também por ter sido uma dessas crianças diagnosticadas com TDA/H na infância, tendo sofrido com as más interpretações alheias por falta de conhecimento

por parte dos professores e da equipe pedagógica que não estava preparada para trabalhar com crianças diagnosticadas com o Transtorno.

Agora, trabalhando na área escolar, procurei investigar esse tema, pois vejo como é comum encontrarmos essas crianças no ambiente escolar e como ainda hoje existe essa fragilidade de conhecimento sobre o Transtorno.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo geral

Analisar o nível de conhecimento dos professores a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e as principais estratégias utilizadas durante as aulas com seus alunos portadores de TDA/H.

#### 1.3.2 Objetivos específicos:

- 1.3.2.1 Identificar como a escola participa nas orientações aos professores que possuem esses alunos;
- 1.3.2.2. Averiguar quais os procedimentos e estratégias adotadas pelos

professores;

- 1.3.2.3. Investigar se os professores buscam fontes externas para conhecimento próprio e quais essas fontes;

- 1.3.2.4. Analisar de que forma a Educação Física colabora para o manejo com esses alunos;

- 1.3.2.5. Analisar a comunicação entre os professores das demais disciplinas com os professores de Educação Física sobre os alunos com TDA/H.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Para uma melhor definição do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, cita-se três pontos relevantes para o entendimento do mesmo: definição histórica, definição neurológica e as características dos portadores.

#### 2.1.1 Definição histórica

Antigamente muitos transtornos psicológicos que hoje em dia são conhecidos por médicos eram explicados por falhas educacionais e ambientais (LINO, 2003; CAMPOS, 2005). Em 1902, o pediatra inglês, George Fredrick Still, apresentou casos clínicos de 42 crianças hiperativas e com outras alterações de comportamento como agressividade, oposição, desobediência, crueldade, desonestidade, temperamento forte e excessivamente desatentas, que na sua opinião deveriam ser causadas por algum tipo de transtorno cerebral, relatando o caso a Academia Real de Medicina – UK (SHANSIS e GREVET, 2000). Em seus relatos, fazia referência à atitude excessivamente passional dessas crianças e acreditava que a busca por satisfações imediatas era a principal característica desse grupo.

Still também descreve que algumas dessas crianças apresentavam esse quadro após recuperação de traumatismo craniano, gerando duas vertentes a serem estudadas; a causada por fatores hereditários, e a causada por leves lesões cranianas pré ou pós natais. As especulações de Still quanto as relações causais do déficit de atenção e hiperatividade, foram a base para os atuais modelos neuropsicológicos, neuroquímicos e neurobiológicos do transtorno (PENNINGTON, 1991; POSNER, 1988).

O grande interesse dos americanos pelo TDA/H foi despertado em 1917 e 1918, devido a um grande surto de encefalite. Diversos clínicos se depararam com crianças que mesmo sobrevivido a infecções cerebrais, apresentavam seqüelas cognitivas e comportamentais (CANTWELL, 1981; KESSLER, 1980; STEWART, 1970). Essas seqüelas correspondem com o que atualmente definimos como os principais sintomas do transtorno. A encefalite de Von Economo-Crucht, ou encefalite letárgica, que nada mais é que uma encefalite viral especificada foi que determinou o diagnóstico de crianças que apresentavam as mesmas características de deficiência moral das crianças descritas por Still, e como consequência passou a usar o termo Distúrbio de Comportamento Pós-Encefalite.

Com o tempo mais crianças começaram a ser diagnosticadas com o desvio moral, porém não eram vítimas da Epidemia de Encefalite, surgindo uma contradição no estudo e a necessidade de redefinição do termo, sendo substituído por Disfunção Cerebral Mínima e que mais tarde, devido ao reconhecimento do déficit de atenção e da falta de controle dos impulsos passou a chamar-se em 1957 de Síndrome Infantil da Hiperatividade (THOMAS e CHESS, 1987). Na mesma época outros nomes

foram dados a esse mesmo transtorno, como Síndrome da Criança Hiperativa e Síndrome da Ausência e Controle Moral. Em 1968, a Associação de Psiquiatria Americana (APA) substituiu o termo Síndrome da Criança Hiperativa por Transtorno Hiperkinético da Infância, até que em 1987 chegou à denominação que é utilizada até os dias de hoje, aceita pela Associação de Psiquiatria Americana, como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H) ou simplesmente Déficit de Atenção (DDA).

#### 2.1.1.1 Definição neurológica

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, supostamente reflete prejuízos neurológicos sutis, embora ainda pouco claros. Ele está relacionado com trauma pré e perinatal e desnutrição precoce (KAPLAN e SADOCK, 1998), encefalopatia hipóxita, isquemia perinatal do prematuro e fatores tóxicos pré-natais, como tabagismo e alcoolismo. A nicotina e o álcool quando ingeridos durante a gravidez podem causar alterações em algumas partes do cérebro do bebê, incluindo-se aí a região frontal orbital (REED, 2006).

O cérebro de uma criança com TDA/H (DDA) funciona de uma forma bem peculiar a um funcionamento cerebral normal, o que faz com que as crianças portadoras desse transtorno tenham comportamentos bem típicos englobando todas suas melhores e piores características.

Em outras palavras, os neuro- transmissores dessas crianças

encontram-se diminuídos, o que ocasiona um baixo funcionamento do córtex pré-frontal que é o responsável por aquilo que nos caracteriza e distingue das outras espécies, a racionalidade, os pensamentos, noção social e ética, o controle motor, o planejamento de ações, execuções, as tomadas de decisões, noção de tempo e espaço, a personalidade de cada um e a própria consciência, pelo que se entender dela. Quando as crianças com TDA/H (DDA) tentam se concentrar em determinadas tarefas, a atividade do córtex pré-frontal diminui, ao invés de aumentar, como aconteceria em crianças normais, não portadoras do transtorno. Outros autores também relatam a causa das alterações estruturais e funcionais do transtorno.

PARTEL (extraído do site <http://www.universotdah.com.br>) parte da premissa de que:

*“O TDA/H é um transtorno neurobiológico crônico, na sua maioria de origem genética. Nos portadores de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade os neuro-transmissores, dopamina e noradrenalina (substâncias químicas do cérebro que transmitem informações entre as células nervosas) encontram-se diminuídos, fazendo com que a atividade do córtex pré-frontal seja menor (hipofuncionamento do córtex pré-frontal), ocorrendo uma disfunção neurobiológica. Através do sistema límbico interpretam-se emocionalmente os eventos do dia-a-dia de uma maneira negativa, depressiva (funcionamento hiperativado). O córtex pré-frontal estabelece uma relação com o sistema límbico quando esta fica hiperativo (hiperfuncionamento do sistema límbico), as emoções tendem a tomar “posse” da pessoa. Isso acontece quando o córtex pré-frontal está em hipofuncionamento como no caso do TDA/H. O sistema límbico readquire equilíbrio quando o córtex pré-frontal é ativado e restabelece seu funcionamento normal.”*

Ainda a respeito do transtorno neurobiológico crônico, KAPLAN & SADOCK (1998, p.256) descrevem que algumas crianças com transtorno de déficit de atenção e transtorno de conduta tem baixos níveis de dopamina B-hidroxilase plasmática e níveis anormais de serotonina. Quanto a questão da energia e desempenho do metabolismo cerebral, SILVA (2003, p.178) aponta que:

*“Uma hipoperfusão cerebral localizada mais significativamente na região pré-frontal e pré-motora do cérebro. Essa hipoperfusão significa que a região frontal, nas pessoas com DDA, recebe menor aporte sanguíneo do que deveria e, como consequência, há uma diminuição do metabolismo nesta região, que ao receber menos glicose (oriunda do sangue), terá menos energia e funcionará seu desempenho reduzido.”*

Então, se o córtex pré-frontal é o principal responsável pela ação reguladora do comportamento do ser humano, o seu hipofuncionamento está diretamente ligado as alterações funcionais apresentadas nas crianças portadoras no TDA/H. Por isso quanto mais pressão essas crianças sofrerem para se concentrarem em algo que não os interesse ou em atividades rotineiras, comuns, de longa duração, pior será seu desempenho, pois quando ativado, o córtex pré-frontal desliga e seu desempenho é reduzido, e não é sobre pressão que ele voltará a ser ativado e sim através de estímulos que despertem o interesse da criança a ponto de ativar novamente o córtex pré-frontal, de modo que a criança consiga focalizar e voltar a se concentrar. Essa disfunção no córtex pré-frontal não compromete todas as estruturas cerebrais de desenvolvimento (BARKLEY, 1990). Por exemplo, muitos especialistas ainda se enganam quando tratam de crianças com o déficit, pois imaginam que pelo fato da baixa capacidade de concentração em determinados temas, não consigam se concentrar em nenhum tipo de assunto. Porém, freqüentemente essas crianças conseguem prestar atenção em algo que é novidade, estimulante, interessante ou assustador, porque elas precisam de excitação e interesse para acionar as funções do córtex pré-frontal (LINO, 2005).

Quanto a falta de atenção e da existência de um hiperfoco, LINO (2005, p.61), afirma que:

*“Afinal um individuo com distúrbio do Déficit da Atenção tem uma grande capacidade de atenção? Sem dúvida que tal individuo com esta perturbação tem capacidade de prestar atenção, só que ele só presta atenção ao que mais lhe convém ou ao que mais o estimula. Ter déficit de atenção, não é o mesmo que não ter atenção, esta capacidade de hiperfoco é uma característica dos DDA, só que se torna prejudicial porque não é regulada. Se existir algo que seja muito estimulante para ele, o individuo é capaz de prestar atenção durante vários dias ou semanas, até que deixe de ter interesse.”*

Atividades que lhes proporcionem essa estimulação passariam a ser um hiperfoco para eles, que nada mais é que uma concentração concentrada (SILVA, 2003). A respeito do hiperfoco, e da capacidade que as crianças portadoras têm de se concentrar em determinadas situações ou coisas e ao mesmo tempo perderem essa capacidade, SILVA (2003, p.23), diz:

*[...] que o uso do termo déficit de atenção pode levar a um entendimento incorreto da capacidade atenta de um DDA e, por isso mesmo, preferimos usar o termo “instabilidade de atenção”, que nos parece ser mais correto que o termo déficit, já que este traz consigo somente a idéia pejorativa de uma deficiência absoluta e imutável.*

Portanto, como professores, deve-se compreender que a principal característica dessas crianças é o déficit de atenção relacionado a um conteúdo específico que no momento não esteja despertando o interesse desses alunos, sabendo com isso que se mudarmos a forma de passar esse conteúdo, tornando-o um foco mais interessante, mais estimulante os seus alunos, não só os com TDA/H, mas como todos os outros também passariam a contribuir para o melhor rendimento das aulas.

Assim sendo da importância de conhecermos melhor as características dos alunos, para trabalharmos corretamente e com pequenos detalhes proporcionarmos

a eles momentos interessantes durante as aulas, onde se sintam atraídos e interessados como um hiperfoco realizado pelo professor.

#### 2.1.1.2 Características gerais dos portadores

Um transtorno mental é uma doença com manifestações psicológicas ou comportamentais associadas com comprometimento funcional devido a uma perturbação biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Ele é medido em termos do desvio em relação a algum conceito normativo. Cada doença possui sinais e sintomas característicos (KAPLAN e SADOCK, 1998)

O TDA/H (DDA) é um transtorno real apesar de não haver nenhum sinal exterior de que algo está errado com o Sistema Nervoso Central. Em 1994, a Associação de Psiquiatria Americana classificou o transtorno em três subtipos:

- Déficit de atenção predominantemente desatento;
- Déficit de atenção predominantemente hiperativo/impulsivo;
- Déficit de atenção combinado, com características dos dois tipos;

Onde o mais comum entre as crianças diagnosticadas seria o tipo combinado. A combinação desses três sintomas é o que caracteriza as crianças com TDA/H. Sobre os principais sintomas do transtorno, SILVA (2003, p.23), diz:

*“O comportamento DDA nasce do que se chama trio de base alterada. É a partir desse trio de sintomas – formado por alterações da atenção, da impulsividade, e da velocidade da atividade física e mental – que se*

*irá desvendar todo o universo DDA, que, muitas vezes oscila entre o universo da plenitude criativa e o da exaustão de um cérebro que não para nunca.”*

Em geral, essas três características são traduzidas nas crianças como quando se mexem e remexem na cadeira dentro da sala de aula, ou quando sentam e levantam toda hora demonstrando-se inquietas, sendo tachadas como bicho-carpiteiro, motorzinhos nas pernas, etc. São também discriminadas quando demonstram dificuldade em esperar sua vez nas brincadeiras ou quando desrespeitam as regras, pela dificuldade em seguir instruções e ordens, que comumente estão sendo aplicada por todos, criando inimizade com os colegas, ou quando respondem uma questão proposta pelo professor, respondendo antes que o professor termine de perguntar, sendo vistas como linguarudas. Essas crianças apresentam dificuldade para se concentrar em apenas uma atividade, seu tempo de atenção é curto fazendo com que mesmo sem terminarem a tarefa proposta, saiam buscar outra atividade mais interessante, não conseguindo de modo algum trabalhar em silêncio ou tranqüilamente, novamente incomodando a todos, tanto colegas como professores.

No caso dos DDA, há uma busca intensa por estímulos, por uma satisfação interna que nunca se satisfaz, é uma constante ânsia por novidades. Uma forma inconsciente de estimulação do córtex pré-frontal é a necessidade e facilidade que os DDA têm de entrar em confusão, discussões, conflitos internos e externos. Por ansiarem novidades e estarem sempre buscando mais atividades podem ficar viciadas em confusão, ocasionando uns dos principais pontos que leva essas

crianças a serem excluídas do seu meio de convívio. Por outro lado podemos encontrar também os aspectos positivos nessas características. A impulsividade muitas vezes os leva a ação, o impulso criativo faz com que se destaquem em diversas áreas do conhecimento humano, o fato de terem pensamentos mágicos, imaginação e um lado criança aflorado faz com que as pessoas que estejam com elas sintam-se bem, estão sempre envolvidos em vários projetos ao mesmo tempo, e por serem sentimentais ao extremo, seus projetos na maioria das vezes tem caráter idealista, utópico, libertário. Apesar da inconstância de humor, normalmente possuem humor refinado, atraem as pessoas por serem afetuosos carismáticos e hiper-reativos sofrendo e amando junto e pelos outros.

#### 2.1.1.3 Características dos DDAs observadas nas aulas de educação física

Além das características gerais das crianças DDAs, existem também as que podem ser observadas nas aulas de Educação Física, como o desempenho motor e a aptidão física, que são as duas mais importantes para serem avaliadas pelo professor dessa disciplina.

##### Desempenho motor

Existe uma enorme variedade de desempenho motor em cada criança com TDA/H, pois alguns alunos que tem o transtorno podem se tornar atletas medianos e

até mesmo talentosos, ou mesmo apresentarem níveis abaixo da média para o desempenho motor relacionado a sua idade. A variabilidade é certamente o aspecto mais frustrante, pois o comportamento motor de muitas dessas crianças pode, se alterar facilmente tanto de forma evolutiva de um tempo para o outro como de forma decrescente (extraído de “Revista Digital” – BUENOS AIRES, 2006).

### Aptidão física

A aptidão física e as habilidades motoras grossas dessas crianças, segundo Harley e Reid (1997), mostraram-se abaixo da média se comparada com as normas relativas à criança com idade e sexo correspondentes.

Essas duas características sendo abaixo da média, adicionadas ao fracasso escolar podem contribuir para um autoconceito baixo dessas crianças, ocasionando um sentimento de desvalorização e frustração, enfrentando ainda grande dificuldade de relacionamento social.

#### 2.1.1.4 Déficits de comportamento na infância

Ao longo da última década, foi-se revelado as associações entre as cognições do indivíduo em relação a si mesmo e uma série de transtornos emocionais e

comportamentais da infância como distorções nas auto-atribuições, déficits em estratégia de regulação, desvios de crenças esquemáticas, e exageros em enfoques negativos. (Crick e Dodge, 1994). Resultado da soma dessas características é que crianças com problemas emocionais ou comportamentais freqüentemente apresentam baixa auto-estima (Battle, 1987 e Whitesell, 1991). Segundo a atual revisão do *Manual Diagnostico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-IV; Associação Americana de Psiquiatria, 1994)* indica que a baixo auto-estima é um padrão associado a uma série de transtornos da infância, incluindo de déficit de atenção e hiperatividade.

As várias características dos TDA/H citadas podem interferir na auto-estima dessas crianças. As maiores dificuldades começam a surgir no âmbito escolar quando a criança é solicitada a cumprir tarefas por obrigatoriedade e a seguir uma rotina nada estimulante para ela. É nas séries iniciais onde começam a surgir os primeiros sintomas, marcados pela instabilidade no desempenho escolar e dificuldades em relacionar-se com seus colegas.

SILVA (2003, p.63), descreve essa dificuldade afirmando que em alguns momentos, pode atropelar a atividade do grupinho com freqüentes interrupções ou gestos bruscos, querer dominar as brincadeiras e impor regras e insistir indelicadamente na continuidade da brincadeira quando os coleguinhas já estão cansados.

SILVA (2003, p.63), segue afirmando que:

*“Em outros momentos, pode parecer estranho quando se enjoa rapidamente das brincadeiras e abandona um timinho já formado para fazer outras coisas, depois de ter insistido tanto para entrar. Ou então, quando fala demais.”*

O fato delas não lerem corretamente os sinais sociais emitidos pelas outras pessoas, faz com que sejam advertidas e reprimidas, sentindo-se inadequada no seu meio, enfrentam duras críticas dos outros e suas próprias frustrações por não serem capazes de dominar a fala, as emoções, os impulsos, capacidade que a maioria de seus colegas consegue fazer com mais facilidade.

Como consequência da hiperatividade/impulsividade, a criança com TDA/H primeiro faz para pensar depois. Reage irrefletidamente à maioria dos estímulos que se apresentam. Não porque seja mal-educada, imatura ou pouco dotada intelectualmente, mas por apresentar uma ineficiência da área cerebral responsável pelo controle dos impulsos e filtragem dos estímulos. A diferença para uma criança simplesmente mal-educada, é que a criança DDA sente que isso acarreta prejuízos e reprimendas. O problema aumenta no decorrer de seu desenvolvimento, onde aprende o que é certo e o que é errado e, justamente por isso consegue perceber as consequências de seu comportamento impulsivo, mas mesmo assim, tendo dificuldade para contê-lo. Com isso eles sofrem e absorvem todas as críticas e repreensões dos colegas, pais e professores. Ela passa a sentir-se inadequada, e por ser muito nova para refletir sobre tais questões ainda tão complexas de convivência social e outras em que o controle do impulso seja desejável e necessária, sente-se deslocada e, de alguma forma defeituosa (SILVA, 2003).

Esses sentimentos que elas sentem a respeito de si mesmas é consequência de seu peculiar funcionamento cerebral somada a uma grande parcela da falta de conhecimento do problema. As crianças são assim rotuladas, não sabendo como se defender, e como consequência disso um grande trauma na vida dessas crianças

causados por constantes inseguranças e medos.

## 2.2 FORMAS DE INTERVENÇÕES NO ATO DE ENSINAR CRIANÇAS PORTADORAS DE TDA/H

Ao se tratar das formas de intervenções no ato de ensinar crianças portadoras de TDA/H destaca-se os temas a baixo.

### 2.2.1 A importância da educação física para os alunos com TDA/H

Pelo fato das atividades físicas facilitarem o desenvolvimento da criança, é um recurso metodológico capaz de propiciar uma aprendizagem espontânea e natural. É um estímulo a crítica, a criatividade, a curiosidade e a sociabilização, sendo, portanto, reconhecida como umas das atividades mais significativas, pelos seus conteúdos pedagógicos, físicos e sociais. Essas atividades são especialmente voltadas ao desenvolvimento do corpo, mas também atuam como estímulo do desenvolvimento psico-social da criança.

#### 2.2.1.1 Estratégias de ensino e técnicas de aprendizagem

Existem várias causas e formas de TDA/H, portanto deve haver várias formas

diferentes de ensinar crianças com esse distúrbio. Dentro dos diferentes conceitos de estratégias de aula, o professor atua a partir de um foco principal, pois é ele que deve possuir a noção clara do seu papel político como formador de cidadãos sujeitos do seu processo de aprendizagem, não tendo apenas o conhecimento das técnicas desportivas, mas conhecimento do processo de desenvolvimento cognitivo, psicomotor e afetivo-social.

De acordo com Neira (2003, p.11), este sugere que:

*“A identificação das necessidades cognitivas e as características de nossos alunos são os primeiros passos para a estruturação de uma forma de ensinar, calcada em situações-problema advindas da realidade. As respostas às situações apresentadas são frutos de articulações dos conhecimentos pertencentes às áreas e deverão atender as necessidades e a aplicação em diversas situações.”*

É imprescindível saber escolher adequadamente a atividade a ser proposta, porque esta ajudará o professor a analisar a utilidade educacional de um jogo, da prática de uma modalidade esportiva ou de uma simples brincadeira.

Considerando-se a natureza multifacetada do TDA/H, as estratégias de tratamento são tipicamente combinadas num esforço de melhorar as condutas, tendo-se múltiplos alvos em diferentes áreas (BARKLEY, 1990). A suposição é que uma combinação de intervenções será superior às intervenções associadas a qualquer modalidade de tratamento de forma isolada. Em especial, a combinação de medicação estimulante e intervenções cognitivo-comportamentais seria um tratamento complementar, pelo fato da medicação poder aumentar a probabilidade de as crianças aprovarem estratégias terapêuticas (HORN, CHATOOR e CONNERS, 1983). Significativamente, as estratégias cognitivo-comportamentais

induziriam à melhora cognitiva e comportamental além da que ocorre apenas com a medicação, reduzindo assim a necessidade continuada da farmacoterapia.

SILVA (2003, p. 64) afirma que existem meios de melhorar a convivência e estimular bons comportamentos nas crianças DDAs, especialmente se elas forem do tipo hiperativas/impulsivas..

As intervenções cognitivo-comportamentais estão entre principais formas de tratamento/ manejo designadas para aumentar a probabilidade de alcançar mudança comportamental duradoura (BRASWELL e BLOOMQUIST, 1991; KENDALL e BRASWELL, 1993).

Essa afirmação se dá baseada em estudos empíricos que examinaram a eficácia de intervenções cognitivo-comportamentais do TDA/H (ERVIN, BANKERT e DUPAUL, 1999).

As intervenções realizadas foram conceituadas em duas abordagens, as baseadas na cognição, ou seja, auto-instrução e resolução de problemas sociais e as baseadas na contingência, ou seja, auto-monitoração, auto-avaliação, auto-reforço e treinamento por correspondência (SHAPIRO e COLE, 1994).

#### 2.2.1.2 Intervenções baseadas na cognição

As crianças portadoras de TDA/H têm dificuldade em manter seu diálogo interno e seguir uma linha de raciocínio lógico que lhe faça sentido, por isso Luria

(1961) junto com outros psicólogos formularam a teoria de que as crianças aprendem a controlar seu próprio comportamento pela gradual internalização de ordens e diretivas dos adultos, em outras palavras, através do desenvolvimento do discurso de auto-orientação, que nada mais é que a regulação do autocontrole através do discurso oculto (BARKLEY, KARLSSON e POLLARD, 1985).

As crianças com TDA/H tem menos confiança nas orientações de seus pais e apresentam padrões de discursos menos maduros do que as crianças não portadoras (BARKLEY, KARLSSON e POLLARD, 1985). O resultados Berk e Potts (1990), sugerem que os sintomas do TDA/H podem estar relacionados com um retardo no desenvolvimento do discurso auto-dirigido. Isso implica que pode ser benéfico ensinar as crianças com esse transtorno a falar consigo mesmas para que melhorem a capacidade de controlar sua conduta.

#### 2.2.1.3 Estratégias de treinamento através da auto-instrução

Esse modelo cognitivo, a verbalização e as estratégias de treinamento desenvolvidas por Meichenbaum e Goodman (1971), têm como objetivo ensinar a conduta verbal à criança através do treinamento de auto-instrução, fazendo com que a criança internalize as informações, o que as auxiliará nas orientações de suas atitudes não verbais. Nas crianças com TDA/H, o treinamento para a auto-instrução é dirigido para a regulação dos impulsos e desatenções (HINSCHAW e ERHARDT, 1991) e procede da seguinte forma:

- (1) As auto-instruções são moldadas pelo professor verbalmente;
- (2) A criança faz a mesma tarefa com a instrução do professor;
- (3) A criança faz a mesma tarefa enquanto instrui a si mesma em voz alta;
- (4) A criança desempenha a tarefa enquanto sussurra as instruções;
- (5) A criança faz a tarefa enquanto orienta sua conduta por meio do discurso privado.

Apesar dos estudos realizados em cima da auto-instrução, usá-la isoladamente seria uma falha. De fato, a melhora é mais consistente quando é oferecido auto-reforço para verbalizações realizadas junto com o treinamento de auto-instrução (PFIFFNER e BARKLEY, 1990).

#### 2.2.1.4 Estratégia de treinamento através do reforço positivo

Muitos autores propuseram que é necessário ensinar as crianças com TDA/H a resolver seus problemas de forma sistemática, ou através do reforço positivo. Pelo fato das crianças com o transtorno não terem tempo de levar em consideração soluções alternativas para seus problemas devido ao pouco controle dos impulsos, descreve-se que o treinamento dirigido através do reforço positivo ajudaria estas crianças no sentido de seguirem uma série de passos cognitivos antes de dar a resposta para uma situação social problemática (BRASWELL e LOOMQUIST 1991;

KENDALL e BRASWELL, 1993). Para que futuros professores e educadores que estarão lidando com essas crianças possam entender o treinamento baseado na resolução de problemas de uma forma sistemática, o auto-reforço e auto-instrução, é necessário lembrar que envolve o ensino à criança (ABIKOFF, 1985; BRASWELL e BLOOMQUIST, 1991), ligando-se ao:

- (1) Reconhecimento da existência de um problema;
- (2) Geração de alternativas para solução de problemas;
- (3) Avaliação das conseqüências de diferentes alternativas;
- (4) Seleção de uma alternativa a ser tentada;
- (5) Revisão dos resultados da alternativa selecionada.

Outros tipos de técnicas cognitivas, que também podem ser utilizadas em conjunto com esse tipo de manejo, referem-se ao saber diferenciar desobediência de inabilidade e retreinamento de atribuições, contando com os procedimentos de canalização do estresse (BRASWELL e BLOOMQUIST, 1991). Segundo BRASWELL, BLOOMQUIST e KENDALL (1991, p.46), as intervenções cognitivo-comportamentais estão entre as principais formas de tratamento designadas para aumentar a probabilidade de alcançar mudança comportamental duradoura.

Por isso, quanto maior o contato que os educadores tiverem com essas técnicas de intervenções, independente da área de atuação, estaria melhorando o rendimento dos seus alunos e como conseqüência melhorando o andamento das suas aulas. Citam-se também importantes pontos que devem ser levados em

consideração pelos pais e professores ao lidarem com essas crianças, como principalmente o conhecimento a respeito do transtorno, a diferença entre as características e a falta de educação ou desobediência, as ordens positivas, através do auto-reforço positivo, e objetivamente tentar promover o sucesso das crianças, abandonando a valorização da repreensão por cada atitude negativa dela e supervalorizando e incentivando para reforçar e promover seu sucesso.

## 2.3 INTERVENÇÕES BASEADAS EM CONTINGÊNCIAS

Dentre as intervenções baseadas em contingências, há três estratégias principais: estratégias de auto-monitoração, estratégia de auto-avaliação e auto-reforço e a estratégia de treinamento por correspondência, que serão abordadas a seguir.

### 2.3.1 Estratégia de auto-monitoração

Douglas (1980) postulou que os sintomas do TDA/H podem estar relacionados a uma série de déficits cognitivos, inclusive à falta de consciência do próprio comportamento e suas conseqüências (BARKLEY, 1990). Portanto, pode ser útil treinar essas crianças a monitorarem seu próprio comportamento como sendo

um passo inicial ao desenvolvimento do autocontrole (BRASWELL e BLOOMQUIST, 1991)

A auto-monitoração consiste em procedimentos pelos quais se ensina às crianças a observação de aspectos específicos, pontos principais de sua conduta e registros objetivos de seu comportamento. As crianças registram a ocorrência de determinadas condutas sem serem induzidas por outros, mas com a ajuda de mecanismos chaves externos (BRASWELL e BLOOMQUIST, 1991; KENDALL e ERHARDT, 1991). Através desse auto-monitoramento as crianças melhoram a capacidade de se auto-regularem e com isso conseguem perceber quando agem conscientemente ou quando estão tomadas por impulsos.

#### 2.3.1.1 Estratégia de auto-avaliação e auto-reforço

Dentro das intervenções baseadas em contingências também temos o processo de manejo baseado na auto-avaliação e no auto-reforço, que são justificadas quando falamos das condutas impulsivas e desatentas que caracterizam o TDA/H. Segundo Hinshaw e Erhardt (1991, p.111-112), elas se definem como uma aparente ausência de reflexão adequada a respeito de transgressões comportamentais recentemente feitas ou sobre omissões importantes em estilo de resposta.

Em outras palavras, as crianças portadoras não conseguem avaliar cuidadosamente seu desempenho na tarefa de verificar a qualidade do seu trabalho (BARKLEY, 1990; DOUGLAS, 1980).

Logo, os desempenhos das tarefas e das condutas sociais podem ser melhorados, quando treinando as crianças com TDA/H a avaliar cuidadosamente seu comportamento e recompensar a si mesmas quando alcançarem padrões específicos de qualidade, se estimulando com pensamentos positivos sobre si mesmos e melhorando sua estima.

Procedimentos de manejo com ênfase na auto-avaliação e no auto-reforço foram desenvolvidos para passar a responsabilidade dos professores aos alunos na monitoração do seu próprio comportamento, tornando-os cada vez mais cientes da necessidade de se concentrarem e de controlarem-se em seu ambiente escolar (SHAPIRO e COLE, 1994). De acordo com Rhode *et al* (1983), professores e alunos realizam a mesma avaliação baseadas na conduta dos alunos, sendo avaliado assim dois pontos de vistas, tanto dos professores que estarão analisando seus alunos, quanto dos próprios alunos com TDA/H que estarão se auto-avaliando. Nessa avaliação os alunos ganham pontos pela conduta adequada e pelo fato da auto-avaliação ficar próxima à feita pelo professor. Gradualmente a média que os professores dão para o comportamento do estudante é diminuída para promover a manutenção e aumentar a independência do estudante em relação aos procedimentos de auto-avaliação e auto-reforço.

### 2.3.1.2 Estratégia de treinamento por correspondência

Além da auto-avaliação, do auto-reforço e do auto-monitoramento, encontra-se mais um tipo de manejo que pode ser trabalhado com essas crianças pelos seus professores. É o treinamento por correspondência, que foi sugerido pela primeira vez para o manejo de crianças com TDA/H por Abikoff e Gittelman (1985) e recentemente foi investigado por Paniagua (1987, 1990, 1992) e Pumariega e Black (1988). Por ser um procedimento que objetiva o aumento da correspondência entre o que uma pessoa diz que vai fazer e o seu real comportamento (PANIAGUA, 1992). Mudanças no comportamento não-verbal podem ser produzidas indiretamente pela programação de um contingente que reforce o relacionamento entre dois eventos: a verbalização da intenção (não verbal) e a ocorrência real da conduta (RISLEY e HART, 1968). Essa verbalização pode estar relacionada a uma conduta passada (agir-comunicar) ou a conduta futura (comunicar-agir), e o reforço é oferecido dependendo da correspondência entre a conduta verbal e a não verbal (PANIAGUA, 1992). Na técnica agir-comunicar, ensina-se a criança a comportar-se de forma coerente em relações as previsões da conduta futura.

Considerando-se a conceitualização atual de TDA/H como problema de pouco controle dos impulsos e auto-regulação deficiente do comportamento (BRACKLEY, 1994), o treinamento por correspondência foi sugerido como um método para ensinar as crianças. PANIAGUA (1992 p.228) afirma que as crianças tendem a controlarem seu próprio comportamento (não-verbal) através do reforço de relações verbais-não-verbais socialmente aceitas.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa inicialmente seria apenas uma revisão bibliográfica, onde estaria levantando literaturas que mostrassem as principais estratégias utilizadas pelos professores para melhorar a conduta comportamental dos alunos DDAs durante as aulas. Porém, após conversas com diversos professores que tinham alunos portadores de TDA/H, percebi que por mais que muitos deles soubessem da existência de estratégias que poderiam ser utilizadas por eles para estarem colaborando com as próprias aulas e com as dificuldades de seus alunos, eles não usavam das mesmas, ignorando-as e deixando a dificuldade desses alunos passarem despercebidas.

Aplicar um questionário aos professores de Educação Física na tentativa de investigar a conduta dos mesmos durante as aulas para averiguar se eles usam de estratégias para proceder com os alunos portadores de TDA/H, seria uma forma de dar maior embasamento a revisão, não sendo o principal foco da pesquisa, mas com os resultados dar mais sustentação a revisão.

A pesquisa de campo realizada foi qualitativo-descritiva onde visou levantar as características de determinada população (GIL, 1991); é de cunho qualitativo, pois considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, a fim de

comparar dados (LAKATOS e MARCONI, 2001). O método comparativo de acordo com Lakatos e Marconi (2001) permite analisar os dados concretos, deduzindo do mesmo os elementos constantes, abstratos e gerais. A pesquisa do tipo qualitativo-descritivo consiste em investigações de pesquisa cuja principal finalidade é o delineamento ou análise descrevendo as características de fatos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave. Qualquer um desses estudos pode utilizar métodos formais; como as técnicas de entrevistas, questionários, formulários, entre outros.

### 3.1.1 População

A população a ser estudada, na presente pesquisa foi de professores de educação física, graduados em licenciatura, atuantes em escolas que tenham alunos portadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

#### 3.1.1.1 Amostra

A amostra foi escolhida de forma intencional, de forma que os questionários foram entregues a 30 professores de cinco unidades ensino particular diferentes, porém pertencentes à mesma instituição, para que a base pedagógica não se altere.

Esta seleção foi realizada a partir dos critérios abaixo relacionados.

#### 3.1.1.2 Critérios de inclusão

-Ser professor de Educação Física;

-Possuir alunos portadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

#### 3.1.1.3 Critérios de exclusão

-Professores de Educação Física que não possuem alunos com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade;

-Estagiários de Educação Física.

#### 3.1.1.4 Instrumento de pesquisa

Para a obtenção dos resultados desta pesquisa, foi aplicado aos professores um questionário com perguntas semi-abertas.

Esta técnica, segundo LAKATOS e MARCONI (2001, p.201).

Obtém respostas mais precisas, além de dar maior liberdade ao entrevistado em virtude do tempo para responder, que será maior.

As perguntas foram adequadas aos objetivos da pesquisa e mantendo uma linguagem acessível a todos os entrevistados; abordando principalmente o tipo de manejo que os professores tem com esses alunos, e investigar as estratégias utilizadas durante às aulas, além de averiguar como esse tema foi abordado durante sua formação acadêmica.

#### 3.1.1.5 Procedimento de coleta

Após a professora da Universidade Federal do Paraná, da disciplina de Educação Física adaptada, que está ligada ao tema, e um psicólogo especialista em distúrbios na infância, terem validado, foi entregue aos 30 professores das escolas determinadas anteriormente, um questionário, a ser preenchido dentro do prazo de 48 horas.

#### 3.1.1.6 Análise e apresentação das respostas

A análise se deu através de comparações entre as respostas dos professores e a Revisão de Literatura, que discute sobre o tema Transtorno de Déficit de

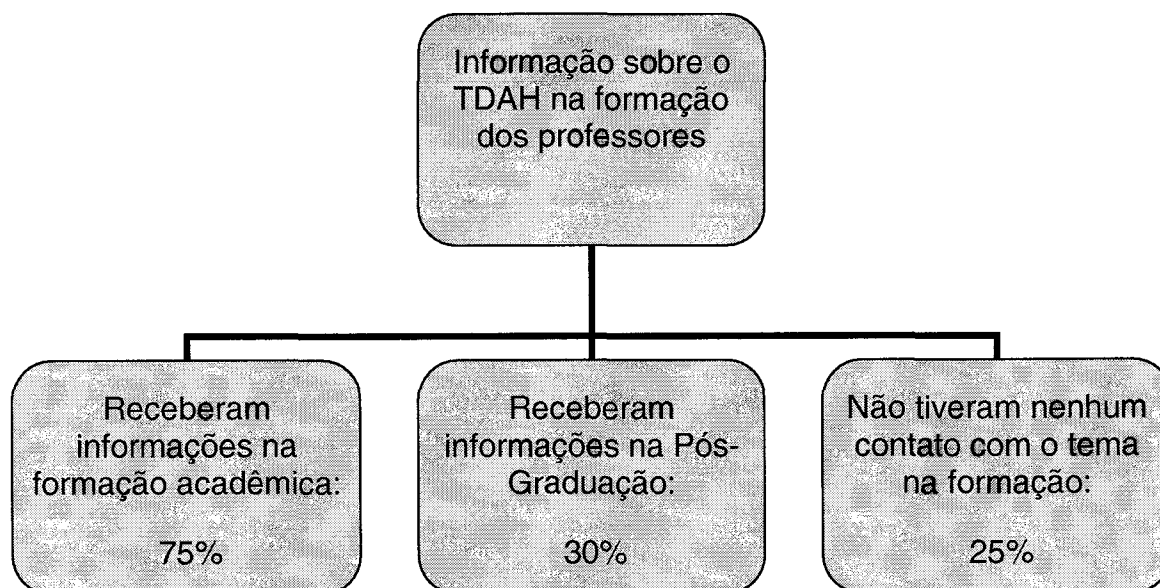
Atenção e Hiperatividade, desde sua definição histórica e neurológica, passando pelas principais características, descrevendo sobre o prejuízo que pode causar se não for bem tratada dentro da escola e o manejo adequado através de dicas de intervenções que podem ser realizadas pelos professores a fim de auxiliar essas crianças dentro do ambiente escolar durante as aulas de Educação Física.

## 4 ANÁLISE DAS RESPOSTAS

A análise foi realizada através da comparação das respostas dos professores no questionário com a revisão de literatura do presente trabalho.

### QUESTÃO 1: FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFESSORES QUESTIONADOS

Na primeira questão, busca-se saber se durante a formação desses professores, eles receberam alguma informação sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e quais foram essas informações.



Segundo os dados apresentados, 75% dos professores responderam afirmativamente, que receberam informações sobre TDA/H durante sua formação acadêmica, porém, desses 75%, 30% receberam informações sobre essas crianças apenas na Pós-graduação ou especialização, relacionadas à área de

psicomotricidade. Os outros 25% responderam que não tiveram contato com nenhum tipo de informação sobre o Transtorno, nem em sua formação acadêmica, nem em demais momentos de sua formação.

Assim conclui-se que mesmo a maioria dos professores respondendo afirmativamente, a sua formação acadêmica, independente da universidade ou faculdade está debilitada em termos de material teórico e referências para sustentar os conhecimentos da área da educação, que estão se habilitando em formação humana sem ao menos saber da existência de transtornos psicológicos que podem afetar o decorrer do ano letivo das crianças portadoras, e ainda mais se tratando de TDA/H, considerado atualmente uns dos transtornos mais comuns da infância. Apesar de a maioria ter tido noções básicas para lidar e conhecer essas crianças, os 25% representam uma grande parte que o desconheciam totalmente, e isso fica mais evidente nas respostas recebidas na pergunta seguinte, que questionou os professores que disseram ter conhecimento sobre o TDA/H, sobre quais foram às informações repassadas e eles durante o curso de Educação Física.

## QUESTÃO 2: CLASSIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS DURANTE PERÍODO ACADÊMICO

A respeito dos tipos de informações que obtiveram durante a formação, os professores colocaram respectivamente os conceitos, os sintomas e os tratamentos como conteúdos mais abordados dentro das teorias que tiveram em aula.

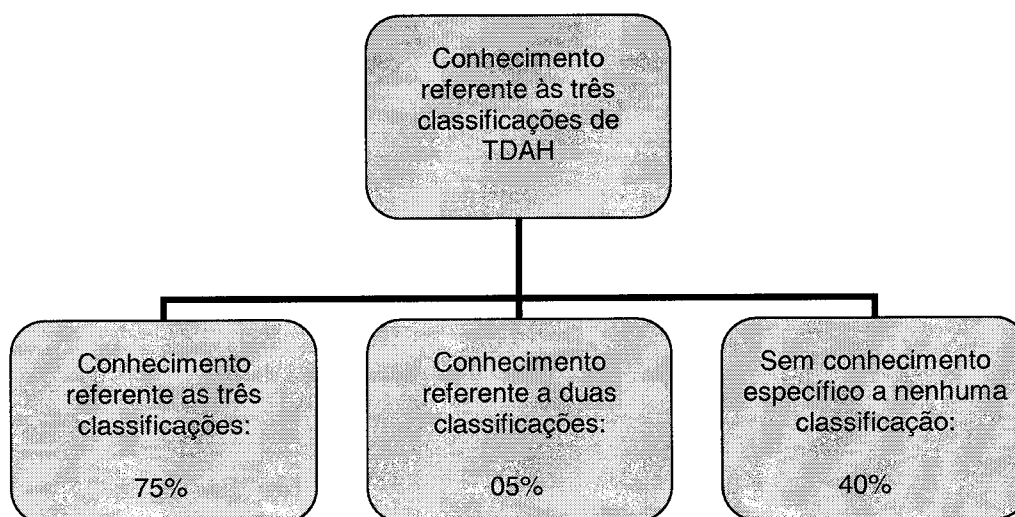
Aproximadamente todos os professores que afirmaram ter recebido

informações sobre o TDA/H, responderam que os conceitos e os sintomas foram os conteúdos mais citados pelos seus professores durante a formação. E a questão do tratamento também foi abordada, porém não com tanta ênfase, apenas aproximadamente 20% dos professores questionados disseram ter tido informações sobre o tratamento farmacológico.

E, uma pequena parcela dos professores que responderam afirmaram que as informações obtidas foram insignificantes e que atualmente não se consideram aptos para lidar com esses alunos.

### QUESTÃO 3: INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFESSORES SOBRE AS TRÊS CLASSIFICAÇÕES DO TRANSTORNO

Na terceira questão, procura-se saber a respeito do conhecimento dos professores sobre as três classificações do transtorno.



As respostas se mostram bem divididas. Os professores em sua maioria conhecem as três classificações ou desconhecem todas elas, sendo que é pequena

a porcentagem dos que responderam conhecer apenas uma ou duas classificações.

Uma grande parcela dos professores, aproximadamente 40% mostrou conhecer as três classificações, TDA/H do tipo combinado, o predominantemente desatento, e o predominantemente hiperativo-impulsivo, e igualmente 40% mostraram não conhecer nenhuma delas. E ainda 15% dos professores questionados responderam conhecer apenas uma das classificações, sem especificar qual delas, e 5% conhecem apenas duas delas.

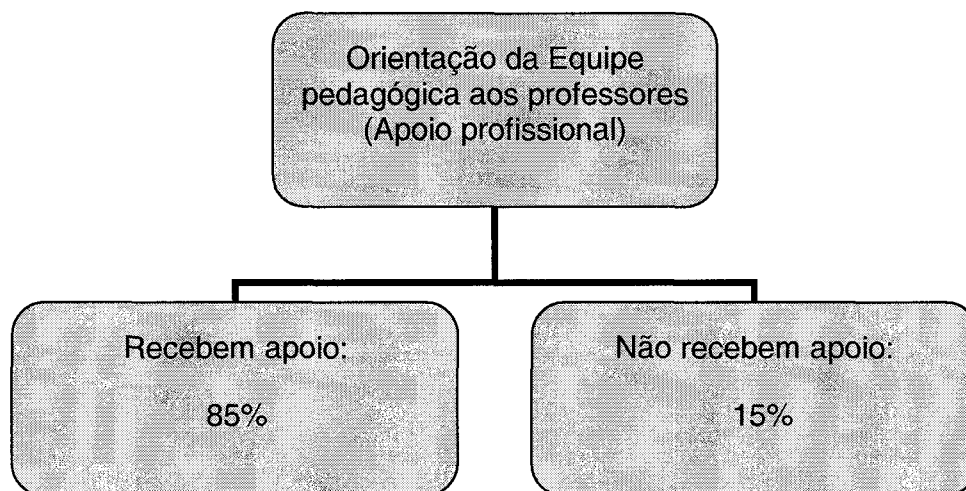
O conhecimento dessas três classificações:

- TDA/H do tipo combinado, que seria a combinação da desatenção e da hiperatividade;
- TDA/H predominantemente desatento;
- TDA/H predominantemente hiperativo-impulsivo;

É muito importante para os professores saberem lidar com seus alunos, pois não são todos os que apresentam os mesmos sintomas, apesar das características gerais, sempre tenderem para uma das características ou outra. Isso influenciaria e muito no procedimento do professor com seus alunos durante as aulas. Por exemplo, nem todas as crianças com DDA, são hiperativas, tendendo mais a desconcentração, ou o caso contrário, onde a criança é predominantemente hiperativa-impulsiva, porém não se demonstrando desconcentrada. A correta interpretação das características de acordo com as classificações é imprescindível para o manejo desses alunos.

#### QUESTÃO 4: O TRANSTORNO E A EQUIPE PEDAGÓGICA

Nessa questão busca-se saber se a equipe pedagógica da escola orienta esses professores, e se orienta de que forma ela o faz.



Os professores, aproximadamente 85% deles, responderem ter apoio da equipe pedagógica, e apenas 15% descreveram que não receberam apoio da escola para tratar desse assunto.

Como a maioria dos questionadas, dizem ter esse apoio da escola, questiono-os sobre que tipos de apoio receberam e qual o modo que foram orientados.

No questionário apresentam-se cinco opções de prováveis modos de apoio, dentre esses cinco tipos, descrevem-se respectivamente os mais utilizados nas escolas, os textos explicativos, palestras, orientação com os pais, cursos e orientações individuais e ainda, na opção *outros* para que os professores pudessem

colaborar com outros tipos de orientações, aparecem respostas como orientações durante os conselhos de classe e orientações psicopedagógicas e neurológicas.

#### QUESTÃO 5 : PROCEDIMENTO DOS PROFESSORES DURANTE AS AULAS COM ESSES ALUNOS

Na questão onde pergunta-se sobre o manejo desses professores com seus alunos DDAs, apenas uma pequena parcela responde descrevendo quais são suas ações. Mesmo classificando as ações de reforço, palavras de apoio, motivação muito importante quando se está lidando com esses alunos, ainda há professores que descrevem que apesar de terem conhecimento sobre o diagnóstico de seus alunos, não os tratam diferente, apenas alguns reforços quando necessários, pois não acreditam que eles devam ser tratados de maneira especial.

A grande maioria, aproximadamente 95% dos professores diz não ter nenhum manejo especial, não trabalham com nenhuma estratégia específica, tratando-os como alunos comuns, como se tivessem iguais dificuldades e expectativas, esquecendo da subjetividade e individualidade das suas características.

## QUESTÃO 6: QUAL A FONTE DO CONHECIMENTO PARA O MANEJO DESCRITO ACIMA

Nessa questão, identificam-se quais as fontes de pesquisa dos professores, para conhecer quais teorias buscam para embasar suas práticas docentes em relação a esses alunos.

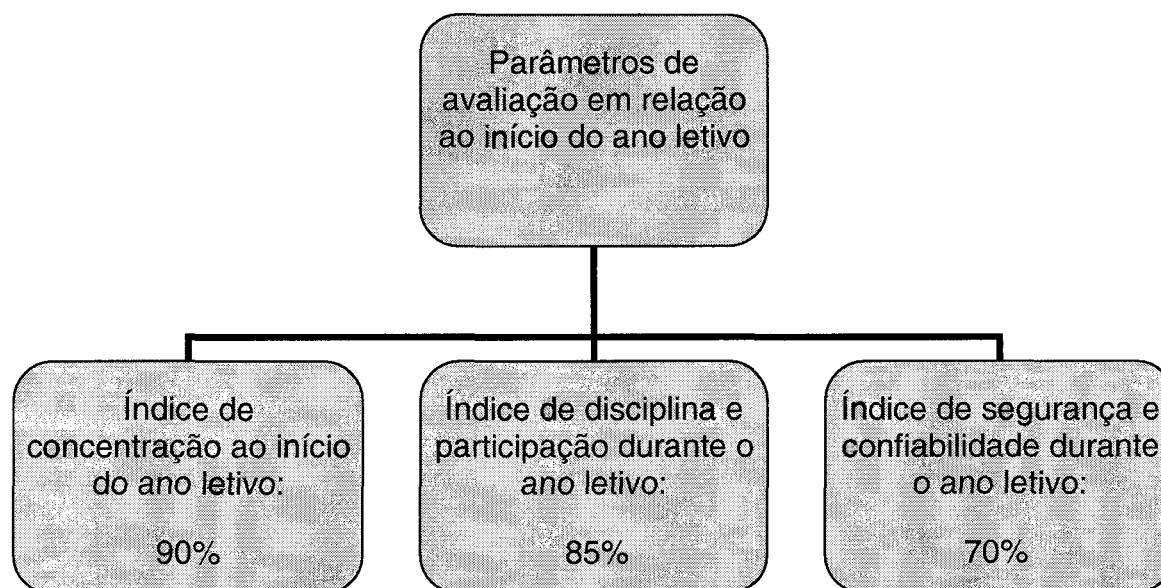
Livros, internet e artigos foram os meios de informação mais acessados pelos professores em busca de informações sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Dentre a opção *outros* citada acima, as respostas encontradas foram relacionadas à textos lidos na pós-graduação em psicomotricidade e psicomotricidade-relacional.

Como já aparece nas questões acima, uma grande parte desses professores que não se utilizam de nenhuma estratégia, respondem não utilizar nenhum meio de informação, pois não acreditam que devam trabalhar diferentemente com alunos portadores de TDA/H.

## QUESTÃO 7: O TDA/H E A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DUTANTE AS AULAS

Em relação à prática de atividades tanto físicas quanto lúdicas durante as aulas, procura-se saber se essas atividades ajudam esses alunos a melhor se relacionarem com os demais colegas e professores, com o andamento da aula em

termos de participação e de que forma isso ocorre. Foram relacionadas várias características que poderiam estar ligadas ao comportamento dessas crianças e disponibilizadas aos professores para marcá-las de acordo com o que vivenciam em suas aulas.



Dos professores questionados aproximadamente 90% responderam que essas crianças apresentam-se mais concentradas em relação ao início do ano letivo.

Cerca de 85%, responderam que esses alunos DDAs, apresentam-se mais calmos, disciplinados e participativos, e 70% descreveram esses alunos como mais seguros responsáveis e confiantes.

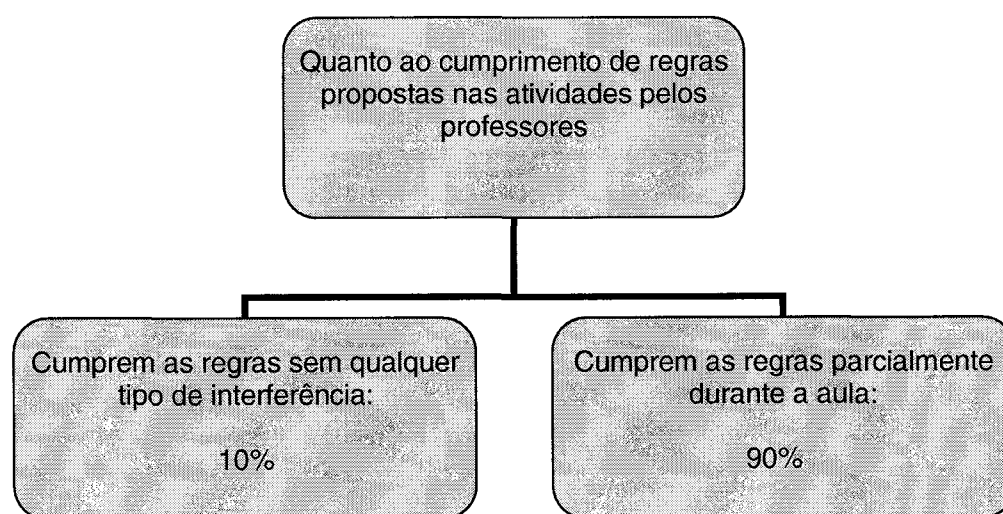
Uma pequena parcela dos professores respondeu que a prática de atividade física não colaborou em nada para esses alunos.

Percebeu-se que a maioria dos professores que responderam essa questão, notaram melhora em seus alunos depois das aulas de Educação Física, em aspectos fundamentais do comportamento, como disciplina, atenção,

responsabilidade e segurança. Nesses pontos as crianças apresentaram grandes melhoras e apenas 5% responderam que não notaram nenhuma mudança no comportamento dessas crianças depois das atividades realizadas em aula.

#### QUESTÃO 8: OS ALUNOS DDA DURANTE AS AULAS

Continuando no assunto das crianças DDAs dentro das aulas, pergunta-se aos professores sobre o cumprimento das regras propostas nas atividades, buscando saber se esses alunos conseguem cumpri-las ou não, ou mesmo cumpri-las parcialmente.



Segundo as respostas apresentadas, os alunos DDAs, como já citado no referencial tem dificuldades para seguir normas sociais, e as regras de atividades, jogos e brincadeiras são exemplos de regras a serem seguidas por eles momentaneamente que pela impulsividade e desatenção muitas vezes passam despercebidas, tornando-os imprudentes com seus colegas durante as atividades.

Apenas 10% dos professores questionados disseram ter alunos que seguem as regras sem nenhum reforço por parte do mesmo, já os outros 90% relataram que seus alunos cumprem as regras parcialmente, principalmente depois de muito reforço do professor e várias chamadas de atenção dos demais colegas. Quanto a não cumprirem nenhuma regra, nenhum professor descreveu essa situação.

#### QUESTÃO 9: FEEDBACK DOS DEMAIS PROFESSORES: HÁ DIALOGO ENTRE ELES?

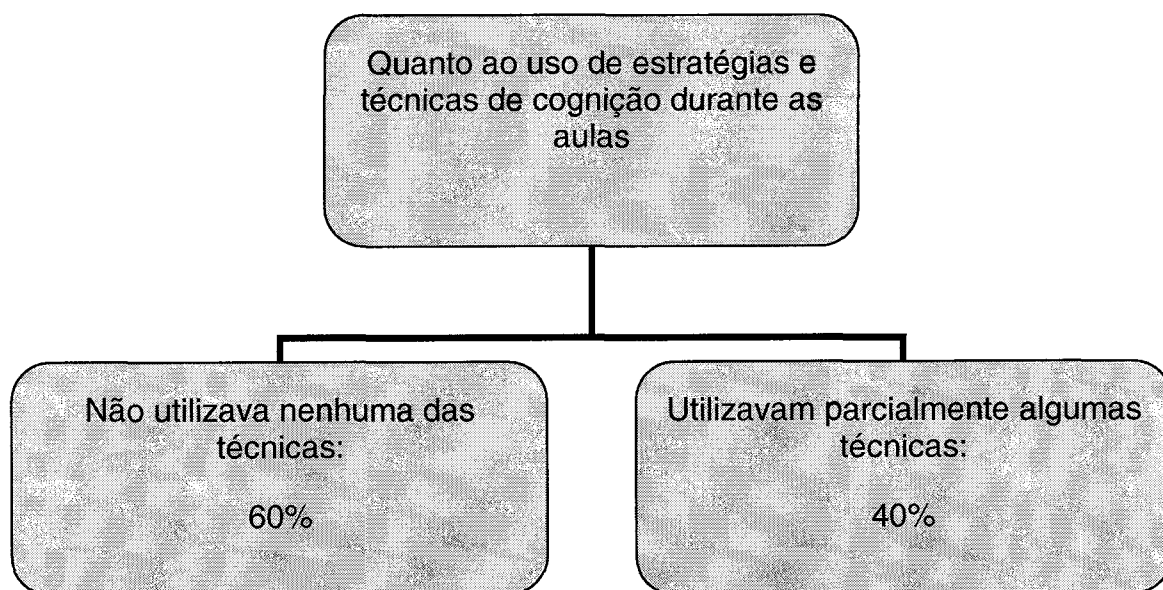
E para concluir o questionário, pergunta-se sobre a relação entre os professores de Educação Física e os demais professores das outras disciplinas, procurando saber se existe um diálogo sobre esses alunos, e quais são as principais reclamações ou elogios feitos, em relação ao comportamento desses alunos em sala.

Mais da metade dos professores questionados relataram não ter diálogo com os demais professores regentes de turma, já os que dizem receber o feedback, assinalaram as características negativas como sendo as observações mais freqüentes realizadas pelos demais professores. Esses alunos foram apontados por eles como sendo agitados, mal-educados, indisciplinados e agressivos, apenas uma pequena parcela de professores regentes os caracterizou como dispostos e participativos, confirmando o tema já citado na revisão, onde os alunos passam a ser mal compreendidos pelos professores, sendo tachados com adjetivos pejorativos

que contribuem para a baixa estima, tanto por não conseguirem evoluir sem ajuda dos professores, como por serem rejeitados pelos mesmos.

#### QUESTÃO 10: UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS COGNITIVAS

Na última pergunta para finalizar o questionário, busca-se saber sobre o manejo dos professores com seus alunos durante as aulas, focando as estratégias e as técnicas de cognição, citadas na revisão bibliográfica.



Muitos dos professores questionados, por volta de 60%, não utilizam nenhuma das técnicas cognitivas para lidar com os alunos, pois como já investigado anteriormente, a maioria dos professores prefere tratar esses alunos como tratam os demais alunos, motivo pelo qual não utilizam das estratégias de aprendizagem e de

nenhum outro embasamento teórico.

Os outros 40% responderam utilizar-se de algumas técnicas para melhorar o andamento das aulas e para manter o comportamento dos alunos DDAs sob controle, dentre as técnicas utilizadas por eles as mais comuns foram respectivamente de auto-monitoramento, auto-reforço, auto-avaliação e auto-instrução.

## 5 DISCUSSÕES

Pelos resultados obtidos nas questões referentes à formação acadêmica dos professores e o tipo de informações que receberam a respeito do Transtorno, pode-se observar que não foram todos os professores que tiveram informações sobre esses transtornos mais comuns na infância durante sua formação, e ainda uma porcentagem dos que responderam que tiveram contato, esse se deu depois do nível acadêmico, em pós-graduações especializadas na área de psicomotricidade.

Quanto aos que receberam informações durante a formação, nas questões seguintes procurou-se saber referentes à que foram, e as respostas mais comuns foram sobre os conceitos, sintomas e diferenciações e tratamento, ficando evidente que o conteúdo fornecido aos professores na academia é simplesmente o básico e não o suficiente para respaldar-lhes durante sua atuação profissional.

Quando questionados sobre os três tipos de classificações do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, um conceito básico e muito importante, principalmente quando se lida com crianças portadoras, muitos dos professores não souberam responder, pois nem sabiam da existência das três classificações. Isso prova mais uma vez a deficiência da formação e a falta de conhecimento dos professores.

Ao tratar da criança não só durante as aulas, mas dentro da escola como um todo, procurou-se saber se esses professores recebem respaldo da equipe pedagógica, e como já demonstrado, a escola participa sim desse processo de

várias formas diferentes auxiliando os professores a lidar com esses alunos de uma forma mais confortável, tanto para os professores melhor avaliá-los, como também para conduzir melhor esses alunos nas aulas, a partir do momento que conhecem o histórico do aluno e identificam-no com portador de TDA/H. Esse apoio em sua maioria foi realizado principalmente por meio de textos explicativos, palestras, orientações individuais, outras formas, como conselho de classe, orientações com os pais e cursos, respectivamente nessa ordem de acontecimentos mais comuns. É muito importante esse apoio da escola, principalmente se for transdisciplinar, uma vez que todos os envolvidos com o aluno portador de TDA/H, possam estar discutindo os altos e baixos desses alunos e mantendo-o sempre confortável diante da turma. Mas, notou-se que esse diálogo transdisciplinar ainda é uma utopia no âmbito escolar, pois se perguntou aos professores se existe um feedback por parte dos professores regentes, e mais da metade dos professores questionados responderam que não há nenhum retorno, nenhum comentário sobre, e poucos que afirmaram haver descreveram esse retorno como sendo sempre um reforço das características negativas das crianças, como mal educados, agitados, agressivos e indisciplinados, comprovando o desconhecimento desses profissionais, em mal-interpretar esses alunos.

Em relação à conduta dos professores durante as aulas, pergunta principal da pesquisa, percebeu-se que quase todos os professores questionados não têm uma maneira própria para lidar com esses alunos, tratando-os normalmente, não utilizando nenhuma das estratégias e técnicas. Os poucos professores que dizem trabalhar com estratégias relacionaram como as mais utilizadas por eles, a técnica de auto-monitoração, onde o próprio aluno se regula registrando seus atos para

perceberem quando estão agindo conscientemente ou quando estão agindo por impulso, a técnica de auto-reforço, onde o aluno reforça a si mesmo com pensamentos positivos e elogios quando tem uma atitude consciente, conseguindo controlar seus impulsos, e as técnicas de auto-avaliação e auto-instrução, que seria o momento em que o aluno passa a avaliar-se diante das situações ocorridas e a auto-instrução, seguindo mentalmente passo a passo seus atos, conseguindo assim controlar-se e pensar antes de agir.

Essas estratégias mais utilizadas entre os professores seriam as melhores em termos de conduta dos alunos, mas como se observou poucos são os professores que se apropriam delas, desconhecendo as reais dificuldades de seus alunos, apresentadas com o decorrer de aulas mal conduzidas por eles, ignorando a presença de um aluno que requer atenção especial, e colaborando para o aparecimento de prováveis comorbidades advindas do transtorno mal tratado, como a baixa-estima já citada em um capítulo anteriormente. Ainda nesse tema, investigou-se a respeito das fontes utilizadas pelo professores para aumentar seus conhecimentos em relação ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, e observou-se que a fonte mais averiguada foram os livros e a internet, devido à facilidade de acesso a esses materiais.

Sobre os alunos DDAs durante as aulas percebeu-se que a atividade física praticada realmente colabora com o melhor andamento das atividades propostas pois melhora o comportamento dos alunos, tornando-os mais concentrados, disciplinados, respeitosos, atentos, calmos, seguros, confiantes e participativos. A única dificuldade apresentada por esses alunos durante as aulas, foi à relacionada

ao cumprimento de certas regras de jogos e brincadeiras propostas. Segundo os professores, esses alunos cumprem parcialmente as regras das dinâmicas, não se atendo a elas sempre, fazendo com que as desrespeitem constantemente se não forem reforçados da obrigação de cumpri-las.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Analisando as respostas obtidas no questionário e fazendo uma breve comparação com minha revisão de literatura, pude concluir que apesar da maioria dos professores que responderam os questionários terem recebido informações sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade durante sua formação acadêmica, essa formação deixou a desejar em muitos aspectos, pois segundo as respostas dadas por eles, as informações que receberam foram básicas e superficiais não dando um suporte para conseguirem trabalhar com essas crianças da melhor forma, tanto melhor forma para o aluno, pois se o professor tivesse o conhecimento aprofundado sobre TDA/H aprenderia quais são as limitações deles e como fazer para que esses se sintam melhor e possam aproveitar a aula como os demais colegas, como para o melhor andamento da aula, uma vez que esse aluno integrado a turma, não atrapalharia.

As informações obtidas durante a formação são tão básicas que praticamente metade dos professores questionados não sabia que o transtorno tem três classificações diferentes, e a outra parcela que respondeu afirmando saber sabe no máximo duas das três classificações, provando mais uma vez a debilidade da formação para tratar de assuntos de extrema importância para quem almeja trabalhar em e escolas e com crianças no período de formação.

Com base no referencial teórico levantado e os apontamentos obtidos através

dos questionários foi possível observar que poucos professores utilizam as estratégias de ensino e as técnicas de aprendizagem, a maioria por não conhecerem e uma outra parte por não acreditarem na necessidade dela para tratar desses alunos. Percebem-se através das respostas obtidas no questionário, que a maioria dos professores não se utilizam técnicas de aprendizado nem de estratégias, talvez por desconhecê-las, uma vez que sua formação foi superficial, e como consequência, tratam alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade de maneiras inadequadas, como se fossem alunos qualquer com as mesmas dificuldades.

Apesar das respostas terem mostrado que a escola dá todo o suporte para esses professores, eles continuam a ignorar certos comportamentos de seus alunos, contribuindo para um quadro ainda maior de frustrações geradas nesses alunos durante a idade escolar, pois além de sempre criticados pelos colegas, incompreendidos pelos professores também se punem por não conseguirem realizar as tarefas mais simples como gostariam.

É importante ressaltar que os distúrbios de aprendizagem apresentam grandes variedades e muitas combinações de dificuldades e pontos fortes para cada pessoa. Isso significa que os professores de Educação Física devem trabalhar cada criança para identificar as áreas de distúrbios e ajudá-las a desenvolver estratégias de adaptação e superação; podendo ajudá-las a notar seus pontos fortes e em alguns casos, seus grandes talentos, e dar valor ao fato de serem especiais em todo o contexto.

O importante para o professor é identificar os pontos fortes, necessidades e

comportamentos problemáticos, em cada criança, para que em seguida se possa trabalhar com ela a fim de se desenvolver boas estratégias de aprendizagem.

A Educação Física pode proporcionar um grande laboratório de aprendizagem para desenvolver habilidades sociais aos alunos portadores de TDA/H, por existirem várias causas e formas de TDA/H, existem também diferentes estratégias para ensiná-los.

Foram citadas na revisão de literatura algumas das mais utilizadas pelos professores, pais e psicólogos, as técnicas de auto-monitoração, a técnica de auto-reforço, técnica de auto-avaliação e auto-instrução, além do treinamento por correspondência, a fim de buscar uma melhora no comportamento dessas crianças. O controle do comportamento está relacionado às estratégias e intervenções que são empregas por eles. A utilização desses métodos ajuda o professor a analisar a criança em seu ambiente e entender como certos comportamentos específicos funcionam com as crianças naquele ambiente. O professor então passaria a analisar a situação e se for o caso poderia modificá-la.

## 7 REFERÊNCIAS

- Rohde, L.A. **Princípios e práticas em TDA/H**. Artmed Editora, 2002.
- Benzick, Edyleine B.P. **Manual para a Escola do TDAH: versão para professores**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.
- Benzick, Edyleine B.P. **Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.
- Benzick, Edyleine B.P. **Manual da escala do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: versão para professores**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- Knapp P, Rohde L.A, Lyszkowski L e Johanpeter J. **Manual da terapia cognitiva comportamental**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.
- Barkley R. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.
- Silva, Ana Beatriz B. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. São Paulo: Editora Gente, 2003.
- American Psychiatry Association (APA), DSM-IV-TR. **Manual de diagnósticos e estatísticas das perturbações mentais**. 4ª Ed, 2002.

- Kaplan, Harold I. **Manual de psiquiatria clinica** / Harold I. Kaplan e Benjamin J. Sodock; Trad. Dayse Batista.- 2.ed.- Porto Alegre: Artes Medicas, 1998.
  
- Reineck, M.A.; Datillo, F. M.; Freeman, A. **Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clinica**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
  
- Abikoff, H. (1985). **Eficácia do treinamento cognitivo e intervenções para crianças hiperativas**: Clinical Psychology Review ; trad. Sara Louise Maier. – Porto Alegre ; Artes Medicas, 1985.
  
- Ervin. Ruth A. **Tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**/ Bankert. Christine L. e Du Paul. George J. 4ªEd, 1999.
  
- Conteúdo disponível em <http://www.tdah.com.br> / Acesso em 14/06/2007.