



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Educação Física

ENRIQUE MILUZZI ORTEGA

**OS EFEITOS DA PRÁTICA DO WUSHU EM CRIANÇAS COM DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

CAMPINAS
2016

ENRIQUE MILUZZI ORTEGA

**OS EFEITOS DA PRÁTICA DO WUSHU EM CRIANÇAS COM DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre em Educação Física na área de Atividade Física Adaptada.

***Orientador:* JOSÉ JÚLIO GAVIÃO DE ALMEIDA**

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DEFESA DE MESTRADO DEFENDIDA PELO ALUNO ENRIQUE MILUZZI ORTEGA, E ORIENTADA PELO PROF. DR. JOSÉ JÚLIO GAVIÃO DE ALMEIDA.

**CAMPINAS
2016**

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Educação Física
Andréia da Silva Manzato - CRB 8/7292

Or82e Ortega, Enrique Miluzzi, 1973-
Os efeitos da prática do Wushu em crianças com déficit de atenção e hiperatividade / Enrique Miluzzi Ortega. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: José Júlio Gavião de Almeida.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física.

1. Artes marciais. 2. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. 3. Artes marciais chinesas. I. Almeida, José Júlio Gavião. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação Física. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The effects of the practice of Wushu in children with attention deficit and hyperactivity

Palavras-chave em inglês:

Martial Arts
Attention deficit / hyperactivity disorder
Wushu

Área de concentração: Atividade Física Adaptada

Titulação: Mestre em Educação Física

Banca examinadora:

José Júlio Gavião de Almeida [Orientador]
Marcelo Moreira Antunes
Edison Duarte

Data de defesa: 29-11-2016

Programa de Pós-Graduação: Educação Física

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. José Júlio Gavião de Almeida

Orientador

Prof. Dr. Marcelo Moreira Antunes

Membro Titular

Prof. Edison Duarte

Membro Titular

OBS: A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DEDICATÓRIA

Ao Mestre Nereu Graballos

in memoriam

AGRADECIMENTOS

- Ao Deus único, imortal e invisível, sejam honra e glória para todo o sempre (1 Tm 1:17).
- Ariana Paula Citolin Ortega, minha esposa.
- Aos meus pais e irmãs: Enrique, Cezira, Elisa e Maria Ortega.
- Ao Prof Dr José Júlio Gavião de Almeida, amigo, orientador e seus familiares.
- Prof. Dr. Edison Duarte, Carmem Lúcia Soares, João Freire, Roberto Paes, Miguel Arruda, Marco Uchida, Malu Tanure, professores da FEF que me inspiram até hoje.
- Prof. Dr. Marcelo Moreira Antunes e Prof. Dr. Samuel Mendonça, mais do que amigos, co-orientadores, pesquisadores, incentivadores.
- Prof. Plínio Tsai e colegas da JWL e ATG, pela amizade, treinos e ensinamentos.
- Aos competentes funcionários da FEF: Dulce Augusto, Emerson Lopes, Beeroth de Souza, Rafael Vianna, Simone Ganade Ide, Mário Maggi, Paulo Lopes e Geraldo “Geraldinho” Porto, por me salvar sempre que precisei.
- Adauto Delgado Filho e Peggy Yu Pin Fang da VRERI UNICAMP,
- Mestres Tat Mau Wong, Francisco De Paula e Pedro Luiz Barbosa, meu primeiro professor de Kung Fu, grande amigo e exemplo do que é ser um professor - educador.
- Maria Eugênia Ortega Miluzzi pelas ilustrações.
- A equipe de funcionários, professores, alunos, pais e amigos da Academia Central Kung Fu Wushu Campinas.
- Aos amigos Francisco Hidalgo e Sueli Boccolli pelo aprendizado.
- Hugo Meirelles pelos poemas tão profundos.
- Norton Roman e Jorge Silva, pelas orientações científicas. E a Clélia Ferreira, pelas revisões.
- Colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas em Lutas (GEPL) e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Avaliação Motora Adaptada (GEPAMA) da FEF UNICAMP
- Aos amigos artistas marciais, independente de qualquer modalidade e estilo.
- Aos colegas que compõem a Gavião Corporation: Bruna, Romana, Thálita, Letícia, Gabriele, Letícia, Aline, Jalusa, Dieguinho e em especial Gabriela Harnisch e Maicon Pereira (Choko) pelo aprendizado e trabalhos produzidos em conjunto.
- Aquele que um dia deixou de comprar um pão para poder custear minha educação.

De coração, obrigado.

EPÍGRAFE

*“Um movimento suave
Se concentra na água e no ar
Isso faz você se acalmar
Use o equilíbrio e não use a força
E se concentre no chi
Isso se chama taichi”*

Tai Chi, poema de Hugo Meirelles

RESUMO

As lutas, artes marciais e esportes de combate (LAMEC) compreendem um vasto campo de conhecimento, adequado a pessoas de todas as idades (de crianças a idosos), gênero, e, não excludentemente, pessoas com deficiências. Entretanto, apesar de serem reconhecidas no meio acadêmico, as LAMEC têm uma participação ainda pouco expressiva na área de Atividade Física Adaptada. Neste sentido, o objetivo geral desta pesquisa consiste em investigar se as estratégias de ensino do *Wushu* (arte marcial chinesa mais conhecida como kung fu) são capazes de influenciar positivamente crianças com déficit de atenção e hiperatividade. Quanto ao método, a pesquisa é um estudo de caso, tendo como instrumento para a coleta de dados um questionário semiestruturado, composto de 12 perguntas, sendo dez fechadas e duas abertas. A amostra foi composta por sete responsáveis legais das crianças de cinco a 12 anos com características de déficit de atenção e hiperatividade que treinam na Academia Central Kung Fu Wushu - Campinas. Os dados foram submetidos a uma Análise de Conteúdo, na qual, tanto quantificação das questões objetivas e interpretação das respostas descritivas contribuíram para a abordagem qualitativa deste estudo. Como resultado, foram identificadas influências positivas após início do treinamento, principalmente a concentração e disciplina. Estas influências positivas foram atribuídas predominantemente à qualificação da equipe de professores e as características do Wushu. Como conclusão, sugere-se que a prática do *Wushu*, orientada por profissionais que tenham conhecimento sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e competência pedagógica, possa influenciar positivamente na disciplina e concentração de crianças com déficit de atenção e hiperatividade. Espera-se assim criar uma possibilidade de interlocução social que possa aprimorar a formação de pais, responsáveis e educadores quanto aos conhecimentos que envolvem as LAMEC e o TDAH, afim que estes tenham a capacidade de respeitar a individualidade, compreender as deficiências e ressignificar a dimensão pedagógica das LAMEC, tornando-as acessíveis a um maior número de pessoas.

Palavras-chaves: Artes Marciais. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Wushu Esporte.

ABSTRACT

Martial arts and combat sports are a large field of knowledge, appropriate for people of all ages (from children to elderly), gender, and people with disabilities. However, despite being recognized in academic circles, martial arts and combat sports still have a little participation in the field of Adapted Physical Activity. In this sense, the general objective of this research is to investigate whether the teaching strategies of *Wushu* (Chinese martial art, more known as kung fu) are able to be a positive influence in children with attention deficit and hyperactivity. The method in this research is characterized as a case study, descriptive character, having a semi-structured questionnaire composed of 12 questions, 10 closed and 02 open, as an instrument for data collection. The sample was composed of seven legal guardians of children 05 to 12 years old with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) practitioners in Academia Central Kung Fu Wushu, school of Chinese martial arts in the City of Campinas - SP - Brazil. The data were submitted to a Content Analysis which both quantification of objective questions and interpretation of descriptive responses contributed to the qualitative approach of this study. As a result were identified positive influences after beginning training, especially the concentration and discipline. These positive influences were attributed predominantly to the qualification of the teaching staff and Wushu characteristics. In conclusion, it is suggested that the practice of *Wushu*, guided by professionals who have knowledge of the Deficit Disorder Attention / Hyperactivity Disorder (ADHD) and pedagogical competence, can positively influence the discipline and concentration of children with attention deficit and hyperactivity. This is expected to create a possibility of social dialogue that can enhance the formation of parents, guardians and educators about the knowledge involved in the martial arts and combat sports aspects that relate to this universe, giving new meaning to their pedagogical dimension, making them accessible to a greater number of people.

Keywords: Martial Arts. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Wushu Sport.

RESUMEN

Artes marciales y deportes de combate son un gran campo de conocimiento, adecuado para personas de todas las edades (desde niños a ancianos), género y también personas con discapacidad. Sin embargo, a pesar de tener el reconocimiento en los círculos académicos, artes marciales y deportes de combate todavía tienen poca participación en el la área de la Actividad Física Adaptada. En este sentido, el objetivo general de esta investigación es investigar si las estrategias de enseñanza de *Wushu* (arte marcial china, más conocida como kung fu) han de ser capaces de influir positivamente en los niños con hiperactividad y déficit de atención. El método de esta investigación se caracteriza por ser un estudio de caso, con un cuestionario semi-estructurado compuesto por 12 preguntas, 10 cerradas y 02 abiertas, como instrumento de recolección de datos. La muestra se compone de siete responsables legales de niños de cinco a 12 años con déficit de atención y hiperactividad, practicantes de la Academia Central Kung Fu Wushu, escuela de artes marciales chinas en la ciudad de Campinas - SP - Brasil. Los datos fueron sometidos a un Análisis de Contenido en que tanto la cuantificación de preguntas objetivas y la interpretación de las respuestas descriptivas contribuyeron al enfoque cualitativo de este estudio. Como resultado fueron atribuidas influencias positivas después del inicio del entrenamiento, especialmente la concentración y la disciplina. Estas influencias positivas fueron atribuidas principalmente a la calificación del equipo docente y las características del *Wushu*. En conclusión, se sugiere que la práctica del *Wushu*, orientada por profesionales que tengan conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH) y competencia pedagógica, puede influir positivamente en la disciplina y la concentración de niños con déficit de atención e hiperactividad. También se espera crear una posibilidad de diálogo social para primorear la formación de los padres, responsables y educadores acerca de la enseñanza de las artes marciales y deportes de combate con los aspectos se refieren a este universo, proporcionando un nuevo significado a su dimensión pedagógica, haciéndolas accesible a un mayor número de personas.

Palabras clave: Artes Marciales. Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH). Wushu Deporte.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Esportes de Combate ou Luta nos Jogos Olímpicos e Paralímpicos Rio 2016 20

Créditos logotipos e pictogramas:

Comitê Organizador Jogos Olímpicos e Paralímpicos Rio 2016

<https://www.rio2016.com/marca>

Características do *Wushu* 31

Práticas do *Wushu* 32

Créditos ilustrações:

Maria Eugênia Ortega Miluzzi

www.meom.com.br

LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

Tabela 1: Cronologia Chinesa.....	24
Tabela 2: Histórico da nomenclatura, sintomas e critérios de definição do TDAH.....	35
Tabela 3: TDAH Infantil e comorbidades.....	51
Tabela 4: Prevalência dos estudos.....	53
Quadro 1: Esportes de Combate ou Luta nos Jogos Olímpicos e Paralímpicos Rio 2016.....	20
Quadro 2: Características do <i>Wushu</i>	31
Quadro 3: Práticas do <i>Wushu</i>	32
Quadro 4: Possibilidades do <i>Wushu</i> para PCD.....	33
Quadro 5: Critérios diagnósticos da CID-10 para transtornos hipercinéticos.....	40
Quadro 6: Critérios diagnósticos para o TDAH pelo DSM-5.....	42
Quadro 7: Apresentações do TDAH pelo DSM-5.....	44
Quadro 8: Outras apresentações do TDAH pelo DSM-5.....	44
Quadro 9: Avaliação da gravidade do TDAH.....	44
Quadro 10: Graduação Turma dos Tigres (5 - 8 anos).....	83
Quadro 11: Graduação Turma Infantil (9 - 12 anos).....	83
Gráfico 1: Propósitos ao iniciar prática do <i>Wushu</i>	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA	Associação Brasileira de Déficit de Atenção
APA	<i>American Psychiatric Association</i> (Academia Americana de Psiquiatria)
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBKW	Confederação Brasileira de Kungfu/Wushu
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - Décima edição
COB	Comitê Olímpico Brasileiro
COI	Comitê Olímpico Internacional
CPB	Comitê Paralímpico Brasileiro
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth edition</i> (Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Distúrbios Mentais - Quinta edição)
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth edition</i> (Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Distúrbios Mentais - Quarta edição)
EFE	Educação física escolar
FEF	Faculdade de Educação Física
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICKF	<i>Internacional Chinese Kuoshu Federation</i> (Federação Internacional de Arte Marcial Chinesa)
IPC	<i>International Paralympic Committee</i>
IWUF	<i>Internacional Wushu Federation</i> (Federação Internacional de Wushu)
LAMEC	Lutas, Artes Marciais e Esportes de Combate
MMA	<i>Mixed Martial Arts</i> (Artes Marciais Mistas)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCD	Pessoa Com Deficiência
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
TCC	Tai Chi Chuan
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	19
1.1 Justificativa.....	21
1.2 Objetivo Geral.....	22
1.2.1 Objetivos Específicos.....	22
1.3 Hipóteses.....	22
2 – REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 O <i>Wushu</i>	23
2.1.1 A história do <i>Wushu</i>	25
2.1.2 Características, Práticas e Objetivos do <i>Wushu</i>	30
2.1.3 O Ensino do <i>Wushu</i> para Pessoas Com Deficiências.....	33
2.2 O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	34
2.2.1 Definição e Aspectos Históricos.....	34
2.2.2 Critérios Diagnósticos.....	35
2.2.3 Etiologia.....	47
2.2.4 Comorbidades.....	50
2.2.5 Epidemiologia.....	52
2.2.6 Tratamento.....	54
2.2.7 Prognóstico.....	59
2.2.8 Controvérsias.....	60
3 – METODOLOGIA	64
3.1 Especificação do tipo de estudo.....	64
3.2 Local da pesquisa.....	64
3.3 Características gerais da amostra.....	65
3.4 Critérios de inclusão, exclusão, encerramento ou suspensão.....	66
3.5 Descrição dos métodos que afetam os sujeitos do experimento.....	66
3.6 Identificação das fontes de obtenção do material da pesquisa.....	66
3.6.1 Instrumento para coleta de dados.....	67
3.6.2 Procedimentos para coleta de dados.....	67
3.6.3 Análise dos dados.....	67
3.6.5 Considerações éticas.....	68

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
4.1 Seleção da amostra.....	69
4.2 Idade.....	70
4.3 Gênero.....	70
4.4 Propósitos ao iniciar a prática do <i>Wushu</i>	71
4.5 Sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade.....	73
4.6 Profissionais e instrumentos para diagnóstico do TDAH.....	74
4.7 Tempo de treino e utilização de medicação.....	75
4.8 Considerações sobre as influências positivas da prática do <i>Wushu</i> em crianças com sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade.....	77
5 – O ENSINO DO WUSHU PARA CRIANÇAS COM DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	81
5.1 Descrição das aulas para crianças da academia Central Kung Fu – Wushu Campinas	81
5.2 A Lei da Adaptação do Kung Fu: “ <i>Be water, my friend</i> ”	84
5.3 Considerações sobre o conhecimento, capacidade de adaptação e a competência do professor.....	85
5.3.1 Conhecimento específico.....	85
5.3.2 Capacidade de adaptação.....	88
5.3.3 Competência do professor.....	90
5.4 Benefícios psicossociais do ensino do <i>Wushu</i> para crianças com déficit de atenção e/ou hiperatividade.....	91
5.4.1 Socialização.....	92
5.4.2 Regras e rotina.....	93
5.4.3 Limites.....	96
5.5 O ato de educar através das artes marciais.....	99
6 – CONCLUSÃO	102
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104

APÊNDICES

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	115
Apêndice II – Instrumento para Coleta de Dados.....	117

ANEXOS

Anexo I – Carta de Anuência da FPKF para Pesquisa.....	119
Anexo II – Parecer Consubstanciado do CEP.....	120
Anexo III – SNAP – IV Questionário Escolar e Familiar para Crianças e Adolescentes da Associação Brasileira de Déficit de Atenção.....	124
Anexo IV – Termo de autorização de uso de poesias.....	126

APRESENTAÇÃO

*A realidade é que já tenho um
caminho traçado na vida...
As artes marciais fundem-se em meu corpo
O Kung Fu, como forma de arte e filosofia de vida,
rege minha consciência,
equilibra minhas reflexões
e conduz as minhas ações.*

(ORTEGA, 1998)

Figuradamente sou filho da UNICAMP, meus pais se conheceram nesta universidade, cursei filosofia por dois anos, 1992-1993, me formei bacharel em Treinamento Esportivo em 1997. Meus orientadores foram o Dr. Miguel Arruda e Dr. Jose Júlio Gavião de Almeida, tendo como tema minha preparação física para o ICKF *The 8th World Cup Chinese Kuoshu Championship Tournament* em Taiwan 1996. Também sou formado em licenciatura em 1998, co-orientado pela Dra. Carmem Lúcia Soares e Dr. Jose Júlio Gavião de Almeida, tendo como tema as lutas na educação física escolar.

No período de 1999 a 2011, priorizei o trabalho na minha academia de artes marciais, mas, nunca abandonei a FEF. De 1996 a 2016, participei todos os anos como professor convidado nas disciplinas EF 315 - Luta turma B (noturno), EF 315 - Luta turma A (diurno) ministrando a aula sobre Kung Fu. Em minha academia, sempre incentivei instrutores e alunos interessados em dar aulas de artes marciais a estudarem, em especial, se graduarem em educação física.

Sempre busquei conhecimento, atualizando-me constantemente na minha área de atuação, com experiências internacionais nos Estados Unidos (1993, 1995, 1996, 2005, 2007, 2010) e China (2012 e 2014). Fui técnico da seleção feminina no Mundial de 2007, auxiliar técnico nas Olimpíadas de Pequim 2008, chefe da delegação brasileira no Festival Mundial de Kung Fu de 2010 em Shyan, China. Além de diretor de *Wushu* tradicional na FPKF e CBKW de 2007 a 2011.

Em 2011, por incentivo do Mestre Nereu Graballos, de minha esposa Ariana Ortega, do Dr. Marcelo Antunes, do Dr. Samuel Mendonça e do Dr. Jose Júlio Gavião de Almeida retomei os estudos acadêmicos através do Grupo de Estudos e Pesquisas em Lutas na FEF.

Em 2012, no processo seletivo de mestrado da FEF UNICAMP, fui reprovado. Em 2013, aprendi a ser mais humilde, a reconhecer estudos que vão além da graduação, aprendi a estudar academicamente, fui aprovado.

Surpreendi-me ao ver a utilização novas tecnologias e como alcançar vãos maiores. Em 2014, aprendi sobre as novas tendências da Pedagogia do Esporte com o Prof. Dr. Roberto Paes e através do Programa Cooperação Mundial, com o apoio de Aduino Delgado Filho, Peggy Yu Pin Fang e funcionários da Vice-Reitoria Executiva de Relações Internacionais (VRERI) UNICAMP, fiz parte de uma equipe com Dr. Marcelo Antunes, Dr. José Júlio Gavião de Almeida e Plínio Tsai que representou a FEF UNICAMP em visitas técnicas a seis instituições de ensino, pesquisa e extensão de Educação Física e Wushu em Pequim, na China.

Neste mestrado tive o privilégio de sentir novamente como é bom trabalhar com uma boa equipe (a “família Gavião”, Gaby, Choko, Romana, Gustavo, Vivian), quando atuei no Programa de Estágio Docente (PED) da disciplina EF 315 Lutas do Prof. Dr. Marco Uchida.

Assim, escolhi o tema Lutas, Artes Marciais e Esportes de Combate (LAMEC) por este estar intimamente presente em meu cotidiano. As lutas, mais precisamente o *Wushu*, a arte marcial chinesa, conhecida no Ocidente como Kung Fu, fazem parte de minha vida, são uma forma de realização pessoal, trabalho e, depois de 16 anos, um novo estudo.

A escolha do tema crianças com déficit de atenção e hiperatividade vem dos relatos de pais da Academia Central Kung Fu Wushu – Campinas que contam como seus filhos tiveram significativas melhoras da retenção da atenção e controle da hiperatividade.

Portanto, proponho-me a elaborar uma dissertação tendo a seguinte pergunta como tema de estudo: “Qual a influência do ensino, vivência e aprendizagem das artes marciais, mais especificamente o *Wushu*, em crianças de cinco a 12 anos de idade com déficit de atenção e hiperatividade?”.

1 INTRODUÇÃO

As lutas, artes marciais e esportes de combate (LAMEC)¹ têm conquistado cada vez mais praticantes e consumidores em todo o mundo. Estão presentes nas brincadeiras de rua, filmes, desenhos, revistas, jogos eletrônicos, academias de ginástica e outros espaços de treino.

Seu ensino abrange desde a iniciação ao esporte de alto rendimento visando competições organizadas por ligas e federações esportivas (campeonatos nacionais, internacionais e mundiais), Comitê Olímpico Internacional (COI) e mais recentemente o Comitê Paralímpico Internacional (IPC) e organizações de *Mixed Martial Arts* (MMA).

No maior evento esportivo do planeta, os Jogos Olímpicos de verão, as LAMEC também estiveram presentes. Segundo o Comitê Organizador dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos Rio 2016, são cinco as modalidades de combate ou luta presentes nos jogos olímpicos e duas nos jogos paralímpicos. Esta informação é divulgada através do seu programa educacional Transforma (2014), que utiliza os conceitos de Devis e Peiró (1992) e Castejón (1995) para agrupar as modalidades por similaridade de movimentos, ações ou local de execução. Conforme quadro 1.

Nas próximas Olimpíadas e Paralimpíadas, mais dois esportes de combates farão parte deste quadro. Em 31/01/15, na cidade de Abu Dabhi, durante a reunião do Comitê Paralímpico Internacional (IPC) foi anunciada a estréia do Para-Taekwondo como um dos 22 esportes paralímpicos de Tóquio 2020².

Em 03/08/16, durante a 129ª reunião do Comitê Olímpico Internacional (COI) na cidade do Rio de Janeiro, o Karatê foi oficializado como um dos cinco esportes a serem adicionados nos próximos Jogos Olímpicos de Tóquio 2020³.

¹ Para fins deste estudo, considerou-se que as palavras “lutas, artes marciais e esportes de combate” podem ser utilizadas como terminologias agregadas e sinônimas, visto que “artes marciais e esportes de combate” são termos preferencialmente empregados como referência internacional, ao passo que “lutas” é amplamente utilizado no Brasil.

² Fonte Federação Internacional de Taekwondo (WTF): <http://www.worldtaekwondofederation.net/taekwondo-included-on-tokyo-2020-paralmpic-programme>. Acesso em 09/10/16.

³ Fonte: Comitê Olímpico Internacional (COI): <https://www.olympic.org/news/ioc-approves-five-new-sports-for-olympic-games-tokyo-2020>. Acesso em 10/10/16.

Quadro 1: Esportes de Combate ou Luta nos Jogos Olímpicos e Paralímpicos Rio 2016

Esportes Olímpicos		Esportes Paralímpicos	
Boxe			
Judô		Judô	
Esgrima		Esgrima em cadeira de rodas	
Luta Olímpica			
Taekwondo			

Fonte: Comitê Organizador Jogos Olímpicos e Paralímpicos Rio 2016.
Logotipos e pictogramas: <https://www.rio2016.com/marca>

Na área da educação formal, as LAMEC ganharam destaque com a publicação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997), ao considerarem as lutas como conteúdo da cultura corporal. O pressuposto básico é que, quando bem orientadas, elas podem colaborar positivamente para o desenvolvimento físico, mental e emocional dos seus praticantes, contribuindo, assim, para a construção de uma sociedade melhor.

As LAMEC compreendem um vasto campo de conhecimento, adequado a pessoas de todas as idades (de crianças a idosos), gênero, e, não exclusivamente, pessoas com deficiências.

1.1 Justificativa

Apesar de serem reconhecidas no meio acadêmico, as LAMEC têm uma participação pouco expressiva tanto na área de Educação Física Escolar, quanto na área da Atividade Física Adaptada.

Ferreira (2006) cita motivos da exclusão das lutas das aulas de Educação Física Escolar apresentados pelos professores entrevistados:

Não tinham instrução para lecionar tal atividade (14 - 41,17%); que a escola não oferecia condições estruturais para a realização das práticas de lutas (oito - 23,52%); que achavam que o conteúdo de lutas era inadequado para o ambiente escolar (seis - 17,64%); e que não havia especialistas disponíveis para receber ajuda sobre o tema (seis - 17,64%) (FERREIRA, 2006, p.43).

Antunes (2009) ressalta a carência na produção de publicações de caráter pedagógico:

Entretanto as lutas e artes marciais são temas que ainda carecem de estudos e aprofundamentos teóricos que permitam um entendimento amplo sobre as possibilidades de uso como conteúdo pedagógico na educação física escolar. Por certo podemos afirmar que esses conteúdos são explorados de forma sub-valorizadas no sentido de contribuir para a formação do homem integral em nossa sociedade. Cabe aos professores de educação física explorar esses conteúdos, a exemplo dos demais desportos, de forma a integrá-los como um forte instrumento educacional que auxilia na práxis educacional da educação física (ANTUNES, 2009, p.9).

Aliado aos dados acima citados, ainda há o preconceito dos pais perante uma atividade de contato, que, quando mal direcionada, pode ser utilizada como forma de violência.

Esta é a realidade que nos defrontamos quando vemos o ensino das LAMEC associado a brigas da rua, em festas, no interior das escolas, em torcidas organizadas e outros. Verifica-se assim, que a violência e a má utilização no ensino das LAMEC constituem um preconceito social.

Da mesma forma, Dos Santos e Navarro (2012, p. 48) afirmam que “portadores de TDAH, em muitas situações, são vítimas de preconceito, vistos como um “problema” sem solução, mal-educados e desobedientes, muitas vezes até pelos próprios pais”.

Entretanto, estudar estes fenômenos e romper estes preconceitos é tarefa das universidades. Logo, uma investigação de mestrado que tematiza, de forma rigorosa, as LAMEC e sua prática por crianças com déficit de atenção e hiperatividade, poderá constituir a

relevância acadêmica e social necessárias para que pais, responsáveis e educadores respeitem a individualidade, compreendam as deficiências e ressignifiquem a dimensão pedagógica das LAMEC, tornando-as acessíveis a um maior número de pessoas.

1.2 Objetivo Geral

O objetivo geral desta pesquisa consiste em investigar se as estratégias de ensino, vivência e aprendizagem do *Wushu* são capazes de influenciar positivamente crianças de cinco a 12 anos de idade com déficit de atenção e hiperatividade.

1.2.1 Objetivos específicos

Os objetivos específicos estão assim formulados:

- (i) Levantar o estado do conhecimento sobre *Wushu* e TDAH na área de Atividade Física Adaptada;
- (ii) Fornecer subsídios para que pais, responsáveis e educadores sejam capazes de ressignificar a dimensão pedagógica das LAMEC, tornando-as acessíveis a um maior número de pessoas.

1.3 Hipóteses

Através de uma pesquisa bibliográfica preliminar, pode-se afirmar que há uma carência de estudos no Brasil que abordem as influências do ensino das artes marciais em crianças com déficit de atenção e hiperatividade.

Baseado em uma experiência de mais de vinte anos do ensino das artes marciais para crianças, sugere-se a hipótese de que as artes marciais podem influenciar positivamente as crianças com déficit de atenção e hiperatividade.

Essa hipótese baseia-se em três aspectos: (i) o desenvolvimento motor, cognitivo e social de crianças durante o treinamento de *Wushu*; (ii) o relato de pais e responsáveis legais e (iii) o feedback de profissionais da saúde e pedagogos sobre crianças com déficit de atenção e hiperatividade que praticam *Wushu* na academia Central Kung Fu Wushu - Campinas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão conceituados, com base na literatura científica, o *Wushu* e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Esta conceituação propiciará o conhecimento necessário para compreender o trabalho desenvolvido na Academia Central Kung Fu Wushu - Campinas, local de desenvolvimento desta pesquisa.

Sobre o *Wushu* serão apresentados: a sua história; características; distintas possibilidades práticas e diferentes objetivos. Dada a necessidade de adaptação das atividades para favorecer o acesso a inclusão social, será abordado como a literatura atual trata o ensino do *Wushu* para Pessoas Com Deficiências.

Sobre o TDAH serão abordados: sua definição; aspectos históricos; diferentes critérios diagnósticos; teorias sobre a origem (etiologia); as várias patologias associadas (comorbidades); estudos sobre a frequência e distribuição na população (epidemiologia); as diferentes formas de tratamento; os prováveis cursos decorrentes do tratamento escolhido (prognóstico) e as suas principais controvérsias médicas, econômicas e sociais.

2.1 O *Wushu*

A China é um país de lendas... Mestre Nereu Graballos (1959 - 2013), técnico da seleção brasileira por 20 anos (1991 - 2010) e presidente da Confederação Brasileira de Kungfu/Wushu (CBKW) por 12 anos (1999 a 2010), dizia que “para entender o *Wushu* é necessário conhecer a cultura do povo chinês”. Assim, dada a enorme diversidade daquela nação, existem diferentes interpretações para origem de uma mesma prática, algumas delas são baseadas em lendas, como, por exemplo, sobre a origem do *Wushu*.

A arte marcial chinesa que o ocidente conhece pelo nome “Kung Fu” (功夫), na China continental utiliza-se o termo “*Wushu*” (武术). De acordo com Guangxi (2011, p. 4), o *Wushu* foi chamado em tempos antigos de "luta corajosa" e "ataque com habilidade" e no Período da República da China (1912 a 1949) de "arte nacional". Hoje é tratado pelos chineses como um “rico patrimônio cultural de sua nação, bem como uma contribuição para a civilização humana” (GUANGXI, 2011, p. 1).

Para melhor entendimento dos períodos históricos da China, recomenda-se conhecer a cronologia das dinastias chinesas na tabela a seguir:

Tabela 1: Cronologia Chinesa (Chinês-Português)

五帝 Período dos Cinco Imperadores		2900 – 2000 A.C.		
夏 Dinastia Xia		2070 – 1600 A.C.		
商 Dinastia Shang	商前朝 Shang Anterior	1600 – 1046 A.C.	1600 – 1300 A.C.	
	商后朝 Shang Posterior		1300 – 1046 A.C.	
周 Dinastia Zhou	西周 Dinastia Zhou Ocidental	1046 – 256 A.C.	1046 – 771 A.C.	
	东周 Dinastia Zhou Oriental		770 – 256 A.C.	
	春秋 Período da Primavera e Outono		770 – 476 A.C.	
	战国 Período dos Reinos Combatentes		475-221 A.C.	
秦 Dinastia Qin		221 – 206 A.C.		
汉 Dinastia Han	西汉 Dinastia Han Ocidental	206 – 220 A.C.	256 A.C. – 25 D.C.	
	东汉 Dinastia Han Oriental		25 – 225 D.C.	
三国 Dinastia dos Três Reinos	魏 Wei	220 – 280	220 – 265	
	蜀汉 Shu Han		221 – 263	
	吴 Wu		222 – 280	
晋 Dinastia Jin	西晋 Dinastia Jin Ocidental	265 – 420	265 – 317	
	东晋 Dinastia Jin Oriental		317 – 420	
南北朝 Dinastias do Norte e do Sul	南南朝 Dinastias do Sul	宋 Song	420 – 589	
			齐 Qi	479 – 502
			梁 Liang	502 – 557
			陳 Chen	557 – 589
	北朝 Dinastias do Norte	北魏 Wei do Norte	386 – 534	
			东魏 Wei Oriental	534 – 550
		北齐 Qi do Norte	550 – 577	
		西魏 Wei Ocidental	535 – 556	
		北周 Zhou do Norte	557 – 581	
隋 Dinastia Sui		581 – 618		
唐 Dinastia Tang		618 – 907		
五代 Cinco Dinastias	后梁 Liang Posterior	907 – 960	907 – 923	
	后唐 Tang Posterior		923 – 936	
	后晋 Jin Posterior		936 – 946	
	后汉 Han Posterior		947 – 950	
	后周 Zhou Posterior		951 – 960	
宋 Dinastia Song	北宋 Dinastia Song do Norte	960 – 1279	960 – 1127	
	南宋 Dinastia Song do Sul		1127 – 1279	
辽 Dinastia Liao		907 – 1125		
金 Dinastia Jin		1115 – 1234		
元 Dinastia Yuan		1206 – 1368		
明 Dinastia Ming		1368 – 1644		
清 Dinastia Qing		1616 – 1911		
中華民國 República da China		1912 – 1949		
中华人民共和国 República Popular da China		1949 –		

Fonte: LI, G. (2011)

2.1.1 História do *Wushu*

De acordo com Guangxi (2011, p. 1) “o *Wushu* tem origem da luta do homem nos tempos antigos contra animais selvagens e guerra entre tribos”. Segundo Chung (1997) e Bian (2010) apud Antunes (2013a, p. 36): o *Wushu* teve sua origem por volta do ano 2698 a.C., “época do Imperador Amarelo (皇帝, Huángdì), no momento em que o povo chinês inicia a construção de sua história civilizada”. O Imperador Amarelo tornou-se conhecido por derrotar o exercito de Chi You (蚩尤), que utilizava capacetes com chifres para atacar seus adversários. Para comemorar e lembrar esta vitória eram realizadas festas com jogos onde soldados paramentados de capacetes com chifres tentavam perfurar uns aos outros. Com o tempo, para evitar lesões, foram desenvolvidas técnicas marciais para escapar e derrubar os adversários que utilizavam chifres. Assim foi o inicio da sistematização da mais antiga arte marcial chinesa, o Shuaijiao (摔角), que significa, literalmente, “chifrar e derrubar”.

Com o passar do tempo, novas técnicas foram sendo desenvolvidas e aprimoradas. Guangxi (2011, p. 1) cita que no "Livro das Odes" (詩經) escrito no Período da Primavera e Outono (770-476 a.C.), foram descritas práticas de arte marcial, e no “Livro dos Ritos” (禮記), datado da Dinastia Han Ocidental (206 a.C. a 24 d.C.) há relatos de torneios de artes marciais.

Durante este período houve um desenvolvimento de técnicas de combate com e sem armas. O *Wushu* não se restringiu a formação de soldados, começou a ser praticado pela população com propósitos não só de defesa pessoal, mas também de melhora da saúde e entretenimento, conforme verificamos na publicação da *International Wushu Federation* (IWUF, 2014, p. 14):

Through the Shang Dynasty (approx.1556 BC to 1046 BC), Western Zhou period (1046 BC to 771 BC), Spring and Autumn Period (771 BC to 476 BC) and the Warring States period (481 BC to 221 BC) we see *Wushu* further evolve into specialized armed and unarmed combat methods as well as the emergence of sophisticated weapons for warfare. During these times, *Wushu* was not only practiced by troops, but was also popular and practiced by the common people as a means of self-defense, health improvement as well as entertainment (IWUF, 2014, p. 14).

Nos períodos das dinastias *Qin* (221 a.C. a 206 a.C.), *Han* (206 a.C. a 220 d.C.) e *Tang* (618 d.C. a 907 d.C.) a “China viveu seu período de unificação e foi estabelecido um Império Central, os períodos de guerra se intensificaram, e assim a necessidade de criação de novas tecnologias e sistemas de luta” (IWUF, 2014, p. 14, tradução própria).

De 960 d.C. a 1644 d.C. a pólvora começou a fazer parte do arsenal militar. Entretanto, as armas “frias” ainda eram utilizadas em combate. Por essa razão, sistemas de *Wushu* foram absorvidos, desenvolvidos e padronizados pelos militares. O *Wushu* popular também presenciou seu maior desenvolvimento. As artes marciais foram divididas em três categorias principais: ***Gong Fa*** (desenvolvimento através de prática de habilidades); ***Taolu*** (prática de rotinas) e ***Ge Dou*** (prática de combate) (IWUF, 2014).

Durante a Dinastia *Qing* (1644 d.C. - 1911 d.C.) as armas de fogo foram gradualmente substituindo a utilização de armas frias, por essa razão, o *Wushu* passou a ser mais praticado por cidadãos comuns. Sobre a introdução das armas de fogo e sua influencia sobre as funcionalidades do *Wushu*, Antunes (2016) aponta que:

Assim, inicia-se a troca da prerrogativa da prática da arte marcial com instrumentos antigos, ou seja, lanças, espadas, facões e outros mais, pelo treinamento com armas de fogo. É nesse momento que a arte marcial começa a ser secundarizada do ponto de vista das instituições militares, que detinham o poder nessa época, o poder de conquista, o poder de dominação. Desse modo, prioriza-se o treinamento que está além da arte marcial original, o treinamento militar baseado na arma de fogo e do combate a longa distância. Nesse momento histórico as artes marciais se tomam coadjuvantes de um processo social e cultural (ANTUNES, 2016, p.31).

Neste período houve uma fusão do uso do *Wushu* com a medicina tradicional, o que aprimorou ainda mais a sua funcionalidade como atividade para a preservação e promoção da saúde. Também se intensificaram as miscigenações com teorias e filosofias (IWUF, 2014).

Neste sentido, Meir Shahaar, pesquisador da arte marcial chinesa, conclui que:

A arte marcial chinesa é um sistema multifacetado de autocultivo físico e mental, que possui diversas aplicações, da saúde e bem-estar a performances teatrais, do esporte competitivo à evolução religiosa, da autodefesa à rebelião armada. Essa versatilidade é que contou para a vitalidade da tradição diante de dramáticas mudanças das condições sociais e políticas. A combinação única, nas artes marciais, de objetivos militares, terapêuticos e religiosos fez com que elas se tornassem igualmente atraentes para jovens e idosos, mulheres e homens, rebeldes e letrados, poderosos e necessitados em todo o mundo (SHAHAR, 2011, p.304).

Autores como Henning (1981), Theeboom e De Knop (1997), Ping e Shouzhi (2007), Sharar (2011), Li (2011) e Antunes (2016), são unânimes em afirmar que duas referências da introdução das práticas médicas, filosóficas e religiosas no *Wushu* são o Templo Budista de *Shaolin* (少林), construído em 495 d.C. na Província de *Henan* (河南) e

os Monastérios Taoistas de *Wudang* (武当), tendo sua primeira edificação iniciada em 1119 d.C., na Província de *Hubei* (河北).

Em seus estudos sobre *Shaolin*, Antunes, (2016, p. 43) diz que: “Apesar de ter sido fundado durante a dinastia do Sul e do Norte (420-589), foi durante a dinastia *Tang* (618-907) que surgiram as primeiras evidências da prática de *wushu* pelos monges que lá residiam”.

Referindo-se a *Wudang*, a *Internatinonal Wushu Federation* publicou que: “o taoísmo, quando combinado sistematicamente com práticas de *Wushu*, originou estilos populares como o *Xingyi Quan*, *Bagua Zhang* e *Taiji Quan*” (IWUF, 2014, p. 15).

Antunes (2016, p. 43) diferencia as influências do Budismo e Taoísmo no *Wushu*:

O Budismo incluiu as técnicas meditativas e a ética no sentido da preservação de todos os seres e valorização da vida. O Taoísmo introduziu o pensamento cosmológico e a busca do equilíbrio entre as forças naturais *yin* (阴) e *yang* (阳), o que favorece uma vida mais harmônica entre o homem e a natureza, além do homem com seu meio social (ANTUNES, 2016, p. 43).

As derrotas sofridas nas Guerras do Ópio (1839-1842 e 1856-1860), Rebelião Taiping (1850-1864), a primeira guerra Sino-Japonesa (1894-1895) e a Rebelião dos Boxers (1898-1901), bem como as concessões realizadas à Aliança das Oito Nações (Áustria-Hungria, França, Império Alemão, Itália, Japão, Rússia, Reino Unido e Estados Unidos da América) feriram o orgulho patriótico chinês e segundo Acevedo e Cheung (2011, p. 37) “serviram para consolidar a imagem do povo chinês como *os homens doentes da Ásia*”.

Buscando erradicar esta imagem o governo da República da China (1912-1949) viu nas artes marciais um modo de restaurar o patriotismo e proteger a nação dos inimigos estrangeiros. Tanto, que as artes marciais passaram a ser denominadas *Guoshu* (国术), que pode ser traduzido literalmente por *Artes Nacionais* (ACEVEDO; CHEUNG, 2011).

A fundação de centros especializados em esportes e *Wushu* como a Associação Esportiva Jing Wu (精武体育会) em Shanghai, 1910, e a Academia Central de Guoshu (中央国术馆) em Nanjing, 1928, foram muito relevantes para a sistematização, promoção e desenvolvimento das artes marciais por toda a China.

Outras conquistas realizadas neste período foram: a inclusão do *Wushu* na grade curricular dos esportes escolares; a inclusão em competições esportivas nacionais, como os Jogos Nacionais Chineses de *Wushu* em Shanghai, 1923 e os Terceiros Jogos Nacionais da China, em 1929.

Filipiak (2010) cita que foi criada uma Equipe Chinesa de Artes Marciais Nacionais que se apresentou em Cingapura, Malásia e outros países no Leste e Sudeste Asiático, bem como apresentações no Ocidente, como, por exemplo, durante os Jogos Olímpicos de Berlim, em 1936. O objetivo era popularizar as artes marciais chinesas, e mostrar ao mundo o *Guoshu* como um tesouro nacional e um símbolo de identidade cultural da China.

Após a Revolução Comunista de 1949, houve por parte do governo de Mao Zedong perseguição às escolas de *Wushu*, principalmente àquelas relacionadas ao Partido Nacionalista Chinês (Kuomintang 中國國民黨) de Chiang Kai-shek.

Theeboom et al. (2015) afirmam que mudanças drásticas ocorreram neste período, as performances artísticas, o processo de esportivização e as práticas voltadas para a saúde foram controladas e fomentadas com o propósito ideológico do Partido Comunista Chinês (中国共产党), enquanto que as práticas de combate, fortalecimento do corpo e espiritualidade foram reprimidas, por serem consideradas retrógradas e “muito violentas”.

Filipiak (2010, p. 36) corrobora estas informações quando afirma que houve uma “ruptura radical com caráter holístico original e completo” do *Wushu*, e que a esportivização “reduziu a relevância das idéias filosóficas e pensamentos religiosos da sua prática”.

Segundo Antunes (2016, p. 20) houve neste período grande “êxodo de chineses, incluindo os mestres de *wushu*, que fugiram da guerra, da opressão e da instabilidade civil, em busca de novas oportunidades e de uma vida melhor em terras distantes”.

Por outro lado, houve uma aproximação do *Wushu* com o padrão ocidental de ciência, através de pesquisas acadêmicas e uma sistematização pedagógica que possibilitou a prática do *Wushu* por não só grande parte da população chinesa, mas do mundo todo (THEEBOOM et al. 2015). Filipiak (2010, p. 36) ressalta que o “processo de modernização criou novas formas de organização que ajudaram a popularizar as artes marciais”.

Um exemplo desta disseminação é a forma 24 simplificada do Tai Chi Chuan (TCC) estilo Yang sintetizada em 1956 pela *Chinese National Council of Sports and Physical Education* de Pequim. Li, Hong e Chan (2001, p. 148) afirmam que “o Governo Chinês e vários departamentos da saúde, educação e esportes se uniram em prol de promover a forma 24 TCC entre a população, bem como tornar seu ensino como conteúdo obrigatório em universidades”. A prática se disseminou tanto entre a população, que ainda nos dias de hoje é amplamente praticada pela população. Li, Hong e Chan (2001, p. 148) afirmam que “milhões

de pessoas praticam o TCC, nos dias de hoje, é uma das mais populares práticas de atividade física, especialmente entre a população mais idosa da China”.

A partir das décadas de 1960 e 1970, o *Wushu* começou a ser mais conhecido no Ocidente pelo termo “Kung Fu”, devido a ser esta a nomenclatura utilizada pela indústria cinematográfica de Hong Kong. Bruce Lee no papel de Kato na série de TV americana “O Besouro Verde” (1966 a 1967) e depois em seus filmes (1971 - 1973); o filme “Drunken Master” (1978), estrelado por Jackie Chan; a série de filmes “Era Uma Vez na China” (1991-1997) e “Mestre das Armas” (2006), estrelados por Jet Li; a série “Kung Fu” (1971-1975), com o ator David Caradine; “Matrix” (1999), com Keanu Reeves; “Crouching Tiger, Hidden Dragon” (2000); “Kill Bill: Volume 1 e 2” (2003-2004), dirigido por Quentin Tarantino; a série de filmes “Ip Man” (2008, 2010 e 2016), interpretado por Donnie Yuen e as séries de animação “Kung Fu Panda” (2008, 2011 e 2016) são exemplos de como o *Wushu* se difundiu pelo mundo através dos filmes de ação.

A partir da década de 1980 o governo chinês iniciou um processo de internacionalização, utilizando o *Wushu* como esporte de competição. Torneios, antes restritos apenas a chineses, foram abertos para competidores internacionais.

Em três de outubro de 1990, foi fundada a *International Wushu Federation* (IWUF), tendo o Brasil como um dos países fundadores. Em 1991, durante o Primeiro Campeonato Mundial em Pequim, a IWUF contava com 38 membros, enquanto que em 2015, 146 países em cinco continentes.

Em 2001, a IWUF foi aceita pela Agência Mundial Antidoping (*World Anti-Doping Agency* – WADA) e em 2002, reconhecida pelo Comitê Olímpico Internacional (*International Olympic Committee* - IOC). Em 2008, durante os XXIX Jogos Olímpicos de Verão em Pequim, a IWUF organizou o *Beijing 2008 Wushu Tournament*, três brasileiros participaram: Adriano Lourenço (Taolu), Ariana Ortega e Emerson Almeida (Sanda), sendo este último o único medalhista do continente americano neste torneio. Em 2014, durante os Jogos da Juventude em Nanjing - China, Bruna Ellen foi a representante brasileira na modalidade Sanda durante o *Youth Wushu Tournament*.

Desde sua criação, a IWUF organizou em edições bienais: 13 Campeonatos Mundiais (1991 - 2015), seis Campeonatos Mundiais Junior (2006 - 2016), seis Festivais Mundiais de *Wushu Tradicional* (2004 - 2014), oito Copas Mundiais de Sanda (2002 - 2016) e dois Campeonatos Mundiais de Taijiquan (2014 - 2016).

O *Wushu* também está presente como modalidade de competição ou exibição nos Jogos Asiáticos, Jogos Africanos, Jogos Mundiais de Combate, Jogos Islâmicos, Universíada (evento organizado pela Federação Internacional do Desporto Universitário) e dos Jogos da Lusofonia, da Associação dos Comitês Olímpicos de Língua Oficial Portuguesa (ACOLOP), da qual o Brasil faz parte.

Atualmente a IWUF faz uma ampla campanha mundial para preparar a candidatura do *Wushu* para ser um dos esportes em competição nos XXXIII Jogos Olímpicos de Verão em 2024.

2.1.2 Características, práticas e objetivos do *Wushu*

Serão utilizados os estudos de Antunes (2016a), que classifica o *Wushu* quanto: a) Características; b) Prática e c) Objetivos:

A) Características

Segundo Antunes (2016a), de modo geral, o *Wushu* é composto por técnicas variadas que incluem: o uso de armas; membros inferiores; membros superiores; imobilização; projeção e práticas respiratórias para o desenvolvimento da energia vital. O quadro 2 a seguir ilustra estas características:

Quadro 2: Características do Wushu

Ilustração	Ideograma	Técnicas de
	打 Da	Membros superiores
	踢 Ti	Membros inferiores
	摔 Shuai	Projeção ou queda
	拿 Na	Imobilização
	武器 Wuqi	Armas
	气 Qi	Respiração para o desenvolvimento da energia vital

Fonte: Antunes (2013a, 2016a). Ilustrações: Maria Eugênia (2015).

B) Práticas

De acordo com Antunes (2016), o *Wushu* pode ser praticado em grupo, solo, com ou sem armas, e ainda no formato de combates. O quadro 3 abaixo detalha as práticas do *Wushu*.

Quadro 3: Práticas do *Wushu*

Ilustração	Ideograma	Técnicas de
	套路 Taolu	Sequências de movimentos de defesa e ataque em uma luta com oponentes imaginários, sejam com mãos livres ou vazias, seja com as diferentes armas do <i>Wushu</i> .
	散打 Sanda	Luta, utilizando equipamentos de proteção como capacetes, luvas e protetores torácicos, bucais e genitais.
	推手 Tuishou	Luta combinada entre duas ou mais pessoas, onde os movimentos de ataque e defesa são previamente estabelecidos e conhecidos por todos participantes da prática.
	摔跤 Shuaijiao	Luta que objetiva derrubar o oponente com técnicas de projeções e imobilizações.
	气功 Qigong	Prática voltada ao desenvolvimento da 'energia vital' baseado na execução de exercícios respiratórios específicos.

Fonte: Antunes (2013a, 2016a). Ilustrações: Maria Eugênia (2015).

C) Objetivos

Segundo Antunes (2016), quanto aos objetivos de sua realização, o *Wushu* pode ser entendido como: entretenimento, saúde, lazer, esporte, defesa pessoal e treinamento militar ou policial.

Ao classificar o *Wushu* quanto as suas características, práticas e objetivos, o trabalho de Antunes (2016a) torna-se uma relevante contribuição acadêmica em nosso país para que mais profissionais busquem uma reflexão crítica acerca do ensino das artes marciais.

Na área de conhecimento da Atividade Física Adaptada, Antunes (2016a) faz uma proposta sobre como o *Wushu* pode ser acessível às pessoas com deficiências.

2.1.3 O ensino do *Wushu* para pessoas com deficiência (PCD)

Antunes (2016) investigou nas federações estaduais filiadas à Confederação Brasileira de Kung Fu/Wushu, de norte a sul do país, além de estudos ‘in loco’ na China, casos de ensino e aprendizagem do *Wushu* para pessoas com deficiências, o quadro a seguir sintetiza estes estudos, indicando as possibilidades de prática para pessoas com deficiências: visual, físico-motora, auditiva e intelectual.

Quadro 4: possibilidades do *Wushu* para PCD:

Deficiência	Possibilidades	
VISUAL	<i>Taolu</i> , <i>tuishou</i> e <i>qigong</i> são indicados. O <i>shuaijiao</i> também é apropriado, porém, com algumas restrições. O <i>sanda</i> não é o mais adequado nestes casos.	
FÍSICO-MOTORA	Amputados	Recomenda-se irrestritamente o <i>qigong</i> .
	Amputados membros inferiores	<i>Taolu</i> de mãos livres e com armas são indicados. <i>Sanda</i> , apresenta restrições. O <i>tuishou</i> e o <i>shuaijiao</i> não são recomendados.
	Amputados membros superiores	Há a possibilidade de prática, porém, com restrições de todas as modalidades condicionadas ao grau da amputação.
	Amputados múltiplos, membros inferiores e superiores	<i>Tuishou</i> e <i>shuaijiao</i> não são apropriados; já o <i>taolu</i> de mãos livres, <i>taolu</i> com armas e o <i>sanda</i> , possuem limitações.
	Lesados medulares	A maioria das modalidades apresenta restrições. O <i>tuishou</i> e o <i>shuaijiao</i> não são recomendados.
	Paralisados cerebrais	Todas as modalidades apresentaram restrições. Deve-se avaliar individualmente cada caso em relação ao grau da paralisia cerebral.
AUDITIVAS	São o que possuem mais possibilidades de prática, pois as adaptações a serem realizadas estão centradas prioritariamente na questão da comunicação, indicando assim que os professores tenham conhecimento e domínio de LIBRAS. O <i>sanda</i> e o <i>shuaijiao</i> apresentam restrições mais específicas, pois o contato é frequente, o que demanda cuidados com as adaptações dos sinais e comandos nessas modalidades.	
INTELECTUAL	Deve-se ter atenção ao grau de comprometimento que condição impõe, dependendo do nível, há a possibilidade de prática ou não. Nessa deficiência as restrições e não indicações são muitas, devendo o professor estar atento a cada caso, bem como aos seus respectivos graus de comprometimento. Assim, a avaliação das condições individuais é mais adequada para direcionar a prática. As pessoas classificadas como limítrofes são as que mais têm possibilidades de prática, sendo o <i>qigong</i> o que apresenta menos restrições entre as modalidades de <i>Wushu</i> .	

Fonte: Antunes (2016a).

Portanto, desde que a prática (modalidade) escolhida seja adequada ao praticante, acredita-se que o *Wushu* seja uma boa possibilidade para as pessoas com deficiências, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

2.2 O Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

Tendo o déficit de atenção e a hiperatividade como tema de estudo faz-se necessário compreender o que a literatura científica define como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

O TDAH pode ser definido como um transtorno neurocomportamental, multifatorial, caracterizado por uma tríade sintomatológica, composta por hiperatividade (hipercinesia), impulsividade e desatenção, mais frequentes e graves do que o esperado para o estágio de desenvolvimento neuropsicomotor do indivíduo (HORA et al., 2015; SANTOS; VASCONCELOS, 2010; ROHDE; HALPERN, 2004).

2.2.1 Aspectos históricos

Inicialmente, acreditava-se que o TDAH era uma síndrome presente apenas na infância. Seu primeiro registro no meio acadêmico foi feito pelo pediatra inglês George Still, que em 1902 descreveu “*crianças inquietas, impulsivas, desatentas e com problemas de conduta*”.

Em sua revisão, Santos e Vasconcelos (2010, p. 717) afirmam que a nomenclatura do TDAH sofreu grandes alterações, “sobretudo em função de uma melhor compreensão de suas bases etiológicas e de tratamento”.

Na década de 1920 pediatras acreditavam que “os distúrbios comportamentais eram decorrentes de alguma lesão cerebral, ainda que não demonstrável” (VALENÇA; NARDI, 2015, p. 20).

Em 1962, o nome foi alterado para Disfunção Cerebral Mínima, “reconhecendo-se que as alterações características da síndrome relacionam-se mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas” (RODHE; HALPERN, 2004, p. 61).

Segundo Valença e Nardi (2015) o termo mais utilizado nos dias de hoje, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH), foi publicado pela primeira vez em 1987, tendo como característica a descrição da tríade sintomatológica: hiperatividade, impulsividade e desatenção.

A evolução da nomenclatura, sintomas e critérios de definição do que conhecemos atualmente como TDAH podem ser acompanhados na tabela de Sena e Souza (2008) a seguir:

Tabela 2: Histórico da nomenclatura, sintomas e critérios de definição do TDAH

Ano	Nomenclatura	Sintomas/Critérios
1900	Defeito na Conduta Moral	Déficit de atenção e hiperatividade
1904	Distúrbio Orgânico do Comportamento	Lesão cerebral traumática
1922	Desordem Pós-Encefalítica	Inquietação, desatenção, impaciência
1940	Lesão Cerebral Mínima	Problemas de manutenção da atenção, regulação do afeto, atividade e memória
1957/1960	Hiperatividade	Excesso de atividade motora
1962	Disfunção cerebral mínima	Comportamento hiperativo causador de dificuldades escolares
dec.1960	Reação Hipercinética da Infância	DSM-II
dec.1960	Síndrome Hipercinética	CID-9
1972	Déficit atencional e no controle de impulsos	Problemas de atenção e impulsividade
1980	Distúrbio do Déficit de Atenção	DSM-III
1987	Distúrbio do Déficit de Atenção/Hiperatividade	DSM-III-R
1993	Transtornos Hipercinéticos	CID-10
1994 2002	Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade	DSM-IV DSM-IV-TR
2004	Transtorno de Hiperatividade/Atenção	Hiperatividade
2004	Transtorno do Reforçamento/Extinção	Déficit de reforço/extinção comportamental
2007	Comprometimento das Funções Executivas	Déficits nas funções de planejamento, memória e controle de impulsos

Fonte: Sena e Souza (2008)

2.2.2 Critérios Diagnósticos

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico, baseado em critérios provenientes de sistemas classificatórios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e/ou pela Classificação Internacional de Doenças (CID), com o auxílio de exames neurológicos (SANTOS; VASCONCELOS, 2010; ROHDE; HALPERN, 2004).

Jou et al. (2010, p.30) afirmam que “[...] não existe um marcador biológico específico que contemple todos os casos desse transtorno. Não existe, portanto, nenhum teste psicométrico, neurológico ou laboratorial que permita diagnosticar o TDAH”. Assim, o diagnóstico é o resultado da análise de informações obtidas de várias fontes e em diversas situações.

Graeff e Vaz (2008, p. 356) concluem que “[...] quanto mais completa e criteriosa for a avaliação em termos instrumentais e multidisciplinares, menor a possibilidade de equívoco diagnóstico e maiores são os recursos que o profissional dispõe para traçar uma intervenção adequada”, favorecendo o tratamento e prognóstico do paciente.

Para Antoniuk (2006) o processo de avaliação diagnóstica é composto por: anamnese; exame físico; avaliação neuropsicológica; exames complementares; critérios clínicos dos manuais de diagnóstico e aplicação de escalas de classificação e questionários.

2.2.2.1 Anamnese

Segundo Larroca e Domingos (2012, p. 121) a anamnese deve ser detalhada, “contendo informações referentes à saúde geral, gestação e concepção, ocorrências neonatais, desenvolvimento, hábitos de sono e aspectos pedagógicos e escolares”. Antoniuk (2006) defende que a anamnese deve ser capaz de identificar os sinais precoces de alerta e fatores de risco. Todas as causas pré, peri e pós-natal que estejam associadas a uma lesão cerebral podem contribuir para o risco de TDAH:

Eventos de natureza asfíxica, desnutrição e prematuridade, principalmente quando associados à hemorragia peri-intraventricular, estão relacionados a atrasos do desenvolvimento bem como a TDAH. Após o período neonatal, traumatismos cranianos graves, infecções do Sistema Nervoso Central (SNC), malformações e outras afecções do SNC podem ser fatores de risco. Doenças crônicas como cardiopatia congênita, asma, anemia, enfermidades renais, tipos específicos de epilepsia, cefaléias crônicas, devem ser avaliadas nos distúrbios de desenvolvimento. Deve-se salientar as doenças respiratórias, como os processos alérgicos e a obstrução significativa das vias aéreas superiores. Os medicamentos que produzem sedação ou agitação, como descongestionantes, anti-histamínicos, fenobarbital ou carbamazepina, podem influenciar o comportamento (ANTONIUK, 2006, p. 20).

Deve-se considerar que crianças com déficits sensoriais (visão e audição), Transtornos Específicos de Aprendizagem (Dislexia, Disortografia, Disgrafia) e aquelas com crises de ausências podem apresentar TDAH associado ou apenas simular o quadro clínico. Dificuldades na coordenação motora, limitações para abotoar a roupa, amarrar sapatos e movimentos alternados rápidos, atraso no desenvolvimento da linguagem e fala podem estar associados. Sintomas neuropsiquiátricos primários ou secundários, como ansiedade, depressão, baixa autoestima, sentimentos de rejeição, agressividade, comportamentos opositor desafiador e euforia, devem ser pesquisados. (ANTONIUK, 2006, p. 20)

Sobre o histórico familiar, Antoniuk (2006, p. 20) ressalta que “conflitos familiares com estrutura funcional inadequada e antecedentes familiares de enfermidades neuropsiquiátricas devem ser pesquisados entre parentes de primeira e segunda geração”.

Sobre hábitos de sono, Antoniuk (2006, p. 22) afirma que “crianças com TDAH necessitam de menos horas de sono, dormem pouco ou não dormem, deitam tarde, têm

dificuldade para despertar e, ao levantar da cama, levantam cansados. O sono é muito agitado, com constantes quedas da cama”.

Antoniuk (2006, p. 20) afirma que através da avaliação do Desenvolvimento Psicomotor (DPM) é possível identificar sintomas que ocorrem desde a gestação até a vida adulta do paciente com TDAH. Na gestação, “[...] a agitação fetal pode ser muito intensa, principalmente no terceiro trimestre, chegando a causar desconforto”. No primeiro ano de vida “os lactentes são muito irritáveis, inquietos, exigentes, engatinham e deambulam precocemente”.

O Desenvolvimento Psicomotor (DPM) também aborda os aspectos pedagógicos e escolares, Antoniuk (2006) afirma que no período da Educação Infantil, devido ao comportamento hiperativo, são crianças de risco devido aos acidentes. “As capacidades manuais, como desenhos, a identificação de cores, figuras geométricas e a identificação de figuras devem ser avaliadas” (ANTONIUK, 2006, p. 21).

Enquanto que no Ensino Fundamental devem ser observadas as dificuldades grafomotoras, “como a escrita, que pode ser desleixada, descoordenada, trêmula e apressada, as trocas, aglutinações, supressão de letras, a incapacidade para identificar letras, palavras, frases e textos” (ANTONIUK, 2006, p. 21).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Quinta Edição (DSM-5) (APA, 2014, p 32), o TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional. Os estudos de Barkley et al. (2002) apontam que o TDAH persiste na vida adulta em torno de 60% a 70% dos casos. Segundo Souza et al. (2015):

Adultos com TDAH mais frequentemente envolvem-se em acidentes de trânsito, apresentam comportamento sexual de risco, chegam à idade adulta sem desenvolver todo o potencial educacional, têm dificuldade de crescimento profissional, mudam com frequência de emprego, apresentam problemas de relacionamento profissional e familiar, divorciam-se e apresentam alto risco de desenvolver dependência de álcool e drogas (SOUZA et al., 2015, p. 166).

Importante destacar que o conceito científico do TDAH em adultos demorou a ser compreendido, Mattos et al. (2006, p. 50) informam que a “forma adulta do TDAH só foi oficialmente reconhecida pela Associação Americana de Psiquiatria em 1980”.

2.2.2.2 Exame físico

O Exame Físico, segundo Antoniuk (2006) deve ser abrangente, analisando dentre outras medidas, o desenvolvimento pômdero-estatural, peso e sintomas dismórficos:

- O desenvolvimento pômdero-estatural atrasado (relação entre peso e altura abaixo dos padrões esperados para a idade), “principalmente nos primeiros anos de vida, pode indicar intercorrências intra-útero com comprometimento das funções cerebrais, o que interfere na aprendizagem e causa comportamento hiperativo e desatento” (ANTONIUK, 2006, p. 22).

- Segundo Antoniuk (2006), o baixo peso ao nascimento e a presença de microcefalia podem estar associados a síndromes genéticas, uso de álcool, infecções e insuficiência placentária. Sintomas respiratórios, cardíacos, gástricos e comprometimento geral podem estar associados a enfermidades crônicas.

- Os sintomas dismórficos (problemas na percepção da autoimagem) “são importantes para a identificação de síndromes genéticas ou metabólicas consideradas no diagnóstico diferencial de crianças que apresentam déficit de atenção e hiperatividade” (ANTONIUK, 2006, p. 23).

2.2.2.3 Avaliação neuropsicológica

Segundo Antoniuk (2006, p. 23) “deve-se realizar o exame neurológico tradicional para afastar enfermidades neurológicas. O enfoque maior visa provas que estudam a atenção, memória, raciocínio lógico, nível e inteligência, capacidade de abstração e análise”.

Rotta (2006, apud ANTONIUK, 2006, p. 23) afirma que os dados provenientes do Exame Neurológico Evolutivo (ENE) “permitem avaliar principalmente a habilidade motora (exame de coordenação apendicular de tronco e membros), equilíbrio estático e dinâmico além da noção de esquema corporal (noção de direita e esquerda no próprio corpo, no examinador e no espaço)”.

2.2.2.4 Exames complementares

Antoniuk (2006, p. 24) afirma que “de forma rotineira, não há indicação de nenhum exame sorológico, neurofisiológico, radiológico ou qualquer outro exame laboratorial” para auxiliar o diagnóstico do TDAH. Entretanto, em alguns casos são utilizados técnicas de neuroimagem e eletroencefalograma (EEG).

Rotta (2006, apud ANTONIUK, 2006, p. 24) “recomenda o EEG com o objetivo de afastar a presença de atividade epiléptica, que pode sofrer modificações com medicação psicoestimulante e antidepressiva, que diminuem o limiar convulsivo”.

Antoniuk (2006, p. 24) diz que a neuroimagem é indicada nos casos com suspeita de lesão cerebral, e, na maioria das vezes, só é realizada em pesquisas. Diferentes técnicas são utilizadas: Tomografia por Emissão de Fótons (SPECT), Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-SCAN) e Ressonância Magnética Funcional (RMF).

Baseados em trabalhos científicos (FARRÉ; NARBONA; EDA, 2001; VOELLER, 2004; BIEDERMAN; FARAONE, 2005), Antoniuk (2006, p. 24) afirma que estudos com Tomografia Axial Computadorizada e Ressonância Magnética de crânio “demonstram áreas de menor volume do hemisfério cerebral direito, predominantemente no córtex frontal, no cerebelo e em estruturas subcorticais, principalmente no núcleo caudado”

Segundo Voeller (2004, apud ANTONIUK, 2006, p. 24), “os estudos funcionais correlacionam-se com os achados morfométricos e mostram anormalidades consistentes nos sistemas fronto-subcorticais, com maior comprometimento do hemisfério direito”.

2.2.2.5 Critérios clínicos dos manuais de diagnóstico

Os sistemas classificatórios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e pela Classificação Internacional de Doenças (CID), são instrumentos valiosos no processo da definição do diagnóstico do paciente de TDAH.

Histórico e classificação do TDAH pelo CID-10

De acordo com Knibbs (1929), as origens da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) remontam ao século XVIII, quando o pesquisador Lacroix (1706-1777) publicou a primeira tentativa de criar uma classificação sistemática de doenças. É publicada desde a sexta edição em 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A sua décima e mais recente edição (Novembro de 2006) é abreviada pela sigla CID-10.

A CID-10 fornece códigos alfanuméricos compostos por uma letra e até quatro caracteres numéricos para classificar sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. É uma referência

mundial que auxilia no diagnóstico e tratamento de doenças. No Brasil, o Ministério da Saúde assumiu um compromisso na 43ª Assembléia Mundial de Saúde, através da Portaria nº 1.311, de 12 de setembro de 1997, ao implantar a utilização da CID-10 em todo o território nacional.

Para classificar o TDAH o CID-10 utiliza os seguintes códigos e descrições:

F900 Distúrbios da atividade e da atenção

F901 Transtorno hipercinético de conduta

F908 Outros transtornos hipercinéticos

F909 Transtorno hipercinético não especificado

O diagnóstico CID-10 é aplicado quando se atinge as condições dos critérios de desatenção (G1), hiperatividade (G2), impulsividade (G3), idade (G4), universalidade (G5), sofrimento ou prejuízo (G6) e não satisfaz os critérios de outros transtornos (G7), conforme quadro 5 a seguir:

Quadro 5: Critérios diagnósticos da CID-10 para transtornos hipercinéticos

Critérios diagnósticos da CID-10 para transtornos hipercinéticos

Nota: O diagnóstico de pesquisa de transtorno hipercinético requer a presença de níveis anormais de desatenção, hiperatividade e inquietação que são difusos entre situações e persistentes com o passar do tempo e que não são causados por outros transtornos como autismo ou transtornos afetivos.

G1. Desatenção. Pelo menos seis dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, a um grau que é mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança:

- (1) frequentemente falha em prestar atenção a detalhes, ou comete erros por descuido na lição, no trabalho ou em outras atividades
- (2) frequentemente falha em manter atenção em tarefas ou atividades recreativas
- (3) frequentemente parece não escutar o que está sendo dito a ele(a)
- (4) frequentemente falha em seguir instruções ou terminar lição, trabalho doméstico ou obrigações no local de trabalho (não devido a comportamento de oposição ou falha em entender instruções)
- (5) é frequentemente prejudicado em organizar tarefas e atividades
- (6) frequentemente evita ou detesta tarefas como lição de casa, que requerem esforço mental contínuo
- (7) frequentemente perde coisas necessárias para certas tarefas ou atividades, tais como lições escolares, lápis, livros, brinquedos ou ferramentas
- (8) é frequentemente distraído por estímulos externos
- (9) é frequentemente esquecido no decorrer de atividades diárias

G2. Hiperatividade. Pelo menos três dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, a um grau que é mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança:

- (1) frequentemente remexe as mãos ou pés ou se contorce na cadeira
- (2) levanta-se na sala de aula ou em outras situações nas quais permanecer sentado é o esperado
- (3) frequentemente corre em volta ou escala excessivamente em situações nas quais é inadequado (em adolescentes ou adultos, apenas sensações de inquietação podem estar presentes)
- (4) é frequentemente barulhento de modo indevido ou tem dificuldade para realizar silenciosamente atividades de lazer
- (5) exige um padrão persistente de atividade motora excessiva que não é substancialmente modificada por contexto ou exigências sociais

G3. Impulsividade. Pelo menos um dos seguintes sintomas de impulsividade persistiram por pelo menos 6 meses, a um grau que é mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança:

- (1) frequentemente deixa escapar respostas antes que as perguntas tenham sido completadas
- (2) frequentemente não consegue esperar em filas ou aguardar sua vez em jogos ou situações de grupo
- (3) frequentemente se intromete ou interrompe os outros (por ex., intromete-se nas conversas ou jogos dos outros)
- (4) frequentemente fala em excesso sem resposta adequada a restrições sociais.

G4. O início do transtorno se dá antes dos 7 anos de idade.

G5. *Universalidade*. Os critérios deveriam ser satisfeitos para mais do que uma situação isolada, por ex., a combinação de desatenção e hiperatividade deveria estar presente tanto em casa como na escola, ou tanto na escola como em uma outra situação em que as crianças são observadas, tais como em uma clínica. (A evidência de situação cruzada comumente exigirá informações de mais de uma fonte; relatos parentais sobre comportamento em sala de aula, por ex., provavelmente não serão suficientes).

G6. Os sintomas em G1-G3 causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

G7. O transtorno não satisfaz os critérios para transtornos globais do desenvolvimento, episódio maníaco, episódio depressivo ou transtornos de ansiedade.

Comentários

Muitas autoridades também reconhecem condições que são subliminares para transtorno hipercinético. Crianças que satisfazem critérios de outras maneiras mas não apresentam anormalidades de hiperatividade-impulsividade podem ser reconhecidas como apresentando *déficit de atenção*; inversamente, crianças que não satisfazem critérios para problemas de atenção mas satisfazem critérios de outros aspectos podem ser reconhecidos como apresentando *transtorno de atividade*. Da mesma forma, crianças que satisfazem critérios para apenas uma situação (por ex., apenas em casa ou apenas na sala de aula) podem ser consideradas como apresentando um *transtorno específico de casa ou específico da sala de aula*. Estas condições ainda não foram incluídas na classificação principal devido à validação preditiva empírica suficiente e porque muitas crianças com transtornos subliminares apresentam outra síndrome (tais como transtorno desafiador de oposição) e deveriam ser classificadas na categoria apropriada.

Distúrbio de atividade e atenção

Os critérios gerais para transtorno hipercinético devem ser satisfeitos, mas não aqueles para transtornos de conduta.

Transtorno da conduta hipercinética

Os critérios gerais para transtorno hipercinético e transtornos de conduta devem ser satisfeitos.

Outros transtornos hipercinéticos

Transtorno hipercinético, inespecificado

Esta categoria residual não é recomendada e deveria ser usada apenas quando há uma falta de diferenciação entre distúrbios de atividade e atenção e transtorno da conduta hipercinética, mas os critérios globais para transtornos hipercinéticos são satisfeitos.

Fonte: CID-10 (2006)

Histórico e classificação do TDAH pelo DSM-5

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Foi publicado pela primeira vez em 1953, segundo Araújo e Lotufo Neto (2014, p. 69) “[...] era basicamente um glossário que trazia a descrição clínica de cada categoria diagnóstica”, que, apesar de rudimentar, [...] serviu para motivar uma série de revisões sobre questões relacionadas às doenças mentais”.

Sua quinta e mais recente edição, denominada DSM-5, foi oficialmente lançada no idioma inglês, em 18 de maio de 2013. No Brasil, sua publicação ocorreu pela editora Artmed, em 2014.

Segundo Araújo e Lotufo Neto (2014) os critérios para o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) são bastante similares à versão anterior do manual:

O DSM-5 manteve a mesma lista de dezoito sintomas divididos entre Desatenção e Hiperatividade/Impulsividade. Os subtipos do transtorno foram substituídos por especificadores com o mesmo nome. Indivíduos até os dezessete anos de idade precisam apresentar seis dos sintomas listados, enquanto indivíduos mais velhos precisam de apenas cinco. A exigência de que os sintomas estivessem presentes até os sete anos de vida foi alterada. No novo manual, o limite é expandido para os doze anos de idade. Além disso, o DSM-5 permitiu que o TDAH e o Transtorno do Espectro Autista sejam diagnosticados como transtornos comórbidos. Ambas as alterações provocam polêmica pelo risco de gerarem uma superestimativa com aumento da incidência de TDAH na população geral. No entanto, a APA e outros diversos especialistas defendem a mudança como favorável (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014, p. 72).

O DSM-5 define o TDAH como sendo um “transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade” (APA, 2014, p. 32).

O DSM-5 caracteriza a desatenção e desorganização como a “incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento” (APA, 2014, p. 32) e a Hiperatividade-impulsividade como “atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar” (APA, 2014, p. 32).

O manual propõe a necessidade de pelo menos seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade/impulsividade para o diagnóstico de TDAH, conforme quadro 6 a seguir:

Quadro 6: Critérios diagnósticos para o TDAH pelo DSM-5

Critérios diagnósticos para o TDAH pelo DSM-5

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais),

pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
- b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
- c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
- e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
- g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
- h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
- c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)
- 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” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f. Frequentemente fala demais.
- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
- i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

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 (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem 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 (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

O DSM-5 (2014) especifica o TDAH em três apresentações, igualando-se aos critérios e códigos da CID-10:

Quadro 7: Apresentações do TDAH pelo DSM-5

314.01 (F90.2) Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.
314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.
314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

Fonte: DSM-5 (2014)

Nos casos de TDAH não condizentes com as apresentações acima, o DSM-5 (2014) indica mais duas opções:

Quadro 8: Outras apresentações do TDAH pelo DSM-5

314.01 (F90.8) Outro TDAH Especificado: Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento.
314.01 (F90.9) TDAH Não Especificado: Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos do neurodesenvolvimento.

Fonte: DSM-5 (2014)

O DSM-5 ainda solicita que se especifique se há remissão parcial: “Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos seis meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional” (APA, 2014, p. 32).

O DSM-5 também possibilita a avaliação da gravidade atual do TDAH:

Quadro 9: Avaliação da gravidade do TDAH

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.
Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.
Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

Fonte: DSM-5 (2014)

2.2.2.6 Aplicação de escalas de classificação e questionários

As escalas de classificação e os questionários são instrumentos desenvolvidos com o intuito de ajudar o clínico a entender os pacientes de forma mais abrangente. São direcionadas aos pais, familiares, cuidadores e professores, permitindo assim, um diagnóstico em diferentes ambientes. Avaliam de “[...] forma qualitativa e/ou quantitativa a intensidade dos sintomas e o grau de comprometimento funcional” (ANTONIUK, 2006, p. 34 - 37).

Ainda segundo Antoniuk (2006), as escalas de classificação são úteis para o processo de diagnóstico e tratamento, auxiliando tanto na triagem inicial, quanto na monitorização do tratamento no domicílio ou na escola, facilitando a avaliação clínica e o acompanhamento pelos pais e professores. Mas, “devem ser consideradas como recursos coadjuvantes”, pois, “não substituem a anamnese dirigida, a experiência e a avaliação clínica” (ANTONIUK, 2006, p.37).

De acordo com Nass (2006, apud ANTONIUK, 2006, p. 37), “[...] os questionários constituem importantes e eficientes instrumentos para o diagnóstico de TDAH, mas não devem ser usados isolados para o diagnóstico”.

Antoniuk (2006, p. 36) afirma que os maiores benefícios das escalas de classificação são “o custo baixo e a grande amplitude epidemiológica, permitindo o estudo de grandes populações”.

Graeff e Vaz (2008, p. 352) citam a Child Behavior Checklist (CBCL), a Escala Conners, a SNAP-IV e a Escala de TDAH como algumas das escalas mais utilizadas no Brasil para auxiliar no diagnóstico de TDAH.

No cenário científico internacional, Hora et al. (2015) encontraram 23 artigos (de 2003 a 2014) sobre a Prevalência do TDAH em adolescentes. Os instrumentos utilizados para avaliação foram: 12 (52,17%) adotaram o DSM-IV (sendo um artigo a versão anterior DSM-III) para o diagnóstico clínico do TDAH; sete (30,43%) o Questionário de Conners, (sendo cinco a versão para pais e professores e dois se restringiram a versão para pais), três (13,04%) a Escala Vanderbilt; dois (8,69%) o ADHD Rating Scale-IV; dois (8,69%) o Questionário SDQ (Questionário de Capacidades e dificuldades); um (4,34%) a EDAH (Avaliação do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) para professores; e um (4,34%) o SNAP-IV.

Assim, baseado em Antoniuk (2006) serão apresentadas as sete principais Escalas de Classificação Baseadas no DSM-IV: Escala de Conners revisada (CRS-R); Questionário de

Swanson, Nolan e Pelham-IV - (SNAP-IV); Escala-IV de rastreamento para TDAH (ADHDRS-IV); Escala de rastreamento com sintomas de TDAH (ADHD-SRS); Escala de rastreamento Vanderbilt; Escala para avaliação do TDAH (EDAH) e Manual da Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade:

Escala de Conners revisada (CRS-R): Essa escala avaliava, inicialmente, comportamentos diferentes, como transtornos alimentares, distúrbio do sono e relação social entre crianças. “A escala revisada, incluindo itens específicos do DSM-IV para TDAH e comorbidades, foi normatizada para diferentes idades e gêneros” (ANTONIUK, 2006).

Questionário de Swanson, Nolan e Pelham-IV - (SNAP-IV): Escala baseada diretamente nos critérios de DSM-IV para TDAH e mundialmente utilizada para pesquisa e avaliação clínica (SWANSON et al., 2004). Existe uma versão completa com 80 itens e outras resumidas, com 30 itens (TDAH e TOD) e 40 itens (TDAH, TOD e Índice de Conners). As questões são avaliadas em quatro graus de comprometimento, sendo considerado escores significativos aqueles acima do percentil 95.

Essa escala está disponível na Internet (www.adhd.net). “Aplica-se à qualquer faixa etária, ocorrendo diferenças entre meninos e meninas na formatação final, porém, a pontuação não diferencia os gêneros, apenas a opinião entre professores e pais” (SWANSON et al., 2002 apud ANTONIUK, 2006, p. 39).

Escala-IV de rastreamento para TDAH (ADHDRS-IV): Escala diretamente derivada do DSM-IV, com 18 itens direcionados a pais e professores, “foi normatizada a partir de informações dos pais e professores em população de 2.000 jovens de 5 a 18 anos de idade, sendo estratificada por gênero e faixa etária” (ANTONIUK, 2006, p. 40).

Escala de rastreamento com sintomas de TDAH (ADHD-SRS): Incorpora itens do DSM-IV e de outras fontes da literatura referentes à déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade. Após seleção inicial, os itens foram discutidos com médicos, professores e pais para avaliar sua viabilidade. O resultado foi uma escala de 56 itens. O corte é realizado entre o percentil 85 e 95. A normatização foi realizada em grande amostra representativa de 2.800, estratificados por idade e gênero (ANTONIUK, 2006).

Escala de rastreamento Vanderbilt: Constituída por 35 itens, sendo nove para sintomas déficit de atenção e nove para hiperatividade/impulsividade (itens do DSM-IV), 10 itens abreviados para TC e TOD, sete itens para depressão e ansiedade, e oito itens adicionais, que avaliam a capacidade acadêmica. Ela é encontrada na versão para pais e professores (ANTONIUK, 2006).

Escala para avaliação do TDAH (EDAH): é uma adaptação da escala de Conners (versão para professores) para população espanhola e consta de 20 elementos agrupados em duas subescalas (déficit de atenção e hiperatividade/impulsividade). “A vantagem dessa escala é que tem poucas questões, diferencia os diferentes tipos de TDAH e possibilita diferenciar TDAH e TC” (FARRÉ e NARBONA, 1997 apud ANTONIUK, 2006, p. 42).

Manual da Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: específica para o TDAH e comorbidades, versão para professores, cuja construção, validação e padronização foi realizada em população brasileira. É composta por 49 itens referentes criados pela autora, muitos deles retirados do DSM-IV. Ela abrange, após estudo com análise fatorial, itens referentes ao déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antisocial (ANTONIUK, 2006).

Antoniuk (2006, p. 33) afirma que “na avaliação das comorbidades psiquiátricas, alguns instrumentos já estão normatizados na Língua Portuguesa e podem ser utilizados, como o CBCL e o K-SADS-E”:

Child Behavior Checklist (CBCL) é uma escala de amplo espectro que cobre uma grande variedade de problemas, propiciando uma visão global do funcionamento da criança. O instrumento também vem indicando eficácia na detecção de comorbidades (PHELAN, 2005). O CBCL é composto de 138 itens: 20 destinados à avaliação da competência social e outros 118 para verificação de problemas de comportamento e emocionais. “A escala tem se mostrado confiável e precisa quanto à indicação do diagnóstico de TDAH” (HUDZIAK et al., 2004 apud GRAEFF; VAZ 2008, p. 352), “diferenciando-o, inclusive, de quadros como mania juvenil” (Hazell, Lewin, & Carr, 1999 apud GRAEFF; VAZ 2008, p. 352).

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Epidemiological Version (K-SADS-E) é um instrumento semiestruturado muito utilizado para avaliação de comorbidades. “Entre outras patologias, o K-SADS-E busca verificar a presença de transtornos de ansiedade, transtorno bipolar, transtorno depressivo, uso/abuso de substância, transtornos disruptivos do comportamento (T. Conduta e T. Desafiador Opositivo) e TDAH” (GRAEFF; VAZ 2008, p. 352-353).

2.2.3 Etiologia

Baseados em autores (Biederman, 2005; Dye, 2013; McGough; McCracken, 2006; Polanczyk et al., 2014; Ranby et al., 2012), Hora et al. (2015) afirmam que ainda não há

um consenso definitivo sobre a causa e origem (etiologia) do TDAH: “A literatura científica sinaliza que é uma síndrome heterogênea de origem multifatorial, integrando fatores genéticos, neurobiológicos, ambientais e múltiplos genes associados” (HORA et al., 2015, p. 48).

Carriedo (2014, p. 48) corrobora esta informação ao dizer que os estudos mais recentes propõem que a etiologia do TDAH seja multifatorial, “[...] de provável origem orgânica, com influência de fatores neurológicos, genéticos, hormonais e ambientais”.

Teixeira (2005, p. 13) afirma que o TDAH é um Transtorno Neurobiológico que se origina “[...] a partir de alterações constitucionais, podendo incluir problemas de natureza anatômica, déficit do mecanismo de substâncias neurotransmissoras cerebrais, assim como desvios desenvolvimento neurológico da criança”.

Teixeira (2005, p. 13) pressupõe que “[...] a predisposição genética, que é considerada como fator orgânico de base, poderia determinar um desequilíbrio químico de cérebro, envolvendo déficit de substâncias neuro transmissoras, como a Dopamina e a Norepinefrina”.

Sobre os fatores genéticos, Larroca e Domingos (2012, p. 118) afirmam que o TDAH é causado por “[...] uma disfunção da neurotransmissão dopaminérgica na área frontal, regiões subcorticais e região límbica cerebral, evidenciada através de estudos científicos, apoiados por evidências neurológicas e estudos genéticos”.

Reus, Gomes e Quevedo (2015) afirmam que a teoria proeminente é que existe uma disfunção da neurotransmissão dopaminérgica, com uma conseqüente desregulação dos circuitos dopaminérgicos:

Isso inclui a área frontal (pré-frontal e giro cingulado); as regiões subcorticais (estriado e tálamo médio dorsal); e a região límbica (*nucleus accumbens*, amígdala e hipocampo). Não somente a dopamina, mas a noradrenalina, a serotonina e outros neurotransmissores, como o glutamato, estão implicados na fisiopatologia do TDAH (REUS; GOMES; QUEVEDO, 2015, p. 35).

Teixeira (2005, p. 14) também cita estudos do fluxo sanguíneo cerebral em pacientes com TDAH “[...] têm demonstrado, além de hipoperfusão no lobo frontal, redução do fluxo sanguíneo cerebral dos núcleos da base e diminuí o aporte sanguíneo do lobo frontal”.

De acordo com Teixeira (2005, p. 14), o lobo frontal é “responsável pelo planejamento do nosso comportamento e de nossas ações [...] É a estrutura cerebral mais importante envolvida no controle de impulsos e na regulação da atenção”.

Teixeira (2005, p. 14) também explica que “a região pré-frontal tem a função de ativar o foco de atenção e de mantê-la em tarefas monótonas, e pode ser ativada pela formação reticular”. Além de ativar outras áreas cerebrais e evocar as funções relacionadas ao controle da noção espacial e da linguagem.

Sena e Souza (2008) se apoiam em estudos para confirmar a transmissão por genética do TDAH:

É amplamente reconhecida na literatura a participação genética na etiologia do TDAH (ROMAN et al., 2002; SWANSON et al., 2007; THAPAR et al., 2007; WALDMAN & GIZER, 2006). Estudos com gêmeos, de adoção e de genética molecular (BIEDERMAN; FARAONE, 2005; THAPAR et al., 2007) demonstram a hereditariedade do TDAH (SENA; SOUZA, 2008, p. 249).

Rohde e Halpern (2004), afirmam que nos últimos anos os estudos sobre genética molecular no TDAH vêm aumentando significativamente:

O principal alvo dessas pesquisas são genes que codificam componentes dos sistemas dopaminérgico, noradrenérgico e, mais recentemente, serotoninérgico, uma vez que dados de estudos neurobiológicos sugerem fortemente o envolvimento desses neurotransmissores na patofisiologia do transtorno (ROHDE; HALPERN, 2004, p. 63).

Sena e Souza (2008) utilizam trabalhos científicos de Roman et al.(2003); Rotta (2006); Guardiola (2006); Swanson et al. (2007); Szobot e Stone (2003) e Vasconcelos et al. (2005) que investigam a interação gene-ambiente como fator desencadeante do TDAH. Sobre os fatores ambientais pré-natais capazes de desencadear o TDAH, Sena e Souza (2008, p. 249) apontam: “infecções congênitas, intoxicações, hemorragias e doenças crônicas que podem alterar o sistema nervoso fetal”; fatores para-natais também podem ocorrer: “seja por causas maternas, da criança ou do parto”; sobre fatores pós-natais as autoras citam “infecções do sistema nervoso, acidentes vasculares cerebrais e traumatismos craniocéfalos”.

Sena e Souza (2008, p. 249) apontam outras pesquisas sobre fatores ambientais que comprovam o aumento do risco de ocorrência de TDAH, como: tabagismo materno na gravidez (BIEDERMAN et al. 2002; MILBERGER et al., 1996; SWANSON et al., 2007); nascimento prematuro e baixo peso ao nascer (LAHTI et al., 2006); histórico de abuso ou negligência, múltiplos lares adotivos, exposição a neurotoxinas (envenenamento por chumbo, p. ex.); exposição a drogas *in útero* e retardo mental (APA, 2002).

No Brasil, Sena e Souza (2008, p. 249) citam a pesquisa de Vasconcelos et al. (2005) que assinala “a violência conjugal, separação dos pais, brigas conjugais na gravidez,

assassinato de familiar próximo, assassinato do pai, e história progressiva de depressão materna como fatores ambientais desencadeantes de TDAH”.

Entretanto, Sena e Souza (2008, p. 249) se apoiam em Biederman et al. (2005) para afirmar que “conflito familiar, coesão familiar diminuída e psicopatologia materna são mais comuns em famílias com TDAH, mas não se constituem seus preditores exclusivos”.

2.2.4 Comorbidades

A comorbidade é a presença ou associação de duas ou mais patologias em um mesmo indivíduo. Segundo Pereira, Araújo e Mattos (2005, p. 394) “a presença de comorbidades é uma situação extremamente comum em indivíduos com TDAH e deve ser ativamente checada durante a fase diagnóstica”.

Souza et al. (2001, p. 401) em seu estudo sobre TDAH afirmam que “à medida que o indivíduo cresce, ocorrem também taxas crescentes de comorbidade psiquiátrica”.

Pereira, Araújo e Mattos (2005, p. 394), se apóiam nos estudos de Barkley (1998) para afirmar que “a associação de TDAH com outras condições clínicas encontra-se entre 30 e 50% dos casos, embora em algumas situações esse número possa ser ainda maior”.

Baseados em Nierenberg et al. (2005), Cosmo, Sena e Araújo (2015, p. 49) afirmam que “indivíduos com TDAH apresentam 2,8 vezes mais comorbidades psiquiátricas quando comparados a sujeitos sem o transtorno”. Dentre as comorbidades estão: “transtornos específicos de aprendizagem, os da personalidade, os aditivos e os relacionados a substâncias, além dos alimentares e, principalmente, os transtornos do humor, os transtornos de ansiedade e os transtornos de conduta, os do controle de impulso e disruptivos” (COSMO; SENA; ARAÚJO, 2015, p. 49).

Souza et al. (2001, p. 401) corroboram esta informação, caracterizando as comorbidades por: transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar), transtornos de ansiedade, transtornos disruptivos do comportamento (transtorno opositivo-desafiador (TOD) e de conduta (TC)), além de abuso de álcool e drogas.

Cosmo, Sena e Araújo (2015) descrevem associações comórbidas do TDAH com Transtorno do Humor (TH), Transtorno Bipolar (TB), Transtorno Depressivo Maior (TDM), Transtorno Distímico (TD) e Transtorno Ciclotímico (TC).

Pereira, Araújo e Mattos (2005, p. 395) associam o distúrbio do desenvolvimento da coordenação como uma comorbidade frequente: “[...] a habilidade motora de crianças com

TDAH tende a ser expressivamente inferior ao que espera em cerca de 30% a 50% dos casos avaliados”. Consequentemente ocorrem: “dificuldades na comunicação falada e escrita, em memorizar, planejar, organizar e executar tarefas, dificuldades com relação às habilidades motoras como, coordenação motora global e fina, equilíbrio, lateralidade, organização espacial e temporal” (PEREIRA, 2005, p. 397).

Segundo Pereira, Araújo e Mattos (2005, p. 395), “[...] em crianças com TDAH, a prevalência de transtornos de aprendizado fica entre 20% e 80%, sendo que as grandes variações ficam por conta de diferenças metodológicas”. Os autores afirmam que pesquisas sugerem que “os problemas de atenção e de aprendizado sejam entidades separadas, mas frequentemente co-ocorrentes” (PEREIRA; ARAÚJO; MATTOS, 2005, p. 395).

Souza et al. (2015, p. 166) utilizam Louzã Neto (2010) para compor a tabela de comorbidades e sua frequência em crianças com TDAH:

Tabela 3: TDAH Infantil e comorbidades

Comorbidade no TDAH Infantil	Frequência
Transtornos ansiosos	18 a 29%
Transtornos externalizantes (TOD e TC)	7 a 43%
Depressão	8 a 20%
Transtorno de leitura	5 a 20%
Transtornos alimentares	12 a 16%
Transtornos relacionados a substâncias	14 a 50%
Problemas de coordenação motora	30 a 33%

Fonte: LOUZÃ NETO (2010) apud SOUZA et al. (2015, p. 166)

Dias e Badin (2015, p. 131) afirmam que “a comorbidade entre o TDAH e o transtorno específico da aprendizagem é de aproximadamente 10 a 25%”. Dias e Badin (2015) citam, por exemplo, que a dislexia acomete de 5 a 10% das crianças em idade escolar e destas, 10 a 35% apresentam um quadro comórbido com TDAH, “o que eleva significativamente as dificuldades escolares e acarreta prejuízos emocionais importantes” (DIAS; BADIN, 2015, p. 136).

Em seu estudo sobre avaliação e diagnóstico, Graeff e Vaz (2008, p. 349) ressaltam que há um grande número de comorbidades associadas ao TDAH, de modo que

“[...] nos é possível afirmar que, em grande parte dos casos, o TDAH não é encontrado na sua forma pura”. Anastopoulos (1999, apud GRAEFF; VAZ, 2008) afirma que alguns estudos apontam que até 65% dos casos encaminhados para tratamento podem apresentar alguma comorbidade.

Pesquisas sobre comorbidades nos trazem novidades a cada dia, Araújo e Lotufo Neto (2014, p. 72) nos lembram, por exemplo, que “pela primeira vez o DSM-5 (APA, 2014), permitiu que o TDAH e o Transtorno do Espectro Autista (TEA) sejam diagnosticados como transtornos comórbidos”.

2.2.5 Epidemiologia

Hora et al. (2015, p. 50) compreendem que “[...] os estudos epidemiológicos são importantes por proporcionarem a identificação da incidência do transtorno em uma amostra representativa da população”. Estes autores explicam que os estudos sobre prevalência são imprescindíveis para:

- Monitoramento da frequência do TDAH na população, identificação dos fatores de risco e consequências na saúde pública (CATALÁ-LÓPEZ et al., 2012; EMERICH et al., 2012; FERNÁNDEZ, 2005 apud HORA et al., 2015).

- Melhoria da qualidade de vida do indivíduo por identificar medidas preventivas e possíveis formas de controle (ALVAREZ; CLAROS, 2012; HERNÁNDEZ-AVILA et al., 2000 apud HORA et al., 2015).

- Alocação e priorização de recursos destinados à prevenção, proteção e promoção da saúde por órgãos governamentais (DÍAZ et al., 2013; FERNÁNDEZ, 2005; HERNÁNDEZ-AVILA et al., 2000 apud HORA et al., 2015).

As taxas de prevalência do TDAH são muito variáveis, sujeitas aos critérios utilizados na avaliação e coleta de dados. A tabela de Hora et al. (2015, p. 50) mostra como são distintas as médias de prevalência encontradas por pesquisas ao redor do mundo:

Tabela 4: Prevalência dos estudos

País	Prevalência	Idade
Arábia Saudita (Alqahtani, 2010)	2.7%	7-9 anos
China (Jin, Du, Zhong, & David, 2013)	4.6%	5-15 anos
Espanha (Cardo, Servera, & Llovera, 2007)	4.6%	6-11 anos
Noruega (Ullebø, Posserud, Heiervang, Obel, & Gillberg, 2012)	5.2%	7-9 anos
República do Congo (Kashala, Tylleskar, Elgen, Kayembe, & Sommerfelt, 2005)	6%	7-9 anos
Nigéria (Ndukuba, Odinka, Muomah, Obindo, & Omigbodun, 2014)	6.6%	6-8 anos
Brasil (Freire & Pondé, 2005)	6.7%	6-17 anos
Panamá (Sánchez, Velarde, & Britton, 2011)	7.4%	6-11 anos
Inglaterra (Alloway, Elliott, & Holmes, 2010)	8%	10 anos
Estados Unidos da América (Wolraich et al., 2012)	8.7%; 10.6%	5-13 anos
Catar (Bener, Qahtani, & Abdelaal, 2006)	9.4%	6-12 anos
Irã (Amiri, Fakhari, Maheri, & Mohammadpoor Asl, 2010)	9.7%	7-15 anos
Venezuela (Montiel-Nava, Peña, & Montiel-Barbero, 2003)	10.15%	3-13 anos
Catar (Bener, Al Qahtani, Teebi, & Bessisso, 2008)	11.1%	6-12 anos
Espanha (Sánchez, Ramos, & Díaz, 2014)	11.52%	6-16 anos
Índia (Ajinkya, Kaur, Gursale, & Jadhav, 2012)	12.3%	6-13 anos
Irã (Abdekhodaie, Tabatabaei, & Gholizadeh, 2012)	12.3%	5-6 anos
Brasil (Fontana, De Vasconcelos, Werner, De Góes, & Liberal, 2007)	13%	6-12 anos
Irã (Talaie, Mokhber, Abdollahian, Bordbar, & Salari, 2010)	15.27%	7-9 anos
Brasil (Vasconcelos et al., 2003)	17.1%	6-12 anos
Colômbia (Cornejo et al., 2005)	20.4%	4-17 anos
Irã (Meysamie, Fard, & Mohammadi, 2011)	25.8%	3-6 anos
Japão (Soma, Nakamura, Oyama, Tsuchiya, & Yamamoto, 2009)	31.1%	3- 6 anos

Fonte: Hora et al. (2015)

No estudo acima, Hora et al. (2015) encontraram uma prevalência média de 11,26%. Entretanto, o estudo de Polanczyk et al. (2007), que também abrangeu uma ampla área geográfica de cinco continentes, encontrou uma prevalência média de TDAH de 5.29%:

Dos 9.105 registros achados nos bancos de dados MEDLINE e PsychINFO os autores revisaram 303 artigos completos e incluíram 102 trabalhos com um total de 171.756 sujeitos. Os dados mostraram uma prevalência de 5.29% em nível mundial associada a uma variabilidade significativa, mais explicada pelas diferenças metodológicas dos estudos do que pelas diferenças geográficas (POLANCZYK et al., 2007, p. 942).

Segundo Hora et al. (2015, p. 47), “a prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido objeto de estudo de diversas investigações científicas nas últimas décadas”, estes estudos têm fornecido dados sobre a frequência, severidade e curso do transtorno em relação ao gênero, idade, área geográfica, fatores psicossociais, entre outros.

Os estudos de Hora et al. (2015) e Polanczyk et al. (2007) citam grandes diferenças na prevalência, sendo a menor, 0,78%, em Hong Kong (LUK et al., 1993), enquanto que a maior, 31,1%, no Japão (SOMA et al., 2009).

No Brasil, Hora et al. (2015) citam as prevalências encontradas por Freire e Pondé (2005): 6,7%; Fontana et al. (2007): 13% e Vasconcelos et al. (2003): 17,1%.

De acordo com Antoniuk (2006) há um consenso quanto à prevalência do TDAH: frequência é maior em meninos, diminui com a idade e está relacionada a fatores étnicos, culturais e nível sócio econômico.

Em relação ao gênero, Antoniuk (2006) afirma que nos estudos populacionais epidemiológicos, a relação meninos/meninas é de 3:1. O mesmo autor cita o estudo de Brown et al. (2001) que encontrou taxas de 9,2% em meninos e 3,4% em meninas.

Quanto à influência socioeconômica na prevalência do TDAH, Hora et al. (2015) citam dois trabalhos que comprovam sua relação: Jin et al. (2013) verificaram que as famílias que apresentavam uma renda mensal inferior a 1.000 yuan em Xangai, manifestavam maior propensão para o TDAH. Similarmente, Wolraich et al. (2012) identificaram em dois estados dos EUA (Oklahoma e Carolina do Sul) uma maior presença do TDAH em crianças dos estados de cujas famílias apresentavam renda anual inferior a US\$ 45.000.

Referente à etnia, enquanto Hora et al. (2015, p. 57) afirmam que os estudos de Fontana et al. (2007), Jin et al. (2013) e Wolraich et al. (2012) não encontraram associação com a etnia e presença do TDAH, Antoniuk, (2006) compara dois estudos com meninos de 5 a 7 anos de idade, um realizado em Hong Kong (3069 crianças) e outro no Reino Unido (2433 crianças), que utilizaram a mesma metodologia, para comprovar que a prevalência do TDAH pode estar associada a fatores étnicos e culturais.

2.2.6 Tratamento

Carim e Barbirato (2015), baseados em Condemarín et al. (2006) e Brown (2007), afirmam que “não há cura para o TDAH”, dessa forma, “o tratamento deve maximar os recursos para ‘lidar com’ em vez de ‘curar’ o transtorno” (CARIM; BARBIRATO, 2015, p. 193).

Rohde e Halpern (2004) defendem que o tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas.

2.2.6.1 Intervenções psicofarmacológicas

Referente ao tratamento medicamentoso, Victor (2014, p. 16) afirma que “[...] o TDAH é um transtorno sem cura farmacológica conhecida”. Carim e Barbirato (2015) acreditam que a cura dependerá de métodos para se alterar permanentemente os substratos neuroquímicos e/ou neuropsicológicos subjacentes do TDAH.

Victor (2014, p. 16), baseado em McIntyre et al.(2006), cita que “a meta principal dos tratamentos médicos em geral e dos psiquiátricos em particular pode ser definida como retorno ao bem-estar”. De acordo com Keller (2003, apud VICTOR, 2014, p. 16): “Este Bem-estar pode ser conceituado em três dimensões distintas e relacionadas ao mesmo tempo: Redução de sintomas, Retomada da funcionabilidade psicossocial e Desaparecimento das alterações fisiopatológicas”.

Rohde e Halpern (2004, p. 68) afirmam que “a literatura claramente apresenta os estimulantes como as medicações de primeira escolha para o transtorno”. Sendo o Metilfenidato o medicamento estimulante para TDAH com o maior número de pesquisadas científicas controladas realizadas (BARBIRATO et al. 2015; VICTOR, 2014; ROHDE; HALPERN, 2004).

Segundo Barbirato et al. (2015a) seu mecanismo de ação tem como base o aumento de liberação de noradrenalina e dopamina por bloqueio de recaptção dessas catecolaminas nos terminais nervosos pré-sinápticos.

De acordo com Barbirato et al. (2015a) atualmente, no mercado comercial brasileiro, estão disponíveis dois fármacos psicoestimulantes: o metilfenidato (de curta e longa duração) e lisdexanfetamina.

METILFENIDATO

O metilfenidato de curta ação, de nome comercial Ritalina®, tem apresentação de 10 mg, sua absorção via oral é rápida e praticamente total. Pode ser tomada duas ou três vezes ao dia. Seu pico plasmático ocorre de uma a duas horas após a ingestão, sua meia-vida sérica é de três horas.

O metilfenidato de longa ação tem duas formulações baseadas no seu sistema de liberação do medicamento: SODAS™ e OROS®:

- SODAS™ (*Spheroidal Oral Drug Absorption System*), de nome comercial Ritalina LA®, tem apresentações de 10, 20, 30 e 40 mg. Absorção via oral, tomada uma ou duas vezes ao dia. Sua liberação de metilfenidato ocorre em dois pulsos (duas e quatro horas após a ingestão). Tem duração de 8 horas.

- OROS® (*Osmotic Release Oral System*), de nome comercial Concerta®, tem apresentações de 18, 36 e 54 mg. Absorção via oral, dose única. Sua liberação de metilfenidato ocorre 22% durante a primeira hora e o restante é liberado por processo osmótico, de maneira controlada, por um período de 10 horas.

Sobre a ação do Metilfenato, Rohde e Halpern (2004, p. 68), baseados em Spencer et al. (1996), informam que “cerca de 70% dos pacientes com TDAH respondem adequadamente aos estimulantes, com redução de pelo menos 50% dos sintomas básicos do transtorno, e os toleram bem”. Entretanto, há efeitos colaterais, como: perda de apetite, insônia, irritabilidade, cefaléia e sintomas gastrointestinais.

LISDEXANFETAMINA

De nome comercial Venvanse®, foi lançado no Brasil apenas em 2011, com apresentações de 30, 50 e 70 mg. Considerada um pró-droga, pois não possui efeitos farmacológicos iniciais, sua ação ocorre duas horas após a ingestão. Administração oral, dose única. A lisdexanfetamina é absorvida rapidamente a partir do trato gastrointestinal e hidrolizada primariamente nas células do sangue à dextroanfetamina, a qual é responsável pela atividade do fármaco.

Sobre a ação da lisdexanfetamina, Barbirato et al. (2015a, p. 175) informam que “a engenharia de cápsula do produto permite uma liberação constante, evitando variações da concentração plasmática”. Seus efeitos colaterais são: dor no abdome superior, redução de apetite, insônia, cefaléia, perda de peso, boca seca, que tendem desaparecer com o uso da medicação.

PSICOFÁRMACOS NÃO ESTIMULANTES

Entretanto, Barbirato et al. (2015b, p. 177) dizem que, “apesar dos psicoestimulantes serem a primeira opção no tratamento farmacológico do TDAH, há pacientes que reagem melhor a outros fármacos”. Os autores apontam como razões para um tratamento alternativo: i) a baixa eficácia dos psicoestimulantes em todas as dosagens; ii) os

efeitos colaterais persistentes e/ou graves e iii) comorbidade de um transtorno com não estimulantes.

Barbirato et al. (2015b) citam a atomoxetina, os antidepressivos tricíclicos, a bupropiona, os betabloqueadores, os anticonvulsionantes, os antipsicóticos e a cafeína são exemplos de fármacos não estimulantes no tratamento de TDAH.

Sobre o tratamento com psicofármacos não estimulantes, Rohde e Halpern (2004) identificaram mais de 25 estudos que relatam a eficácia dos antidepressivos tricíclicos (ADT) no TDAH. Os autores afirmam que “cl clinicamente, os ADT são indicados nos casos em que não há resposta aos estimulantes e na presença de comorbidade com transtornos de tique ou enurese” (ROHDE; RALPHERN, 2004, p. 69).

Barbirato et al. (2015b, p. 181) nos lembram que “cada vez mais indústrias farmacêuticas estão ativamente envolvidas em pesquisas de novos componentes para o tratamento do TDAH”. Os autores relatam trabalhos científicos em modelos animais e humanos que analisaram: a metadoxina; os antagonistas do receptor de histamina; os receptores nicóticos de acetilcolina e os ácidos graxos poli-insaturados como substâncias com potencial de proporcionar melhoras nos sintomas do TDAH. Entretanto, “ainda há um longo caminho até que esses novos medicamentos mostrem eficácia na melhora e comportamento cognitivo do TDAH” (BARBIRATO et al., 2015b, p. 182).

2.2.6.2 Intervenções psicossociais

Carim e Barbirato (2015) defendem que a terapia cognitivo-comportamental é a principal modalidade não medicamentosa citada na literatura internacional.

De acordo com Bahls e Navolar (2004), a terapia cognitiva comportamental é a junção de duas abordagens, da terapia comportamental, que “valoriza os fatores ambientais e a forma como se dá a interação de um organismo com o meio” (BAHLS; NAVOLAR, 2004, p. 9) e a terapia cognitiva, que entende “os fatores cognitivos como os principais fatores envolvidos na etiologia dos transtornos psiquiátricos” (BAHLS; NAVOLAR, 2004, p. 9).

Em sua meta-análise, Fabiano et al. (2009, p. 136) avaliaram 171 artigos internacionais que comprovaram a viabilidade e efetividade das intervenções comportamentais no tratamento de pacientes com TDAH.

Sobre o tratamento em crianças e adolescentes, Rohde e Halpern (2004, p. 68) afirmam que a cognitivo-comportamental é psicoterapia “com maior evidência científica de

eficácia para os sintomas centrais do transtorno (desatenção, hiperatividade, impulsividade), bem como para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados (oposição, desafio, teimosia)”.

O estudo de Munhoz et al. (2012, p. 23) também conclui que “é inquestionável a predominância da corrente comportamental e sua variação, a cognitivo-comportamental, na imensa maioria dos trabalhos referentes a tratamentos psicológicos para o TDAH”.

Segundo Jou et al. (2010, p.30), o tratamento de crianças com TDAH visa à “reorganização dos seus comportamentos, viabilizando atitudes funcionais no meio familiar, escolar e social”.

Carim e Barbirato (2015, p. 193) informam que os atuais programas de reabilitação neuropsicológica subdividem as intervenções psicossociais em: “treino cognitivo, desenvolvimento de estratégias compensatórias e trabalho de orientação aos pais, visando diminuir o impacto das dificuldades na vida diária”.

Rohde e Halpern (2004, p. 68) citam a *American Academy of Pediatrics* (2001) ao dizer que “os programas devem oferecer treinamento em técnicas específicas para dar os comandos, reforçando o comportamento adaptativo social e diminuindo ou eliminando o comportamento desadaptado (por exemplo, através de técnicas de reforço positivo)”.

Carim e Barbirato (2015) defendem que o primeiro passo do tratamento é educacional, por meio de esclarecimentos à família acerca do transtorno. Rohde e Halpern (2004, p. 67 - 68) afirmam que “é necessário um programa de treinamento para os pais, com ênfase em intervenções comportamentais, a fim de que aprendam a manejar os sintomas dos filhos”. Assim, é possível que pais e cuidadores tenham acesso às melhores estratégias para o auxílio de seus filhos na organização e no planejamento das atividades.

A *American Academy of Pediatrics* (2003) e os trabalhos de Desidério e Miyazaki (2007) e Carim e Barbirato (2015) destacam a participação dos pais no tratamento das crianças com TDAH.

Desidério e Miyazaki (2007, p. 170) em seu trabalho acerca da necessidade de orientações sobre o TDAH, explicam que “o atendimento de crianças e de adolescentes implica, quase que invariavelmente, em um contato com a família ou cuidadores. Mesmo quando membros da família não estão fisicamente presentes, sua influência sobre a criança ou adolescente é inegável”.

De acordo com a *American Academy of Pediatrics* (2003 apud DESIDÉRIO; MIYAZAKI, 2007, p. 170), “a saúde da criança está relacionada às características físicas,

sociais e emocionais dos pais, bem como às práticas parentais empregadas na educação, manejo de problemas, enfrentamento do estresse e cuidados com os filhos”.

Carim e Barbirato (2015, p. 193) acreditam que “deve-se orientar a criança e a família, melhorando sua qualidade de vida diária e minimizando os danos causados pelos sintomas do transtorno”.

Silva (2014, p. 270) afirma que a terapia cognitivo-comportamental para pacientes com TDAH deve ser “diretiva, objetiva, estruturada e orientada a metas”. Segundo a autora:

Essa abordagem psicoterápica caracteriza-se pela busca de mudança em afetos e comportamentos por meio da chamada reestruturação cognitiva, isto é, substituir crenças, pensamentos e formas de interpretar as situações negativistas e disfuncionais por outras formas de pensar e perceber o mundo menos depressogênicas/ansiosogênicas e mais baseadas na realidade. Além disso, o paciente também é instruído a realizar “tarefas de casa” e planejar com o terapeuta um conjunto de atividades que incluem desde enfrentamentos graduais de situações que se considera incapaz de realizar até o estabelecimento de uma agenda que estruture rotinas de atividades que proporcionem prazer e satisfação. Assim, resumidamente, o paciente, além de ser educado sobre seu problema, é instruído a mudar comportamentos e formas de interpretar e perceber situações irrealistas e desaptativas que estejam contribuindo para manter ou agravar seu problema, ou mesmo para deflagrar o transtorno” (SILVA, 2014, p. 270).

Silva (2014, p. 271) afirma que, em suma, o terapeuta cognitivo-comportamental atuará com “treinos em solução de problemas e habilidades sociais; relaxamento, estabelecimento de agendas de atividades rotineiras e de objetivos e reestruturação de formas de pensar e lidar com problemas que podem estar sendo prejudiciais”.

2.2.7 Prognóstico

O prognóstico de uma patologia são os prováveis cursos decorrentes do tratamento escolhido. Jou et al. (2010, p.30) salientam que “o diagnóstico precoce permite um melhor prognóstico dos casos, já que, tais aspectos poderiam ser trabalhados desde cedo”. Graeff e Vaz (2008, p. 349) citam Calegaro (2002) quando afirmam que devido “as implicações de comorbidades sobre o funcionamento das crianças com TDAH é de extrema importância para que se possa firmar o prognóstico e traçar o plano de tratamento desses sujeitos”.

Fundamentados em Ferguson (1997), Pereira, Araújo e Mattos (2005, p. 395) defendem que “há relação entre o TDAH e o desempenho acadêmico, o que gera um pior prognóstico escolar”.

Baseados em August (1983), Pereira, Araújo e Mattos (2005, p. 395) afirmam que “a presença de Transtorno de Conduta piora o prognóstico do TDAH com maior prevalência de uso de tabaco e álcool e maior número de suspensões e expulsões escolares e delinquência”.

De acordo com Hechtman et al. (1999), citados por Pereira, Araújo e Mattos (2005, p. 395), “a hiperatividade, em conjunto com outros fatores sociais e familiares podem influenciar o ajustamento social, o desempenho escolar os registros de trabalho e o número de acidentes de carro”.

Baseados em diversos estudos, Hora et al. (2015, p. 47) afirmam que “crianças, adolescentes e adultos com o transtorno estão sujeitos a apresentar problemas na esfera social, interpessoal e intrapessoal” tais como: baixa autoestima, conflitos familiares, problemas de relacionamento conjugais, maior probabilidade de envolvimento em acidentes automobilísticos, práticas sexuais de risco, uso de substâncias ilícitas, comportamentos antissociais, entre outros.

Pereira, Araújo e Mattos (2005) utilizam os trabalhos de Hechtman et al. (1999) que propõem a existência de três categorias de prognóstico do TDAH estratificadas em gravidade:

Grupo 1 – representado por 30% das crianças com TDAH, não teria problemas relacionados ao TDAH na vida adulta;

Grupo 2 – 50 a 60% das crianças continuaria tendo problemas de impulsividade, concentração e inserção social e

Grupo 3 – 10 a 15% dos indivíduos teriam sérios problemas psiquiátricos e sociais, depressão, uso de drogas e álcool, ou conduta antissocial (PEREIRA; ARAÚJO; MATTOS, 2005, p. 395).

2.2.8 Controvérsias

Segundo Berger (2011, p. 571) o TDAH é “tema de muita controvérsia, tanto na literatura médica quanto nos meios de comunicação”. Para Munhoz et al. (2012, p. 11) o TDAH “sempre primou por revelar-se assunto muito amplo que, desde que foi apresentado, permaneceu associado à controvérsia científica”. Estes autores defendem que estas controvérsias estão associadas, dentre outros fatores, aos seguintes aspectos: distintas conceituações ao longo da história; não possuir etiologia e epidemiologia comprovadas; comorbidades que dificultam o diagnóstico; e uso indevido e comercial dos medicamentos.

Sobre a variação da nomenclatura e conceituações ao longo da história; Munhoz et al. (2012, p. 11), apoiados em Levin (1991, 2004), afirmam que “a trajetória histórica do TDAH, na verdade, é um caminho com bifurcações desde 1897, ano em que Bourneville identificou uma inquietação intelectual e física muito elevada em crianças com desenvolvimento aquém do esperado”.

Munhoz et al. (2012, p. 11) afirmam que há uma polaridade no meio acadêmico, com alguns pesquisadores defendendo o TDAH como “um transtorno resultante da cultura contemporânea” e outros tratando o TDAH como uma “doença psiquiátrica”.

Em sua investigação sobre os critérios para diagnóstico do TDAH, Larroca e Domingos (2012, p. 121) afirmam que “os procedimentos médicos dos diagnósticos mais antigos restringiam-se ao exame clínico e, no máximo, realização de eletroencefalograma”, os autores citam que, ainda hoje, em alguns casos, o diagnóstico é finalizado no primeiro dia de consulta, sem a solicitação de exames complementares, nem encaminhamento a outros profissionais que apoiem a efetivação do diagnóstico.

Referente à etiologia e epidemiologia, Munhoz et al. (2012, p. 11) alertam que “embora hajam resultados promissores na direção das imagens estudadas na neurociência, [...] há impasses na etiologia do TDAH, não comprovada cabalmente em nenhuma de suas hipóteses”.

Similarmente, o estudo de Hora et al. (2015) conclui que há controvérsias quanto a grande variação das estimativas de prevalência em artigos internacionais. Segundo estes autores, “é incontestável a necessidade de investigações com uma maior precisão metodológica para averiguar a magnitude das diversificadas estimativas de prevalência” (HORA et al., 2015, p. 58).

No tocante às comorbidades, “o fato do TDAH frequentemente coexistir com outros transtornos psiquiátricos, dificulta o processo diagnóstico” (BERGER, 2011, p. 571) e, conseqüentemente, o tratamento e prognóstico.

Das controvérsias presentes no tratamento do TDAH, uma das mais acirradas é a questão do uso abusivo e comercial de medicamentos, bem como seus efeitos colaterais. Para Brzozowski (2009, p. 70) o fato do diagnóstico do TDAH ser essencialmente clínico e subjetivo “[...] traz dúvidas em relação ao número elevado de crianças que apresentam o problema e leva a uma reflexão sobre a excessiva medicalização de comportamentos infantis considerados anormais, principalmente por parte da escola”.

Ferrazza e Rocha (2011, p. 247) defendem que há uma “rotulação diagnóstica de TDAH”, responsável pela expansão da prescrição de psicofármacos para as crianças, isto, conseqüentemente, acaba levando a uma “[...] supervalorização da concepção biológica do sofrimento psíquico e a determinação maniqueísta de comportamentos considerados adequados à infância e ao desempenho escolar”.

Para Brzozowski e Diehl (2013, p. 663-664) a excessiva medicalização do TDAH trás conseqüências sociais, assim, devendo-se considerar o significado do medicamento para a sociedade: “o medicamento representa a cura, uma resposta rápida a um problema”. Deste modo, os pais das crianças com TDAH, vêm no remédio, uma expectativa sobre o futuro dessas crianças: a se adequar às normas da sociedade, controlar seus comportamentos, ser igual aos demais e obter sucesso em mundo competitivo.

Muitos são os efeitos colaterais, dos medicamentos utilizados no tratamento do TDAH. Sobre a utilização dos antidepressivos tricíclicos (ADT), Rohde e Halpern (2004) fazem um alerta:

Existem, na literatura mundial, alguns relatos de morte súbita em crianças em uso de desipramina, embora muito provavelmente essas mortes não se relacionem diretamente ao uso da medicação”. Entretanto, por cautela, deve-se sempre monitorizar, através de eletrocardiograma, qualquer criança recebendo ADT, antes e durante o tratamento (ROHDE; HALPERN, 2004, p. 69).

Referente à lisdexanfetamina, o laboratório Shire, responsável pelo medicamento Venvanse®, adverte na bula profissional⁴ que o abuso do medicamento pode causar dependência, pois as anfetaminas têm alto potencial de abuso. Mais do que isto, alertam que o uso indevido de anfetaminas pode causar morte súbita e eventos adversos cardiovasculares graves.

Em relação ao metilfenidato, Rohde e Halpern (2004), destacam como aspectos controversos:

- a) interferência no crescimento: estudos recentes têm demonstrado que o uso de metilfenidato não altera significativamente o crescimento (adolescentes com TDAH tratados e não-tratados com metilfenidato chegam ao final da adolescência com alturas similares);
- b) potencial de abuso do metilfenidato: uma meta-análise recente demonstra claramente uma prevalência significativamente maior de uso abusivo/dependência de drogas em adolescentes com TDAH que não foram tratados com estimulantes quando comparados a jovens com o transtorno tratados com estimulantes

⁴ VENVANSE (dimesilato de lisdexanfetamina). Bula profissional. Disponível em: http://www.shire.com.br/documents/Venvanse_Bula_Profissional.pdf. Acesso em 21 de Janeiro de 2016.

(entretanto, vários estudos têm sugerido a possibilidade de uso inadequado dos estimulantes por pessoas não-portadoras do transtorno);
c) tempo de manutenção do tratamento: as indicações para os chamados feriados terapêuticos (fins de semana sem a medicação) ou para a suspensão da medicação durante as férias escolares são controversas. A pausa no uso de metilfenidato nos fins de semana talvez possa ter indicação naquelas crianças em que os sintomas causam prejuízos mais intensos na escola, ou naqueles adolescentes em que o controle do uso de álcool ou de outras drogas ilícitas é difícil nos fins de semana (ROHDE; HALPERN, 2004, p. 69).

Outra questão de controvérsia no uso indevido de psicofármacos no tratamento do TDAH é a relação entre profissionais da saúde e as fábricas de medicamentos. Ferrazza e Rocha (2011, p. 247) questionam este envolvimento dos grandes laboratórios farmacêuticos, os quais denominam “corporações sujeitas a marcantes interesses econômicos, dos quais as relações com os profissionais especializados não estão isentas”.

Herrera (2015) indica pesquisas que apontam que a produção e o consumo do Metilfenidato crescem a cada ano em todo o mundo. Segundo reportagem do Jornal Estadão de 11/08/14, o Brasil é o segundo país no ranking no consumo de Ritalina®, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. A reportagem afirma que de 2003 a 2012 houve um crescimento de 775% no consumo do medicamento em nosso país.

Assim, Herrera (2015, p. 1) baseado em dados epidemiológicos sobre a expansão da prevalência do TDAH e sobre aumento do consumo da Ritalina® sugere que “além da apropriação dos modos de vida das pessoas pela medicina, está sendo estabelecido um vasto mercado corporativo”. Herrera (2015, p. 1) afirma que este mercado envolve “clínicos, pesquisadores, indústria farmacêutica, mídia e consumidores”.

3 METODOLOGIA

3.1 Especificação do tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se como um estudo de caso, de caráter descritivo, com uma abordagem qualitativa.

Quanto aos procedimentos, Thomas, Nelson e Silverman (2012, p. 315), afirmam que o estudo de caso pode ser caracterizado como sendo uma forma de pesquisa em que o pesquisador busca “uma compreensão profunda de uma única situação ou fenômeno”. Os mesmos autores afirmam que uma das principais vantagens do estudo de caso “é que ele pode ser proveitoso na formulação de novas idéias e hipóteses sobre áreas problemáticas, especialmente para as áreas as quais não existe uma estrutura ou um modelo bem definido (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012, p. 317).”

Quanto aos objetivos, Marconi e Lakatos (2002), comentam que a pesquisa de caráter descritivo consiste em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave. Utilizam-se técnicas para este tipo de pesquisa como: entrevistas, questionários, formulários, entre outros, e empregam procedimentos de amostragem (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Quanto à abordagem, devido às condições e características deste estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa, na qual, de acordo com Thomas, Nelson e Silverman (2012, p.388), “o raciocínio indutivo é enfatizado, de forma que o pesquisador busca desenvolver hipóteses a partir de observações”. Os autores também afirmam que o foco do estudo está na ‘essência’ dos fenômenos. E que, sobretudo, “o pesquisador deve exibir sensibilidade e boa percepção ao coletar e analisar os dados” (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012, p.388).

3.2 Local da pesquisa

Foram utilizadas as dependências da Academia Central Kung Fu Wushu – Campinas, situada à Av. Dr. Moraes Sales, 1063, Centro, Campinas, São Paulo, fundada em 15 de outubro de 1995, local no qual os pais e responsáveis legais levam, aguardam e buscam as crianças para o treinamento de artes marciais. Como o responsável pela instituição onde

foram coletadas as informações é parte interessada no projeto, este não pode, em princípio, se auto-autorizar. Assim, atendendo pedido do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), foi solicitado à Federação Paulista de Kung-Fu anuência para realização da pesquisa (Apêndice II).

A escolha do local deve-se à recomendação de Thomas, Nelson e Silverman (2012), na qual o pesquisador que adota a abordagem qualitativa de pesquisa deve se dispor a ir até o local onde se encontram seus sujeitos e articular este encontro de forma que os mesmos sintam-se à vontade para fornecer as informações necessárias ao pesquisador; para tanto, recomenda-se realizar a coleta no ambiente natural dos sujeitos.

3.3 Características gerais da amostra

Formaram a amostra desta pesquisa os pais e/ou responsáveis legais, maiores de idade, de crianças de cinco a 12 anos de idade, com déficit de atenção e hiperatividade, que treinam na academia Central Kung Fu Wushu da cidade de Campinas - SP, Brasil, selecionados de forma proposital, com base em características pré-determinadas (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012).

A definição da idade dos alunos se deve a faixa etária das duas turmas de aulas para crianças da academia Central Kung Fu Wushu: Turma dos Tigres (cinco a oito anos de idade) e Turma Infantil (nove a 12 anos de idade). Esta escolha pode ser validada pelas pesquisas de Dobie et al. (2014), Wolraich, Brown e Brown (2011). Estes estudos embasam respectivamente as publicações do *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI, 2014) e da *American Academy of Pediatrics* (AAP, 2011). Estes autores afirmam ser possível diagnosticar o TDAH a partir dos quatro anos de idade: “The primary care clinician should initiate an evaluation for ADHD for any child 4 through 18 years of age who presents with academic or behavioral problems and symptoms of inattention, hyperactivity, or impulsivity” (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2011, p. 1).

A escolha dos responsáveis legais foi determinada por uma pré-seleção de alunos com sintomas de déficit de atenção e hiperatividade feita pela equipe de professores, de acordo com o questionário de Swanson, Nolan e Pelham - IV, conhecido pela abreviação SNAP-IV, construído a partir dos sintomas do Manual de Diagnóstico e Estatística - IV edição (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiátrica com a tradução para o português validada pelo Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da Universidade Federal do Rio de

Janeiro (UFRJ – GEDA) e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A versão utilizada foi o SNAP-IV - Questionário Escolar e Familiar para Crianças e Adolescentes da Associação Brasileira de Déficit de Atenção para levantamento de indicativos de Transtornos do Déficit de Atenção e Hiperatividade⁵ (Anexo III).

3.4 Critérios de inclusão, exclusão, encerramento ou suspensão

Para serem aceitos nesta pesquisa os participantes tiveram que ser: pais ou responsáveis legais de crianças de cinco a 12 anos de idade que treinem na Academia Central Kung Fu Wushu – Campinas, voluntários, maiores de 18 anos e alfabetizados. Também tiveram que assinar o TCLE (Anexo I) e disponibilizar tempo para preenchimento do questionário (Anexo II).

A qualquer momento e por qualquer motivo os participantes puderam encerrar ou suspender sua participação na pesquisa sem nenhum ônus para as partes envolvidas. Ocorreram três casos de suspensão do preenchimento do questionário, porém, foram entregues posteriormente cumprindo o prazo limite de 31/01/16 para finalizarem o preenchimento questionário.

Foram excluídos da pesquisa: pessoas menores de idade, não voluntários ou que se recusaram a assinar o TCLE. Também foram excluídos os participantes que optaram por encerrar sua participação ou suspenderam sua participação ou não finalizaram o preenchimento do questionário até 31/01/16.

3.5 Descrição dos métodos que afetam os sujeitos do experimento.

Por se tratar da aplicação de um questionário que não é invasivo à intimidade, nem realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participaram no estudo, não houve necessidade de medidas para prevenção, proteção ou minimização de desconfortos e riscos previsíveis.

3.6 Identificação das fontes de obtenção do material da pesquisa

⁵ Disponível em <http://www.tdah.org.br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html>. Acesso em 03/09/16.

3.6.1 Instrumentos para coleta de dados

Como instrumento para coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado, composto de 12 perguntas, sendo dez fechadas e duas abertas, aplicado pelo pesquisador.

3.6.2 Procedimentos para coleta de dados

Primeiramente, os participantes da pesquisa foram convidados a contribuir com a pesquisa de maneira voluntária, esclarecidos pelo pesquisador de que seu anonimato será preservado e que as informações colhidas serão utilizadas somente para finalidade científica. Receberam o questionário com 12 questões (Apêndice II), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) juntamente com o Projeto de Pesquisa, para que tenham conhecimento sobre os objetivos da pesquisa.

1. Aqueles que aceitaram, assinaram o TCLE, consentindo que a pesquisa não repercutiria em quaisquer efeitos que prejudicaria seu estado físico e/ou mental e autorizaram a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras. Foram informados que poderiam a qualquer momento entrar em contato com os pesquisadores e também que, na negativa de participar da pesquisa, não teriam nenhum prejuízo pelos serviços oferecidos pela academia e que poderiam, mesmo depois do aceite, solicitar desligamento da pesquisa sem a necessidade de justificar tal fato.

2. Foram convidados a utilizar a sala de reuniões da Academia Central Kung Fu Wushu – Campinas, local no qual tiveram mesa e cadeiras confortáveis, canetas esferográficas para preenchimento e poucas influências externas como som e movimento.

3.6.3 Análise dos dados

Os dados foram submetidos à *Análise de Conteúdo* proposta por Bardin (2009), sendo esta uma técnica pautada na análise das comunicações (quantitativas ou não) e que aposta no rigor do método como forma de não se perder a heterogeneidade do seu objeto.

A *Análise de Conteúdo* visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores e conhecimentos relativos a condições de variantes inferidas nas mensagens (BARDIN, 2009). Assim, tanto quantificação das questões objetivas e interpretação das respostas descritivas contribuíram para construção da abordagem qualitativa sobre a influência do *Wushu* em crianças com déficit de atenção e hiperatividade.

3.6.4 Considerações éticas

Sabendo-se que a pesquisa envolvendo seres humanos deve ancorar-se numa série de considerações éticas, ressalta-se que o presente estudo foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e suas complementares (Resolução 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde).

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da UNICAMP em 26/06/15 sob o número do CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 44820215.8.0000.5404, conforme parecer: 1.126.660 em anexo (Anexo II).

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados coletados nas 12 respostas do questionário foram categorizados e discutidos em oito itens: seleção da amostra; idade; gênero; propósitos ao iniciar a prática do *Wushu*; sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade; profissionais e instrumentos para diagnóstico do TDAH; tempo de treino e utilização de medicação; e considerações sobre as influências positivas da prática do *Wushu* em crianças com sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade.

4.1 Seleção da amostra

No censo feito pela Academia Central Kung Fu Wushu – Campinas em 12/03/15, 97 (noventa e sete) crianças frequentavam regularmente as aulas destinadas às crianças de cinco a 12 anos.

A equipe de professores, baseados no SNAP-IV (Anexo III), realizou uma pré-seleção identificando que 19 alunos (19,58 %) possuíam sintomas de déficit de atenção e hiperatividade. Os pais e/ou responsáveis legais destes alunos foram convidados para compor a amostra deste estudo.

Dos 19 possíveis respondentes, nove (47,36%) concluíram os procedimentos de coleta de dados. Os outros 10 não foram localizados, não quiseram responder ou não atenderam os critérios de inclusão desta pesquisa.

Dos nove questionários preenchidos, dois foram excluídos, porque os pais e/ou responsáveis legais não identificaram sintomas de hiperatividade e/ou déficit de atenção, definindo, assim, a amostra desta pesquisa em sete respondentes.

A divergência por parte de professores em identificar um maior número, 28,57% a mais, de crianças com sintomas de déficit de atenção e hiperatividade também foi relatada na pesquisa de Jou et al. (2010), na qual docentes de uma escola primária apontaram um número 36,65% maior de crianças com sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em comparação aquelas crianças efetivamente diagnosticadas com TDAH.

Se por um lado esta divergência pode acenar o desconhecimento dos pais quanto à necessidade de uma avaliação psicológica que possa ajudar seus filhos, por outro, é um alerta, pois nem toda criança inquieta possui TDAH. Neste sentido, Luca e Ciulik (2009, p. 8870)

afirmam que “a indisciplina é uma das consequências do TDAH, não significando porém que toda a criança indisciplinada sofra deste mal”.

4.2 Idade

A idade dos alunos variou entre cinco e 11 anos. Sendo um aluno com cinco anos, dois com seis, dois com sete, um com nove e um com 11 anos.

Sobre a idade mínima ser de cinco anos, Wolraich (2006) em seu artigo intitulado “*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Can It be Recognized and Treated in Children Younger Than 5 Years?*” defende que quanto antes ocorrer o diagnóstico do TDAH, melhor será o prognóstico e tratamento: “Therefore, it is essential to understand their perspective on identifying the ADHD as early as possible including when the children are of preschool age” (WOLRAICH, 2006, p. 90).

No que se refere ao tratamento inicial do TDAH, o *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI, 2014) recomenda fortemente a orientação da *American Academy of Pediatrics* (AAP, 2011) sobre a preferência de se utilizar as Terapias Comportamentais em crianças em idade pré-escolar: “Clinicians should initiate ADHD treatment of preschool-aged children (4 - 5 years of age) with behavior therapy and should also assess for other developmental problems, especially with language” (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2014, p. 3).

4.3 Gênero

A questão do gênero nas escolas marciais está sendo transformada. Com o passar dos anos, as mulheres assumem papéis cada vez mais significativos no ambiente marcial, desde a possibilidade de acesso a iniciação tardia até o alto rendimento.

O Censo 2016 da Academia Central Kung Fu Wushu – Campinas revela que a atual proporção entre crianças de cinco a 12 qnos de idade é de 90 do sexo masculino para 23 do feminino (razão 3,91:1). O mesmo censo aponta que, em algumas aulas, a presença feminina é superior a masculina, principalmente nas aulas para adultos iniciantes acima de 18 anos.

Em relação ao gênero das crianças com déficit de atenção e hiperatividade, dos questionários selecionados, uma é do sexo feminino e seis do sexo masculino. Esta proporção

6:1 está em conformidade com as pesquisas científicas que indicam uma proporção maior dos sintomas do TDAH em pessoas do sexo masculino.

Antoniuk (2006) que aponta em clínicas especializadas a relação meninos/meninas é de 6:1 até 12:1, enquanto que em estudos populacionais epidemiológicos, de 3:1.

O mesmo autor afirma que “estudos mostram que, com a idade, a prevalência entre os gêneros se aproxima. Estudando adolescentes, Rohde et al. (1999) encontraram uma relação de 1:1” (ANTONIUK < 2006, p. 9)..

Antoniuk (2006, p. 9) também se apóia em Gaub e Carlson (1997) para dizer que “a prevalência do TDAH se mantém estável no gênero feminino, enquanto parece diminuir no masculino”.

4.4 Propósitos ao iniciar a prática do *Wushu*

Nesta pergunta de múltipla escolha foram indicados quais os propósitos da prática do *Wushu*. Disciplina foi apontada por seis respondentes; concentração e defesa pessoal por cinco; autoconfiança, saúde, condicionamento físico e sociabilidade por quatro e competição por apenas um. Conforme ilustrado no gráfico 1 abaixo. Apesar de haver espaço para indicação, nenhum outro propósito foi apresentado.

Gráfico 1: Propósitos ao iniciar prática do *Wushu*.



Estes dados revelam que os principais aos propósitos ao iniciar a prática do Wushu são: disciplina, concentração e defesa pessoal.

Sobre a disciplina, sabe-se que esta pode ser aplicada em vários contextos, mas, através da *Análise de Conteúdo* (Bardin, 2009) é possível identificar que a palavra disciplina é entendida pelos responsáveis legais como a autorregulação do comportamento.

Segundo Lakes e Hoyt (2004) “as artes marciais historicamente têm enfatizado a importância da autorregulação, usando termos como autocontrole, controle corporal e disciplina” (LAKES; HOYT, 2004, p. 284, tradução própria).

Sobre as artes marciais e sua influência sobre a melhora da capacidade de concentração, Morand (2004) descreve os estudos de Weiser et al. (1985) ao explicar que:

[...] quando o artista marcial se esforça para buscar um aperfeiçoamento, a própria arte marcial vai ensiná-lo a se concentrar, relaxar, comunicar, ser autoconsciente, integrar o corpo e a mente de forma a minimizar o medo e a raiva, a fim de maximizar o foco e concentração (MORAND, 2004, p. 30, tradução própria).

Morand (2004) utiliza os estudos de Fuller (1988) para explicar que as artes marciais trabalham de forma positiva com resolução de problemas, desenvolvendo a concentração através da capacidade de ignorar as distrações e confrontos de trabalho.

Em sua pesquisa, Lake e Hoyt (2004) concluíram que fatores cognitivos (como foco, concentração e atenção) e fatores de conduta (obediência aos adultos, agressão para com outras crianças, e raiva) obtiveram significativas melhoras em crianças que foram submetidas a um programa de treino de três meses de artes marciais.

Sobre as técnicas de Defesa Pessoal, Lakes e Hoyt (2004) afirmam que elas são parte integrante do ensino das artes marciais, porém, para um convívio seguro, estas técnicas devem ser ensinadas em um ambiente caracterizado pelo respeito, disciplina e autocontrole. As crianças devem ser ensinadas “a usar suas técnicas apenas para proteger-se e nunca para machucar outra pessoa, exceto quando for absolutamente necessário para a autodefesa” (LAKES; HOYT, 2004, p. 298, tradução própria).

Importante ressaltar que esta pesquisa utilizou apenas a percepção dos pais e responsáveis como fonte da coleta de dados. Entretanto, tendo como referencial os próprios praticantes de artes marciais, o trabalho de Jones, Mackay e Peters (2006) aponta *affiliation* (filiação) e *friendship* (amizade), como os principais motivos para participação dos treinamentos.

Nesta comparação entre a motivação dos pais e responsáveis e os próprios praticantes, verifica-se que os aspectos psicológicos (concentração e disciplina) e defesa pessoal representam a motivação para o treinamento na perspectiva daqueles que estão fora da sala de treino, enquanto que, para os próprios praticantes, o aspecto social (filiação e amizade) é mais muito mais significativo para a sua motivação.

A amizade como fonte de motivação é identificada por Jones, Mackay e Peters (2006) pelo interesse de manter um convívio social em um determinado tempo do seu dia, fortalecendo suas amizades e desenvolvendo outras. Já o termo filiação pode ser definido como o sentimento de fazer parte de um grupo, expresso pela “afinidade com o instrutor, pelo prazer em superar desafios, por sentir sua individualidade respeitada e aprender novas habilidades de forma prazerosa” (JONES; MACKAY; PETERS, 2006, p. 31, tradução própria).

Descobre-se assim, que há um jogo de interesses na motivação para a prática das artes marciais, pois, não necessariamente o propósito inicial da criança é o mesmo daquele que custeia seu treino. Enquanto os pais e responsáveis legais anseiam pela concentração, disciplina e defesa pessoal, as crianças querem estar entre amigos e aprender a lutar de forma divertida.

4.5 Sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade

Dos sete selecionados, três respondentes apontaram como sintoma apenas o déficit de atenção; um aluno foi identificado com sintomas de hiperatividade sem déficit de atenção; enquanto que outras três crianças apresentaram ambos os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade.

Através da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009), foram claramente identificadas as apresentações⁶ de predominância de déficit de atenção, predominância de hiperatividade ou ambos combinados, tal qual são descritas e utilizadas nas últimas edições da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Distúrbios Mentais (DSM-5).

Assim, utilizando-se os critérios do CID-10 e DSM-5, pode-se afirmar que neste estudo foram identificadas três crianças com apresentação combinada; três com

⁶ A nomenclatura atual utiliza o termo apresentações do TDAH, enquanto que a anterior, baseada no DSM-IV, utilizava o termo subtipos do TDAH.

predominância de déficit de atenção sem hiperatividade e uma com hiperatividade sem déficit de atenção.

Na área médica, Antoniuk (2006) e Desidério e Miyazaki (2007), destacam a importância de um diagnóstico que especifique as apresentações dos sintomas de hiperatividade e/ou déficit de atenção, contribuindo assim, para um melhor tratamento e prognóstico do paciente.

Similarmente, tendo como referência o ensino do *Wushu*, a identificação das apresentações de hiperatividade e/ou déficit de atenção dará condições para que o professor realize uma melhor intervenção pedagógica em suas aulas, adequando os conteúdos do *Wushu* às características individuais dos seus alunos.

4.6 Profissionais e instrumentos para diagnóstico do TDAH

Quanto à existência de diagnóstico para o TDAH, das sete crianças selecionadas: duas não o possuem, enquanto que as outras cinco fizeram e receberam o diagnóstico positivo para TDAH.

Referente aos profissionais que realizaram o diagnóstico: duas crianças obtiveram apenas do médico; uma do médico e do pedagogo; uma do pedagogo e psicólogo e apenas uma dos três profissionais.

Dos instrumentos para diagnóstico: dois utilizaram questionário e eletroencefalograma (EEG); um apenas questionário; um eletroneuromiografia (EMG) e imagem por ressonância magnética (IRM), e um utilizou apenas atividades em grupo.

Graeff e Vaz (2008, p. 349) afirmam que “a troca de informações entre profissionais de diversas áreas, como psiquiatras e psicólogos, por exemplo, pode ser muito útil para um entendimento mais global de um caso”.

No caso deste estudo, duas das cinco crianças que obtiveram diagnóstico de TDAH consultaram somente um profissional. As outras três buscaram (ou foram orientadas a buscar) um diagnóstico de uma equipe multidisciplinar, auxiliados por testes com questionários e exames como: Eletroencefalograma (EEG), Eletroneuromiografia e Imagem por ressonância magnética (IRM).

Os dados ressaltam a importância do diagnóstico do TDAH ser realizado por uma equipe multidisciplinar, que utilize múltiplos testes e, quando necessário, exames, possam

assegurar um melhor diagnóstico que embase o tratamento e prognóstico das crianças com TDAH.

No caso do ensino do *Wushu*, o professor também pode e deve se valer de uma equipe multidisciplinar ao identificar sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em seus alunos. Profissionais da área da saúde poderão solicitar, se necessário, exames para confirmar ou descartar o diagnóstico de TDAH.

Reciprocamente, o professor de *Wushu* pode contribuir fornecendo informações acerca do comportamento e aprendizagem do aluno a estes profissionais, contribuindo assim, para a elaboração de um diagnóstico mais preciso.

Este diálogo entre uma equipe multidisciplinar beneficiará também o professor de *Wushu*, ao fornecer informações que ajudarão a nortear a sua proposta pedagógica.

4.7 Tempo de treino e utilização de medicação

O tempo de treino variou entre dois e trinta e seis meses. Sendo um aluno com dois meses, um com cinco, um com sete, um com nove, um com 18, um com 24 e outro com 36 meses.

Das cinco crianças diagnosticadas com TDAH, quatro não fazem uso de medicamentos, apenas uma o faz.

Na *Análise de Conteúdo* (BARDIN, 2009) foi possível identificar, através das percepções dos respondentes legais, que há uma melhora crescente dos benefícios da prática regular do *Wushu*.

Verificou-se que o aluno com menor tempo de treino (dois meses) é o único que toma medicação, enquanto que o aluno mais antigo (36 meses de treino) já tomou diversas medicações de metilfenidato (Ritalina®, Concerta® e Venvanse®), porém, atualmente, não toma mais.

O respondente do aluno mais antigo afirmou que as aulas de *Wushu* tem grande parte de responsabilidade na contribuição em suspender o uso de medicamentos: “a prática regular do kung fu ajuda o hiperativo ficar mais centrado, criar rotina e diminuir ansiedade”.

Sobre esta influência positiva da prática de atividade física em crianças com TDAH, o estudo de Wendt (2000) concluiu que a prática regular de exercícios aeróbicos melhorou o comportamento de crianças entre cinco e 12 anos de idade com TDAH, contribuindo para a diminuição do uso contínuo de medicação.

Mais especificamente sobre a prática de artes marciais, as pesquisas de Morand (2004) e Zaya (2011) também verificaram a diminuição da utilização da medicação em crianças com TDAH praticantes de artes marciais.

Referente à questão do tempo de treino, Kamp et al. (2014), em sua pesquisa de revisão sobre o impacto de intervenções de exercício (1-10 semanas de duração, com pelo menos duas sessões por semana) em crianças de sete a 13 anos de idade com TDAH, concluem que a prática de exercícios físicos pode atenuar os sintomas característicos do TDAH e, comparativamente à utilização de medicamentos, não trás nenhum efeito colateral indesejável:

We may conclude that all different types of exercise (here yoga, active games with and without the involvement of balls, walking and athletic training) attenuate the characteristic symptoms of ADHD and improve social behaviour, motor skills, strength and neuropsychological parameters without any undesirable side effects (KAMP et al., 2014, p. 713).

Mais especificamente sobre o impacto das artes marciais, Vertonghen e Theeboom (2010) realizaram um estudo de revisão que identificou influências positivas nas áreas psicossociais em pesquisas com crianças e adolescentes sendo avaliados antes, durante e após um período de intervenção que variou de dois meses a dois anos de prática de artes marciais.

Vertonghen e Theeboom (2010) destacam também que estes resultados positivos ocorreram inclusive entre sujeitos em situação de risco: “All these studies reported positive outcomes, with decreased post-test scores on hostility and aggression” (VERTONGHEN; THEEBOOM, 2010, p. 533).

Em estudos genéticos mais aprofundados, Rommel et al. (2013) atribuem que os efeitos positivos do exercício podem ser causados por mecanismos epigenéticos. Segundo esta teoria, a atividade física desencadeia um processo que leva a metilação (silenciamento da expressão gênica) do DNA responsável pelo TDAH, suprimindo assim os seus efeitos:

As exercise can elicit gene expression changes mediated by alterations in DNA methylation, the possibility emerges that some of the positive effects of exercise could be caused by epigenetic mechanisms, which may set off a cascade of processes instigated by altered gene expression that could ultimately link to a change in brain function (ROMMEL et al., 2013, p. 908).

Estas informações são relevantes para o processo de ensino do *Wushu* para crianças que utilizam medicamentos para TDAH, pois sua prática regular pode

comprovadamente atenuar os sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade, mesmo em períodos de curta intervenção.

Portanto, ao possibilitar que o aluno com TDAH pratique regularmente o *Wushu*, o professor estará contribuindo para a diminuição ou suspensão da utilização de medicamentos, proporcionando ao seu aluno uma vida mais saudável, sem os efeitos colaterais indesejáveis das intervenções psicofarmacológicas.

4.8 Considerações sobre as influências positivas da prática do *Wushu* em crianças com sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade.

Todos os sete respondentes afirmaram que houve influência positiva no controle do déficit de atenção e/ou hiperatividade. Foram apontadas diversas melhoras, porém, concentração, foi unânime, aparecendo em todas as respostas; disciplina foi citada por seis dos sete pais, alimentação foi apontada por dois respondentes. Responsabilidade, organização, postura, sociabilidade, agilidade e tranquilidade também foram melhorias apontadas uma única vez, em alguma das sete respostas.

Sobre os fatores que influenciaram a melhora dos sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade, as características da equipe de professores apareceram em 71,42% das respostas, sendo que dedicação foi apontada quatro vezes; enquanto que: permissão para liberdade de expressão, firmeza, apoio, paciência, disciplina, concentração e postura dos professores apareceram apenas uma vez em alguma das sete respostas. Já as características do *Wushu* foram indicadas em 42,85% das respostas, apontadas como: aulas de kung fu; prática de atividade física regular e característica do esporte.

A necessidade da adequação para se de criar um ambiente propício que estimule o aprendizado foi descrita por um respondente que destacou “a permissão dos professores para liberdade de expressão dos alunos” como contribuição para melhoria dos sintomas do déficit de atenção e/ou hiperatividade.

Jou et al. (2010, p. 31) ressaltam a responsabilidade da equipe docente no processo de aprendizado da criança com TDAH ao afirmar que: “as crianças, além de estarem prontas para aprender, devem ter também oportunidades apropriadas de aprendizagem. Se o sistema educacional não lhes oferece isso, talvez nunca possam desenvolver suas plenas capacidades”.

Esta afirmação lembra o fato dos alunos com déficit de atenção e/ou hiperatividade sofrerem várias formas de preconceitos, sendo constantemente rotulados como “alunos problemas”, que ao manifestar um comportamento que anseia por falar e movimentar-se são obrigados a calar e retrair-se.

Para evitar esta censura por parte dos professores, Jou et al. (2010, p. 34) destacam a importância da capacitação do quadro docente para “melhor compreender e diferenciar as características dos alunos, evitando enquadrá-los em falsos rótulos”.

Entretanto, Correia e Franchini (2010) afirmam que ainda há uma escassez de cursos de licenciatura e/ou formação continuada que proponham a tematização das Lutas, Artes Marciais e Modalidades Esportivas de Combate. Segundo os autores, o acesso a esse conhecimento específico é relevante “[...] para alicerçar uma condição mínima de apoio aos docentes, na eminência da elaboração dos saberes necessários à prática educativa” (CORREIA; FRANCHINI, 2010, p. 6).

Antunes (2009), em sua pesquisa sobre as disciplinas que abordam as lutas e artes marciais nos cursos de Educação Física das Instituições de Ensino Superior do Município do Rio de Janeiro, descreve a importância de uma formação continuada pelo profissional de educação física que se propõe a ensinar as lutas e as artes marciais em um contexto social que vai além do gesto técnico, além da preparação para a competição, além da avaliação de comportamentos motores observáveis, para o autor, as lutas e artes marciais devem envolver valores filosóficos, éticos e disciplinares.

Entretanto, estes valores só estarão presentes no ensino das lutas e artes marciais se “[...] o aluno for exposto a alguns anos de prática sob a orientação de um professor adequadamente formado, situação que não é possível em um curso de graduação em educação física, pois a carga horária é incompatível com a necessidade da formação apresentada pelas principais lutas e artes marciais” (ANTUNES, 2009, p. 10).

Sobre as características do *Wushu* como influência positiva em crianças com sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade, um responsável legal enfatizou sua resposta ao afirmar que: “Com certeza as aulas de kung fu”.

Morand (2004, p. 30, tradução própria) explica que “as artes marciais diferem de outras atividades físicas no seu efeito sobre crianças com TDAH”. Estas diferenças são atribuídas pelo autor devido a: i) práticas de meditação, respiração rítmica e relaxamento que atuam como uma forma de auto-hipnose; ii) respeito às normas de conduta; iii) valorização

constante do senso de grupo; iv) capacidade de ajudar e ser ajudado, receber e fazer críticas; e v) um sentimento de pertencer a um grupo coeso com metas e ideologia compartilhadas.

Morand (2004, p. 30, tradução própria) também cita o trabalho de Konzak e Boudreau (1984) que sugerem que “as artes marciais são um processo de socialização em que a formação adequada pode se tornar um agente de socialização e uma atividade terapêutica”.

Morand (2004, p. 30, tradução própria) conclui que “através da adequação das habilidades sociais, da meditação como forma de concentração e do exercício físico, as artes marciais compõem um programa multifacetado para tratamento dos comportamentos mal adaptativos encontrados em crianças com TDAH”.

Cooper (2007), em seu artigo sobre o ensino de artes marciais para crianças com TDAH, afirma que o conhecimento sobre o TDAH possibilita ao professor de artes marciais uma melhor interação pedagógica, permite a criação um programa individualizado e assegura que sua confidencialidade de cada criança seja respeitada.

Cooper (2007) ressalta que as crianças com TDAH “[...] possuem dificuldades para seguir instruções, problemas de concentração, necessitam de instruções simples e podem precisar de mais tempo para entender ou dominar tarefas específicas” (COOPER, 2007, p. 48, tradução própria).

Baseado nas teses de doutorado de Felmet (1998), Morand (2004) e Cooper (2005), Cooper (2007) selecionou uma série de orientações específicas para professores de artes marciais nortearem suas aulas com crianças com TDAH, sintetizadas a seguir: i) Construa uma rotina, defina regras claras e concisas, de modo que os alunos tomem consciência do que ocorre em cada momento da aula; ii) Utilize bem o tempo (sugere-se aulas de 30 a 45 minutos); iii) Chame os alunos pelo nome, seja claro em suas instruções e varie suas técnicas de ensino, mesmo dentro de uma rotina é possível utilizar variações pedagógicas que ajudam a manter o interesse dos alunos; iv) Defina metas e desafios razoáveis, é importante que a criança com TDAH obtenha êxito em suas tarefas; reorganize a estrutura das suas aulas, de modo a incentivar condutas de comportamento apropriadas; v) Aprenda a usar o reforço positivo, evite castigos, premie condutas positivas; vi) Entenda o efeito da competitividade, avalie se ela incentivará a criança a comportar-se mal ou será uma motivação para ela alcançar suas metas.

Cooper (2007) também ressalta a questão da individualidade e da constante necessidade de avaliar as ações pedagógicas de sua equipe docente ao alertar que “nem sempre uma estratégia que funciona com uma criança funciona com outra, pode ser necessário

realizar uma avaliação muito realista e sincera sobre seu método de treinamento e as ações de sua equipe de instrutores auxiliares” (COOPER, 2007, p. 46, tradução própria).

Durante a *Análise de Conteúdo* (BARDIN, 2009) foi possível identificar que as melhoras comportamentais não se restringiram ao espaço da academia, sendo presenciados em outros ambientes como a casa e a escola. Neste sentido, um respondente enfatizou que presenciou “melhoras significativas na concentração” como influência positiva das aulas de *Wushu*. Outro disse que devido à melhora da concentração obtida durante as aulas de *Wushu*, seu filho agora “consegue completar tarefas que antes pareciam impossíveis”.

Assim, verifica-se que a união da capacitação da equipe docente com as características do *Wushu* foram fatores que contribuíram para o controle dos sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade. Em algumas respostas expressaram esta união ao aliar palavras aparentemente opostas, como por exemplo: “firmeza com apoio” e “paciência com disciplina”. Dessa junção de opostos surge um equilíbrio, presente tanto no ensino do *Wushu* e quanto outras artes marciais.

Baseado neste equilíbrio resultante de adaptações de elementos aparentemente opostos como a força e a suavidade, o duro e o macio, escuro e claro, serão fornecidos no capítulo a seguir, subsídios para que pais, responsáveis e educadores sejam capazes de ressignificar a dimensão pedagógica do *Wushu*, possibilitando a sua prática a um maior número de pessoas.

5 O ENSINO DO WUSHU PARA CRIANÇAS COM DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Tendo sido apresentados o *Wushu* e o TDAH, dados coletados e discutidos, identificadas as influências positivas do ensino do *Wushu*, o presente estudo se soma às publicações Morand (2004), Cooper (2007, 2012), Woodward (2009), Zayas (2011) e Soares (2013) que credenciam as artes marciais como uma intervenção positiva no controle do déficit de atenção e/ou hiperatividade. Neste sentido, Cooper (2007, p.42, tradução própria) conclui que “o treinamento de artes marciais é uma intervenção apropriada, ou, ao menos, um componente adicional de um programa de intervenção integral para crianças com TDAH”.

No caso do presente estudo, para se ter uma compreensão global dos resultados atingidos, faz-se necessário descrever e conceituar e as estratégias de ensino, vivência e aprendizagem das aulas para crianças de cinco a 12 anos da Academia Central Kung Fu – Wushu Campinas.

O propósito de compartilhar este conhecimento é fornecer subsídios para que pais, responsáveis e educadores sejam capazes de ressignificar a dimensão pedagógica das LAMEC, tornando-as acessíveis a um maior número de pessoas.

5.1 Descrição das aulas para crianças da Academia Central Kung Fu – Wushu Campinas

A Academia Central Kung Fu Wushu possui uma equipe habituada a receber alunos com transtornos e deficiências. Seus fundadores, professores formados pela FEF UNICAMP, possuem grande experiência na área de atividade física adaptada.

Desde 1996 a academia recebe pessoas com deficiência visual, auditiva, motora e intelectual. Estes são primeiramente recepcionados pelo coordenador pedagógico, que avalia os riscos e benefícios da prática do *Wushu* e decide se a aula será em grupo ou particular. Casos mais complexos são discutidos também com os membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Lutas (GEPL) e Grupo de Estudos com o Grupo de Estudos e Pesquisa em Avaliação Motora Adaptada (GEPAMA), ambos da Faculdade de Educação Física da UNICAMP.

Atualmente a equipe de professores é composta por cinco profissionais com mais de dez anos de prática de artes marciais, faixas pretas, com formação superior, sendo quatro

em educação física. Além destes, a equipe docente conta com o auxílio de oito instrutores, com mais de cinco anos de prática de artes marciais, faixas pretas.

Todos os integrantes foram aprovados em um curso de capacitação de duração dois anos, com carga horária de 96 horas, contendo: estrutura de treinamentos; fundamentos básicos; conteúdos técnicos de diferentes estilos de *Wushu*; avaliação de perfil; metodologia e didática; avaliação física; noções básicas de primeiros socorros; palestras sobre a tradição, filosofia e ética nas artes marciais, além de um estágio supervisionado de 16 horas.

As aulas para crianças da Academia Central Kung Fu Wushu têm duração de 60 minutos, com uma periodicidade recomendada de duas vezes na semana. São 15 opções de aulas semanais para as crianças, de segunda-feira a sábado, sendo cinco no período matutino, cinco no período vespertino e cinco no período noturno.

O referencial pedagógico das aulas possui duas principais referências: a) Quanto à parte técnica, os ensinamentos transmitidos pela Tat Wong Kung Fu Academy (TWKFA), do mestre Tat-Mau Wong, tendo como representante na América do Sul o mestre Francisco De Paula; b) Quanto à dimensão lúdica e a pedagogia de iniciação genérica e multidisciplinar das lutas, são aplicadas as teorias do Grupo de Estudos e Pesquisas em Lutas (GEPL) da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, apoiada nos trabalhos de Almeida (1995), Ortega (1998), Pereira (2013), Gomes (2008, 2014), Harnisch (2014), Antunes (2016), além de autores internacionais como Espartero, Gutiérrez e Villamón (2003, p.301) que defendem propostas nas quais as crianças sejam capazes de “adquirir e aperfeiçoar habilidades comuns das atividades de luta”.

A idade abrange dos cinco aos doze anos. São duas turmas de faixa etária distintas: a) Turma dos Tigres: de cinco a oito anos de idade, com graduação de cinco faixas (tigre branco, tigre dourado, tigre roxo, tigre verde e tigre vermelho) e b) Turma Infantil: nove a 12 anos de idade, com graduação de 10 faixas (branca, amarela, laranja, jade, verde, roxa, azul, vermelha, marrom e marrom escura) até a preta.

Quadro 10: Graduação Turma dos Tigres (5-8 anos)

1º	Tigre branco		4º	Tigre verde	
2º	Tigre dourado		5º	Tigre vermelho	
3º	Tigre roxo				

Quadro 11: Graduação Turma Infantil (9-12 anos)

1º	Branca		6º	Roxa	
2º	Amarela		7º	Azul	
3º	Laranja		8º	Vermelha	
4º	Jade		9º	Marrom	
5º	Verde		10º	Marrom escura	

Referente à equipe docente, recomenda-se no mínimo um professor e um monitor por turma, sendo que a TWKFA recomenda a proporção máxima de um professor para cada oito alunos. Entretanto, há casos em que crianças com condutas inapropriadas de comportamento, déficit de atenção, indisciplina, hiperatividade, transtornos e deficiências de aprendizagem, que demandam uma atenção individual.

Para verificar o desenvolvimento dos alunos, cada um possui uma ficha de acompanhamento técnico, na qual consta a graduação, frequência, observações sobre a saúde e conteúdos técnicos aprendidos. Estas informações também são fundamentais para o planejamento da aula.

As aulas são elaboradas de acordo com o seguinte cronograma de tempo: 00-15 minutos: Aquecimento; 15-45 minutos: Conteúdos técnicos; e 45-60 minutos: Atividade final.

O aquecimento tem como característica um padrão de exercícios, compostos pela estimulação gradual das articulações, alongamentos e fundamentos da arte marcial chinesa na qual todos os alunos repetem os mesmos exercícios ao comando de um professor/instrutor.

Os conteúdos técnicos são compostos por: técnicas de membros inferiores: posturas e chutes; técnicas de membros superiores: ataques, bloqueios e combinações; formas; lutas e defesa pessoal.

A parte final da aula é composta por: atividades lúdicas, que tem como objetivo a socialização e desenvolver a motivação dos alunos; condicionamento físico, com exercícios adequados para cada faixa etária, para o desenvolvimento das capacidades físicas que irão contribuir para uma melhor execução dos movimentos do *Wushu*; e recados, com o objetivo de: reforçar o envolvimento em atividades extraclasse e orientações de comportamento e saúde.

Entretanto, a simples descrição das aulas não é suficiente para compreender como a equipe docente desenvolve seu trabalho. Há uma série de adaptações dos conteúdos acima descritos que contribuem para o processo de ensino dos alunos.

São estas adequações que fazem a equipe de professores da Academia Central Kung Fu – Wushu Campinas acreditar que, com o apoio da família, autorização e acompanhamento médico é possível adaptar o ensino do *Wushu* para todas as pessoas, independentemente de suas deficiências. Esta capacidade de adequação foi denominada por Bruce Lee como sendo a Lei da Adaptação do Kung Fu.

5.2 A Lei da Adaptação do Kung Fu: “*Be water, my friend*”

Bruce Lee (1940 a 1973) é considerado o mais popular artista do gênero dos filmes de artes marciais chinesas (THEEBOOM; DE KNOP, 1997, p. 277), sua influência permanece até os dias atuais. Porém, Bruce Lee foi mais que um ator, escritor, diretor e roteirista, ele foi um estudioso das artes marciais, com uma visão inovadora, que rompeu paradigmas e preconceitos, pois não estudou apenas o *Wushu*, mas sim, as artes marciais como um todo, tanto que utilizou o boxe ocidental e a esgrima na criação do seu estilo de luta “Jeet Kune Do” (LEE, 1997a). Ele foi um dos grandes responsáveis pela introdução e popularização do *Wushu* no ocidente, principalmente através dos seus filmes. Em um dos seus estudos, Bruce Lee descreveu sobre a Lei da Adaptação do Kung Fu (LEE, 1997b):

Ao invés de se opor a força pela força, o praticante de Kung Fu completa o movimento de seu oponente, respeitando sua intenção, seu fluxo de energia e derrotando-o utilizando sua própria força. Isto, no Kung Fu é conhecido como a Lei da Adaptação, a fim de harmonizar-se com a mudança de movimentos do oponente, o praticante de Kung Fu deve antes de tudo compreender o verdadeiro significado da suavidade e da firmeza (LEE, 1997b, p. 34, tradução própria).

Em uma entrevista ao programa Pierre Berton Show em 1971, Bruce Lee traduz este conceito da Lei da Adaptação na famosa frase “Be water, my friend” (“Seja água, meu amigo”):

Esvazie sua mente, não tenha formatos, não tenha contornos - como água. Se você coloca água em uma xícara, ela se torna a xícara, se você coloca água em uma garrafa, ela se torna a garrafa, se você coloca água em um bule de chá, ela se torna o bule. A água pode fluir ou pode destruir. Seja água, meu amigo (LEE in PIERRE BERTON SHOW, 1971, tradução própria).

Assim, baseado na Lei da Adaptação, é possível encarar o déficit de atenção e a hiperatividade como “adversários” que dificultam o ensino, a vivência e o aprendizado do *Wushu*. Para derrotar estes “adversários”, é necessário que professor e aluno conheçam suas deficiências, respeitem seus limites e criem adaptações que possibilitem a prática segura do *Wushu*⁷.

5.3 Considerações sobre o conhecimento, capacidade de adaptação e a competência do professor

Em seu estudo sobre o ensino das LAMEC, Harnisch, Ortega e Almeida (2016, p. 110) defendem que “o *Wushu* pode ser uma prática acessível e potencializadora para as pessoas com deficiência”. Para tanto, professor deve mobilizar diversos recursos que possibilitem que o *Wushu* seja adequado as necessidades individuais de cada aluno.

Segundo Harnisch, Ortega e Almeida (2016), estas adequações dependem de três condições: o conhecimento específico; a capacidade de adaptação e a competência do professor.

5.3.1 Conhecimento específico

⁷ Vale ressaltar que o “adversário”, seja uma deficiência física, visual, auditiva ou intelectual, não deve ser o foco do convívio entre o professor e o aluno, mas, sim, como o *Wushu* pode contribuir para que o aluno tenha uma melhor qualidade de vida.

O conhecimento específico se refere a dois aspectos: a) formação profissional na modalidade a ser ensinada e b) respaldo científico acerca das deficiências e das individualidades do seu aluno.

5.3.1.1 Conhecimento da modalidade

É necessário que aquele que se propõe a ensinar o *Wushu* seja conhecedor das suas distintas características, possibilidades práticas e diferentes objetivos⁸. Sua graduação técnica e formação profissional devem ser respaldadas por instituições especializadas no ensino do *Wushu*.

No caso do *Wushu* Tradicional, o capítulo um, artigo terceiro, do Regulamento de *Wushu* Tradicional da Confederação Brasileira de Kungfu/Wushu (CBKW, 2016)⁹, estas instituições de ensino devem transmitir um estilo de *Wushu* que tenha vínculo com a tradição chinesa, seja conhecido em outras partes do mundo, e tenha sido aprendido por uma transmissão direta de instrutor para aluno (ou mestre para discípulo):

Art. 3º - Definição de *Wushu* Taolu Tradicional:

- a) considerando a China como berço do kungfu/wushu, então o *Wushu* Taolu Tradicional deve ter sua origem na China ou, ao menos, na tradição chinesa, ou seja, por alguém que tenha nascido e vivido na China e, portanto, carrega na sua visão de mundo elementos da cultura chinesa;
- b) o sistema deve passar de Instrutor para Estudante de forma oficial, ou seja, o docente deve apresentar vinculação de aprendizagem com algum docente que tenha vinculação oficial do sistema, remetendo à sua origem: China;
- c) para ser considerado *Wushu* Taolu Tradicional, o sistema deverá ser conhecido em outras partes do mundo, minimamente na China, e de preferência em outros países.

O professor de *Wushu* deve compreender que as artes marciais representam a transmissão de um conhecimento que vai além do ensinar a lutar, conforme Ortega e Antunes (2013, p.137), o conceito de ensinar artes marciais “não se resume em reproduzir um conjunto de técnicas e táticas para atacar e defender, mas transcende o aspecto físico e motor, dando ênfase na formação global do praticante”.

⁸ Conforme Antunes (2016) e descrito no item 2.1.2 desta pesquisa.

⁹ O Regulamento de *Wushu* Tradicional da CBKW foi o resultado de um trabalho iniciado em 2001 pelo Prof. Dr. Samuel Mendonça em conjunto com o Presidente Nereu Graballos e diretores. Sua versão atual está disponível em: <http://www.cbkw.org.br/novo/wp-content/uploads/2016/01/Regulamento-2016-.pdf>. Acesso em 01/10/16.

Antunes (2009, p.8) ainda destaca que as artes marciais possuem princípios éticos e morais que regem a seu ensino:

Temas como disciplina, hierarquia, amizade, formação de valores, ética, cultura, história e tradições sempre se mostram presentes nas práticas das lutas e das artes marciais. [...] o componente filosófico que embasa as artes marciais é, obviamente o que possibilita a construção de uma correta conduta moral do praticante. As técnicas desenvolvidas e do aprimoramento físico que permeiam todas elas podem levar o estudante a conhecer os temas acima citados. [...] a prática verdadeira pode levar o praticante a se conhecer profundamente e a estabelecer para si mesmo uma ética para a vida.

Baseado neste estudo de Antunes (2009) sobre a relação entre as artes marciais e lutas das academias e as disciplinas de lutas dos cursos de graduação em Educação Física, conclui-se que é de suma importância que o profissional que se propõe a ensinar o *Wushu* se empenhe continuamente na apropriação novos conhecimentos acerca das LAMEC.

Cooper (2007) valoriza a busca de informações sobre o déficit de atenção e hiperatividade ao dizer que “[...] é necessário que os professores e instrutores de artes marciais tenham conhecimento sobre o como TDAH afeta as crianças e quais as suas implicações em nossa aula e ambiente de treino” (COOPER, 2007, p. 48, tradução própria).

Assim, as instituições de ensino superior, através de seus programas de graduação e pós-graduação em Educação Física, têm papel essencial neste processo de formação continuada do professor de *Wushu*.

5.3.1.2 Conhecimento das deficiências e do seu aluno

Harnisch, Ortega e Almeida (2016, p. 107) afirmam que “professor e aluno precisam entender as características e cuidados especiais que suas deficiências demandam, respeitar seus limites e serem capazes de juntos, de forma adequada, superarem as adversidades que impeçam a prática”.

Estes autores também ressaltam que professor deve buscar conhecimento e possuir um comprometimento com seu educando, “de modo que a escolha e desenvolvimento de suas estratégias de ensino sejam determinantes no processo de ensino das LAMEC para pessoas com diferentes deficiências” (HARNISCH; ORTEGA; ALMEIDA, 2016, p. 111).

Conhecer o aluno, respeitar sua individualidade e buscar condições para propiciar uma formação crítica são características fundamentais para que o professor de *Wushu* adeque seu ensino às necessidades específicas de cada aluno.

Em seu artigo sobre a formação de professores de Educação Física, Shigunov e Shigunov Neto (2009, p. 109), afirmam que o ensino individualizado “[...] é a condição da autofirmação, autoformação e o objetivo para onde toda a atividade formativa deve convergir”.

Cooper (2007, p. 48) trata da questão da individualidade ao afirmar que “También es necesario que todos entendamos que cada niño con TDAH es único”. O mesmo autor alerta que não se pode rotular o aluno com déficit de atenção e/ou hiperatividade:

Aunque muchas personas estereotipan a los niños con TDAH ya sea como hiperactivos o con falta de atención, el trastorno es mucho más complejo que lo que estas ideas conllevan y de hecho es la combinación de niveles variables de hiperactividad, impulsividad, y falta de atención la que crea casos únicos y variados (COOPER, 2007, p. 48).

Em seu estudo sobre os benefícios das artes marciais para crianças e adolescentes, Ortega e Antunes (2013) afirmam que para ministrar uma aula segura e adequada é necessário respeitar as individualidades de cada aluno e também estimular uma “consciência crítica sobre as lutas e as responsabilidades sociais de sua prática” (ORTEGA; ANTUNES, 2013, p. 139).

Shigunov e Shigunov Neto (2009) também ressaltam o respeito à individualidade e a formação crítica do aluno, os autores defendem que “a finalidade da escola do século XXI, é construir uma cultura orientada para o pensamento crítico que pretenda dotar o sujeito individual de um sentido mais profundo de seu lugar global e de seu potencial papel protagônico na construção da história da humanidade” (SHIGUNOV: SHIGUNOV NETO, 2009, p. 109).

Por fim, conhecer o aluno envolve também um resguardo quanto as suas condições físicas. Neste sentido, Antunes (2016, p. 200), em seu livro sobre o ensino das artes marciais para pessoas com deficiência, ressalta a necessidade de “uma avaliação física, médica e funcional do futuro praticante, de modo que o planejamento das atividades seja adequado”.

5.3.2 Capacidade de adaptação

O *Wushu* é uma arte que permanece viva por muitos séculos, seus conteúdos vêm sendo transmitidos de mestre para discípulo por várias gerações. Entretanto, cabe ao professor de *Wushu* escolher a forma como irá oferecer este conhecimento.

O professor pode optar por uma reprodução de conteúdos, ensinando da mesma forma com a qual aprendeu dos seus professores, ou adequar o ensino às características dos seus alunos, praticando assim, a Lei da Adaptação, citada por Bruce Lee.

Ao abordarem as atuais tendências do ensino das LAMEC na perspectiva da Educação Física, Harnisch, Ortega e Almeida (2016, p. 111) afirmam que “o educador deve ser capaz de promover a vivência das lutas, artes marciais e esportes de combate em todas as situações, por meio da utilização de estratégias adaptadas e da criação de regras que permitam a utilização de todo o seu potencial”.

Ortega e Antunes (2013, p. 138) também defendem a adaptação ao afirmarem que “a adequação dos conteúdos, estratégias, espaços e materiais possibilitam a participação de todos na prática das artes marciais, lutas e esportes de combate”.

Os autores também ressaltam que “as atividades devem possuir uma proposta pedagógica que seja adequada à faixa etária dos praticantes, que respeite suas individualidades e comprometa-se com um saudável desenvolvimento físico, mental e social” (ORTEGA; ANTUNES, 2013, p. 138).

Cuidados com a segurança também são obtidos com adequações. O professor deve ter a consciência que reproduzir o *Wushu* da forma como ele é apresentado na mídia (como, por exemplo, um combate de uma competição profissional), pode comprometer a segurança do praticante, Fett e Fett (2009, p. 176) corroboram isto quando afirmam que "a aula pode ser adaptada com maior segurança, para uma grande parcela dos alunos que não tem pretensões esportivas".

Rainey (2009) pesquisou sobre prevalência e gravidade das lesões nos atletas de *Mixed Martial Arts* (MMA), ele conclui que "medidas preventivas com ênfase na melhora de equipamentos de proteção durante os treinamentos, e possíveis alterações nas regras de competição poderiam ser realizadas com objetivo de minimizar lesões" (RAINEY, 2009, p. 190, tradução própria).

Ao tratarem do tema da segurança nas aulas de LAMEC, Harnisch, Ortega e Almeida (2016, p. 111) também alertam que “a adaptação de materiais e equipamentos são imprescindíveis” para garantir a integridade física dos praticantes.

Assim, Ortega e Antunes (2013) concluem que é possível ensinar as artes marciais de forma segura e adequada, desde que “[...] respeite as individualidades de cada aluno, estimule uma consciência crítica sobre as lutas e as responsabilidades sociais de sua prática” (ORTEGA; ANTUNES, 2013, p. 139).

5.3.3 Competência do professor

A frase de Bruce Lee: “Saber não é o bastante; precisamos aplicar. Querer não é o bastante, precisamos fazer” (LEE; LITTLE, 2000, p. 31) nos ensina que além de possuir o conhecimento, de adaptar o conteúdo, o professor deve ter competência para ensinar.

No que se refere à pedagogia escolar, Perrenoud (2001, p. 20), define a competência como “o conjunto dos recursos que mobilizamos para agir”. Perrenoud (2001) em seu trabalho intitulado “10 novas competências para ensinar” lista as condições que o professor deve desempenhar para que seu ensino seja competente:

1. Organizar e dirigir situações de aprendizagem.
2. Administrar a progressão das aprendizagens.
3. Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação.
4. Envolver os alunos em sua aprendizagem e em seu trabalho.
5. Trabalhar em equipe.
6. Participar da administração da escola.
7. Informar e envolver os pais.
8. Utilizar novas tecnologias.
9. Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão.
10. Administrar sua própria formação contínua.

As 10 novas competências de Perrenoud (2001) podem ser aplicadas no processo de ensino do *Wushu* para crianças com déficit de atenção e hiperatividade.

As competências 1, que trata da organização da aula, e a 2 que aborda sobre a administração da progressão da aprendizagem podem ser identificadas no item 5.1 deste capítulo: Descrição das aulas para crianças da Academia Central Kung Fu – *Wushu* Campinas.

Sobre o item 3, é fundamental para o professor de *Wushu* criar dispositivos de diferenciação que mantenham o foco e concentração das crianças com déficit de atenção e ao mesmo tempo controlem sua hiperatividade.

A competência 4 deve nortear o ensino do *Wushu*, pois aprender *Wushu* é mais do que aprender movimentos, assim, o professor de *Wushu* deve ser capaz de oferecer um referencial histórico e cultural que envolva o seu aluno.

As competências 5, 6 e 7 tratam da necessidade do ensino multidisciplinar, no qual o profissional de *Wushu* deve ser capaz de dialogar e interagir com sua equipe, a administração do local de trabalho e com os pais de seus alunos.

Sobre a competência 8, o professor de *Wushu* deve ser capaz de utilizar novos recursos em seu ambiente de ensino. Materiais de proteção (que ofereçam maior segurança aos treinos) e recursos áudio visuais são exemplos de como o *Wushu* pode ser ensinado com a utilização de novas tecnologias.

Sobre o item 9, podemos citar o conflito entre a reprodução de um conhecimento milenar e a aplicação de novas estratégias pedagógicas de ensino como um dilema ético do profissional de *Wushu*. Aquele(a) que se predispõe a ensinar o *Wushu* deve estar adequadamente preparado(a) para participar e contribuir positivamente para este e outros dilemas da profissão.

Esta preparação adequada faz parte da competência 10. Conforme abordado no item 5.3.1.1 (Conhecimento da modalidade) é extrema relevância o papel das instituições de ensino superior, através de seus programas de graduação e pós-graduação em Educação Física, no processo de formação continuada do professor de *Wushu*.

Acerca do ensino das artes marciais, Ortega e Antunes (2013, p. 139) definem a competência do professor como “a capacidade de mobilização de recursos cognitivos e afetivos, parciais ou totais, no sentido de enfrentar situações complexas”.

Ortega e Antunes (2013) defendem que a classificação de um trabalho bem ou mal orientado não depende da arte marcial que está sendo ensinada, mas de como o professor conduzirá a sua prática. Portanto, é a capacidade de mobilização do professor *Wushu* que proporcionará ao aluno um aprendizado efetivo.

5.4 Benefícios psicossociais do ensino do *Wushu* para crianças com déficit de atenção e/ou hiperatividade

Conclui-se que não é o *Wushu*, em si, o responsável pelos resultados positivos obtidos neste estudo, mas, sim a maneira como a equipe de professores da academia Central Kung Fu - *Wushu* de Campinas conduz a relação entre ensino - vivência - aprendizagem dos aspectos físicos, psicológicos e sociais do *Wushu*.

Esta relação envolve um convívio entre a equipe docente, familiares e alunos, com ênfase no estímulo a socialização, respeito às regras, estabelecimento de rotina e a conscientização de limites.

O estudo de Theeboom, De Knop e Vertonghen (2009), também ressalta os benefícios psicossociais da prática de artes marciais por crianças, algo que transcende o simples aprendizado de uma técnica de luta e melhora do condicionamento físico: “The sporting approach regards martial arts as sports with positive physical, mental and social effects for its participants” (THEEBOOM; DE KNOP; VERTONGHEN, 2009, p. 30).

Esta condição que o ensino das artes marciais vai além do ensino do movimento também é ressaltada por Paes, Galatti e Reverdito (2016, p. 74) ao afirmarem que “o treinador, o professor, o mestre, enfim, esse agente pedagógico deve ser mediador das artes marciais e da pessoa, ou seja, uma situação mais humana, não só técnica gestual”.

5.4.1 Socialização

Numa sociedade na qual os pais estão cada vez mais ausentes, seja por motivos de separação, logística, trabalho ou simplesmente por descaso, a falta do tempo de qualidade é muito sentida pelas crianças.

Para verificar a relevância deste tempo de qualidade, Cia, Pamplim e Del Prette estudaram a frequência de comunicação pais-filhos e da participação dos pais nas atividades escolares, culturais e de lazer das crianças. Os autores concluíram que “quanto mais expressivos os indicadores de comunicação e participação dos cônjuges em relação aos filhos, melhor o repertório de habilidades sociais das crianças”. (CIA; PAMPLIN; DEL PRETTE, 2006, p. 403).

São várias as atividades nas quais a socialização é desenvolvida nas aulas da academia Central Kung Fu Wushu – Campinas. A equipe de professores incentiva e oferece condições para que: os pais assistam às aulas e os exames de graduação dos filhos; as crianças se envolvam em campanhas sociais (agasalho, brinquedos, alimentos); a família participe de atividades extraclasse como idas ao cinema, festas de confraternização, aulas abertas, festivais e competições.

Há também o planejamento para que haja o aprendizado de habilidades sociais por meio de atividades lúdicas. Para Antunes e Chiodini (2015), os jogos e brincadeiras são atividades educativas que ensinam de maneira prazerosa e possibilitam a integração e socialização.

As autoras afirmam que a inserção do lúdico nas atividades “[...] facilita a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural, colabora para uma boa saúde

mental, facilita o processo de socialização, expressão e construção do conhecimento” (ANTUNES; CHIODINI, 2015, p. 121).

Otávio e Weiss (2003, p. 3) também afirmam que “os jogos e exercícios físicos promovem uma melhor relação sócio-cultural e de muito conhecimento, com impacto sobre a saúde e o estilo de vida de seus praticantes”.

Na academia Central Kung Fu Wushu – Campinas, além da socialização, as atividades lúdicas têm como objetivo a desenvolver a motivação dos alunos, pois sempre tendem a ser uma surpresa, um desafio final que contribui para a alegria e mantém o interesse de se ter uma frequência regular.

Mais especificamente sobre as atividades lúdicas cooperativas de lutas (como jogos de tocar, colocar para fora, desequilibrar, imobilizar, entre outros), Avelar e Figueiredo (2009) as defendem como uma possibilidade de praticar exercícios de oposição, sem necessariamente enfatizar o papel ‘atacante’ ou ‘defensor’, mas, sim, desenvolver a noção cooperação.

Os autores completam: “deste modo, o sentido de oposição é desenvolvido através de papéis cooperativos, sem que se perca o fundamento tático agonístico que representa a essência da luta” (AVELAR; FIGUEIREDO, 2009, p. 52, tradução própria).

5.4.2 Regras e rotina

Para Hodge e Lieberman (2012) há uma relação entre as regras e a criação de uma rotina para a boa gestão da sala de aula: Regras modulam comportamentos; Comportamentos sistematizados criam uma rotina; Rotinas são instituídas através de estruturas de tarefas e organização de atividades.

Segundo Hodge e Lieberman (2012), regras e rotinas melhoraram o comportamento dos alunos, diminuem comportamentos indesejados e contribuem para a resolução de conflitos.

5.4.2.1 Regras na academia Central Kung Fu Wushu - Campinas

A academia Central Kung Fu Wushu - Campinas possui regras que são apresentadas individualmente a cada criança de cinco a 12 anos de idade, acompanhada por

um dos seus pais ou responsável legal: 1) Somente utilizar o kung fu para se defender; 2) Ter uma alimentação saudável; 3) Ter bom rendimento escolar; e 4) Ajudar nas tarefas de casa. Estas regras são condições para o treinamento e graduação dos alunos.

Além destas regras específicas para as crianças, a academia possui um *Wude* (武德), que Mendonça e Antunes (2012) definem como ética marcial, uma espécie de código de conduta, que representa uma síntese do pensamento chinês (budismo, confucionismo e taoísmo) aplicado às artes marciais. Os autores explicam que o *Wude* se estruturou pela composição de duas dimensões, a social e a mental:

Biaoxian (表现), a ética da conduta, é composta por cinco elementos, a saber: *Qianxu* (谦虚) que é a humildade ou a modéstia; *Zunjing* (尊敬) o respeito; *Zhengyi* (正义) a retidão e a justiça; *Xin* (信) a verdade ou ter credibilidade; e *Zhong* (忠) a lealdade. Cada um destes elementos deve nortear a conduta do indivíduo em sociedade, frente a seus pais, aos familiares, aos parentes, aos amigos e assim por diante. Esses elementos devem estar presentes em todas as ações do homem para que ele se torne virtuoso e que suas ações frutifiquem para o bem comum (MENDONÇA; ANTUNES, 2012, p. 47).

Jingshen (精神) ética da mente se estrutura por quatro elementos, que são: *Yizhi* (意志) a vontade, a intenção e convicção ou determinação; *Rennai* (忍耐) a paciência e a resistência; *Hengxin* (恒心) a perseverança; e *Yong* (勇) a coragem. Esses quatro elementos constitutivos da ética mental são o fator transformador do comportamento externo. É dito que a transformação deve antes de tudo ser realizada internamente para que depois se manifeste externamente. Dessa forma, desenvolver a ética da mente se faz necessário prioritariamente para sustentar uma verdadeira ética da conduta (MENDONÇA; ANTUNES, 2012, p. 48).

O *Wude* (武德) da academia Central Kung Fu Wushu – Campinas foi transmitido e ensinado pelo Mestre Nereu Graballos. Compreende os princípios de respeito, amizade, responsabilidade, autoconfiança e equilíbrio. Estes valores são vividos pela equipe de professores, alunos e familiares da academia.

Mestre Nereu dizia que “o *Wushu* deve ser um acessório para que as pessoas possam viver melhor”, assim, é necessário respeitar que cada pessoa possui um objetivo diferente na prática de *Wushu*.

Mestre Nereu ensinou que, independente do objetivo pessoal de cada praticante, é necessário criar um ambiente de respeito; este respeito poderá trazer relações de amizade; mas, para se conquistar seu objetivo é necessário responsabilidade no treinamento (dedicação, disciplina); conquistado o objetivo, haverá autoconfiança; mas, esta autoconfiança não valerá de nada se não for utilizada com equilíbrio, para o bem da sociedade.

5.4.2.2 Rotina na academia Central Kung Fu Wushu - Campinas

Referente à rotina nas aulas, ela surge na forma de uma padronização de conteúdos. O aluno tem consciência dos conteúdos desenvolvidos em aula: Primeira parte: aquecimento e alongamentos; Segunda parte: revisão técnica; Terceira parte: técnicas da graduação; e Quarta parte: atividade final e recados.

Ter consciência do cronograma permite ter autonomia para praticar o *Wushu*, também fora do ambiente da academia. Como por exemplo, utilizar a mesma série da primeira parte da aula, composta por aquecimento e alongamentos, para preparar o corpo para uma caminhada.

Outra forte característica do *Wushu* relacionada com a criação de uma rotina é a prática de *taolu* (套路), também conhecido como *kata* (型) as artes marciais japonesas, *poomsae* (품새) nas de origem coreana, e no Brasil criou-se o termo *kati* (架子) como sinônimo de forma, rotina ou sequência de movimento.

No âmbito das Lutas como conteúdo da Educação Física Escolar, Gomes (2008, p.50) conceituou as formas como uma “combinação de elementos e técnicas tradicionais, que expressam a essência dos movimentos das Lutas, arranjados numa sequência pré-estabelecida, podendo ser executada na presença de adversários reais ou imaginários”.

Yang (1974) define *taolu* (套路) como uma sequência de movimentos que englobam três níveis de conhecimento de luta: o primeiro, que contém os fundamentos do estilo; o segundo, com outras possibilidades de aplicações técnicas além daquelas demonstradas no *taolu*; e um terceiro e mais refinado, no qual o artista marcial é capaz de compreender a essência do estilo. Cada um destes níveis exige do praticante um maior envolvimento no estudo e prática dos movimentos do *taolu*.

Alguns *taolus* têm em sua estrutura nomes poéticos, que servem ao mesmo tempo para facilitar a memorização dos movimentos, bem como para transmitir um conhecimento cultural. Alguns *taolus* homenageiam um acontecimento histórico da nação, outros ensinam princípios religiosos, outros contam lendas.

A IWUF, em sua visão esportiva, compreende o *taolu* como “um conjunto conectado de formas contínuas de técnicas predeterminadas, com uma coreografia com

princípios e filosofias que incorporam valores e movimentos estilizados de ataque e defesa” (IWUF, 2014, p. 14, tradução própria).

As formas são temas de pesquisas que comprovam os benefícios psicossociais de sua prática. Mais relacionado com o tema do presente estudo, podemos destacar: Bahrami et al. (2012), que identificaram na prática do *kata* uma melhora significativa no controle da disfunção social em crianças com transtornos do espectro autista; e Palermo e Greydanius (2011) que relataram melhoras no controle de distúrbios cognitivos sociais em crianças com TDAH e espectro autista.

Portanto, pode-se afirmar que a prática do *taolu*, como parte integrante do *Wushu*, possui outros elementos além do treinamento técnico e físico. O *taolu* engloba aspectos históricos, culturais, sociais, psicológicos e filosóficos, que buscam transmitir valores a serem aplicados na vida do praticante.

5.4.3 Limites

De acordo com os estudos sobre Educação Pré-Escolar de Leitão (2015, p. 21) “crianças que são educadas com limites, que interiorizam e compreendem as regras e as rotinas [...] são crianças que demonstram uma grande afinidade e respeito pelos outros”. A autora ressalta que o profissional de educação deve:

exercer também o papel de mediador do processo educativo da criança, devendo dar oportunidade para que esta construa o seu comportamento num ambiente equilibrado e regado, bem como promover a partilha de experiências, promovendo o diálogo constante e a capacidade de exprimir os seus sentimentos e emoções (LEITÃO, p. 21, 2015).

Leitão (2015, p. 21) conclui que, deste modo, “as crianças sentir-se-ão seguras, valorizadas e autónomas, fortalecendo a sua autoestima o que vai permitir estabelecer relações harmoniosas com os outros”.

Na academia Central Kung Fu Wushu - Campinas os limites são construídos através da disciplina positiva e afetividade.

5.4.3.1 Disciplina positiva

Para Montês, Gaspar e Piscalho (2010, p. 44) a problemática da indisciplina é “uma das questões mais sensíveis e de maior impacto nos primeiros anos da profissão

docente”. Os autores ressaltam a necessidade que a formação dos educadores, inicial e contínua, não deve ignorar este tema.

Gallahue e Donnely (2008) destacam a disciplina positiva como fundamental para o controle da gestão da sala de aula. Os autores definem a disciplina como “modo de tornar os alunos aptos a usar o seu tempo eficientemente para atingir os seus objetivos, sem impedir que os outros tentem alcançar as metas das aulas” (GALLAHUE; DONNELLY, 2008, p. 206).

De acordo com Montês, Gaspar e Piscalho (2010, p. 42): “o conceito de disciplina tem vindo a articular-se, cada vez mais, às idéias de participação nas tomadas de decisão, de exercício da cidadania e a uma nova visão do aluno como agente ativo da sua própria história e do seu destino”.

A disciplina positiva é reforçada nas atividades da academia Central Kung Fu Wushu é expressa, dentre outras ações, pela igualdade de condições, a equipe de professores lidera pelo exemplo, mostrando que também está sujeita às regras, obedecendo-as da mesma forma que os alunos, tornando-se assim um referencial para as crianças.

Portanto, a autoridade da equipe de professores e instrutores não é imposta, mas conquistada pelo respeito. Com esta autoridade cria-se um ambiente positivo, inclusivo e que respeita a cultura local dos educandos. São estas condições que Hodge e Lieberman (2012) consideram essenciais para uma boa gestão de sala de aula.

Desse modo, a equipe de professores da academia Central Kung Fu Wushu - Campinas consegue escutar, interagir, respeitar e brincar junto, sem perder autoridade necessária para a segurança e o aprendizado das crianças.

5.4.3.2 Afetividade

As pesquisas de Keating (1983), Montagu (1988), Pereira e Esteves (2010) e Forsell e Astrom (2012) comprovam que a afetividade através do toque contribui para o desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo da criança.

Segundo Pereira e Esteves (2010), a carência de afeto na primeira infância, principalmente da mãe, pode ocasionar traumas psicológicos como o medo do abandono, fobias e ansiedade. Estes autores afirmam que uma intervenção psicológica baseada na afetividade através do toque é capaz de:

[...] aumentar a autoestima, reforçar a capacidade de enfrentamento, estimular a autonomia e participação efectiva na tomada de decisões, fornecer apoio para enfrentar o estigma e preconceito, minimizar alterações psicológicas reactivas, desenvolver comportamentos adaptativos, modificar crenças disfuncionais, promover um coping emocional, aumentar a qualidade do contexto relacional e promover um bem-estar físico, psicológico e social (PEREIRA; ESTEVES, 2010, p. 147).

Para Forsell e Astrom (2012) os efeitos terapêuticos do abraço são capazes de gerar alterações emocionais, fisiológicas e biomecânicas em nosso organismo:

As a rule, hugging may refer to physical sensations, a psychological sense of well-being, and often a positive emotional experience. In particular, the positive emotional experience gives rise to biochemical and physiological reactions, such as a higher magnitude of plasma oxytocin, norepinephrine, cortisol, and changes in blood pressure (FORSELL; ASTROM, 2012, p. 4).

O significado do toque também é estudado no universo das LAMEC, em seu trabalho sobre o Judô, Otávio e Weiss (2003) ressaltam a necessidade do toque e da afetividade nas relações interpessoais das artes marciais.

Através do toque expressamos sentimentos sem utilizar palavras. Para Otávio e Weiss (2003), o toque possui pode ter diversas aplicações: educacional, esportiva, terapêutica ou recreativa.

Para estes autores, “a simples troca de palavras esconde um verdadeiro sentido da ação, porém com o contato físico, fala-se diretamente ao coração, onde o abraço pode ser mais confortador do que todas as palavras de apoio” (OTÁVIO; WEISS, 2010, p. 3).

Nas respostas dos responsáveis legais, vemos que 71,42% citaram atributos da equipe docente como sendo fundamentais para a melhora dos resultados, sendo que 57,14% dos respondentes citaram especificamente a “dedicação dos professores” como um dos fatores de influência positiva para o controle do déficit de atenção e hiperatividade (Gráfico 11).

Esta dedicação é fundamental para o desenvolvimento da afetividade entre professores e alunos. Na academia Central Kung Fu Wushu – Campinas, a afetividade ocorre quando os professores chamam as crianças pelo nome, agacham-se para manter um contato visual ao mesmo nível e criam espaços para a liberdade de expressão, no qual se permite a criança expressar-se corporal e verbalmente suas opiniões e sentimentos.

Neste ambiente de afetividade, a equipe de professores utiliza o toque existente nas práticas do *Wushu* como um instrumento terapêutico. O agarrar de uma luta transforma-se em um abraço, no qual se percebe os seus limites e os limites do outro. Com os devidos cuidados, os professores também abraçam os alunos, proporcionando um sentimento de contenção, proteção, acolhimento e segurança.

Esta consciência de um limite social contribui para o desenvolvimento da capacidade de compreensão da criança em sua relação com o mundo. O que é muito significativo para crianças adotadas ou com pais ausentes ou em situação de risco ou carência de afetividade.

5.5 O ato de educar através das artes marciais

Os dados coletados neste trabalho apontam que ato de educar é maior que a própria modalidade escolhida. Por esta razão, é possível aplicar as estratégias de ensino, vivência e aprendizagem do *Wushu* em outras LAMEC, transpondo-se barreiras políticas, geográficas e culturais.

A pesquisa desenvolvida por Habiyama e Stambach (2015) sobre o método de ensino utilizado por um mestre de Kung Fu para promover a reflexão crítica dos alunos em Ruanda, (país localizado na região dos Grandes Lagos da África centro-oriental) comprova esta possibilidade.

Similarmente, os estudos de Pereira (2013) e Pereira et al. (2016), sobre o ensino das LAMEC para crianças, também apontam para o conceito que “lutador é mais importante do que a luta”.

Ao aplicar a Lei da Adaptação à área de conhecimento da Educação Física Adaptada e às LAMEC, cabe ressaltar que o “adversário”, seja uma deficiência física, visual, auditiva ou intelectual, não deve ser o foco do convívio entre o professor e o aluno, mas, sim, como as LAMEC podem contribuir para que o aluno tenha uma melhor qualidade de vida.

Neste sentido, Cooper (2007, p. 48) afirma que muitas crianças com TDAH estão se beneficiando da prática de artes marciais: “[...] estos niños están encontrando su camino en las clases de artes marciales mientras los padres están buscando formas de ayudar a sus niños a lidiar con los síntomas asociados a este trastorno”.

Jones, Mackay e Peters (2006) e Cooper (2007) também comprovam em seus estudos que o papel do professor no ato de educar é mais relevante do que a arte marcial em si.

Jones, Mackay e Peters (2006, p. 33) afirmam que “These issues reinforce that the ‘instructorship’ is perhaps more important than the art being practiced; indeed the art is best defined by the nature of the instructor, and so the art will change with time, whether by intention or not”.

Cooper (2007, p. 48) é enfático sobre o papel do educador ao dizer que “es importante entender que las características del instructor y de los métodos de enseñanza son una influencia importante em cualquier posible beneficio producido por las artes marciales”.

A este processo de educar que transcende o ensino e aprendizagem do gesto esportivo, Paes e Balbino (2009) utilizam o termo ensino-vivência-aprendizagem, definido pelos autores como “[...] uma pedagogia que não apenas leve em conta procedimentos pedagógicos mas que, sobretudo, seja vista como um processo capaz de lidar com o esporte, respeitando seus diferentes significados e intenções” (PAES; BALBINO, 2009, p. 74).

Portanto, o(a) educador(a) não deve ensinar em função de um “rótulo”, mas deve se apropriar dos conhecimentos dos aspectos clínicos das necessidades específicas para o seu educando.

O(A) educador(a) não deve ignorar as condições físicas, biológicas, emocionais ou sociais que causem a deficiência, incapacidade ou desvantagem, pois este conhecimento é fundamental para a elaboração de um plano de aulas que abranja da melhor forma possível a relação do ensino-vivência-apredizagem do seu aluno.

O(A) educador(a) deve ser um(a) profissional dotado(a) das habilidades necessárias para enxergar, entender, valorizar e desenvolver a potencialidade dos seus alunos, tenham eles ou não transtornos e/ou a deficiências.

Referente às artes marciais, aqueles que se propõem a serem educadores devem prover um equilíbrio entre o melhor da modernidade sem perder a essência das artes marciais tradicionais¹⁰.

O(A) educador(a) deve estar sintonizado(a) com as linguagens e tecnologias do seu tempo, sem necessariamente concordarem com elas. Saber o contexto histórico e cultural das tradições, sem necessariamente forçar seus alunos a reproduzirem cegamente seus ensinamentos.

O(A) educador(a) deve conhecer as diferentes necessidades de cada idade, possibilitando e adequando corretamente seu ensino para crianças, jovens, adultos e idosos.

¹⁰ As artes marciais tradicionais são definidas por Vertonghen e Theeboom (2010), baseados nos conceitos de Donohue e Taylor (1994) e Nosanchuk e MacNeil (1989), como sendo centradas no respeito para com todos, no autocontrole para evitar conflitos, no treino das formas, estudo de filosofia e práticas de meditação, enquanto que as artes marciais modernas têm ênfase apenas no ensino dos aspectos físicos, voltados para o esporte e competição.

Assim, o(a) educador(a) saberá o harmonizar o equilíbrio de cada ação, como na Lei da Adaptação do Kung Fu, saberá o momento certo de adaptar-se, de agir com força ou suavidade, saberá o momento da disciplina e o momento do lúdico, o momento da bronca e o momento do reforço positivo, o momento de distanciar e o momento do abraço, que protege, conforta, que faz lembrar do útero materno, o momento de deixar bagunçar, gritar, perguntar, rolar, explorar livremente o ambiente e os materiais e momento do silêncio.

Minha convicção é que nós todos somos diferentes... Temos deficiências e potencialidades, como alunos, como educadores, como pessoas... E que estas adaptações podem permitir que alunos, independentemente de suas deficiências, pratiquem as lutas, artes marciais e esportes de combate de forma diferente... Tal qual é a nossa individualidade.

Meu kung fu é diferente

*O meu kung fu é diferente,
como se você, uma serpente.
Eu uso a força nas posturas,
uso movimento suave nos ataques.*

*O kung fu tem disciplina,
na desigualdade e tendo possibilidade
e na realidade, na sociedade, na cidade
eu procuro o meu caminho, da felicidade.*

Trecho do Poema de Hugo Meirelles¹¹

“Meu Kung Fu é diferente”

Campinas, 22/08/15

¹¹ Hugo Meirelles é aluno da Academia Central Kung Fu – Wushu. Compôs esta poesia para expressar como sente seu treinamento de *Wushu*. O termo de autorização de uso nesta pesquisa esta no Anexo IV.

6 CONCLUSÃO

Retomando o objetivo geral deste estudo, verificou-se, através da percepção dos responsáveis legais, que as estratégias de ensino, vivência e aprendizagem do *Wushu* são capazes de influenciar positivamente crianças de cinco a 12 anos de idade com déficit de atenção e hiperatividade.

Como objetivo específico, foi realizada uma revisão de literatura sobre o estado do conhecimento sobre *Wushu* e TDAH na área de Atividade Física Adaptada, de modo a fornecer um panorama atualizado do que as pesquisas científicas estão abordando sobre o tema de estudo desta pesquisa.

Também como objetivo específico, foi apresentado como a academia Central Kung Fu Wushu de Campinas desenvolve seu trabalho, através de uma descrição técnica das aulas; considerações sobre a relevância do professor possuir um conhecimento específico da modalidade e das deficiências e do seu aluno; da necessidade de uma capacidade de adaptação e da competência do professor.

Destaca-se neste estudo a categorização e descrição dos benefícios psicossociais do ensino do *Wushu* para crianças com déficit de atenção e/ou hiperatividade, desenvolvidos na academia Central Kung Fu Wushu Campinas: i) Estímulo à socialização; ii) Respeito às regras; iii) Estabelecimento de rotina e iv) Conscientização de limites, através da disciplina positiva e afetividade.

Por fim, conclui-se que ato de educar é maior que o próprio *Wushu* em si. Assim, é possível aplicar estas estratégias de ensino, vivência e aprendizagem em outras LAMEC, tornando-as acessíveis a um maior número de pessoas.

Apesar dos resultados encontrados, enfatiza-se que o estudo apresenta limitações quanto a: i) amostra; ii) interferência de outros tratamentos paralelos e iii) utilização de diferentes métodos de investigação.

- i) A amostra foi composta por responsáveis legais de alunos de apenas uma academia da cidade de Campinas - SP. Esta especificidade limita o conhecimento sobre o tema. Sugere-se a realização de novas pesquisas que objetivem verificar o processo de ensino das Lutas Artes Marciais e Esportes de Combate, tendo como amostra

populações mais diversificadas, que ampliem o limite de idade, englobando jovens, adultos e idosos em diferentes áreas geográficas.

- ii) Não foi perguntado no instrumento de coleta de dados se as crianças com déficit de atenção e hiperatividade realizam outras atividades físicas ou acompanhamento pedagógico, médico e psicológico, paralelamente ao treinamento de *Wushu*. Todos estes dados compõem um fator interveniente, capazes de influenciar os resultados desta pesquisa.
- iii) Esta investigação poderia ter utilizado diferentes estratégias metodológicas, capazes de integrar diferentes áreas de pesquisa. Diferentes abordagens poderiam contribuir para uma melhor e mais ampla compreensão o efeito da prática do *Wushu* em crianças com déficit de atenção e hiperatividade.

Outro ponto a ser ressaltado é a equipe docente. A academia Central Kung Fu Wushu possui profissionais habituados e capacitados a receber alunos com transtornos e deficiências. Segundo a percepção dos responsáveis legais, esta capacitação está diretamente relacionada com os efeitos positivos do ensino do *Wushu* para crianças com déficit de atenção e/ou hiperatividade.

Portanto, faz-se necessário a realização de mais estudos contendo amostras maiores, área geográfica mais abrangente, diferentes equipes docentes e diferentes metodologias de investigação.

Ressalta-se também a necessidade de intercâmbio acadêmico internacional, que compare as linhas de pesquisa utilizadas em diferentes países e busque mecanismos para respaldar um maior conhecimento sobre o tema.

Apesar das considerações acima relatadas, há embasamentos científicos que comprovam que o *Wushu* pode ser utilizado efetivamente como parte de um plano de tratamento para o controle dos sintomas do déficit de atenção e/ou hiperatividade. No entanto, o método de trabalho é relevante para que bons resultados sejam atingidos, assim, as aulas devem ser monitoradas e avaliadas continuamente para assegurar que a intervenção está tendo o efeito desejado.

Por fim, espera-se que este estudo possa estimular a realização de mais pesquisas com a mesma temática, além de contribuir para que mais educadores sejam capazes de adaptar o ensino, a vivência e a aprendizagem do *Wushu* às necessidades dos alunos com déficit de atenção e hiperatividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACEVEDO, W; CHEUNG, M. Análisis de las publicaciones periódicas marciales chinas editadas durante el periodo republicano. **Revista de Artes Marciales Asiáticas**, v. 6, n. 1, p. 35-60, 2011.

ALMEIDA, J. J. G. **Estratégias para a aprendizagem esportiva: uma abordagem pedagógica da atividade motora para cegos e deficientes visuais**. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 1995.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Pediatrics**, v.105, n.5, p.1158-70, Atlanta, 2000.

_____. Clinical Practice Guideline: treatment of school age children with ADHD. **Pediatrics**. v. 108, p. 1033-44, Atlanta, 2001.

_____. Report of the Task Force on the Family. **Pediatrics**, v.111, n.6, p.1541-71, Atlanta, 2003.

_____. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents, **Pediatrics**, v. 127, n. 10, Atlanta, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION **DSM-5**. American Psychiatric Association. Disponível em <http://www.dsm5.org/>. Acesso em: 26 dez. 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

ANTONIUK, S. A. **Desenvolvimento de um Questionário Breve para Identificação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Direcionado a Pais e Professores**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

ANTUNES, E. M. A.; CHIODINI, C. R. É Brincando que se Aprende: o lúdico no processo de ensino-aprendizagem. **Maiêutica-Curso de Pedagogia**, v. 1, n. 1, 2015.

ANTUNES, M. M. A relação entre as artes marciais e lutas das academias e as disciplinas de lutas dos cursos de graduação em Educação Física. **Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital - Buenos Aires - Año 14 - N° 139 - Diciembre de 2009**. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd139/artes-marciais-e-lutas.htm>, acesso em: 26/07/15.

_____. **Artes Marciais para pessoas com deficiência**. Editora Multifoco. Rio de Janeiro, 2016a.

_____. **Artes marciais chinesas para pessoas com deficiência: contextos, dilemas e possibilidades** [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Educação Física da UNICAMP, 2013a.

_____. **Aspectos introdutórios sobre a relação entre as artes marciais e a saúde.** In: ANTUNES, M. M.; IWANAGA, C. C. (Org.). *Aspectos multidisciplinares das artes marciais.* 1ed. Jundiaí: Paco Editorial, 2013b.

_____. **Uma Breve Reflexão sobre a História e Funcionalidades das Artes Marciais na Contemporaneidade.** In ANTUNES, M. M.; ALMEIDA, J. J. G. (Org). *Artes Marciais, Lutas e Esportes de Combate na Perspectiva da Educação Física: reflexões e possibilidades.* Curitiba: Editora CRV, 2016b.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO ABDA. **Cartilha TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e hiperatividade: Uma conversa com educadores.** Disponível:http://www.tdah.org.br/images/stories/site/pdf/tdah_uma_conversa_com_educadores.pdf Acesso em 20/01/16.

AUGUST, G. J.; STEWARD, M. A.; HOLMES, C. S. A four year follow up of hyperactive boys with and without conduct disorder. **Br J Psychiatry**; v.143, n.2, p. 192-8, 1983.

AVELAR-ROSA, B.; FIGUEIREDO, A. La iniciación a los deportes de combate: interpretación de la estructura del fenómeno lúdico luctatorio. **Revista de Artes Marciales Asiáticas**, p. 44-57, 2009.

BAHLS, S.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Psico UTP online Revista Eletrônica de Psicologia**, Curitiba, n. 04, 2004.

BAHRAMI, F.; MOVAHEDI, A.; MARANDI, S. M.; ABEDI, A. Kata techniques training consistently decreases stereotypy in children with autism spectrum disorder. **Research in Developmental Disabilities**, v. 33, p. 1183-1193, 2012.

BARBIRATO, F.; FIGUEIREDO, C. G.; DIAS, G; SILVA, A. G. **Tratamento farmacológico com estimulantes no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** In NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Coleção Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2015.

BARBIRATO, F.; FIGUEIREDO, C. G.; DIAS, G; SILVA, A. G.; SOARES, A. A. **Tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade com não estimulantes.** In NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Coleção Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 5. ed., 2009.

BARKLEY, R. A.; FISCHER, M.; SMALLISH, L.; FLETCHER, K. Persistence of attention deficit hyperactivity disorder into adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. **J Abnorm Psychol**, Washington, v.111, 2002.

BARKLEY, R. A.; BROWN, T. E. Unrecognized attention-deficit/ hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. **CNS Spectr**, v.13, p. 977-984, 2008.

BERGER, I. Diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: much ado about something. **IMAJ-Israel Medical Association Journal**, v. 13, n. 9, p. 571, 2011.

BRAGA, R. Hiperatividade Mitos e Verdades. **Revista Aprender**, Curitiba, n. 02, p. 30-36, 2000.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional)

BRASIL. Ministério de Educação e Cultura. Secretaria de Educação fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: Educação física: Ensino de primeira à quarta série**. Brasília, 1997.

BREDA, M.; GALATTI, L.; SCAGLIA, A. J.; PAES, R. R. **Pedagogia do esporte aplicada às lutas**. São Paulo: Phorte, 2010.

BRZOZOWSKI, F. S. **Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: medicalização, classificação e controle dos desvios**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

BRZOZOWSKI, F. S.; DIEHL, E. E. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o diagnóstico pode ser terapêutico? **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, p. 657-665, 2013.

CALEGARO, M. **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. 2002.

CALIMAN, L. V. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 3, p. 559-566, 2008.

CARIM, D. B.; BARBIRATO, F. **Orientação aos pais no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – transtorno específico da aprendizagem**. In NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Coleção Teoria e Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CARRIEDO, A. Benefícios de la Educación Física en alumnos diagnosticados con Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH). **Journal of Sport and Health Research**, v.6, n.1, p. 47-60, 2014.

CASTEJÓN, F. J. O. **Fundamentos de Iniciación Deportiva y Actividades Físicas Organizadas**. Madrid: Dykinson, 1995.

CIA, F.; PAMPLIN, R. C. O.; DEL PRETTE, Z. A. P. Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 395-406, 2006.

COOPER, E. K. Information and Strategies for Martial Arts Instructors Working with Children Diagnosed with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. **Revista de Artes Marciales Asiáticas**, v. 2, n. 1, p. 40-49, 2012.

_____. **The effects of martial arts on inattention, impulsivity, hyperactivity, and aggression in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A single-subject multiple-baseline design across participants**. Doctoral dissertation, Capella University, Minnesota, 2005.

_____. Información y estrategias para instructores de artes marciales. **Revista de Artes Marciales Asiáticas**, v. 2, n. 1, p. 41-49, 2007.

CORREIA, W. R.; FRANCHINI, E. Produção acadêmica em lutas, artes marciais e esportes de combate. **Motriz**. Rio Claro, v. 16, n. 1, p. 01-09, 2010.

COSMO, C. S. A.; SENA, E. P; ARAÚJO, A. N. **Comorbidades no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: transtornos do humor**. In NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Coleção Teoria e Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DA SILVA, A. C. P.; LUZIO, C. A.; DOS SANTOS, K. Y. P.; YASUI, S.; DIONÍSIO, G. H. A explosão do consumo de Ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 11, n. 2, p. 44-57, 2012.

DEL'VECCHIO, F. B.; FRANCHINI, E. **Lutas, artes marciais e esportes de combate: possibilidades, experiências e abordagens no currículo de educação física**. In: SOUZA NETO, S.; HUNGER, D. (Org.). Formação profissional em Educação Física: estudos e pesquisas. Rio Claro: Biblioética, v. 1, p. 99-108, 2006.

DESIDERIO, R. C. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S.. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicol. esc. educ.**, Campinas , v. 11, n. 1, p. 165-176, 2007.

DEVIS, J. D.; PEIRÓ, C. V. **Nuevas perspectivas curriculares en educación física: la salud y los juegos modificados**. Barcelona: Inde, 1992.

DIAS, G.; BADIN, K. **Comorbidades no transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade – transtorno específico da aprendizagem**. In NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Coleção Teoria e Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DOBIE, C.; DONALD, W.; ELHAI, K; HOFFMAN-JECHA, J.; HUXSAHL, J.; KARASOV, R.; KIPPES, C.; MYERS, C.; PETERS, J.; STEINER, L.; WILD CREA, M. **Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents**. 10th ed. Bloomington: ICSI; 2014.

DOS SANTOS, O. S.; NAVARRO, E. C. Problemas de aprendizagem TDAH: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 7, 2012.

ESPARTERO, J. **Aproximación histórico-conceptual a los deportes de lucha**. In: VILLAMÓN, M. Introducción al Judô. Barcelona, Editorial Hispano Europea S.A., 1999.

ESPARTERO, J.; GUTIÉRREZ, C.; VILLAMÓN, M. **Las actividades de lucha**. In: TABERNERO, B.; MÁRQUEZ, S. (Coords.), Educación Física: Propuestas para el cambio. Barcelona: Paidotribo, 2003.

ESTADO DE SÃO PAULO, **Brasil registra aumento de 775% no consumo de Ritalina em dez anos**. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-registra-aumento-de-775-no-consumo-de-ritalina-em-dez-anos,1541952>. Reportagem de 11/08/14. Acesso em: 21 de Janeiro de 2016.

FABIANO, G. A.; PELHAM, W. E.; COLES, E. K.; GNAGY, E. M.; CHRONIS-TUSCANO, A; O'CONNOR, B. C. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. **Clinical Psychology Review**, v. 29, n. 2, p. 129-140, 2009.

FARAONE, S. V.; SERGEANT, J.; GILLBERG, C.; BIEDERMAN, J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? **World Psychiatry**, v. 2, n. 2, p. 104, 2003

FELMET, M. B. **The effects of karate training on the levels of attention and impulsivity of children with attention deficit/hyperactivity disorder**. Doctoral dissertation, The University of Toledo, Ohio, 1998.

FERRAZZA, D.; ROCHA, L. C. A psicopatologização da infância no contemporâneo: um estudo sobre a expansão do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade **INTERthesis: Revista Internacional Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 237-251, 2011.

FERREIRA, H. S. As lutas na Educação Física escolar. **Revista de Educação Física**, n.135, p.36-44, novembro, 2006.

FETT, C. A.; FETT, W. C. R. Filosofia, ciência e formação do profissional de artes marciais. **Motriz**. Rio Claro, v. 15, n. 1, p. 173-184, 2009.

FILIPIAK, K. De guerreros a deportistas: cómo se adaptaron las artes marciales chinas a la modernidad. **Revista de Artes Marciales Asiaticas**, v. 5, n. 1, p. 19-40, 2010.

FORSELL, L. M.; ÅSTRÖM, J. A. Meanings of hugging: From greeting behavior to touching implications. **Comprehensive Psychology**, v. 1, p. 02-17, 2012.

FRANCHINI, E; DEL VECCHIO, F. B. Estudos em modalidades esportivas de combate: estado da arte. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 25, n. spe, p. 67-81, 2011.

FREIRE, J. B. **Educação de corpo inteiro: teoria e prática da Educação Física**. 4 ed. São Paulo: Scipione, 1997.

GALLAHUE, D. L.; DONNELLY, F. C. **Educação física desenvolvimentista para todas as crianças**. São Paulo: Phorte editora, 2008.

GOMES, M. S. P. **O ensino do saber lutar na universidade: estudo da didática clínica nas lutas e esportes de combate**. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

_____. **Procedimentos pedagógicos para o ensino das lutas: contextos e possibilidades**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

GUANGXI, W. **El Kungfu De China**. Beijing. China Intercontinental Press, 2011

GRAEFF, R. L.; VAZ, C. E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicol. USP**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 341-361, 2008 .

GRAHAM, L. G. **Traditional martial arts and children with ADHD: Self-perceptions of competence**. Doctoral dissertation. University of North Carolina, Greensboro, 2007.

HABIMANA, O.; STAMBACH, A. Kung Fu as critical thinking: An ethnographic analysis. **Journal of Philosophy in Schools**, v. 2, n. 1, 2015.

HARNISCH, G. S. **Práticas pedagógicas para o ensino do judô para pessoas com deficiência visual: estudo com técnicos brasileiros**. Dissertação de Mestrado em Educação Física. Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2014.

HARNISCH, G. S.; ORTEGA, E. M.; ALMEIDA, J. J. G. **O Ensino e a Prática das Artes Marciais, Lutas e Esportes de Combate para Pessoas com Deficiência: aprofundando o tema**. In: ANTUNES, M. M.; ALMEIDA, J. J. G. (Org). **Artes Marciais, Lutas e Esportes de Combate na Perspectiva da Educação Física: reflexões e possibilidades**. Curitiba: Editora CRV, 2016.

HENNING, S. E. The Chinese martial arts in historical perspective. **Military Affairs**, v. 45, n. 4, p. 173-179, 1981.

HERRERA, M. H. Da Depressão ao Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: notas sobre a promoção publicitária da Ritalina®. **Anais da ReACT-Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia**, v. 2, n. 2, 2015.

HETCHTMAN L. Predictors of long term outcome in children with attention deficit/hyperactivity disorder. **Pediatric Clinics of North America**, v. 46, n. 5, p. 1039-1052, 1999.

HODGE, S. R.; LIEBERMAN, L. J. Essentials of teaching adapted physical education: Diversity, culture, and inclusion. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v. 29, p. 366-367, 2012.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). **Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents**. 10th ed., Bloomington, 2014.

IWUF - INTERNATIONAL WUSHU FEDERATION. **Wushu**. [China]: IWUF, 2014.

JONES, G.; MACKAY, K.; PETERS, D. M. Participation motivation in martial artists in the West Midlands region of England. **Journal of Sports Science and Medicine, Combat Sports Special Issue (CSSI)**, v. 5, p. 28-34, 2006.

JOU, G. I.; AMARAL, B.; PAVAN, C. R.; SCHAEFER, L. S.; ZIMMER, M. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, p. 29-36, 2010.

KAMP, C. F.; SPERLICH, B.; HOLMBERG, H. C. Exercise reduces the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and improves social behaviour, motor skills, strength and neuropsychological parameters. **Acta Paediatrica**, v. 103, n. 7, p. 709-714, 2014.

KEATING, K. **A Terapia do Abraço**. Editora Pensamento – Cultrix, São Paulo, 1983.

KNIBBS G. H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. **Medical journal of Australia**, v. 1, p. 2-12, 1929.

LAKES, K. D.; HOYT, W. T. Promoting self-regulation through school-based martial arts training. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 25, n. 3, p. 283-302, 2004.

LARROCA, L. M.; DOMINGOS, N. M. TDAH - Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 16, n. 1, p. 113-123, 2012.

LEE, B. **Bruce Lee Jeet kune do: Bruce Lee's commentaries on the martial way**. Vol. 3. Tuttle Publishing, 1997a.

_____. The Lost Interview (filmed in 1971). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=PFQ7UxUdIH8>>. Acesso em: 08 Agosto 2014.

_____. **The Bruce Lee The Tao of Gung Fu: A Study in the Way of Chinese Martial Art**. Vol. 2. Tuttle Publishing, 1997b.

LEE, B.; LITTLE, J. R. **Striking Thoughts: Bruce Lee's Wisdom for Daily Living**. Tuttle Publishing, 2000.

LEITÃO, S. I. S. **A disciplina, a indisciplina e o afeto na creche e no jardim-de-infância**. Relatório do Projeto de Investigação (Mestrado em Educação Pré-Escolar) - Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Educação de Setúbal, Setúbal, 2015

LI, G. (Editor). **History of Chinese Civilization - History of Chinese Wushu (bilingual Chinese-English)**, 中华文明史话 - 武术史话 (中英文双语版), Encyclopaedia of China Publishing House - 知识出版社/中国大百科全书出版社, Beijing, 2011.

LI, J. X.; HONG, Y.; CHAN, K. M. Tai chi: physiological characteristics and beneficial effects on health. **British Journal of Sports Medicine**, v. 35, n. 3, p. 148-156, 2001.

LUCA, M. A. S; CIULIK, F. A indisciplina da criança em casa e o TDAH: uma identificação de indícios por parte da família. In: **Anais IX Congresso Nacional de Educação-EDUCERE e III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia**. 2009.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboração, análises e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATTOS, P.; PALMINI, A.; SALGADO, C. A.; SEGENREICH, D.; GREVET, E.; OLIVEIRA, I. R. D.; ROHDE, L. A.; ROMANO, M.; LOUZÃ, M; ABREU, P. B.; LIMA, P. P. Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Rev Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 1, p. 50-60, 2006.

MENDONÇA, S.; ANTUNES, M. M. Ethos e wude como fundamentação da ética marcial: educação de si mesmo. **Revista Educação**. v. 6, p. 35-52, 2012.

MONTAGU, Ashley. **Tocar: o significado humano da pele**. Grupo Editorial Summus, 1988.

MONTÊS, A. R.; GASPAR, S.; PISCALHO, I. O processo de elaboração e implementação de regras no jardim-de-infância. **Interacções**, v. 6, n. 15, 2010.

MORAND, M. K. **The Effects of Mixed Martial Arts on Behavior of Male Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. Unpublished doctoral dissertation Hofstra University, Hempstead, NY, 2004.

MUNHOZ, D. B.; ASSUMPCÃO JUNIOR, F. B.; ANTÚNEZ, A. E. A. Revisão de literatura das psicoterapias para crianças e adolescentes com Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, v. 32, n. 82, p. 9-29, São Paulo, 2012

NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: Coleção Teoria e Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2015.

OLIVEIRA, V.; PAES, R. R. A pedagogia da iniciação esportiva: um estudo sobre o ensino dos jogos desportivos coletivos. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires: ano 10, n. 71, abr. 2004. www.efdeportes.com/efd71/jogos.htm. Acesso em: 01/06/12.

ORTEGA, A. P. C. **O ensino das lutas na educação física escolar**: propostas e possibilidades. Monografia (graduação em educação física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, 2004.

ORTEGA, E. M. **As lutas e suas relações com a Educação Física escolar**. Monografia (graduação em educação física) – Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.

ORTEGA, E. M.; ANTUNES, M. M. **O ensino das artes marciais para crianças e adolescentes na perspectiva da saúde**. In: ANTUNES, M. M.; IWANAGA, C. C. (Org.). Aspectos multidisciplinares das artes marciais. 1ed. Jundiaí: Paco Editorial, 2013.

OTÁVIO, M. A.; WEISS, S. L. I. **Judô “a la carte”**. READ: Judô Brasil, São Paulo, 2003.

PAES, R. R.; GALATTI, L. R.; REVERDITO, R. S. **Lutas, Artes Marciais e Esportes de Combate: reflexões a partir da pedagogia do esporte**. In: ANTUNES, M. M.; ALMEIDA, J. J. G. (Org.). Artes Marciais, Lutas e Esportes de Combate na Perspectiva da Educação Física: reflexões e possibilidades. Curitiba: Editora CRV, 2016.

PAES, R. R.; BALBINO, H. F. **A pedagogia do esporte e os jogos coletivos**. In: DE ROSE JR, D. Esporte e atividade física na infância e adolescência: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, p. 73-83, 2009.

PALERMO, M. T.; GREYDANUS, D. E. Social cognition, executive dysfunction and neuro-behavioral karate: Alternative medicine or psychomotor treatment? **International Journal of Child and Adolescent Health**, v. 4, n. 3, p. 213, 2011.

PARRY, J. Violence and aggression in contemporary sport. **Ethics and sport**, p. 205-224, 1998.

PEREIRA, A. L.; ESTEVES, L. M. A importância de um abraço! **INFAD Revista de Psicologia**, v. 1, p. 143-148, 2010.

PEREIRA, H. S.; ARAÚJO, A. P. Q. C.; MATTOS, P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 391-402, 2005.

PEREIRA, M. S. **Projeto de Extensão Escolinha de Lutas: uma estratégia pedagógica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

PEREIRA, M. S.; SCARPATO, L. C.; ZAMBELLI, R. M. O.; ALVES, M. L. T.; DUARTE, E.; ALMEIDA, J. J. G. Lutas para crianças com e sem deficiência. **RBPFEEX - Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 10, n. 63, p. 925-927, 2016.

PERRENOUD, P. Dez novas competências para uma nova profissão. **Pátio. Revista pedagógica**, v. 17, p. 8-12, 2001.

PING, D.; SHOUZHI, Z. **Chinese-English and English-Chinese Wushu Dictionary**. China People's Republic Sports Publishing House. Beijing, 2007.

POLANCZYK, G.; DE LIMA, M. S.; HORTA, B. L.; BIEDERMAN, J.; ROHDE, L. A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. **The American journal of psychiatry**, v. 164, n. 6, p. 942-948, 2007.

RAINEY, C. E. Determining the prevalence and assessing the severity of injuries in mixed martial arts athletes. **North American journal of sports physical therapy: NAJSPT**, v. 4, n. 4, p. 190, 2009.

REUS, G. Z.; GOMES, K. M.; QUEVEDO, J. **Modelos animais de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. In: NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Coleção Teoria e Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Journal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 61-70, 2004.

ROMMEL, A. S.; HALPERIN, J. M.; MILL J.; ASHERSON, P.; KUNTISI, J. Protection from genetic diathesis in attention-deficit/hyperactivity disorder: possible complementary roles of exercise. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 52, n. 9, p. 900-910, 2013.

RUFINO, L. G. B.; DARIDO, S. C. Pedagogia do esporte e das lutas: em busca de aproximações. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 283-300, 2012

SANTOS, L. F.; VASCONCELOS, L. A. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 717-724, 2010.

SENA, S. S.; SOUZA, L. K. Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre TDAH. **Temas em Psicologia**, v. 16, n. 2, p. 243-259, 2008

SHAHAR, M. **O mosteiro de Shaolin: história, religião e as artes marciais chinesas**. São Paulo: Perspectiva, 2011.

SHIGUNOV, V.; SHIGUNOV NETO, A. A formação de professores de Educação Física: as competências e as habilidades da profissão. **Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Educação Física**, v. 1, n. 1, p. 76-117, 2009.

SILVA, A. B. B. **Mentes Inquietas: TDAH - desatenção, hiperatividade e impulsividade**. Principium, 2014.

SOARES, I. M. C. F. **Formas de intervenção das Artes Marciais na Hiperatividade**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Doro, Vila Real, 2013

SOUZA, C. P.; DOS SANTOS, A. P. M.; VERAS, A. B. **Gênero e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. In: NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Coleção Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SOUZA, I.; SERRA, M. A.; MATTOS, P.; FRANCO V. A. Comorbidade em crianças e adolescentes com Transtorno do Déficit de Atenção. **Arq Neuropsiquiatria**; v. 59, n. 2, p. 401-406, 2001.

TEIXEIRA, A. L. A. **O Rótulo: “TDAH”**. Tese de Mestrado. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, 2005.

THEEBOOM, M.; DE KNOP, P. An analysis of the development of wushu. **International Review for the Sociology of Sport**, v. 32, n. 3, p. 267-282, 1997.

THEEBOOM, M.; ZHU, D.; VERTONGHEN, J. ‘Wushu belongs to the world’. But the gold goes to China...: The international development of the Chinese martial arts. **International Review for the Sociology of Sport**, v. 0, n. 0, p. 1-21, doi: 10.1177/1012690215581605, 2015.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VALENÇA, A. M.; NARDI, A. E. **Histórico do diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. In: NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Coleção Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

VERTONGHEN, J.; THEEBOOM, M. The social-psychological outcomes of martial arts practise among youth: A review. **Journal of Sports Science and Medicine**, v. 9, n. 4, p. 528-537, 2010.

VICTOR, M. **Fatores associados aos desfechos clínicos com o uso de metilfenidato em adultos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, 2014.

WEISER, M.; KUTZ, I.; KUTZ, S. J.; WEISER, D. Psychotherapeutic aspects of the marital arts. **American Journal of Psychotherapy**, v. 49, n. 1, p. 118-127, 1995.

WENDT, M. S. **The effect of an intense exercise program on the behavior of ADHD children**. National Dissertation Registry. State University of New York at Buffalo, New York, 2000.

WOLRAICH, M. L. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Can It be Recognized and Treated in Children Younger Than 5 Years?. **Infants & Young Children**, v. 19, n. 2, p. 86-93, 2006.

WOLRAICH, M. L.; BROWN, L.; BROWN, R. T. Implementing the key action statements: an algorithm and explanation for process of care for the evaluation, diagnosis, treatment, and monitoring of ADHD in children and adolescents. **Pediatrics**, v. 128, n. 5, p. 1007-1022, 2011.

WOODWARD, T. W. A Review of the Effects of Martial Arts Practice on Health. **Wisconsin Medical Journal**, v. 108, n. 1, 2009.

YANG, J. M. **Tai Chi Chuan**. Shufunotomo Company, 1974.

ZAYAS, E. O. R. **Efectos de la actividad física en niños con déficit de atención con hiperactividad**. Dissertación de Maestría, Universidad Metropolitana (UMET), San Juan, Porto Rico, 2011.

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **ARTES MARCIAIS E SUA INFLUÊNCIA EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE**

Pesquisador responsável: Enrique Miluzzi Ortega
Orientador: Prof. Dr. José Júlio Gavião de Almeida
Número do CAAE: 44820215.8.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

As lutas, artes marciais e esportes de combate têm uma participação ainda pouco expressiva na área de Atividade Física Adaptada. Neste sentido, o objetivo geral desta pesquisa consiste em investigar se as estratégias de ensino do wushu (arte marcial chinesa) são capazes de influenciar positivamente crianças com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH).

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a responder um questionário composto de 12 perguntas, sendo 10 fechadas e 02 abertas com duração aproximada de 10 minutos. Na negativa de participar da pesquisa, nem você nem seu filho terão nenhum prejuízo pelos serviços oferecidos pela academia. Vocês podem, mesmo depois do aceite, solicitar desligamento da pesquisa sem a necessidade de justificar tal fato.

Desconfortos e riscos:

Você **não** deve participar deste estudo se for menor de idade, não voluntário ou não for um dos pais ou responsável legal de crianças de 05 a 12 anos que treinem na Academia Central Kung Fu Wushu – Campinas.

Não há desconfortos nem riscos previsíveis, trata-se do preenchimento de um questionário não invasivo à intimidade, nem realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais.

Benefícios:

Pais, responsáveis legais e crianças serão beneficiados ao final da pesquisa no sentido de compreender a importância da prática das artes marciais, além de contribuir para a construção de propostas pedagógicas, metodológicas e avaliativas da iniciação do ensino das artes marciais para crianças com TDAH, possibilitando as crianças uma melhor qualidade de vida para este público. Já para os pesquisadores, além deste, há possibilidade de publicação dos resultados em periódicos científicos da área.

Acompanhamento e assistência:

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Você será convidado a participar da pesquisa de maneira voluntária. Se preferir, poderá utilizar a sala de reuniões da Academia Central Kung Fu – Wushu – Campinas, local com mesa e cadeiras confortáveis, canetas esferográficas para preenchimento e poucas influências externas como som e movimento.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Por questão de proteção à confidencialidade, seus dados serão coletados, tabulados, arquivados e analisados apenas pelos pesquisadores e as informações colhidas serão utilizadas somente para finalidade científica.

Ressarcimento:

Você não receberá remuneração ou ressarcimento, o preenchimento será de forma voluntária, realizado durante sua rotina ao trazer, aguardar ou buscar crianças de 05 a 12 anos que treinem na Academia Central Kung Fu Wushu – Campinas.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Enrique Miluzzi Ortega, Av. Dr. Moraes Sales, 1063, Centro, Campinas - SP, CEP 13010-001, Telefone celular (19) 99201-3100 ou Prof. Dr. José Júlio Gavião de Almeida, Faculdade de Educação Física - UNICAMP, Cid. Univ. Zeferino Vaz, - Campinas, SP, Caixa-postal: 6134. Telefone (19) 3788-6618.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

APÊNDICE II – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1 – Nome do(a) aluno(a): _____ Idade: ____ anos

2 – Há quanto tempo o referido aluno treina? _____

3 – Sua relação com o(a) aluno(a):

pai mãe avó avô outro _____

4 – Como conheceu a academia?

indicação amigo internet indicação médica
 localização /placa / faixa panfleto outro _____

5 – Propósitos ao iniciar a prática do *Wushu* (kung fu) para crianças:

saúde autoconfiança disciplina
 defesa pessoal sociabilidade competição
 condicionamento físico concentração outro _____

6 – O aluno possui:

Déficit de atenção? não sim

Hiperatividade? não sim

7 - Se afirmativo, é diagnosticado? não sim:

Por quem? médico pedagogo psicólogo

Qual? TDAH dislexia transtorno bipolar autismo outro _____

8 - Fez exames? não sim:

ultrassom EEG Questionário outro _____

Se sim, data do último exame: _____

9 - Toma medicação? não sim:

Ritalina Concerta Venvanse Atensina

Tofranil Pamelor Wellbutrin SR outro _____

10 - A prática do *Wushu* (kung fu) para crianças influenciou positivamente no controle do déficit de atenção e hiperatividade? não sim

11- Se afirmativo, por quê?

12 – O que considera fundamental para esta melhora?

ANEXO I – CARTA ANUÊNCIA FEDERAÇÃO PAULISTA KUNG-FU**Autorização para Coleta de Dados**

A FEDERAÇÃO PAULISTA DE KUNG FU, inscrita sob o CNPJ 02.743.137/0001-61, situada à Rua Henrique Dias, 137 – Bairro Ponte Preta – Campinas - SP – CEP 13041-500, declara estar ciente dos requisitos da Resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares e declara que tem conhecimento dos procedimentos/instrumentos aos quais os participantes da presente pesquisa serão submetidos. Assim autoriza a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “ARTES MARCIAIS E SUA INFLUÊNCIA EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (TDAH)”, sob responsabilidade dos pesquisadores Enrique Miluzzi Ortega e José Júlio gavião de Almeida após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa-Unicamp.

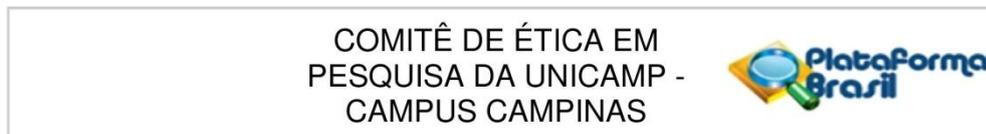


Assinatura e carimbo

Campinas, 09 de Junho de 2015.

Paulo Di Nizo Filho
CREF 15114-G/SP02.743.137/0001-61
FEDERAÇÃO PAULISTA DE KUNG - FU

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNICAMP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ARTES MARCIAIS E SUA INFLUÊNCIA EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE

Pesquisador: Enrique Miluzzi Ortega

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44820215.8.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Educação Física

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.126.660

Data da Relatoria: 25/06/2015

Apresentação do Projeto:

As lutas, artes marciais e esportes de combate (LAMEC) compreendem um vasto campo de conhecimento, adequado a pessoas de todas as idades (de crianças a idosos), gênero, e, não obstante, pessoas portadoras de deficiências. Entretanto, apesar de serem reconhecidas no meio acadêmico, as LAMEC têm uma participação ainda pouco expressiva na área de Atividade Física Adaptada. Neste sentido, o objetivo geral desta pesquisa consiste em investigar se as estratégias de ensino do wushu (arte marcial chinesa) são capazes de influenciar positivamente crianças com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH). Quanto ao método, a pesquisa caracteriza-se como um survey, de caráter descritivo, tendo um questionário semiestruturado, composto de 12 perguntas, sendo 10 fechadas e 02 abertas como instrumento para coleta de dados. A amostra será composta pelos responsáveis legais das crianças de 05 a 12 anos com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH) que treinam na Academia Central Kung Fu Wushu Campinas. Os dados serão submetidos à Análise de Conteúdo, mediante o Modelo Misto (qualitativo e quantitativo), além da quantificação das questões objetivas e interpretação das respostas descritivas. Como resultado espera-se identificar se ocorreram ou não influências positivas após início do treinamento, bem como o modo como ocorreram estas mudanças, criando assim uma possibilidade de interlocução social que possa aprimorar a formação de pais,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126		CEP: 13.083-887
Bairro: Barão Geraldo		
UF: SP	Município: CAMPINAS	
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187	E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 1.126.660

responsáveis e educadores quanto aos conhecimentos que envolvem as LAMEC e os aspectos que se relacionam com este universo, ressignificando assim, sua dimensão pedagógica, tornando-as acessíveis às pessoas com e sem deficiências.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral desta pesquisa consiste em investigar se as estratégias de ensino do wushu (arte marcial chinesa) da academia Central Kung Fu – Wushu - Campinas são capazes de influenciar positivamente crianças com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH).

Objetivo Secundário:

Os objetivos específicos estão assim formulados: (i) Levantar o estado do conhecimento sobre LAMEC, TDAH e pedagogia na área de Atividade Física Adaptada; (ii) Desenvolver propostas pedagógicas, metodológicas e avaliativas da iniciação do ensino das LAMEC para crianças com TDAH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há desconfortos nem riscos previsíveis, trata-se da aplicação de um questionário que não é invasivo à intimidade.

Benefícios: Indiretos. Os participantes podem, ao final da pesquisa, compreender a possível importância da prática das artes marciais para a TDAH.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa justifica o uso de voluntários e o tema é inédito e relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1-Folha de rosto está assinada pelas partes responsáveis.
- 2-Carta de escola de artes marciais assinada pelo representante legal e carta da federação paulista de kung-Fu.
- 3-Apresenta TCLE .

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.126.660

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.126.660

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

CAMPINAS, 26 de Junho de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO III – SNAP-IV – Questionário Escolar e Familiar para Crianças e Adolescentes da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) para levantamento de indicativos de Transtornos do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Fonte: <http://www.tdah.org.br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html>. Acesso em 29/08/16.

O questionário denominado SNAP-IV foi construído a partir dos sintomas do Manual de Diagnóstico e Estatística - IV Edição (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiátrica. Esta é a tradução validada pelo GEDA – Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da UFRJ e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS.

IMPORTANTE: este questionário é apenas um ponto de partida para levantamento de alguns possíveis sintomas primários do tdah. O diagnóstico correto e preciso do tdah só pode ser feito através de uma longa anamnese (entrevista) com um profissional médico especializado (psiquiatra, neurologista, neuropediatra). Muitos dos sintomas relacionados podem estar associados a outras comorbidades correlatas ao tdah e outras condições clínicas e psicológicas.

Lembre-se sempre que qualquer diagnóstico só pode ser fornecido por um profissional médico.

COMO AVALIAR:

- 1) se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a 9 = existem mais sintomas de **desatenção** que o esperado numa criança ou adolescente.
- 2) se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 10 a 18 = existem mais sintomas de **hiperatividade e impulsividade** que o esperado numa criança ou adolescente.

O questionário SNAP-IV é útil para avaliar apenas o primeiro dos critérios (critério A) para se fazer o diagnóstico. Existem outros critérios que também são necessários.

IMPORTANTE: *Não se pode fazer o diagnóstico de TDAH apenas com o critério A!*

CRITÉRIOS

A: Sintomas (vistos no quadro).

B: Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade.

C: Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa).

D: Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas.

E: Se existe um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele.

Aluno _____

Idade _____ Ano escolar _____

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X):

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não para ou frequentemente está a "mil por hora"				
15. Fala em excesso				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo: intromete-se nas conversas, jogos, etc.)				

ANEXO IV – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE POESIAS**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE POESIAS**

Eu, Hugo Meirelles, brasileiro, menor de idade, neste ato devidamente representado por meu pai, meu responsável legal, Flávio Soares de Meirelles, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF sob nº 034405078-58, residente à Rua Alferes Raimundo, nº. 242, município de Campinas – SP, AUTORIZO o uso das minhas poesias em todo e qualquer material relacionado à dissertação de mestrado do meu professor de kung fu Enrique Milluzi Ortega, CPF 248.619.568-89.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso das poesias acima mencionadas em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) out-door; (II) busdoor; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral; (V) home page; (VI) cartazes; (VII) back-light; (VIII) mídia eletrônica (painéis, vídeos, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros).

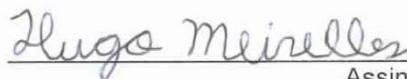
Fica ainda **autorizada**, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das poesias não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos às minhas poesias ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

Campinas, 24 de fevereiro de 2016.



Assinatura Flávio Soares de Meirelles
(responsável legal)



Assinatura Hugo Meirelles

Nome da criança: Hugo Meirelles
Por seu Responsável Legal: Flávio Soares de Meirelles
Telefone p/ contato: (19) 99330-4226