

A ATIVIDADE FÍSICA , A MEDICALIZAÇÃO E A CRIANÇA COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Carolina Pereira Dias (IC) e Ronê Paiano (Orientador)

Apoio: PIBIC Mackenzie

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) se constitui numa patologia reconhecida pela Organização Mundial da Saúde e o diagnóstico baseia-se na avaliação de manifestações relacionadas à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade. Com os estudos realizados nesse trabalho, pôde-se refletir acerca de alguns aspectos importantes referentes à medicalização da educação. Um destes aspectos, que foi uma das principais preocupações iniciais, era o consumo crescente de medicamentos psicoterápicos, como o metilfenidato, no Brasil. Em função disto o objetivo desta pesquisa foi o de avaliar a opinião dos educadores sobre a relação entre atividade física, medicalização e TDAH e como objetivos secundários: a) Descobrir a associação feita pelos educadores entre as aulas de educação física e o desenvolvimento infantil. B) Verificar se acreditam que a atividade física e as atividades extracurriculares podem contribuir como fator de redução da severidade dos sintomas para crianças com TDAH. C) Verificar a opinião dos educadores sobre a substituição da medicação pelo esporte em crianças com TDAH. Esta pesquisa se caracteriza como qualitativa. A amostra será composta por 21 pedagogos formados que responderão a um questionário com questões abertas e fechadas. As questões abertas serão analisadas por uma adaptação da técnica de análise de conteúdo e as perguntas fechadas com base na escala de liekert e análise estatística.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade , Medicalização, Movimento.

ABSTRACT

The Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder (ADHD) is a pathology is recognized by the World Health Organization and the diagnosis is based on the evaluation of manifestations related to inattention, hyperactivity and impulsivity. To the studies conducted in this work, it could reflect on some important aspects related to the medicalization of education. One of these aspects, which was one of the main initial concerns was the growing consumption of psychotherapeutic medications, such as methylphenidate, Brazil. Because of this the objective of this research was to evaluate the opinions of teachers on the relationship between physical activity, medicalization and ADHD and as secondary objectives: a) To discover the association made by educators from physical education classes and child development. B) Make sure believe that physical activity and extracurricular activities may contribute to the severity reduction factor of symptoms for children with ADHD. C) Check out the opinions of

educators on changing the medication for the sport in children with ADHD. This research is characterized as qualitative. The sample will consist of 21 trained educators who will answer a questionnaire with open and closed questions. Open questions will be reviewed by an adaptation of the content analysis technique and closed questions based on the scale of liekert and statistical analysis.

Keywords: Attention deficit disorder and hyperactivity, medicalization, Motion.

1. INTRODUÇÃO

No ambiente escolar é muito comum ouvirmos comentários sobre crianças agitadas, que não param quietas e que frequentemente atrapalham a aula. Porém, desta observação para um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção a Hiperatividade a diferença é muito grande e requer uma avaliação detalhada e profissional.

O objetivo primordial de uma avaliação ampla envolve, além do objetivo central de determinar a presença ou ausência do TDAH, outros pontos importantes, como investigar as condições acadêmicas, psicológicas, familiares e sociais para se delinear um plano de intervenção adequado para tratamento do quadro (Calegaro, 2002).

Segundo a Associação Brasileira do Déficit de Atenção “O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Ele é chamado às vezes de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção). Em inglês, também é chamado de ADD, ADHD ou de AD/HD”. Para esta pesquisa iremos utilizar TDAH.

O TDAH se constitui numa patologia reconhecida pela Organização Mundial da Saúde e o diagnóstico baseia-se na avaliação de manifestações relacionadas à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade (Rohde 2000).

Para a Associação Americana de Psicologia (APA, 2013) em seu manual DSM-V o TDAH é assim definido “O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade.” (APA, p. 32, 2013)

Em relação ao percentual de crianças com TDAH Rotta (2006, p. 303) refere estimativa de prevalência entre 3% e 30% nas crianças em idade escolar. Para Rohde (2000), no Brasil, cerca de 3 a 6% da população de crianças de 7 a 14 anos apresentam TDAH, ressalta que a frequência em meninos é maior do que em meninas.

Diversos estudos (Huang et al, 2014; Halperin & Healey, 2011; Gapin & Etnier, 2010; Hopkins, Sharma, Evans, Bucci, 2009; Mahon, Anthony, Stephens, 2008) estão mostrando os benefícios da prática de atividade física para o tratamento do TDAH. Nos trabalhos evidenciados, a resposta da atividade física tem proporcionado uma melhora nas funções executivas dos pacientes tais como, na resolução de problemas, no planejamento e execução de tarefas; e na utilização e potencialização da memória de trabalho (Hopkins, Sharma, Evans, Bucci, 2009)

O interesse por esta pesquisa surgiu durante minha experiência como estagiária em uma escola de educação infantil. Lá tive contato com um aluno de 5 anos, diagnosticado com TDAH, que pertence a uma família no qual seus dois irmãos mais velhos (15 e 17 anos)

também foram diagnosticados com o mesmo transtorno, porém, ao contrário de seus irmãos, ele não tomava nenhum medicamento, pois sua mãe achava que ele era muito novo. Em função disto ela estava procurando outras formas para amenizar os sintomas.

Neste sentido, alguns trabalhos tem sido realizados propondo intervenções motoras em crianças com TDAH como, por exemplo, no estudo de Poeta e Rosa Neto, (2005) no qual verificaram melhoras dos aspectos de motricidade fina, equilíbrio, esquema corporal e na organização temporal. Os mesmos autores afirmam ainda que “apesar das limitações, estes resultados tem poder para justificar a relevância de programas de intervenção motora que permitam diminuir alguns dos sintomas característicos do TDAH.” (POETA e ROSA NETO, 2005, p.8)

Posteriormente este interesse se ampliou durante o curso de graduação em pedagogia, mais precisamente durante as aulas das disciplinas de psicologia e corpo e movimento. Nelas, dentre outras aprendizagens, pude refletir sobre a importância do movimento para o desenvolvimento e aprendizado das crianças.

A partir do contato com esta criança e seu contexto, começaram a surgir os seguintes questionamentos: Será que os pedagogos acreditam que a atividade física pode contribuir para a redução da severidade dos sintomas? Será que ao receberem o diagnóstico de que um de seus alunos possui TDAH eles propõem atividades?

1.1 Objetivo Geral

Em função disto o objetivo desta pesquisa foi o de avaliar a opinião dos educadores sobre a relação entre atividade física, medicalização e TDAH.

1.2 Objetivos Específico

Descobrir a associação feita pelos educadores entre as aulas de educação física e o desenvolvimento infantil.

Verificar se acreditam que a atividade física e as atividades extracurriculares podem contribuir como fator de redução da severidade dos sintomas para crianças com TDAH.

Verificar a opinião dos educadores sobre a substituição da medicação pelo esporte em crianças com TDAH.

Descobrir o que os professores conhecem sobre TDAH pode contribuir em programas de formação docente uma vez que, em muitos casos, o distúrbio é percebido quando a criança ingressa na escola, momento em que as dificuldades de atenção e inquietude se evidenciam, tendo em vista que, normalmente, é quando o sujeito com TDAH passa a ser alvo de comparação com outras crianças da mesma idade e ambiente (Poeta & Neto 2004).

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH

O TDAH é um dos distúrbios comportamentais comumente diagnóstico em crianças. Estes transtornos tem aparecido com variações na nomenclatura no decorrer da história, denominações como lesão cerebral mínima, reação hipercinética da infância, distúrbio do déficit de atenção ou distúrbio de hiperatividade.

Segundo Barkley, 2002 é um transtorno no desenvolvimento do autocontrole, marcado por déficit referentes aos períodos de atenção dos impulsos e ao nível de atividade, sendo este caracterizado pela desatenção, atividade motora excessiva e impulsividade. Esses sintomas seguem um padrão persistente e são mais frequentes e severos do que em crianças da mesma idade e nível de desenvolvimento mental (Benczik,2000).

Para diagnosticar se uma pessoa apresenta ou não TDAH são necessários, segundo o DSM-5 (APA, 2013, p. 59) se observar cinco critérios:

- A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por seis ou mais sintomas para crianças e cinco ou mais para adolescentes (17 anos ou mais) e adultos de (1) Desatenção e/ou (2) Hiperatividade e impulsividade. Estes sintomas devem persistir por ao menos seis meses e em um grau incompatível com o desenvolvimento impactando de forma negativa diretamente as atividades sociais e acadêmicas/profissionais.
- B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.
- C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (por exemplo, na casa, na escola, no trabalho, com amigos ou parentes; em outras atividades).
- D. Há evidencias claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem a sua qualidade.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Os sintomas propostos pelo DSM-5 (APA, 2013) para serem observados (lembrando, ao mínimo seis para crianças e cinco para adultos) são em relação à Desatenção: (a) frequentemente não prestar atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades; (b) frequentemente tem dificuldades para

manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; (c) frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente; (d) frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho; (e) freqüentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; (f) frequentemente evita, não gosta ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental prolongado; (g) frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades; (h) com frequência é facilmente distraído por estímulos externos; (i) com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas.

Em relação à Hiperatividade e impulsividade o DSM-5 (APA, 2013) propõe: (a) frequentemente remexe ou batuca as mãos ou pés ou se contorce na cadeira; (b) frequentemente se levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado; (c) frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isto é inapropriado; (d) com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente; (e) com frequência “não para” agindo como se estivesse “com o motor ligado”; (f) frequentemente fala demais; (g) frequentemente deixa escapar uma respostas sem que pergunta tenha sido concluída; (h) freqüentemente tem dificuldade para esperar a sua vez; (i) frequentemente interrompe ou se intromete.

O DSM-5 (APA, 2013) subdivide o TDAH em três subtipos e em três níveis de gravidade. Em relação aos tipos temos: Apresentação combinada: se tanto o critério A1 (desatenção) quanto o critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos seis meses. Apresentação predominantemente desatenta: se o critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos seis meses. Apresentação predominantemente hiperativa-impulsiva: se o critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido mas o critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos seis meses.

2.1 Medicalização e TDAH

O termo medicalização, segundo Collares e Moysés (1994, p.26) refere-se ao processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza. A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. Daí as questões medicalizadas serem apresentadas como problemas individuais, perdendo sua determinação coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo.

Segundo o fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, a medicalização tem sido alvo de grande preocupação, gerando muitos debates, ações frente ao poder público e articulação com os conhecimentos acadêmicos. Assim, questões como os comportamentos não aceitos socialmente, as performances escolares que não atingem as metas das instituições, as conquistas desenvolvimentais que não ocorrem no período estipulado, são retiradas de seus contextos, isolados dos determinantes sociais, políticos, históricos e relacionais, passando a ser compreendidos apenas como uma doença, que deve ser tratada.

O Metilfenidato é um fármaco estimulante do sistema nervoso central (SNC) indicado como primeira escolha no tratamento de TDAH, utilizado como um instrumento de melhoria do desempenho cognitivo de crianças e adolescentes.

Segundo a revista "psicologia" a venda desses medicamentos (como metilfenidato) teve um aumento significativo em 10 anos, dados apontam que esta droga teve um aumento de 71.000 caixas em 2000 para 2.000.000.000 de caixas em 2010 (dados do IDUM-Instituto de defesa de usuários de medicamentos, 2010). Atualmente o Brasil é o segundo maior consumidor de metilfenidato (Ritalina).

Rothenberger e Banaschewski (2005, p. 51), a administração de estimulantes em crianças hiperativas "[...] solucionam o desequilíbrio de base genética da dopamina nas regiões do cérebro responsáveis por autoregulação, controle dos impulsos e percepção".

Para Barkley (2002) o cérebro das crianças diagnosticadas apresenta uma imperfeição nas áreas responsáveis pelo autocontrole, atenção e inibição. O TDAH é comparado pelo autor ao diabetes, pois assim como o diabético necessita de insulina para compensar sua deficiência no pâncreas, uma criança com TDAH poderá utilizar os medicamentos estimulantes durante toda a sua vida para compensar os déficits em seu sistema inibitório.

As novas descobertas científicas aparecem como as explicações mais aceitas para os diferentes comportamentos, sensações e sofrimentos humanos. De acordo com Guarido (2010), a crítica à medicalização da vida não nega os avanços das pesquisas biológicas e dos tratamentos de doenças, mas procura refletir sobre as implicações que a biologização do ser humano pode ter para a própria condição humana.

As facilidades em tomar uma pílula, em vez de enfrentar medos e situações não muito agradáveis, fazem com que as pessoas busquem o tratamento medicamentoso, com a promessa de alívio para suas dores e conflitos (Guarido, 2010). Em outras palavras, o modelo médico traz consigo uma visão otimista para o desvio, com a promessa de um resultado praticamente imediato. Acompanhando esse raciocínio, as pessoas possuem confiança no profissional médico, autoridade quando se fala em saúde.

MÉTODO

2.2 Participantes

Foram participantes desta pesquisa 21 professores da educação infantil e do Ensino Fundamental I escolhidos intencionalmente e por acessibilidade da cidade de São Paulo, sendo 12 professores de ensino fundamental I, 3 professores de educação infantil e 5 professores que lecionam na educação infantil e ensino fundamental I desta amostra 82% dos professores tem pós-graduação (Tabela 1).

Número	Graduação (ano)	Pós (graduação)	Graduação	Pós graduação	Professor x gestor	Atuação
1	1992	2003	Psicologia	Psicopedagogia	Professor	Fundamental I
2	2005	2008	História	Metodologia do ensino superior	Professor	Fundamental I
3			Pedagogia	Psicopedagogia	Professor	Fundamental I
4	2010		Pedagogia		Professor	Fundamental I
5	1984	2002	Pedagogia	Psicopedagogia	Professor	Educação infantil e fundamental I
6	2007	2008	Pedagogia	Psicopedagogia	Professor e gestor	Educação infantil
7	2002/2005	2012	Psicologia/ pedagogia	Psicomotricidade	Professor	Educação infantil
8	2007	2010	Pedagogia	Psicopedagogia	Coordenação	Educação infantil
9	1998	2012	Pedagogia	Psicopedagogia	Professor	Educação infantil e fundamental I
10	1994		Música		Professor	Fundamental I
11	2005	2009	Pedagogia	Psicopedagogia	Professor	Fundamental I
12	1997	1999/2015	Comunicação visual	Pedagogia clínica/ gestão de pessoas	Professor	Fundamental I
13	1989	2002/2006	Pedagogia	Psicopedagogia clínica/ educação ambiental	Professor/ coordenador	Educação infantil e fundamental I
14	2001	2005	Pedagogia	Produção de texto	Professor	Fundamental I
15	2013		Pedagogia		Professor	Fundamental I
16	2008	2015	Artes plásticas	Arte-educação	Professor	Fundamental I
17	2002	2011	Pedagogia	Fundamentos cristãos da educação	Professor	Fundamental I
18			Pedagogia	Psicopedagogia/ administração escolar		
19	2003/2013		Geografia/pedagogia		Professor	Fundamental I
20	2005	2013	Pedagogia	Neuroaprendizagem e psicopedagogia	Professor	Educação infantil e fundamental I
21	2015		Pedagogia			

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa (elaborado pela autora)

Os participantes responderam a um questionário com duas perguntas abertas a saber: Na sua opinião, as aulas de educação física podem contribuir em quais aspectos do desenvolvimento infantil? e Qual foi a conduta escolar com o aluno com TDAH? Sinalizaram também, em duas perguntas fechadas se já tiveram contato com algum aluno com TDAH no ambiente escolar e se este aluno tomava alguma medicação.

Tiveram também que responder a sete perguntas na Escala de Liekert e que se relacionavam a: Toda criança com TDA tem H? TDAH é uma doença e deve ser tratada com medicação? É melhor para a criança com TDAH praticar esporte do que tomar medicação? A prática de esportes substitui o tratamento? Você acredita que sempre é necessária a prescrição de medicação para a redução da severidade? Você acredita que atividades extracurriculares podem contribuir na redução da severidade? Você acredita que atividades ligadas ao movimento podem contribuir na redução da severidade?

As perguntas fechadas e as na escola de liekert foram analisadas estatisticamente. As perguntas abertas fora analisadas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Para Bardin

(apud Triviños, 1987, p.161 e 162) existem três etapas fundamentais no trabalho com a análise de conteúdos: a pré-análise, em que consiste na organização de matérias; a descrição analítica, no qual o material coletado está embasado pela hipótese e as referências teóricas, nesta etapa é comum realizar como procedimento “a codificação, a classificação e a categorização”; e por último a fase de interpretação referencial que é embasado nos materiais já organizados na pré-análise, em que a reflexão e a intuição são fundamentadas nos materiais organizadas, estabelecendo as relações.

2.3 Coleta de Dados

O método de coleta de dados a ser utilizado é a documentação, através da pesquisa bibliográfica, juntamente com um questionário. “A pesquisa bibliográfica ou fonte secundária abrange toda bibliografia já publicada relacionada ao tema em estudo, desde livros, jornais revistas, monografias, dissertações, teses [...]” (FIGUEIREDO; SOUZA, 2011, p. 100).

A pesquisa bibliográfica é baseada na consulta de livros, periódicos, artigos científicos e todo tipo de material publicado sobre o tema TDAH, movimento e medicalização e educação, seja ele impresso ou disponível na internet, incluindo os portais de acesso online e bibliotecas virtuais.

O questionário consiste, segundo o pensamento de Figueiredo e Souza (2011, p. 124), “na elaboração de uma série de perguntas ordenadas que traduzam os objetivos específicos da pesquisa em itens redigidos de forma clara e precisa, tendo, como base, o problema formulado ou a hipótese levantada”. O questionário corresponde ao objetivo descrito para este projeto sob a letra d: investigar as percepções da gestão e dos professores em relação à atividade ficadas das crianças com TDAH.

Para que o objetivo acima fosse alcançado, o questionário foi entregue em dois colégios da rede privada e no programa de pós graduação de uma universidade, também privada, da cidade de São Paulo/SP, para serem respondidos, pelo(a) coordenador, pelo(a) diretor(a) e pelos (as) professores(as). Os participantes após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido responderam ao questionário.

2.4 Aspectos Éticos

O presente trabalho foi realizado como PIBIC com apoio da Universidade Presbiteriana Mackenzie e faz parte de um projeto maior “**CONHECIMENTO DOS EDUCADORES SOBRE O TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH)**” que foi

aprovado pela Comissão Interna de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie, CAAE 50353415.0.0000.0084 parecer número CEP nº 1.317.005 de 10/11/2015 de acordo com a resolução CNS 196/96 sendo que os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.4 Limitações do Método

As limitações do método podem ocorrer por falta de veracidade nas respostas ou má interpretação da pergunta.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A importância da Educação Física para as crianças, segundo os professores

A primeira pergunta os participantes foram instruídos a fazer associações de significados entre educação física e desenvolvimento infantil. As unidades de significado encontradas foram agrupadas somando-se as frequências de palavras com conteúdos semânticos iguais, ou seja, consideradas sinônimas, o que permitiu identificar, pela maior frequência, um conjunto de idéias associadas (OLIVEIRA et al., 2005). A partir daí surgiram 6 categorias dimensão cognitiva, dimensão social, dimensão psicomotora, dimensão física, atenção/concentração e disciplina (Tabela 2).

Dimensão cognitiva	Atenção/ concentracao	Dimensão social	Disciplina	Dimensão psicomotor	Dimensão físico
Aspecto cognitivo	Atenção	Aspecto afeto-social	Auto controle	Agilidade	Atividade física
Bem estar cognitivo	Concentração	Atitudes	Controle e domínio próprio	Aspecto motor	Bem estar físico
Desenvolvimento cognitivo		Bem estar social	Disciplina	Coordenação motora	Desenvolvimento físico
Desenvolvimento mental		Cooperação entre os colegas	Regras	Desenvolvimento motor	Gasto de energia
Desenvolvimento psíquico		Desenvolvimento relacional	Saber esperar a vez	Habilidade motora	
		Desenvolvimento social		Lateralidade	
		Interagir com o outro		Motricidade	
		Relações com o outro		Movimento	
		Respeitar as diferenças		Organização espacial	
		Respeito aos amigos		Percepção de espaço	
		Socialização		Psicomotricidade	

Tabela 2: A importância da educação física segundo os sujeitos (elaborada pelo autora).

Segundo o sujeito 10: “ A educação física pode contribuir no desenvolvimento infantil por meio do desenvolvimento da coordenação motora, socialização, agilidade, alívio do stress, liberação de hormônios e etc.”

Em relação a seis categorias, para Barkley (2002) o cérebro das crianças diagnosticadas apresenta uma imperfeição nas áreas responsáveis pelo autocontrole, atenção , concentração e inibição. O TDAH é comparado pelo autor ao diabetes, pois assim como o diabético necessita de insulina para compensar sua deficiência no pâncreas, uma

criança portadora do TDAH poderá utilizar os medicamentos estimulantes durante toda a sua vida para compensar os déficits em seu sistema inibitório.

Para Vigotsky (1998), as funções psicológicas superiores, incluindo a atenção, existem primeiramente como atividade interpsicológica nas relações entre pessoas, para, depois, serem internalizadas pela criança, sendo, portanto, oriundas das relações reais entre os sujeitos. Verifica-se, dessa forma, que a atenção não deve ser concebida como uma capacidade meramente inata e cerebral, mas sim muito mais como fruto da relação dialética entre um organismo biológico e seu meio histórico-cultural.

4.2 Contato dos participantes da pesquisa com alunos com TDAH e se estes eram medicados

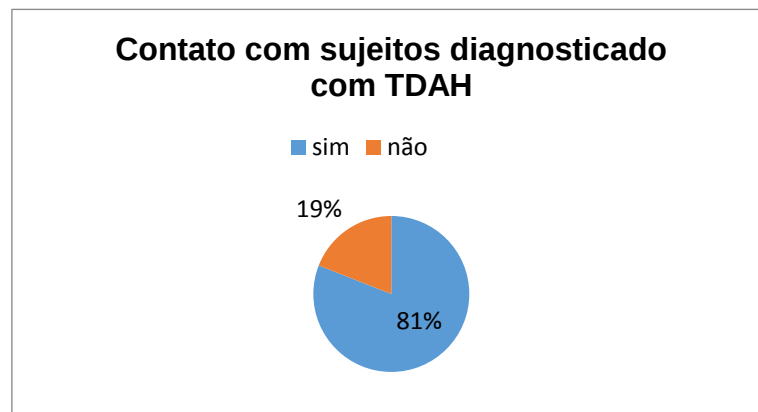
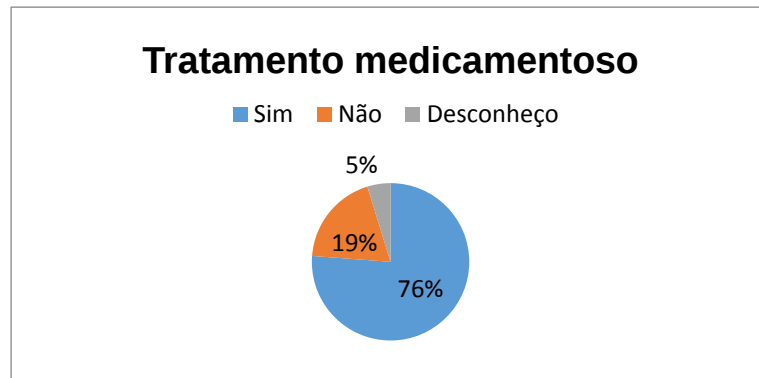


Gráfico 1: Percentual de professores que relataram já ter tido contato com sujeitos diagnosticado com TDAH.

Ao observar o Gráfico 1 acima, nota-se que a maioria dos sujeitos já teve algum contato com crianças diagnosticada com TDAH, sendo que destes alunos, cerca de 76% tomavam medicação, Gráfico 2.

Gráfico 2: Percentual de crianças que as famílias relataram para a escola tomar medicação



Ao observar o gráfico notasse que a maior parte das crianças com TDAH, ao qual os professores tiveram contado era medicada. Segundo a literatura a medicalização possui aspectos positivos e negativos.

A terapêutica medicamentosa tem sido considerada a primeira escolha no tratamento de crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH. Três categorias de medicamentos são utilizadas: os psicoestimulantes, os antidepressivos e os medicamentos ditos acessórios (SILVA, 2003). As medicações mais comumente adotadas são os psicoestimulantes, mais especificamente, o metilfenidato, um estimulante do sistema nervoso central que potencializa a ação das substâncias cerebrais noradrenalina e dopamina (PASTURA; MATTOS, 2004). Os antidepressivos tricíclicos e a bupropiona são também eficazes e utilizados no tratamento, na presença de comorbidade ou na ausência de resposta aos estimulantes. Muitas vezes, é necessária uma combinação de medicamentos para se conseguir o efeito desejado (SILVA, 2003). A partir do segundo trimestre de 2010 um novo produto, dimesilato de lisdexanfetamina, passou a ser comercializado no mercado brasileiro.

O tratamento do TDAH, no âmbito da medicina, é descrito como multimodal, englobando intervenção medicamentosa, orientação aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao paciente. Intervenções farmacológicas e psicoterápicas atuam, basicamente, no controle dos impulsos e na adaptação escolar e social, uma vez que não há, até o momento, do ponto de vista médico, cura para o transtorno. Mães de crianças com TDAH, apesar de não gostarem de dar um medicamento psicotrópico para o filho, o fazem, primeiramente, por ser uma recomendação médica, portanto, indiscutível. Em segundo lugar, existe uma pressão por parte da escola para que essa criança receba uma avaliação e um acompanhamento médicos. Por fim, existe ainda uma preocupação da adequação de seus filhos na sociedade, para que eles possam ter as mesmas oportunidades que os demais (Brzozowski, 2009).

4.3 A opinião dos participantes da pesquisa sobre o TDAH e sua relação com a medicalização.

A análise das sete perguntas na escala de liekert nos permitiu montar a tabla abaixo com as médias, desvios padrões e moda para cada afirmação. As questões foram retiradas de estudo feito pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA). (GOMES, et al 2007).

		Média	Desvio Padrão	Mediana
Q1	Toda criança com TDA é excessivamente agitada	2	1,34	1
Q5	Você acredita que atividades extracurriculares podem contribuir na redução da severidade	3,57	0,98	4
Q7	Você acredita que atividades ligadas ao movimento podem contribuir na redução da severidade	4,10	0,70	4
Q3	É melhor para a criança com TDAH praticar esporte do que tomar medicação	2,86	1,56	3
Q4	A prática de esportes substitui o tratamento com medicamentos	3,57	1,30	2
Q6	Você acredita que é necessária a prescrição de medicação para a redução da severidade	4,05	0,92	4
Q2	Você acredita que é necessária a prescrição de medicação para a redução da severidade	3,10	1,14	4

Em relação às características da criança com TDAH (Questão 1) os participantes não acreditam existir uma relação entre TDA e hiperatividades uma vez que a mediana 1 indica não concordar totalmente.

Quanto à substituição da medicação pela prática esportiva ou se seria melhor para a criança praticar esporte do que tomar medicação (Questões 3 e 4) os participantes também não concordam parcialmente mediana 2 e acham ser indiferente mediana 3. Estas respostas são contraditórias em relação às respostas das questões 5 e 7 que sinalizaram mediana 4 (concordo parcialmente) para o papel das atividades extracurriculares esportivas e ligadas ao movimento para a redução da severidade dos sintomas e também a literatura.

Ao pensarmos nas questões 5,7 podemos observar diversos estudos (Huang et al, 2014; Halperin & Healey, 2011; Gapin & Etnier, 2010; Hopkins, Sharma, Evans, Bucci, 2009; Mahon, Anthony, Stephens, 2008) estão mostrando os benefícios da prática de atividade física para o tratamento do TDAH. Nos trabalhos evidenciados, a resposta da atividade física tem

proporcionado uma melhora muito grande nas funções executivas dos pacientes tais como, na resolução de problemas, no planejamento e execução de tarefas; e na utilização e potencialização da memória de trabalho (Hopkins, Sharma, Evans, Bucci, 2009).

Barenberg, Berse, Dutke (2011) e Best (2010) apontam que o exercício físico pode ser utilizado como uma grande ferramenta auxiliar no curso do tratamento. Para uma melhor otimização dos benefícios da prática esportiva, é muito importante ter cuidado sobre a escolha da atividade física a ser realizada. A modalidade esportiva que trará maiores benefícios para a criança, tanto física, como psicologicamente é aquela que ela mais se identifica e mais gosta. Dessa forma, ressalta-se o papel do protagonismo da escolha da criança. No esporte, deve-se sempre instruir as crianças a verem o sucesso como a superação de suas próprias metas, realidade, limites e não meramente como vitórias em competições. Deve-se sempre orientar a comparação em relação ao melhor que poderia ter feito e não com performances de outras pessoas (Weinberg & Gould, 2001).

As questões relacionadas à medicalização, Questão 6 Você acredita que é necessária a prescrição de medicação para a redução da severidade e Questão 2 Você acredita que é necessária a prescrição de medicação para a redução da severidade sinalizaram mediana 4 o que indica que os participantes concordam parcialmente com a utilização de medicamentos para o tratamento das crianças com TDAH.

Segundo uma pesquisa recente, realizada pela psicóloga Denise Barros (2014), na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) num período de quase dez anos houve uma explosão do consumo de metilfenidato, a pesquisa refere-se ao medicamento comercial chamado Ritalina, em aproximadamente 800%. Quando vemos um dado alarmante como esse, por um momento parece-nos soar que a “doença” em foco é transmissível, mas não é o caso com o TDAH, que não é contagioso, e não há aparentemente explicação para um volume tão grande e constante de uso, especialmente entre os escolares.

Ao pensar na medicalização como redução da severidade estudos mostram que para os autores de vertente mais biológica, pode-se falar em tratamento de crianças com TDAH. Rotta (2006) aponta que, com o diagnóstico de TDAH, deve-se deixar bem claro que se trata de um problema crônico e que o objetivo do tratamento não é curá-lo, mas viabilizar um comportamento funcional satisfatório na família, na escola e na sociedade. Além disso, “não há uma única abordagem terapêutica que seja comum a todos os casos. O tratamento deve ser planejado individualmente. O manejo no caso do TDAH é dividido em quatro importantes itens: modificação do comportamento; ajustamento acadêmico; atendimento psicoterápico; terapia farmacológica” (p. 309).

Podem ser prescritos estimulantes, antidepressivos ou clonidina no tratamento farmacológico do TDAH: Os estimulantes melhoram a atenção e a hiperatividade, não têm efeito direto sobre a ansiedade, podem ocasionar irritabilidade, insônia, perda de peso e

atraso no crescimento. Os antidepressivos atuam também sobre a ansiedade e a depressão, podem causar arritmias e retenção urinária. A clonidina melhora principalmente a impulsividade, e seus efeitos colaterais incluem sedação, bradicardia e depressão. (Araújo, 2002, p. 6)

De acordo com Rotta (2006), a terapia farmacológica mais indicada é um fármaco psicoestimulante, com destaque para o metilfenidato, que é o mais usado no Brasil e no mundo para as situações diagnosticadas como TDAH. O fármaco estimulante tem efeito predominantemente sobre o sistema reticular ativador ascendente e a corticalidade cerebral. Sua ação aumenta as catecolaminas na fenda sináptica (dopamina e norepinefrina); diminui a impulsividade e a atividade motora; aumenta a vigilância; melhora a memória recente, o que repercute positivamente no tempo de reação, no aprendizado verbal e não verbal; melhora a performance acadêmica e social; permite melhores condições para as intervenções terapêuticas.

Rotta (2006) assinala ainda que o metilfenidato está disponível com o nome de Ritalina, na apresentação convencional de 10mg, com uma duração pequena de três a quatro horas, o que não cobre todo o período escolar, e a Ritalina de longa duração, com três apresentações: 20mg, 30mg e 40 mg, que duram de seis até oito horas.

As drogas psicoestimulantes têm sido as de escolha para o tratamento do TDAH (Gillberg, Melarder & von Knorring, 1997). Diversos estudos randomizados e bem controlados têm demonstrado a eficácia do metilfenidato tanto para crianças, como adolescentes e adultos (Gillberg & cols., 1997). Pacientes com retardo mental, por outro lado, respondem mal à medicação. O uso de drogas psicoestimulantes resulta em uma imediata e freqüentemente dramática melhora do comportamento. Ocorre melhora da atenção, e da interação interpessoal, assim como do rendimento escolar. Estudos neuropsicológicos demonstram que as medidas de atenção, impulsividade, aprendizado, processamento de informação, memória de curto prazo e vigilância são grandemente melhoradas (Greenhill, Halperin & Abikoff, 1998)

Para Timimi et al. (2004), existe certa ansiedade cultural que forneceu o contexto social ideal para o crescimento e a popularidade do conceito do TDAH, por exemplo, como uma doença biológica. O autor defende a existência, por um lado, de uma pressão sobre pais e professores para que as crianças não quebrem as regras. Esses agentes seriam responsáveis por controlá-las. Ao mesmo tempo, existe também um tipo de inibição em exercer esse controle, um tipo de confusão entre o que é direito e o que é dever das crianças.

Ao pensar na escola, a medicalização dos processos de aprendizagem pode representar uma ajuda em sala de aula, pois aqueles alunos que se mostravam agitados, com a medicalização tornam-se crianças mais calmas e concentradas. Se há suspeita de algum transtorno mental e a criança é encaminhada a um profissional da saúde e se a suspeita for confirmada, a responsabilidade por aquela criança passa a não pertencer somente à escola,

mas também aos profissionais da saúde que passarão a atendê-la. A efetividade de uma resposta rápida para o problema, principalmente nos casos em que serão prescritas medidas farmacológicas, faz que a prática dos encaminhamentos seja cada vez mais comum entre os professores (Brzozowski, 2009).

Os aspectos positivos do processo de medicalização dos comportamentos da infância parecem estar mais relacionados ao entorno das crianças do que a elas mesmas. Excetuando a maior compreensão de seu comportamento por parte dos adultos, não podemos afirmar com certeza até que ponto os demais fatores citados aqui beneficiam o próprio indivíduo medicalizado.

A ritalina tem sido usada tanto para o tratamento de patologias da atenção como para a melhoria de funções cognitivas em pessoas saudáveis, podendo ocasionar a ampliação do uso da ritalina para a população em geral (BARBARINI, 2011; ITABORAHY, 2009; LIMA, 2005; ORTEGA et al., 2010).

De acordo com Moysés(2001), entendemos por medicalização o processo por meio do qual são deslocados para o campo médico problemas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos. Deste modo, fenômenos de origem social e política são convertido em questões biológicas, próprias de cada indivíduo

No caso das crianças, podemos pensar que isso pode ocorrer quando um indivíduo desatento na escola é encaminhado ao médico por não conseguir aprender como os seus colegas. Quando tal fato acontece, geralmente o entorno da criança (condições de vida, família e escola) e a possibilidade desse comportamento estar relacionado a esse entorno é ignorado. Para Illich (1975), nossa sociedade, superindustrializada e individualista, causa doenças, uma vez que as pessoas não conseguem adaptar-se a ela. O diagnóstico médico auxilia a explicar a não adaptação do indivíduo à sociedade. Ainda para o autor, a classificação de doenças que uma sociedade adota reflete sua estrutura institucional, e a origem social das doenças está na necessidade da isenção de culpa das instituições.

A produção de diagnósticos e de terapêuticas que simplificam os sofrimentos ocorridos na infância faz com que existam cada vez mais crianças medicadas (e cada vez mais cedo). O consumo global do metilfenidato, o principal fármaco utilizado no tratamento do TDAH, no período de 2003 a 2007, foi de 28,5 toneladas. Os Estados Unidos é o maior produtor e o maior consumidor do metilfenidato. No período entre 2005 a 2007, esse país consumiu uma média de 783 milhões de doses diárias desse fármaco, o que corresponde a aproximadamente 77% do consumo mundial da substância. No Brasil, em 2003, foram produzidos 86 kg de metilfenidato. Já em 2007, essa produção subiu para 204 kg, sem contar as importações (ONU, 2008). Essa prática de medicar um número cada vez maior de crianças tem como objetivo tratar sintomas, sem considerar o contexto em que essas crianças vivem e suas individualidades (Guarido, 2010).

Existe uma certeza, pelo menos no discurso hegemônico sobre o TDAH, de que se trata de uma doença biológica e que, por essa razão, é possível encontrar causas neurológicas para o transtorno, assim como ocorre com o restante da Medicina. Entretanto, existem diferenças entre as explicações etiológicas de doenças infecciosas, por exemplo, e de doenças mentais. As doenças infecciosas possuem um marcador biológico, exames que podem ser feitos para confirmar ou refutar o diagnóstico, diferentemente de uma doença psiquiátrica. Nesse caso, os marcadores estão relacionados aos mecanismos de ação dos medicamentos, e até hoje ainda são inconclusivos (Caponi, 2010)

Além disso, há ainda o uso da Medicina como agente de controle social, por meio da intervenção médica e terapêutica. Conceitua-se controle social como as formas pelas quais a sociedade minimiza, elimina ou normaliza o comportamento desviante. Essa intervenção, da forma que caracteriza o controle social, busca limitar, modificar, regular, isolar ou eliminar os comportamentos desviantes por meios médicos e em nome da saúde (Conrad & Schneider, 1992).

O principal papel do exame psiquiátrico é legitimar, por meio do conhecimento científico, “a extensão do poder de punir a outra coisa que não a infração” (Foucault, 2001, p. 23). Esse exame permite a transformação dos indivíduos, e a punição, ou a normalização, se dá por meio dessa transformação. Assim, são tomadas medidas corretivas, de readaptação ou de reinserção, visando à cura do indivíduo desviante.

O controle social médico inclui também informações e recomendações médicas, como por exemplo: todos precisam manter uma dieta balanceada, cigarro causa câncer, estar acima do peso aumenta o risco de ficar doente, exercício físico regular é saudável, os dentes precisam ser escovados regularmente. O não seguimento dessas diretrizes pode ser interpretado como um comportamento indesejável. E a resposta a esse não seguimento é a intervenção médica, que tem como objetivo a adesão desses indivíduos às normas de saúde (Conrad & Schneider, 1992).

Por fim, outro fator importante a considerar quando falamos em medicalização da infância é o resultado que o diagnóstico, ou a classificação, pode ter para a própria criança classificada. Ian Hacking (2006) afirma que os indivíduos classificados interagem com sua classificação, e tanto indivíduo quanto classificação podem se modificar em razão dessa interação, processo que o autor chamou de efeito de arco, que pode apresentar um feedback positivo, quando a classificação interage com o indivíduo no sentido de exacerbar as características associadas a essa classificação, ou então negativo, quando essa interação ameniza ou nega essas características.

Tal processo pode ocorrer em casos de diagnósticos de doenças mentais em crianças. Mesmo que a criança seja muito pequena para compreender o sentido de seu diagnóstico, ela sente as mudanças que ocorrem na escola e na família, e pode também sofrer efeito de

arco. E esse efeito pode ser positivo, fazendo com que essa criança passe a justificar suas atitudes em razão da classificação (Brzozowski & Caponi, 2009).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa nos permitiram conhecer a opinião dos educadores sobre diversos aspectos.

Em relação associação que fazem entre as aulas de educação física e o desenvolvimento infantil, as seis categorias que emergiram da pergunta aberta apontam para uma visão de educação física como algo ligado ao aspecto corporal, motor, social mas também como uma disciplina que visa a disciplina.

Este grupo não acredita que a medicação possa ser substituída pelo esporte em crianças com TDAH, o que contraria as pesquisas mais recentes, em algumas casos. Por outro lado acreditam que as atividades extracurriculares podem contribuir como fator de redução da severidade dos sintomas para crianças com TDAH.

Com os estudos realizados nesse trabalho, pôde-se refletir acerca de alguns aspectos importantes referentes à medicalização da educação. Um destes aspectos, que foi uma das principais preocupações iniciais, era o consumo crescente de medicamentos psicotépicos, como o metilfenidato, no Brasil.

Não se pretende afirmar, aqui, que os medicamentos são nocivos e não devem ser utilizados, e sim promover uma reflexão para que se estude mais sobre o assunto. É importante que se conheça os efeitos que o uso prolongado do metilfenidato causa no organismo das crianças. Há de se investir mais nesta pesquisa, pois, pelo que foi estudado durante o trabalho, os seus efeitos colaterais são bastante prejudiciais às crianças.

Olhando-se a situação por esses dois aspectos, cabe aos profissionais que atuam na escola saber investigar e avaliar cada caso, para, assim, definir qual o melhor caminho a seguir: se é necessário o encaminhamento do aluno para os profissionais da saúde e a provável utilização de medicamentos para o controle do seu corpo. Ou se é possível promover a aprendizagem do aluno através de estratégias criadas na própria escola, em conjunto (professores, equipe diretiva, aluno e família) sem necessitar de encaminhamento para outros profissionais, pensando-se em utilização de diferentes metodologias e estratégias de ensino para que a aprendizagem se efetive.

Este estudo não pretendeu esgotar a discussão sobre uma temática tão atual quanto polêmica e recomenda que novos estudos com um número maior de professores seja realizada.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Alexandra Prufer de Queiroz Campos. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. J. Pediatr. Rio de Janeiro, 2002, vol.78, suppl. 1, pp. S104-S110. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78s1/v78n7a13.pdf>> Acesso em: 10 Jan. 2015

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. O que é o TDAH. Disponível em: < <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html> > acesso em: 01 Fev. 2014.

BARBARINI, T. A. A medicalização da vida e os mecanismos de controle: reflexões sobre o TDAH. Plural, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 93-115, 2011. Disponível em: < www.revistas.usp.br/plural/issue/download/5753/39> Acesso em: 24 Mar.2015

BARENBERG, J., BERSE, T., & DUTKE, S. (2011). Executive functions in learning processes. Do they benefit from physical activity? *Educational Research Review*, 6, 208-222. doi:10.1016/j.edurev.2011.04.002. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3724411/>> Acesso em: 02 Jul 2015.

BARKLEY, R. A. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): guia completo e atualizado para os pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENCZIK, E.B.P. *Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BEST, J.. (2010) Effects of physical activity on children's executive function: Contributions of experimen- tal research on aerobic exercise. *Developmental Review*, v.30 (4).

BULA VENVANSE; FARMACÊUTICA SHIRE. Ritalina: metilfenidato. São Paulo: Novartis; 1998. (Bula de remédio)

BRZOWSKI, F. S. (2009). Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: medicalização, classificação e controle dos desvios. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.

BRZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificados. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro vol.19, no. 4, p.1165-1187, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a14.pdf>>. Acesso em: 10 jun.2015.

CALEGARO, M. (2002). Avaliação psicológica do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). in *Avaliações e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CAPONI, S. (2010). O diagnóstico de depressão, a “petite biologie” e os modos de subjetivação. In S. Caponi, M. Verdi, F. S. Brzozowski & F. Hellmann (Orgs.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica* (pp. 135-143). Palhoça, SC: Unisul.

COLLARES Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS Maria Aparecida Affonso. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação). *Série Ideias*, n. 23, São Paulo: FDE, 1994.

CONRAD, P. & SCHNEIDER, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philapelpia: Temple University Press

DSM-III (1980). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas

DSM-IV (1995). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas

FOUCAULT, M. (2001). Os anormais. São Paulo: Martins Fontes.

GAPIN, J. I.; LABBAN, J. D.; ETNIER, J. L. The effects of physical activity on attention deficit hyperactivity disorder symptoms: the evidence. *Preventive Medicine*, v 52, p. 570-574, 2011.

GOMES, M.; ANDRÉ PALMINI, A.; BARBIRATO, F.; ROHDE, L. A.; MATTOS, P. Conhecimento sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 56, n. 2, p.94-101, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a04v56n2.pdf>>. Acesso: em 17 Dez 2015.

GUARIDO, R. A Biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: Conselho Regional de Psicologia, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). *Medicalização de Crianças e Adolescentes - conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

HACKING, I. (2006). O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas – e suas interações. In M. Russo & S. Caponi (Orgs.). *Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas* (pp. 305-320). São Paulo: Discurso Editorial.

HALPERIN, J., HEALEY, D. (2011). The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: Can we alter the developmental trajectory of ADHD? *Neuroscience and biobehavioral Reviews*, v. 35 (3).

HOPKINS, MICHAEL E.; SHARMA, M; EVANS, GRETCHEN C.; BUCCI, DAVID J. Voluntary physical exercise alters attentional orienting and social behavior in a rat model of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavioral Neuroscience*, Vol. 123(3), Jun 2009, 599-606.

HUANG, C. J., HUANG, C. W., TSAI, Y. J., TSAI, T. L., CHANG, Y. K. & HÚNG, T. M. (2014). A Preliminary Examination of Aerobic Exercise Effects on Resting EEG in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2014, v.10.1177/1087.

ILLICH, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina* (3a. ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

ITABORAHY, C. *A ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo*. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.

LIMA, C. *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

MAHON, A., STEPHENS, B., & COLE, A. Exercise Responses in Boys with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Effects of Stimulant. *Journal of Attention Disorders*, v12 n2 p170-176. 2008.

MOYSÉS, M. A. A. *A institucionalização do invisível: Crianças que não aprendem na escola*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2001.

OLIVEIRA, A. B. de. O analfabetismo Motor ameaça nossas crianças. REVISTA DO CONFEF Nº 17 – Set. 2005. Disponível em: < <http://www.confef.org.br/extra/revistaef/show.asp?id=3594> > acesso em: 05 Fev.2014.

ONU. International Narcotics Control Board. Psychotropic substances: statistics for 2006: assessments of annual medical and scientific requirement. 2008.

ORTEGA, F. et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. Interface (Botucatu), Set 2010, vol.14, no.34, p.499-510. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1510.pdf>> . Acesso em: 22 jun.2015

PASTURA, G.; MATTOS, P. Efeitos colaterais do metilfenidato. Rev. psiquiatr. clín., 2004, vol.31, no.2, p.100-104. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a06v31n2.pdf> >. Acesso em: 10 jun.. 2015.

POETA, L. S.; ROSA NETO, F. Intervenção motora em uma criança com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH). Revista Digital – Buenos Aires. Año 10. No 89. Octubre de 2005. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd89/tdah.htm> Acessado em 17/12/2014.

POETA, L. S., & NETO, F. R. (2004). Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de florianópolis usando a EDAH. Revista Brasileira de Psiquiatria 26(3), 150-155.

ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Rev. Bras. Psiquiatr., Dez 2000, vol.22, suppl.2, p.07-11. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf> >. Acesso em 20 jun.2015

ROTTA, N. T. [et al.] Transtornos da Aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed,2006.

ROTHENBERGER, A.; BANASCHEWSKI, T. Mentes inquietas. Mente & Cérebro: O mundo da infância. Scientific American. Edição Especial, n. 20, p. 46-53, jan., 2005.

SILVA, A. B. B. Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. Rio de Janeiro: Napedes, 2003.

TIMIMI, S., MONCRIEFF, J., JUREIDINI, J., LEO, J., COHEN, D., WHITFIELD, C. et al. (2004). A critique of the International Consensus Statement on ADHD. Clinical Child and Family Psychology Review, 7(1), p. 59-63.

TRIVIÑOS, A. N. Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

Vigotsky, L. S. (1998). A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes

WEINBERG, R., GOULD, D. (2001). Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício. Porto Alegre: Artmed.