



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOMOTRICIDADE

**PSICOMOTRICIDADE:
UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE
DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)**

REGINA CLÁUDIA PINHEIRO CAVALCANTE

FORTALEZA – CEARÁ
2007

**PSICOMOTRICIDADE: UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM CRIANÇAS
COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)**

REGINA CLÁUDIA PINHEIRO CAVALCANTE

Monografia apresentada à Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicomotricidade.

FORTALEZA – CEARÁ
2007

Esta monografia foi submetida como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Psicomotricidade pela Universidade Federal do Ceará e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca Central da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que seja feita de conformidade com as normas da ética científica.

Regina Cláudia Pinheiro Cavalcante

MONOGRAFIA APROVADA EM: ____/____/____

Professora Luciane Ponte e Silva
Orientadora

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Pela minha vida, por todas as graças alcançadas e por toda a força que me deu através da minha fé para que nunca eu desistisse, mesmo diante dos obstáculos que a vida me proporcionou.

Aos meus pais,

Pelo amor, dedicação e incentivo que deram aos meus estudos.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu pai, que sempre foi um exemplo de vida, integridade e honestidade e que mesmo não estando mais em meu convívio com certeza contribuiu muito para que eu vencesse mais uma etapa de minha vida.

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo geral apresentar uma análise profunda e reflexiva, a partir de uma revisão bibliográfica, sobre um tema cada vez mais freqüente nas salas de aula e que, ainda hoje, gera dúvidas quanto ao que vem a ser um Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e comportamentos relativos a Indisciplina. Especificando um pouco mais esse objetivo pretende-se apresentar o conceito e as características do Transtorno do Déficit de Atenção /Hiperatividade (TDAH), juntamente com suas causas e implicações; conhecer os aspectos mais importantes da Psicomotricidade, uma área de atuação que vem se fazendo cada vez mais presente nos trabalhos realizados com crianças que apresentam distúrbios de aprendizagem; e apresentar a Psicomotricidade como uma estratégia efetiva de intervenção na criança com TDAH, apontando alternativas para a superação do problema no sentido de ajudar o aluno a continuar aprendendo apesar das dificuldades. Diante das questões aqui levantadas, acredita-se ser de grande importância a realização desta monografia sobre o TDAH, no sentido de esclarecer pais e professores sobre tais comportamentos, suas implicações, repercussões, e como tratá-los, tanto no âmbito familiar como na escola, mostrando ainda a importância do diagnóstico precoce para que sejam prevenidas, no futuro, conseqüências adversas e muitas vezes irreversíveis. Na conclusão dessa monografia, contemplam-se, nomeadamente as mudanças de perspectivas que vêm influenciando um novo modelo na educação, em termos de um trabalho conjunto a ser realizado por pais, professores, escolas, e profissionais da saúde e educação, visando beneficiar e otimizar o processo de aprendizagem para todos os alunos. Nesse sentido, cuidar positivamente dos alunos com TDAH, constitui uma maneira de proporcionar uma escola adequada para todas as crianças.

Palavras-Chave: Transtorno de Déficit de Atenção; Hiperatividade; Comportamento; Indisciplina; Novo modelo na educação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO /HIPERATIVIDADE (TDAH)	11
1.1 Histórico	14
1.2 Fatores Etiológicos	17
1.3 Classificação (subtipos)	19
1.4 Diagnóstico	22
1.5 Tratamento	28
1.5.1 <i>Programas Comportamentais</i>	29
1.5.2 <i>Programa de Treinamento Cognitivo Comportamental</i>	29
1.5.3 <i>Intervenção Escolar</i>	30
1.6 A atenção e a aprendizagem e sua relação com a hiperatividade	33
2 PSICOMOTRICIDADE	37
2.1 Histórico	37
2.2 Psicomotricidade	38
2.3 Educação do Movimento	41
2.4 Psicomotricidade e Afetividade	43
2.5 Reeducação Psicomotora	44
3 PSICOMOTRICIDADE COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NA CRIANÇA COM TDAH	46
3.1 Dificuldades de Aprendizagem e a Psicomotricidade	46
3.2 A Criança com TDAH	48
3.3 O Comportamento da Criança com TDAH na Escola	48
3.4 O Comportamento da Criança com TDAH no ambiente familiar	50
3.5 O olhar da Psicomotricidade em crianças com TDAH	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	60

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) tem sido tema freqüente nos debates e encontros de educadores, provocando grande inquietação entre os mesmos. Por se perceber que o comportamento hiperativo, muitas vezes é confundido com o comportamento indisciplinado, esse trabalho se propõe a definir cada um deles juntamente com suas possíveis causas, implicações, mostrando ainda como lidar com cada um desses comportamentos de maneira que o aluno supere suas dificuldades e continue aprendendo.

Alguns fatores como: família, escola, professores, alunos e a sociedade em geral, são de extrema relevância e por isso mesmo precisam ser analisados à luz do pensamento de alguns importantes estudiosos do assunto. O déficit de atenção e a indisciplina em sala de aula são temas que merecem uma investigação no sentido de apontar alternativas que superem as dificuldades do cotidiano de sala de aula.

É muito comum, por parte de alguns professores, comentários do tipo: “Esse menino não para quieto!”, “Aquele não quer nada, não presta atenção a nada!”, “Não sei mais o que fazer!”, “Este menino só pode ter algum problema!”, “Preciso dar minha aula e ele só atrapalha, a única solução é colocá-lo para fora de sala!”. Estes são comentários freqüentes no cotidiano da maioria dos professores que não sabem discernir entre o que é ser indisciplinado e o que é ter o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Muito menos sabem como lidar com cada tipo de comportamento.

De fato, na área da educação, cada vez mais, assume grande relevância saber diferenciar o conceito de Indisciplina e o conceito de Déficit de Atenção. É preciso ter clareza disso antes de tratar um aluno como indisciplinado, quando na realidade, muitas vezes, ele é contestador, ou de aluno problema quando às vezes tem o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade que pode ser trabalhado e melhorado.

Além das patologias orgânicas e/ou morais, o aluno pode pertencer à categoria dos indisciplinados. Horror pedagógico, a indisciplina é representada também como um desvio de conduta que, à moda de uma praga, deve ser submetido a uma ação corretiva implacável para que não se alastre o tumulto (AQUINO, 1996, p.53).

Percebe-se, na realidade, que os alunos, com algumas exceções, tendem a fazer parte do grupo dos problemáticos, quer por alguma anomalia, quer por indisciplina. Observa-se que a escola preocupa-se em demasia com a indisciplina, chegando a ponto de dar a este assunto uma importância muitas vezes maior do que ao conteúdo. Há, por parte da escola, um verdadeiro pavor dito indisciplinado, tentando, então, resolver o problema de maneira rápida e objetiva, usando recursos tais como: comunicados para os pais; castigos (perda do recreio; cópias); perda de ponto na média; colocar para fora de sala de aula e/ou até mesmo suspensão e expulsão da escola. Na realidade, por falta de conhecimento, a escola limita-se a resolver o problema pelas conseqüências e não pelas causas.

Os próprios professores, em sua maioria, são despreparados para lidar com o assunto e acabam cometendo os mesmos erros que seus superiores (coordenadores, supervisores e diretores), resolvendo o problema de forma rápida, usando apenas paliativos, tomando atitudes antigas diante de comportamentos atuais. É necessário que professores e especialistas estejam preparados para perceber se um aluno é hiperativo ou indisciplinado e que esteja ainda preparado para traçar alternativas de como lidar com a situação ajudando a esse aluno e não apenas o rotulando e causando traumas maiores.

Diante desta realidade, esse trabalho pretende realizar uma análise profunda e reflexiva sobre o tema em questão, partindo dos conceitos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Indisciplina, juntamente com suas causas e implicações e ainda apontar alternativas dentro da psicomotricidade para a superação do problema no sentido de ajudar o aluno a continuar aprendendo apesar das dificuldades. É, uma vez que estas dificuldades sejam de conhecimento da escola, que esta seja capaz de, com segurança, fazer a diferença entre o que é um aluno indisciplinado e o que é um aluno hiperativo e como lidar com a situação de maneira ética e responsável.

A partir das questões aqui levantadas, acredita-se ser de grande importância a realização desta pesquisa bibliográfica sobre o TDAH no sentido de esclarecer pais e professores sobre tais comportamentos, suas implicações e como tratá-los, tanto no âmbito familiar como na escola, mostrando ainda a importância do diagnóstico precoce para que seja evitado, no futuro, conseqüências adversas, muitas vezes irreversíveis.

Por conseguinte, faz-se mister conhecer esse transtorno para compreendê-lo melhor e ao conhecer poder instrumentalizar pais e educadores a como trabalhar com essa problemática. Daí, a necessidade imediata de investigar esse transtorno, descobrir meios e oferecer subsídios, eficientemente, aos pais e educadores para adentrarem no universo do portador do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade e inclui-lo no contexto familiar, social, cultural e educacional.

No primeiro capítulo é apresentado de forma clara e objetiva o comprometimento central do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, que é a incapacidade de inibir um comportamento, valendo-se da pesquisa e estudo de importantes pesquisadores na área (BRONOWSKY, 1978; BARKLEY, 2000). Descreve-se ainda os três eixos que caracterizam esse transtorno: a desatenção, a impulsividade e a atividade motora excessiva.

No segundo capítulo, procuramos abordar o conceito e as características da Psicomotricidade; para no terceiro capítulo tratar sobre como a psicomotricidade pode intervir junto à criança com TDAH, referindo-se primeiramente, a conceitos e estudos experimentais de relevância para trabalhar esse transtorno. São apresentadas, ainda, algumas alternativas psicomotoras que surgiram ao longo da história nas investigações e estudos sobre esse problema; referindo-se, também, à problemática da criança com TDAH no contexto familiar e escolar, onde se tenta ressaltar as dificuldades enfrentadas pelas crianças com TDAH, e as possibilidades de atuação da Psicomotricidade na prevenção e na terapêutica da criança com TDAH e qual deve ser a atitude dos pais e professores diante do convívio com essas crianças.

Na conclusão dessa monografia, contemplam-se, nomeadamente as mudanças de perspectivas que influenciaram o desenvolvimento da educação, em termos de características e que, por esses fatos, deverá a escola ficar atenta aos cuidados necessários. Nesse sentido, cuidar positivamente dos alunos com TDAH, constitui uma maneira de proporcionar uma escola adequada para todas as crianças.

1. TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO /HIPERATIVIDADE (TDAH)

O Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) é um transtorno comportamental que tem origem na infância e cujas características essenciais são os sinais de desatenção, impulsividade e hiperatividade, inconsistentes com o seu nível de desenvolvimento.

Embora muitos indivíduos tenham sintomas tanto de desatenção como de hiperatividade-impulsividade, um ou outro padrão podem ser predominantes. O transtorno é mais freqüente em indivíduos do sexo masculino do que feminino. O início se dá na infância e os sintomas geralmente são atenuados no fim da adolescência, embora uma minoria experimente o quadro completo de sintomas até a idade adulta (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1994).

A questão central da etiologia do TDAH permanece não resolvida. As pesquisas que seguem o modelo médico tradicional buscam uma melhor definição nosológica, a identificação de possíveis déficits bioquímicos e o estabelecimento de um padrão neurofisiológico para as crianças com TDAH. As tentativas de explicação das causas têm ampliado inclusive a natureza dos fatores envolvidos. Entre as principais hipóteses etiológicas estão os fatores genéticos, os fatores orgânicos, os fatores psicogênicos e os fatores ambientais.

Trata-se de um dos transtornos mentais mais freqüentes em crianças na idade escolar, atingindo cerca de 3 a 5% da população infantil (BARKLEY, 2000). As crianças portadoras de TDAH ultrapassam o animado limite das travessuras divertidas, deixam de ser adoráveis, e transformam-se em um verdadeiro transtorno na vida dos pais, professores e das pessoas com quem convivem. Com assiduidade, desprezam as regras de convívio social – normas estabelecidas numa instituição – devido às reações adversas, comportamentos desafiadores, sendo rotulados de “problemáticos”, “malcriados”, “mal-educados”, “pouco inteligentes”, e de “má índole”. No entanto, é preciso esclarecer que esses adjetivos discriminativos, apenas prejudicam seu crescimento global.

Vale insistir, que com certa frequência seus pais são responsabilizados acerca da educação a elas dispensadas, por isso são julgados como descuidados, permissivos, amorais, negligentes e desamorosos. Nesse sentido, faz-se necessário alertar que a criança precisa de mais disciplina, organização e de um ambiente com mais limites. São essas, por conseguinte, as conclusões das pessoas leigas com relação aos familiares das crianças com TDAH: reagem com ceticismo, vendo o diagnóstico como uma desculpa dos pais para fugir da responsabilidade dos cuidados dos filhos e tentar colocar a criança como um outro tipo de vítima, sem culpa e sem responsabilidades por suas ações.

Não existem diferenças aparentes das crianças com TDAH de outras tidas como normais. Não há nenhum sinal exterior de que algo esteja fisicamente errado com o sistema nervoso central ou com seu cérebro, apesar de que se acredita que seja uma imperfeição no cérebro que provoca a movimentação constante e outros comportamentos que as pessoas julgam tão intoleráveis numa criança com TDAH (BARKLEY, 2000).

O TDAH é um transtorno da capacidade da criança em inibir reações imediatas ao impulso, assim como em usar seu autocontrole em relação ao tempo e ao futuro. Ou seja, aqueles com TDAH sofrem de uma incapacidade de usar o senso temporal sobre o passado e o futuro, para guiar um comportamento (BARKLEY, 2000, p.15).

A criança com TDAH possui uma noção de tempo diferente das outras. O tempo lhe “escapa das mãos”, sendo incapazes de lidar com este com a mesma eficácia e eficiência das demais da sua faixa etária. Na perspectiva da criança é sempre “agora”, o momento, e se ela somente consegue focar o momento, faz sentido agir impulsivamente. A criança com esse transtorno, simplesmente quer fazer o que é prazeroso, divertido no momento, e negar, fugindo do que não esteja reforçando o desejado naquela ocasião. Essa situação, porém, pode ser complicada quando a criança não é capaz de se libertar do controle do momento e se permitir receber a influência do futuro. Essa compreensão do TDAH nos faz entender muitas das suas reações, atitudes, comportamentos; dignificando significativamente sua condição de portador desse transtorno; explicando ainda porque nem sempre eles são capazes de agir como os outros, e de fornecer uma base para respeitá-los e compreender como o TDAH interfere na sua vida (BARKLEY, 2000).

Segundo Barkley (2000), estudos com crianças indicam que a capacidade de inibir um comportamento começa a se desenvolver próximo ao fim do primeiro ano de vida e continua pelos próximos 20 a 30 anos. Com o amadurecimento, podemos atrasar nosso comportamento frente a situações por períodos de tempo cada vez mais longos antes de finalmente reagir.

De acordo com Bronowsky (apud BARKLEY, 2000), possuímos a capacidade de esperar por períodos de tempo mais longos que outras espécies antes de dar uma resposta. Ser capaz de inibir nossa ansiedade imediata para responder e esperar por um tempo, permite-nos criar um senso de passado e um senso de futuro; falar para nós mesmos e usar esse discurso para controlar nosso próprio comportamento; separar emoções de informações frente a nossa avaliação de eventos; e quebrar as informações ou mensagens que chegam em partes.

Segundo Goldstein e Goldstein (1994), pesquisas sugerem que o TDAH pode ser o problema mais persistente e comum na infância. É possível que os problemas resultantes, em especial, da hiperatividade estejam entre as razões mais frequentes que justificam o encaminhamento de crianças com problemas de comportamento a médicos, psicólogos, educadores e outros especialistas de saúde mental. Desatenção, agitação, excesso de atividade, emotividade, impulsividade e baixo limiar de frustração (dificuldades para adiar recompensas), afetam a integração da criança com todo o seu mundo: em casa, na escola e na comunidade em geral. O relacionamento com os pais, irmãos e professores é, muitas vezes, prejudicado pelo estresse provocado pelo comportamento inconstante e imprevisível. O desenvolvimento da personalidade e o progresso na escola também são afetados de forma negativa.

O TDAH, por outro lado, tem uma ampla margem na qual o nível de atenção, atividade e impulsividade podem ser determinados tanto pelo temperamento como pela solicitação feita à criança no ambiente em que vive, devendo ser considerado um distúrbio de interação. É também injusto dizer que uma criança desatenta nunca presta atenção, que uma criança impulsiva nunca planeja uma ação ou que uma criança agitada nunca ficará sentada. A hiperatividade leva a um desempenho incompatível e essa maneira de agir provoca contínuas frustrações. Em uma dada situação, a criança pode prestar atenção, mesmo que, alguns

minutos depois, ela se distraía. Num minuto, a criança pode estar sentada, escutando o professor e, não obstante, momentos depois, qualquer coisa insignificante ser capaz de distraí-la (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994).

1.1 Histórico

Problemas relativos a comportamentos de agitação e falta de atenção, em crianças e adultos, são considerados como resultado de uma grande variedade de fatores, uns inerentes à criança, outros ao meio e alguns outros a situações ulteriores relacionadas à maneira como a escola concebe esses alunos e, conseqüentemente, como redefinem suas necessidades em termos de currículo e utilização, pelos professores, de práticas facilitadoras de aprendizagem.

Os primeiros escritos sistemáticos sobre crianças que apresentam problemas de controle dos impulsos e atividade motora excessiva surgiram no final do século XIX e início do século XX (MEYER, 1904, *apud* HALLOWELL, 1994).

Still (1902, *apud* HALLOWELL, 1994) foi, talvez, o primeiro a descrever um conjunto de sintomas considerados constitutivos das manifestações fundamentais do TDAH. Estava convicto da origem orgânica do problema a partir de uma predisposição biológica. Em seu trabalho, ele observou um grupo de 20 crianças que se comportavam de maneira excessivamente emocional, desafiadora, passional e agressiva e que se mostravam resistentes a qualquer tipo de ação com o objetivo de equalização de seus comportamentos. O grupo tinha uma proporção de três meninos para cada menina e era composto de crianças que não apresentavam indícios de maus tratos pelos pais.

Still (1902) especulou que devido à ausência de maus tratos, seus problemas deveriam ser de origem biológica. A hipótese ganhou mais força ainda quando ele observou que alguns membros das famílias dessas crianças eram portadores de quadros psiquiátricos como depressão, alcoolismo, e problemas de conduta, dentre outros. Still (*apud* HALLOWELL, 1994) propôs uma base biológica para o problema, embora a evidência definitiva tenha demorado mais algumas décadas para ser aceita pela comunidade científica. Antes disso, as crianças e os pais eram considerados responsáveis pela “falha moral” e o tratamento era freqüentemente realizado mediante o uso de castigos e punições físicas. Os manuais de

pediatria da época eram repletos de explicações de como bater em crianças e afirmavam a necessidade deste tipo de tratamento.

As observações e deduções de Still influenciaram o “pai” da psicologia norte-americana, William James, que especulou que estes distúrbios de comportamento seriam devido a problemas na função inibitória do cérebro em relação a estímulos ou a algum problema no córtex cerebral onde o intelecto acabava se dissociando da “vontade” ou da conduta social.

A tentativa de associar o comportamento hiperativo a uma lesão cerebral ganhou impulso, em 1918, após uma epidemia de encefalite letárgica nos Estados Unidos. A partir da constatação de que as crianças sobreviventes raramente apresentavam déficit da inteligência, porém manifestavam grandes alterações na personalidade tornando-se hiperativas, distraídas, impulsivas e problemáticas na escola, observou-se uma tentativa na literatura de extrapolação deste dado, assumindo-se que crianças com comportamento semelhante deveriam ter também uma lesão cerebral (*apud* HALLOWELL, 1994).

Em 1937, Bradley mostrou mais uma relação do TDAH com o biológico através da descoberta acidental de que alguns estimulantes, as anfetaminas, ajudavam crianças com TDAH a obter maior concentração. Esta descoberta foi contrária à lógica tradicional, pois os estimulantes em adultos produziam um aumento da atividade no sistema nervoso central, enquanto o inverso acontecia em crianças com TDAH. O porquê desse fenômeno ainda iria permanecer sem resposta por mais algumas décadas (*apud* HALLOWELL, 1994).

Posteriormente, as pessoas com este problema receberam uma nova e inespecífica descrição, passando a se chamar de Disfunção Cerebral Mínima e sendo tratada com dois estimulantes disponíveis que tinham demonstrado eficácia no tratamento do problema (Ritalina e Cyclert), no ano de 1937 (*apud* HALLOWELL, 1994).

Still (*apud* SUCUPIRA, 1988), descreve a hiperatividade como parte do comportamento apresentado por crianças que haviam tido uma doença aguda ou algum problema, que com grandes chances poderiam ser causa de lesão cerebral grave. Ele também

descreveu a hiperatividade em crianças sem nenhuma história progressiva de doença do sistema nervoso central, nenhuma lesão cerebral demonstrável e com nível de inteligência normal.

Este tipo de raciocínio vai ter efeitos marcantes no processo de acumulação de conhecimentos sobre a hiperatividade e suas propostas terapêuticas. Laufer e Deulof (*apud* SUCUPIRA, 1988), definem a Síndrome Hipercinética caracterizada basicamente por hiperatividade e falta de atenção.

De acordo com Sucupira (1988), como não foi possível encontrar uma lesão neurológica detectável, apesar de todo o avanço tecnológico, propôs-se uma mudança no conceito de lesão para o de uma disfunção cerebral mínima. Enquanto disfunção, o diagnóstico é mais facilmente aceito, já que uma lesão, geralmente, tende a se tornar um estigma. Estas mudanças sucessivas nos termos utilizados expressam muito mais a falta de critérios e bases sólidas para a definição da própria síndrome do que avanços no seu conhecimento.

Clements chegou a descrever 30 sinônimos e 99 características que poderiam ser atribuídos ao conceito de Disfunção Cerebral Mínima (DCM). A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs o termo síndrome hipercinética, enquanto a Associação Americana de Psiquiatria enquadrou estes comportamentos como reação hipercinética da criança (SUCUPIRA, 1988).

Ainda segundo Sucupira (1988), a confusão na terminologia que invade a literatura, com ênfase no que seria DCM ou hiperatividade é vista por alguns autores como decorrente do fato de que a hiperatividade foi erroneamente considerada como parte de uma síndrome de disfunção cerebral, apesar das evidências em contrário provenientes de vários estudos. Em algumas ocasiões a hiperatividade aparece como sinônimo da DCM ou de lesão cerebral. Mesmo na literatura médica, uma crítica que se faz ao termo disfunção cerebral mínima, refere-se ao caráter vago das definições propostas, as quais poderiam englobar todos os tipos de problemas de comportamento ou aprendizado observados no espaço escolar.

Na década de 80, identifica-se na literatura duas linhas de publicações sobre a hiperatividade. De um lado, trabalhos que aceitam a hiperatividade como uma síndrome

clínica e utilizando o modelo médico tradicional de investigação buscam descobrir novos diagnósticos e métodos terapêuticos mais eficazes. A outra linha de estudos, parte do questionamento da hiperatividade como uma identidade clínica, utilizando diferentes enfoques para explicar as alterações de comportamento apresentadas por estas crianças. (SUCUPIRA, 1988).

Por outro lado, chama-se hiperatividade de evolução a ocorrência de “hiperatividade” numa criança em idade escolar que não apresenta qualquer outra incidência de distúrbio neurológico ou mental. A preponderância é masculina, na ordem de 90%, havendo evidência que a hiperatividade diminui com o aumento da idade, mas pode ser substituído por problemas de comportamento se a criança desenvolveu dificuldade de ajustamento, como resultado das perturbações associadas com a conduta hiperativa (ANDERSON, 1963 *apud*, COUTINHO, 1996).

1.2 Fatores Etiológicos

Não se conhece ainda a causa ou causas do TDAH. Na maioria dos casos, não se observam evidências de lesões estruturais ou doenças no Sistema Nervoso Central (SNC), embora se presuma que ocorra devido a alguma disfunção no SNC. Há uma série de hipóteses relacionadas a este transtorno, são elas:

a) **Defeitos orgânico-cerebrais:** Aqui se supõe um distúrbio da função do cérebro na primeira infância provocada por uma lesão pré, peri ou pós-natal no Sistema Nervoso Central. Esta poderia ser causada por problemas circulatórios, tóxicos, metabólicos e outros, ou por estresse e problemas físicos no cérebro durante a primeira infância, causados por infecção, inflamação e traumatismos. Esses sinais são muitas vezes sutis e subclínicos.

Não se sabe ainda sobre a total validade desta correlação, visto que os fatores de risco estão presentes em outros distúrbios diferentes, além do fato de que nem todas as crianças portadoras deste transtorno são vítimas destes fatores de risco.

Os mecanismos exatos pelos quais se desenvolve um transtorno de várias funções dos centros nervosos são ainda desconhecidos. Exames como o Eletroencefalograma (EEG) e as imagens do cérebro por Ressonância Magnética (RM) ou Tomografia Computadorizada (TC), não apresentam indícios específicos para o diagnóstico, ou seja, para a identificação do transtorno.

Considerando-se uma causa orgânica para esse distúrbio, foi reunida uma série de itens de anomalias físicas, chamadas “minor”, anomalias estas muitas vezes, mas não somente, que podem ser observadas em crianças com TDAH.

b) **Fatores neuroquímicos:** Através de experiências clínicas com uso de estimulantes (anfetaminas, entre outros) ou drogas tricíclicas (como a desipramina), pode-se conseguir resultados terapêuticos evidentes em crianças com TDAH. Por isto, supõe-se uma ação desequilibrada dos centros excitatórios e inibidores do Sistema Nervoso Central, causada por distúrbios no metabolismo de aminoácidos e/ou de neurotransmissores como a noradrenalina, serotonina e dopamina. Na realidade, não existem evidências claras implicando um único neurotransmissor no desenvolvimento do TDAH, muitos neurotransmissores podem estar envolvidos no processo.

c) **Fatores genéticos:** Investigações com familiares e gêmeos de crianças com TDAH indicaram uma alta correlação hereditária com as crianças atingidas (ROHDE e BENCZIK, 1999). No caso de famílias com mais de um hiperativo, foram encontrados casos de alcoolismo e distúrbios sociopatas nos pais, bem como distúrbios histéricos nas mães. Em consequência disto supõe-se aqui uma sucessão poligenética (FACION, 1991).

Outros estudos também sugerem que existe uma prevalência maior de Transtornos do Humor e de Ansiedade, Transtorno de Aprendizagem, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno de Personalidade Anti-Social nos membros das famílias de indivíduos com TDAH (BARKLEY, 2000).

1.3 Classificação (subtipos)

Segundo Goldstein e Goldstein (1994), o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) se manifesta através de quatro características de comportamento:

- **Desatenção e distração:** As crianças têm dificuldade em se concentrar em tarefas e prestar atenção de forma consistente quando comparadas com seus colegas;
- **Superexcitação e atividade excessiva:** As crianças tendem a ser excessivamente agitadas, ativas e facilmente levadas a uma emoção excessiva. Elas têm dificuldade de controlar o corpo em situações que exijam que fiquem sentadas em silêncio por muito tempo;
- **Impulsividade:** As crianças têm dificuldade de pensar antes de agir, isso resulta em um comportamento inadequado e irrefletido;
- **Dificuldade com frustrações:** As crianças têm dificuldade para trabalhar com objetivos de longo prazo, ou seja, que requerem adiar um benefício a ser atingido.

A criança deficiente nessas quatro habilidades está comprometida de forma significativa na sua capacidade para ser bem sucedida ao lidar com a realidade. As crianças com TDAH, portanto, podem ser deficitárias em algumas ou em todas as quatro características.

De acordo com Ciasca (2003), o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria, adotado também no Brasil como padrão para a definição de doenças) apresenta os sintomas que caracterizam o TDAH, e a frequência com que eles devem aparecer para que se possa definir a existência ou não do transtorno. Os sintomas devem ser constantes, com duração mínima de seis meses e não estarem limitados a uma situação apenas. Também é necessário que eles ocasionem prejuízo significativo para a vida do portador.

Dessa forma, o TDAH pode ser classificado em três subtipos de acordo com a predominância dos sintomas. A pessoa do tipo Desatenção deve apresentar, pelo menos, seis destas características: não enxerga detalhes e faz erros por falta de cuidado; tem dificuldade

em manter a atenção; parece não ouvir quando se fala com ela; tem dificuldade na organização; não gosta de tarefas que exigem esforço mental prolongado; frequentemente perde objetos; distrai-se com facilidade; esquecimento nas atividades rotineiras.

A pessoa do tipo Hiperativo/Impulsivo deve apresentar, pelo menos, seis destas características: inquietação, mexendo as mãos e os pés ou não parando quieta na cadeira; tem dificuldade em permanecer sentada; corre sem destino (em adultos, sentimento de inquietação); dificuldade em fazer uma atividade quieta ou em silêncio; fala excessivamente; responde a perguntas antes delas serem formuladas; age como se fosse movida a motor; tem dificuldade em esperar a vez; interrompe conversas e se intromete.

É possível que algumas pessoas apresentem uma combinação de características dos dois grupos, sendo classificado então como o tipo Combinado. A seguir é apresentado o quadro 1 relacionando as características referentes aos três subtipos:

Desatenção

- Falha para prestar atenção a detalhes
- Dificuldades para manter atenção sustentada nas tarefas
- Frequentemente parece não escutar quando se fala diretamente com ele (a)
- Frequentemente não segue instruções ou falha na finalização de tarefas
- Tem dificuldade para organizar tarefas ou atividades
- Frequentemente perde coisas necessárias para a realização de tarefas
- É facilmente distraído por estímulos externos
- É frequentemente esquecido em atividades diárias

Hiperatividade

- Mexe os membros com frequência ou se move na cadeira
- Levanta-se da cadeira na sala de aula ou em outros locais onde é esperado que permaneça sentado
- Corre ou sobe excessivamente nas coisas
- Tem dificuldades para brincar calmamente
- Está frequentemente "a ponto de" " e parece " ligado em um motor"
- Fala excessivamente

Impulsividade

- Explode em respostas antes das questões serem completadas
- Tem dificuldades em esperar a sua vez
- Frequentemente interrompe os outros

Quadro 1 - Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria – DSM-IV para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), 1994.

Fonte: Elaboração própria

Outras características que podem aparecer junto com as descritas ou no lugar delas: dificuldade em terminar uma atividade ou um trabalho; ficar aborrecida com tarefas não estimulantes ou rotineiras; falta de flexibilidade (não sabe fazer transição de uma atividade para outra); é imprevisível; não aprende com os erros passados; percepção sensorial diminuída; problemas de sono; difícil de agradar; agressividade; não tem noção do perigo; frustra-se com facilidade; não reconhece os limites dos outros; dificuldade no relacionamento com colegas; dificuldades nos estudos.

A hiperatividade corresponde ao exagero ou excesso de atividade motora na criança. Já a impulsividade se expressa por reações bruscas e emotivas da criança, refletindo uma reação impensada e repentina.

A hiperatividade é reconhecida pela observação do comportamento da criança. É possível traçar nesses casos uma linha do tempo, podendo já ser identificados, precocemente, em bebês que se mostram bastante inquietos, choram muito e só se acalmam no colo, mas não por muito tempo. Desde cedo, pode-se observar dificuldade no sono, pois acorda com frequência, depois acalma-se se colocado no colo; adormece e, ao ser colocado no berço, curiosamente e de imediato recomeça a chorar. O trabalho e os cuidados com essas crianças são permanentes e exaustivos, dia e noite.

As mães relatam também que há uma grande voracidade quando são levadas ao peito para mamar. Atacam o seio com muita gana; depois querem permanecer por longo tempo na mamada, mesmo já satisfeitos. Como consequência dessa dinâmica, é comum perceber os pais que se mostram extenuados, desorientados, sofridos e infelizes diante desse padrão.

A história prossegue à medida que essas crianças vão se desenvolvendo e passam a movimentar-se no berço, engatinhar e depois andar, embora algumas mães comentem que muitas dessas crianças pulam uma determinada fase ou outra. É tamanha a inquietude que se criam facilmente momentos de risco, pondo-se em perigo constante. Possuem extrema agilidade e em uma fração de segundo são capazes de passar da intenção a ação, sem pensar, como subir em móvel do qual podem ocorrer quedas com traumatismos diversos.

Com o passar dos meses, vão adquirindo melhores condições motoras e passam a realizar façanhas imprevisíveis; tornam-se arteiros, mexem em objetos cortantes, tomadas de luz, enfim, tudo aquilo que do nosso ponto vista não deveria ser do seu interesse. Nos anos seguintes, esse tipo de comportamento vai ganhando colorido variado, passam a subir em muros, árvores e mais excepcionalmente chegam ao telhado. Essas crianças têm o costume de falar mais alto, choram quando alguém as contraria e não perdem a oportunidade de tocar em tudo. Em diversas ocasiões tive a oportunidade de observar essas crianças quando entram na sala de consulta, permanecem pouco tempo sentada, entram debaixo da mesa, e começam a tocar e olhar tudo que está ao seu redor.

Esse distúrbio é de origem genética e é causado pela pouca produção de Catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), que é uma classe de neurotransmissores responsável pelo controle de diversos sistemas neurais no cérebro, incluindo aqueles que governam a atenção, o comportamento motor e a motivação. Uma visão de base neurológica para o TDAH é que baixos níveis de catecolaminas resultam em uma hipoativação desses sistemas. Portanto, os indivíduos afetados não podem moderar sua atenção, seus níveis de atividade, seus impulsos emocionais ou suas respostas a estímulos no ambiente tão efetivamente quanto as pessoas com níveis normais de neurotransmissores (FARAONE, 1999, *apud* BARKLEY, 2000).

O TDAH em criança ou adolescente não é um diagnóstico fácil de ser dado, há uma grande dificuldade em diagnosticar esses indivíduos no meio clínico. Além da dificuldade de classificação e critério do diagnóstico, existe uma outra que também é fundamental para a avaliação da criança com TDAH, é a inexistência de padrões ou normas que estabeleçam a variação do nível da atividade motora e nível de atenção/concentração que pode ser considerado para o diagnóstico da hiperatividade ou de um déficit de atenção.

1.4 Diagnóstico

O diagnóstico do TDAH é eminentemente clínico, baseado nos dados colhidos em anamnese minuciosa, pela observação clínica do paciente, exame neuropsiquiátrico e pelas avaliações e testagens das áreas comprometidas, já que estes dados serão indispensáveis no

planejamento do tratamento. Além disso, é fundamental identificar os fatores agravantes ou desencadeantes, para que se estabeleça um planejamento mais adequado do tratamento.

A desatenção, a impulsividade e a hiperatividade são sintomas que podem resultar de problemas na vida das crianças e não necessariamente ser causada pelo TDAH, principalmente, quando apenas parte dos sintomas estão presentes ou quando não se manifestam o tempo todo. O TDAH se apresenta continuamente, uma criança que se comporte inadequadamente dentro das características citadas somente em casa ou somente na escola, possivelmente, o faz porque se encontra com problemas nesses locais e não devido a esse transtorno. Sistemas educacionais inadequados e problemas conjugais/familiares devem ser os primeiros fatores a serem analisados, portanto, o contexto em que a criança vive, assim como os sintomas devem sempre ser considerados para o correto diagnóstico.

Para Vilanova (1995), as características clínicas, os critérios diagnósticos e o próprio nome da síndrome têm sofrido modificações. É indiscutível que existem crianças que, já nos primeiros anos de vida, apresentam maior dificuldade em manter o foco do seu interesse em uma determinada atividade, mesmo quando brincam. Na educação infantil ou na fase escolar estas características são mais evidentes, pois a criança não consegue prestar atenção no que é ensinado.

Assim a hiperatividade que ela possa apresentar, contribui significativamente para que a criança, mesmo com uma inteligência dentro da faixa de normalidade ou mesmo acima da média, apresente um desempenho escolar que deixa a desejar. A hiperatividade, que se manifesta pela tendência de estar sempre se movimentando, é o sinal clínico mais freqüente e exuberante associado ao TDAH. Além destes sintomas, outras manifestações podem estar presentes, tais com a inabilidade motora, sendo muitas vezes rotuladas pelos pais de desajeitadas ou desastradas. Podem apresentar desenvolvimento de fala mais tardio e lento que as demais crianças. Outras características associadas às crianças e adolescentes com TDAH são alteração da sociabilidade, labilidade emocional e dificuldade de ter seus limites comportamentais bem definidos.

Vilanova (1995) evidencia que muitas crianças com síndrome do déficit de atenção, especialmente os meninos, apresentam desenvolvimento de fala mais lento, além de uma

imprecisão fonarticulatória, que pode se manifestar através de trocas, omissões e distorções fonêmicas. Esta alteração da produção fonêmica pode estar associada também a uma alteração do ritmo da fala, especialmente um ritmo mais acelerado, caracterizando a taquilalia.

Além do distúrbio da fala, muitas crianças com síndrome do déficit de atenção apresentam também coordenação motora inadequada. Apesar de terem os automatismos adquiridos nos primeiros meses de vida, tais como sentar e andar, iguais aos das demais crianças, os automatismos aprendidos geralmente são adquiridos mais lento e são realizados com maior imprecisão. Deste modo, os atos práticos, especialmente os que envolvem instrumentos, tais como amarrar um sapato e utilizar o lápis, só são adquiridos após muito treino e, mesmo assim, a qualidade com que são realizados deixa sempre a desejar em relação às demais crianças.

Observou-se criança com comportamento muito semelhante ao daquelas com TDAH que apresentam alterações do processo auditivo central, evidenciadas especialmente nas testagens audiológicas utilizando testes de escuta dicótica. Deve-se também estabelecer o diagnóstico diferencial com outros distúrbios, principalmente formas benignas de epilepsia, como as crises de ausência simples, que podem ser confundidas pelos pais e educadores com TDAH (VILANOVA, 1996).

O processo pelo qual a criança será avaliada para se pesquisar um possível diagnóstico de TDAH deve se enquadrar na definição de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), conforme descrito na edição mais recente do DSM-IV, da Associação Americana de Psiquiatria.

Os critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM - IV) publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV, 1995) são os seguintes:

A. Ou (1) ou (2)

(1) seis (ou mais) dos sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento

(2) seis (ou mais) dos sintomas de hiperatividade-impulsividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento

B. Alguns sintomas de hiperatividade - impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por exemplo, na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízos clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Sintomas

- **Falta de Atenção:** freqüentemente não termina aquilo que começa; distrai-se com facilidade; tem dificuldade em se concentrar no trabalho escolar ou outras atividades que requerem atenção continuada e tem dificuldade em se fixar em atividades lúdicas;

A desatenção é caracterizada pela dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras; dificuldade para manter a atenção mesmo nos jogos ou brincadeiras. A criança muitas vezes aparenta não escutar quando lhe dirigem a palavra, não seguir as instruções dadas e não terminar as tarefas propostas, dificuldade em organizar-se e tendência a evitar atividades que exijam concentração, perda constante de materiais próprios por distrair-se com facilidade diante de estímulos alheios.

- **Impulsividade:** freqüentemente age antes de pensar; muda excessivamente de uma atividade para outra; tem dificuldade em organizar o trabalho (não sendo decorrente de uma limitação cognitiva); precisa de muita supervisão; freqüentemente grita na classe e tem dificuldade em esperar a vez em jogos ou situações de grupo;

A impulsividade caracteriza-se por dar respostas precipitadamente mesmo antes da pergunta ter sido completada, meter-se ou interromper as atividades dos outros e ter dificuldade de esperar a sua vez.

- **Hiperatividade:** corre e sobe nas coisas excessivamente; tem dificuldade em sentar quieto ou se movimenta excessivamente quando sentado; tem dificuldade em ficar sentado; movimenta-se excessivamente durante o sono e está sempre agitado e se comporta como se fosse “movido por um motor”.

A hiperatividade caracteriza-se pelo constante mexer-se na cadeira, balançar as mãos e pés constantemente, abandonar a cadeira quando se esperava que permanecesse sentado, correr, escalar em demasia ou em situações onde isso seria inapropriado, falar em demasia, dificuldade de envolver-se silenciosamente em situações ou brincadeiras, dificuldade de permanecer realizando atividades mesmo que da preferência da criança como as atividades de lazer escolhidas por ele.

Crianças com déficit de atenção e hiperatividade costumam ser impulsivas e propensas a se acidentarem. Não tomam cuidado consigo mesmas nem com os outros, são socialmente desinibidas, sem reservas e despreocupadas quanto às normas sociais. Podem ser impopulares com outras crianças e acabam isoladas, sem se importarem aparentemente com isso. Como

resultado da falta da persistência da atenção se atrasam no colégio e no desenvolvimento da linguagem. A hiperatividade torna-se aparente quando numa turma da mesma idade todos colaboram e a criança com TDAH acaba tendo que ser retirada por impedir o prosseguimento da atividade. Essas crianças obviamente não sabem o que se passa com elas mesmas, por isso não se justificam e ficam sendo consideradas problemáticas, indisciplinadas, mal-educadas e despertam antipatias entre as pessoas responsáveis pelos seus cuidados.

Conners (*apud* GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994), afirma que o diagnóstico do TDAH é difícil e complexo. É preciso cuidadosa coleção de informações das mais variadas fontes (pais e professores), através de inúmeros instrumentos (questionários, entrevistas e testes) e por vários outros meios. Além disso, não há sinais significativos na história do desenvolvimento da criança que com certeza absoluta possam contribuir para diagnosticar esse transtorno.

Para Goldstein e Goldstein (1994), um diagnóstico minucioso do TDAH na infância deve incluir a coleta e a observação de oito tipos de informações: o histórico do desenvolvimento, da inteligência, da personalidade e desempenho emocional, do desempenho escolar, do relacionamento com os amigos, da disciplina e comportamento em casa, do comportamento na escolar e da condição clínica da criança. É importante para os pais entenderem que não há nenhum resultado ou observação isolada que confirme ou exclua o diagnóstico de TDAH em uma criança. Os oito tipos de informações examinadas serão organizadas em um processo de cinco etapas, pois isto ajuda a evitar um diagnóstico falso-positivo, ou seja, tratar uma criança como hiperativa quando ela não o é; e um diagnóstico falso-negativo que implica em considerar esses sintomas como provenientes de outra condição quando a hiperatividade é a fonte de seus problemas.

O TDAH é geralmente diagnosticado quando a criança começa a frequentar a escola ainda que os sintomas já estejam presentes antes disto. Os principais sintomas podem persistir na adolescência e até na vida adulta. Em alguns casos, é possível observar uma remissão na puberdade, sendo mais comum na juventude. Esta remissão pode permitir uma vida adolescente ou adulta mais produtiva, relacionamentos interpessoais gratificantes e poucas seqüelas significativas. A maioria destas pessoas, entretanto, apresenta uma remissão somente

parcial e podem ficar bastante vulneráveis ao distúrbio da personalidade anti-social e a outros distúrbios da personalidade e do humor (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994).

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (2002), em cerca de 15 a 20% dos casos, os sintomas persistem na vida adulta. Ainda que a hiperatividade apresente uma melhora, os indivíduos podem apresentar uma impulsividade, estando propensos a acidentes. Observa-se também que as famílias destes, normalmente, estão estruturadas de uma forma caótica.

1.5 Tratamento

Pesquisas mostram que o TDAH não tem cura, mas que com a intervenção de terapêutica farmacológica caso necessário, psicoterapias de base cognitivo-comportamentais e reestruturação do ambiente familiar e escolar, o paciente poderá ter êxito no controle de suas ações e conviver normalmente com as outras pessoas.

Goldstein & Goldstein (1998, p.196) advertem:

Os problemas das crianças hiperativas devem ser abordados a partir da idéia de que são necessários múltiplos tratamentos quando se deseja que a criança seja bem sucedida. Os pais devem compreender e aceitar que a hiperatividade não pode ser curada. Os problemas das crianças hiperativas devem ser administrados com eficácia através de diversas e distintas abordagens médicas e não-médicas.

O início do tratamento deve, preferentemente, ser precoce. Ocorre que a maioria dos familiares protela muito o tratamento por preconceito e razões culturais, por razões familiares ou por pura ignorância. Isso não é monopólio dos familiares, sendo que muitos profissionais médicos e psicólogos são completamente contrários ao tratamento medicamentoso por desconhecimento técnico e científico ou mesmo preconceito.

De qualquer maneira, a maioria dos pacientes acaba procurando um médico, preferentemente um neurologista, tão logo a professora reclame do rendimento escolar da criança. Nem mesmo as constantes queixas de comportamento sensibilizam os pais para o tratamento, mas a ameaça de perder o ano é fatal para a decisão.

Portanto, o tratamento começa por ocasião da idade escolar, pelas razões citadas, e deve permanecer até o início da adolescência (11-13 anos). A questão mais importante no

tratamento é o reconhecimento e aceitação da família quanto a essa necessidade imperiosa; não só para o bom desenvolvimento da criança, senão também para maior conforto dos pais e socialização adequada do paciente.

1.5.1 Programas Comportamentais

A orientação familiar assim como as modalidades de modificações de comportamento são sempre necessárias. A estruturação do ambiente, a organização do ciclo circadiano e a educação com limites podem ajudar a diminuir o nível de ansiedade e desorganização da pessoa com TDAH. Sendo assim, os pais, professoras e profissionais da saúde mental devem estabelecer uma estrutura de relacionamento organizada, previsível, com recompensas e punições (CABALLO, 1996).

Os familiares devem ser orientados no sentido de compreender que a permissividade, a compaixão, a falta de limites não são úteis para a criança. Elas não se beneficiam por serem dispensadas das exigências, expectativas e planejamentos da vida diária como qualquer outro indivíduo.

Estes procedimentos são especialmente adequados para contribuir com o desenvolvimento do potencial de atenção e concentração, estimulando o aumento geral dos resultados. Com tudo isto, pode-se diminuir o grau de sofrimento tanto da criança como das pessoas que convivem com ela no dia a dia.

1.5.2 Programa de Treinamento Cognitivo Comportamental

Em relação às intervenções psicossociais centradas na criança ou no adolescente, a modalidade psicoterápica mais estudada e 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), é a cognitivo-comportamental (para revisão mais aprofundada sobre o assunto, ver Knapp et al., 2002).

Dentre os tratamentos comportamentais, o treinamento parental parece ser a modalidade mais eficaz. Entretanto, os resultados recentes do MTA (ensaio clínico multicêntrico que

acompanhou 579 crianças com TDAH por 14 meses, divididas em quatro grupos: tratamento apenas medicamentoso, apenas psicoterápico comportamental com as crianças e orientação para os pais e professores, abordagem combinada e tratamento comunitário) demonstram claramente uma eficácia superior da medicação nos sintomas centrais do transtorno quando comparada à abordagem psicoterápica e ao tratamento comunitário. A abordagem combinada (medicação + abordagem psicoterápica comportamental com as crianças e orientação para os pais e professores) não resultou em eficácia maior nos sintomas centrais do transtorno quando comparada à abordagem apenas medicamentosa (KNAPP et al., 2002). A interpretação mais cautelosa dos dados sugere que o tratamento medicamentoso adequado é fundamental no manejo do transtorno.

1.5.3 Intervenção Escolar

Segundo o psiquiatra Ênio Roberto de Andrade, o TDAH só fica evidente no período escolar, quando é preciso aumentar o nível de concentração para aprender. "O diagnóstico clínico deve ser feito com base no histórico da criança". Por isso, a observação de pais e professores é fundamental. (ANDRADE, 2000, p. 30).

A inteligência de pessoas com TDAH não é comprometida com a doença, mas "o principal empecilho para elas é a impulsividade e a falta de atenção, ferramentas importantes para o progresso dos estudos", afirma a psicopedagoga e psicanalista Maristane Dias (*apud* RIZZO, 1985).

Segundo Dias (*apud* RIZZO, 1985), não cabe ao professor ou à escola fazer o diagnóstico, mas é possível observar o aluno e conversar com os pais para que um especialista seja procurado.

De acordo com Rizzo (1985, p. 307): "proporcionar atividades variadas que ocupem a criança o maior período de tempo possível, dando a ela liberdade de escolha e de movimentos", pode auxiliar uma melhor conduta no trato com o hiperativo. Somente o trabalho livre e diversificado pode favorecer esse tipo de criança que também se mostra satisfeita na incumbência de realizar tarefas auxiliando o professor.

A impossibilidade para o aprendizado satisfatório é evidente já que o comportamento hiperativo acarreta a dispersão e a desatenção. O adolescente pode apresentar o problema multiplicado, pois, vem caminhando com os transtornos comportamentais e as dificuldades para o aprendizado, especialmente para a leitura, desde o problema escolar. Esta dificuldade gera um grau de desinteresse e mesmo desprezo para a leitura e para as outras atividades escolares, que culmina com o comprometimento importante do desempenho e do rendimento escolar. Muitos abandonam a escola e se dedicam ao trabalho, que, na maior parte das vezes, é pouco qualificado.

Há vezes em que não conseguem nem mesmo participar nos negócios da família, os quais já estão estruturados; assim acabam sendo colocados em posições secundárias, o que gera conflitos internos e a sensação de insatisfação e infelicidade para o jovem, pois conscientiza, de maneira concreta, a sua incapacidade global. Este conflito interno gera a depressão, que se caracteriza por uma sensação de desesperança e certa tendência a desistir dos objetivos futuros pertinentes. Essa visão negativa de si mesmo leva a baixa auto-estima, auto-estima negativa e uma visão de futuro desfavorável. Os adolescentes apresentam oscilações comportamentais e variações do humor que se agravam com os reveses escolares e os insucessos sociais. Quando adultos, têm raciocínio rápido, mas grande dificuldade de concentração durante aulas duradouras.

Os hiperativos apresentam alterações na chamada memória de curto período, e isto se deve à baixa capacidade de atenção e à pouca concentração. As mães referem que, quando solicitam algo à criança, esta retorna após alguns minutos perguntando qual foi a solicitação, pois esqueceu-se do pedido que lhe fora feito. Esta falta de memória já é, por si só, um fator de baixo rendimento escolar que quando associado à hiperatividade agrava o quadro (TOPCZEWSKI, 1999, p. 57).

Para Santos (2004) existe uma grande variedade de intervenções específicas que o professor pode fazer para ajudar a criança com TDAH a se ajustar melhor à sala de aula:

- proporcionar estrutura, organização e constância (exemplo: sempre a mesma arrumação das cadeiras ou carteiras, programas diários, regras claramente definidas);
- colocar a criança perto de colegas que não o provoquem, perto da mesa do professor, na parte de fora do grupo;

- encorajar freqüentemente, elogiar e ser afetuoso, porque essas crianças desanimam facilmente. Dar responsabilidades que elas possam cumprir faz com que se sintam necessárias e valorizadas. Começar com tarefas simples e gradualmente mudar para mais complexas;
- proporcionar um ambiente acolhedor, demonstrando calor e contato físico de maneira equilibrada e, se possível, fazer os colegas também terem a mesma atitude;
- nunca provocar constrangimento ou menosprezar o aluno;
- proporcionar trabalho de aprendizagem em grupos pequenos e favorecer oportunidades sociais. Grande parte das crianças com TDAH consegue melhores resultados acadêmicos, comportamentais e sociais quando no meio de grupos pequenos;
- comunicar-se com os pais. Geralmente, eles sabem o que funciona melhor para a criança;
- ir devagar com o trabalho. Doze tarefas de 5 minutos cada uma traz melhores resultados do que duas tarefas de meia hora. Mudar o ritmo ou o tipo de tarefa com freqüência elimina a necessidade de ficar enfrentando a inabilidade de sustentar a atenção, e isso vai ajudar a auto-percepção;
- favorecer oportunidades para movimentos monitorados, como uma ida à secretaria, levantar para apontar o lápis, levar um bilhete para o professor, regar as plantas ou dar de comer ao mascote da classe;
- adaptar suas expectativas quanto à criança, levando em consideração as deficiências e inabilidades decorrentes do TDAH. Por exemplo, se o aluno tem um tempo de atenção muito curto, não esperar que ele se concentre em apenas uma tarefa durante todo o período da aula;
- recompensar os esforços, a persistência e o comportamento bem sucedido ou bem planejado;
- proporcionar exercícios de consciência e treinamento dos hábitos sociais da comunidade. Avaliação freqüente sobre o impacto do comportamento da criança sobre ela mesma e sobre os outros ajuda bastante;
- favorecer freqüente contato aluno/professor. Isto permite um “controle” extra sobre a criança com TDAH, ajuda-a a começar e continuar a tarefa, permite um auxílio adicional e mais significativo, além de possibilitar oportunidades de reforço positivo e incentivo para um comportamento mais adequado;

- colocar limites claros e objetivos; ter uma atitude disciplinar equilibrada e proporcionar avaliação freqüente, com sugestões concretas e que ajudem a desenvolver um comportamento adequado;
- assegurar que as instruções sejam claras, simples e dadas uma de cada vez, com um mínimo de distrações;
- evitar segregar a criança que talvez precise de um canto isolado com biombo para diminuir o apelo das distrações; fazer do canto um lugar de recompensa para atividades bem feitas em vez de um lugar de castigo;
- desenvolver um repertório de atividades físicas para a turma toda, como exercícios de alongamento ou isométricos;
- estabelecer intervalos previsíveis de períodos sem trabalho que a criança pode ganhar como recompensa por esforço feito. Isso ajuda a aumentar o tempo da atenção concentrada e o controle da impulsividade através de um processo gradual de treinamento;
- reparar se a criança se isola durante situações recreativas barulhentas. Isso pode ser um sinal de dificuldades de coordenação ou auditivas que exigem uma intervenção adicional;
- preparar com antecedência a criança para as novas situações. Ela é muito sensível em relação às suas deficiências e facilmente se assusta ou se desencoraja;
- desenvolver métodos variados utilizando apelos sensoriais diferentes (som, visão, tato) para ser bem sucedido ao ensinar uma criança com TDAH. No entanto, quando as novas experiências envolvem uma miríade de sensações (sons múltiplos, movimentos, emoções ou cores), esse aluno provavelmente irá precisar de tempo extra para completar sua tarefa;
- reconhecer os limites da sua tolerância e modificar o programa da criança com TDAH até o ponto de se sentir confortável. O fato de fazer mais do que realmente quer fazer traz ressentimento e frustração;
- permanecer em comunicação constante com o psicólogo ou orientador da escola. Ele é a melhor ligação entre a escola, os pais e o médico.

1.6 A atenção e a aprendizagem e sua relação com a hiperatividade

O problema da aprendizagem da atenção tem tido lugar de destaque na atualidade. Um dos motivos é que o funcionamento da atenção no mundo contemporâneo vem assumindo uma

característica marcante. É possível observar que a atenção desliza incessantemente entre fatos e situações, transparecendo certa dificuldade de concentração. Numa busca acelerada de novidade a atenção é passageira, muda constantemente de foco e é sujeita ao esgotamento em frações de segundos.

Quando se procura descrever como a atenção funciona nos dias atuais, o primeiro aspecto que sobressai é uma acentuada dispersão, que resulta da mudança constante do foco da atenção. Não é difícil perceber que alguns fatores participam da produção desse tipo de subjetividade. As imagens e textos constantemente veiculados pela mídia, bem como a explosão recente das tecnologias da informação, como é o caso Internet, torna disponível uma avalanche de informações, atravessando grandes distâncias em alguns segundos. Por sua vez, os celulares são também fatores importantes, atravessando sem cessar o fluxo da vida cotidiana. Observa-se que há neste quadro de coisas algo que é da ordem da quantidade. Há na sociedade contemporânea um excesso de informação e uma velocidade acelerada que convoca uma mudança constante do foco da atenção, em função dos apelos que se multiplicam sem cessar.

Os problemas de atenção comparecem hoje em dia na escola, na clínica nos ambientes de trabalho e nas famílias. É cada vez mais frequente o diagnóstico de TDAH – transtorno de déficit de atenção/hiperatividade - que tem como sintomas baixo rendimento na realização de tarefas, dificuldade de seguir regras e desenvolver projetos de longo prazo, e a cujo quadro pode estar associado a hiperatividade e à impulsividade. No contexto escolar o problema é diretamente colocado como incidindo sobre a atenção que é requerida no processo de aprendizagem. Considera-se que a criança não aprende porque não presta atenção. Esse funcionamento da atenção na subjetividade contemporânea não é tratado como um problema de ordem moral, sendo antes tomado como um transtorno que exige tratamento (CRARY, 2001). Muitas crianças são encaminhadas para terapias de enfoque cognitivo-comportamental, que têm em vista aumentar a capacidade de atenção para a realização de tarefas. O que prevalece nesse domínio é o entendimento da cognição como processo de solução de problemas e, no que diz respeito à atenção, a ênfase recai sobre seu papel no controle do comportamento e na realização de tarefas.

Ela é a condição para que se processe o processo de aprendizagem, a solução de problemas e o desempenho de tarefas cognitivas. Tomada como uma espécie de processo subsidiário à aprendizagem e estando a seu serviço, sua análise é restrita à atenção voltada para objetos e estímulos do mundo externo, ou seja, para a captação e busca de informações. A falha no trato com as informações externas é sinal de pouca atenção e baixa capacidade de concentração. Tendo em vista que a noção de cognição é restrita à solução de problemas e que a proposta clínica é declaradamente adaptativa, a questão é como restabelecer a capacidade de prestar atenção, ou seja, como promover a aprendizagem de uma atenção que é necessária à realização de tarefas.

Ao procurar fazer frente ao funcionamento da atenção que foge da tarefa, são igualmente consideradas indesejáveis a dispersão e a distração. No entanto, os fenômenos são distintos. A dispersão consiste num repetido deslocamento do foco atencional, que impossibilita a concentração, a duração e a consistência da experiência. Um exemplo é a pessoa que tenta assistir televisão, mas passa a noite inteira mudando os canais, agarrada ao controle remoto que a conduz de um programa a outro. Ao final da noite ela sabe quais os programas que passaram na TV, embora de fato não tenha assistido a nenhum deles. Certa avidez de novidade impede a espessura temporal e a consistência da experiência. Já a distração é um funcionamento onde a atenção vagueia, experimenta uma errância, fugindo do foco da tarefa para a qual é solicitado prestar atenção e indo na direção de um campo mais amplo, habitado por pensamentos fora de lugar, percepções sem finalidade, reminiscências vagas, objetos desfocados e idéias fluidas, que advêm do mundo interior ou exterior, mas que têm em comum o fato de serem refratárias ao apelo da tarefa em questão.

É curioso notar que o distraído é alguém extremamente concentrado, que não é meramente desatento, mas cuja atenção se encontra em outro lugar. Vale notar que ao restringir a atenção ao ato de prestar atenção, identifica-se o processo de concentração ao de focalização, que como veremos não se sobrepõem, pois pode haver focalização sem concentração e também concentração sem foco. A primeira prevalece no regime cognitivo que é hegemônico na subjetividade contemporânea, enquanto a segunda revelar-se-á fundamental no processo de intervenção. Cabe ainda sublinhar que embora diversos autores considerem que o TDAH seja em parte causado pelas características da sociedade atual (além da

predisposição genética), ele é tratado como um problema individual, aliando técnicas comportamentais e medicamentos como a Ritalina (metilfenidato).

Estudos recentes sobre atenção que são desenvolvidos no campo das ciências cognitivas contemporâneas promovem uma discussão detalhada sobre o tema, que ainda precisa ser assimilada pelas abordagens psicológicas da cognição, tanto teóricas quanto clínicas. É patente que o problema da atenção exige uma discussão mais fina quando trabalhamos com uma noção de cognição ampliada, que extrapola o processo de solução de problemas, mas se define como invenção de si e do mundo (KASTRUP, 1999). Do ponto de vista da invenção, a cognição não se limita a um funcionamento regido por leis e princípios invariantes que ocorreriam entre um sujeito e um objeto pré-existentes, entre o eu e o mundo. Ela é uma prática de invenção de regimes cognitivos diversos, co-engendrando, ao mesmo tempo, a si e o mundo, que passam à condição de produtos do processo de invenção.

Cabe ressaltar que a idéia de co-engendramento encontra apoio na noção de causalidade circular proposta por Francisco Varela (DUPUY e VARELA, 1995) e retornaremos a ela posteriormente. Varela (1995) afirma que a cognição inclui a invenção de problemas. A aprendizagem inventiva inclui a experiência de problematização, que se revela através de *breakdowns*, que constituem rupturas no fluxo cognitivo habitual. Problema e solução são as duas faces do processo da aprendizagem inventiva.

Perspectivado pela noção de cognição inventiva, o problema da aprendizagem da atenção envolve, em primeiro lugar, uma ampliação do conceito de atenção em relação ao ato de prestar atenção a tarefas e de buscar informações. Em segundo lugar, modifica-se o modo de colocar o problema da relação entre atenção e aprendizagem. O problema de atenção que é requerida para que um processo de aprendizagem tenha lugar é substituído pelo problema da própria aprendizagem da atenção. Com esta nova inflexão, o objetivo é discutir a lógica temporal de tal aprendizagem, bem como sua dimensão coletiva. O que está em jogo é o entendimento de que a atenção nem sempre é um processo pilotado por um eu, fonte e centro do processo de conhecimento. A questão da aprendizagem da atenção desdobra-se então nas questões da amplitude do funcionamento da atenção e do mecanismo que liga aprendizagem e atenção.

2 PSICOMOTRICIDADE

2.1 Histórico

Foi Dupré que, em 1909, descreveu o termo “debilidade motriz” como um estado de desequilíbrio motor e ao perceber que este desequilíbrio estava sempre associado a um déficit intelectual mudou o termo para debilidade psicomotora. E somente em 1920, surgiu o termo Psicomotricidade (NEGRINI,1995).

A psicomotricidade nasceu da necessidade sentida pelos neurologistas de tratar crianças que, apesar de não apresentarem lesões cerebrais, tinham distúrbios como falta de equilíbrio, ou de ritmo, segundo a psicomotricista Silvia Carné, coordenadora do Espaço Néctar, um centro de estudos e atendimento clínico em psicomotricidade. Começou, então, a ser feito um trabalho para sanar esses problemas, trabalho que deu origem ao que é hoje a prática psicomotora. “Uma prática que integra a história psicológica profunda da criança pela via motora (AUCOUTURIER, 1999).

A psicomotricidade, nos seus primórdios, compreendia o corpo nos seus aspectos neurofisiológicos, anatômicos e locomotores, coordenando-se e sincronizando-se no espaço e no tempo, para emitir e receber significados. Hoje, a psicomotricidade é o relacionar-se através da ação, como um meio de tomada de consciência que une o ser corpo, o ser mente, o ser espírito, o ser natureza e o ser sociedade (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994).

Diversos autores apresentaram conceitos relacionados à psicomotricidade. Para Vayer (1986), a educação psicomotora é uma ação pedagógica e psicológica que utiliza determinados meios com o fim de normalizar ou melhorar o comportamento da criança. Afirma, também, que associando os potenciais intelectuais, afetivos, sociais, motores e psicomotores da criança, estes lhe dão segurança e equilíbrio, e permitem o seu desenvolvimento organizando corretamente suas relações com os diferentes meios.

Segundo Coste (1978), psicomotricidade é a ciência encruzilhada, onde se cruzam e se encontram múltiplos pontos de vista biológicos, psicológicos, psicanalíticos, sociológicos e lingüísticos.

Para Ajuriaguerra (1980), é a ciência do pensamento através do corpo preciso, econômico e harmonioso. Enquanto Barreto (2000) afirma que é a integração do indivíduo, utilizando, para isso, o movimento e levando em consideração os aspectos relacionais ou afetivos, cognitivos e motrizes. É a educação pelo movimento consciente, visando melhorar a eficiência e diminuir o gasto energético.

Le Boulch (1992) define Psicomotricidade como uma ciência que estuda a conduta motora como expressão do desenvolvimento da totalidade do homem. Objetivando a descoberta do seu corpo, pelo indivíduo e a sua capacidade de movimento-ação, sendo assim um trabalho de desenvolvimento global.

Nesse contexto, a psicomotricidade torna-se um recurso inestimável para o desenvolvimento da criança. De acordo com Picq e Vayer (1988) a educação psicomotora procura as técnicas mais eficazes a fim de obter uma melhora progressiva do comportamento geral da criança, sendo trabalhadas as seguintes funções: a consciência do próprio corpo; domínio do equilíbrio, o controle e a eficácia das diversas coordenações globais e parciais; o controle da inibição voluntária e da respiração; a organização do esquema corporal e a orientação no espaço; estruturação espaço-temporal correta e maiores possibilidades de adaptação ao mundo exterior.

A psicomotricidade está associada à afetividade e à personalidade, porque o indivíduo utiliza seu corpo para demonstrar o que sente, e uma pessoa com problemas motores passa a apresentar problemas de expressão. A psicomotricidade conquistou, assim, uma expressão significativa, já que se traduz em solidariedade profunda e original entre o pensamento e a atividade motora. Fonseca (1988) comenta que a psicomotricidade é atualmente concebida como a integração superior da motricidade, produto de uma relação inteligível entre a criança e o meio. É um instrumento privilegiado através do qual a consciência se forma e se materializa.

2.2 Psicomotricidade

A partir da concepção do ser humano, dá-se início a um longo e importante processo de desenvolvimento. Segundo Shepherd (1996) o corpo cresce à medida que o Sistema

Nervoso se modifica pelo crescimento. As conexões entre as células nervosas (sinapses) estão na dependência do uso da estimulação. Para Bee (1996), as sinapses são criadas durante toda a vida, ou seja, a aquisição de novas habilidades significa novas sinapses formadas. Assim, esta considera que o ponto mais importante sobre o crescimento do sistema nervoso é que o cérebro e os nervos não estão “acabados” ao nascimento. Portanto, a criança se desenvolve através de sua interação com o meio e com os adultos, que lhe oferecem condições e orientações necessárias para explorar tudo aquilo que a cerca, adquirindo assim experiências que servirão de suporte para o conhecimento de seu corpo e de suas possibilidades de movimento.

Thompson *apud* Ferreira (2000) acredita que o recém-nascido não pode captar e entender “significados”, porém rapidamente aprende a fazê-lo. Para aprender ele interage com o meio ambiente social e é decorrente dessa interação que irão se construir as estruturas cognitivas que lhe permitam conhecer e reorganizar o mundo. Aprender, portanto, passa a ser visto como um processo resultante da atuação da criança sobre os objetos do mundo físico, enquanto um ser ativo e pensante.

Desta forma, a maioria das crianças que apresentam atraso em seu desenvolvimento cresce ou vive em um ambiente carente de estímulos. São diferentes as possibilidades de uma criança, seja ela deficiente ou não, que vive em um ambiente estimulante, daquela que se encontra num ambiente desprovida de recursos. Essa última poderá encontrar-se prejudicada tanto em seu desenvolvimento cognitivo quanto motor (RIZZO *apud* SOUZA e FERRARETO, 1998).

Portanto, a estimulação é fundamental no desenvolvimento infantil. É graças às explorações motoras que a criança desenvolve consciência de si mesma e do mundo exterior, sendo que as habilidades motoras ajudam na conquista de sua independência e em sua adaptação social (ROSA NETO, 2004). Assim, em termos de evolução, as experiências motoras são uma condição de adaptação vital. Sua essência reside no fato de nela o pensamento poder manifestar-se. A pobreza de seu campo de exploração irá retardar e limitar a capacidade perceptiva do indivíduo (THOMPSON *apud* FERREIRA, 2000).

Além disso, segundo Lampréia (1985) falhas no desenvolvimento, envolvendo a motricidade, afetividade, intelectualidade e sociabilidade são fatores predisponentes para os distúrbios da escolaridade. Nesse sentido, estudos mostram que as atividades psicomotoras ajudam as crianças em fase escolar em vários aspectos, como a prontidão para a aprendizagem da leitura e escrita, que supõe a posse pela criança de uma série de capacidades, atitudes, motivações e pré-disposições que devem, de alguma forma, permitir a aquisição de novas habilidades como a coordenação e velocidade da escrita, direção gráfica e ritmo da leitura. Desta forma, a evolução psicomotora envolve elementos básicos que serão pré-requisitos para aprendizagem e integração da criança (STOKOE, 1987).

Portanto, fica clara a importância do desenvolvimento de certas competências e habilidades cruciais na prevenção de dificuldades de aprendizagem. A psicomotricidade, nesse contexto, procura proporcionar ao aluno algumas condições mínimas necessárias a um bom desempenho escolar. Ela se utiliza do movimento, através de jogos e brincadeiras, para atingir outras aquisições mais elaboradas como as intelectuais.

De acordo com Picq e Vayer (1988) a educação psicomotora procura as técnicas mais eficazes a fim de obter uma melhora progressiva do comportamento geral da criança, sendo trabalhadas as seguintes funções: a consciência do próprio corpo; domínio do equilíbrio, o controle e a eficácia das diversas coordenações globais e parciais; o controle da inibição voluntária e da respiração; a organização do esquema corporal e a orientação no espaço; estruturação espaço-temporal correta e maiores possibilidades de adaptação ao mundo exterior.

A partir desse contexto, verifica-se que a melhor forma de entender uma criança é compreender o seu desenvolvimento infantil. Ela sofre influências de diversos fatores, hereditários e ambientais, estes levam a um desenvolvimento cognitivo, afetivo e motor, que estão diretamente relacionados ao processo de aprendizagem.

Visto que os elementos do desenvolvimento psicomotor têm função de preparar as crianças para o aprendizado, se esses aspectos não forem devidamente trabalhados elas poderão apresentar um comprometimento na sua formação. Além disso, no âmbito escolar é necessário a formação dos profissionais de educação de acordo com a nova Lei de Diretrizes e Base (LDB),

que estabelece a formação continuada, incluindo neste a prática psicomotora a fim de que possam desenvolver um trabalho integral com a criança, de acordo com as necessidades específicas de seus alunos.

2.3 Educação do Movimento

Mesmo em meio a tantos conceitos, pode-se dizer que existe uma coerência na ciência. No momento em que a psicomotricidade educa o movimento, ela ao mesmo tempo coloca em jogo as funções da inteligência. A partir dessa posição, observa-se a relação profunda das funções motoras cognitivas e que, também pela afetividade, encaminha o movimento.

Fonseca (1988, p. 31) comenta que "O movimento humano é construído em função de um objetivo. A partir de uma intenção como expressividade íntima, o movimento transforma-se em comportamento significativo". O movimento humano é a parte mais ampla e significativa do comportamento do ser humano. É obtido através de três fatores básicos: os músculos, a emoção e os nervos, formados por um sistema de sinalizações que lhes permitem atuar de forma coordenada.

O cérebro e a medula espinhal enviam aos músculos pelos seus mecanismos cerebrais ordens para o controle da contínua atividade de movimento com específica finalidade e dentro das condições ambientais. Essas ordens sofrem as influências do meio e do estado emocional do ser humano (BARROS 1972; NEDIALCOVA, 1999).

A unidade básica do movimento, que abrange a capacidade de equilíbrio e assegura as posições estáticas, são as estruturas psicomotoras. As estruturas psicomotoras definidas como básicas são: locomoção, manipulação e tônus corporal, que interagem com a organização espaço-temporal, as coordenações finas e amplas, coordenação óculo-segmentar, o equilíbrio, a lateralidade, o ritmo e o relaxamento. Elas são traduzidas pelos esquemas posturais e de movimentos, como: andar, correr, saltar, lançar, rolar, rastejar, engatinhar, trepar e outras consideradas superiores, como estender, elevar, abaixar, flexionar, rolar, oscilar, suspender, inclinar, e outros movimentos que se relacionam com os movimentos da cabeça, pescoço, mãos e pés. Esses movimentos são conhecidos na educação física como movimentos naturais

e espontâneos da criança. Baseiam-se nos diversos estágios do desenvolvimento psicomotor, assumindo características qualitativas e quantitativas diversas (BARROS, 1972).

O movimento refere-se, geralmente, ao deslocamento do corpo como um todo ou dos membros, produzido como uma consequência do padrão espacial e temporal da contração muscular. Movimento é o deslocamento de qualquer objeto e na psicomotricidade o importante não é o movimento do corpo como o de qualquer outro objeto, mas a ação corporal em si, a unidade biopsicomotora em ação.

Os movimentos podem ser involuntários ou voluntários. Movimentos involuntários são atos reflexos, comandados pela substância cinzenta da medula, antes de os impulsos nervosos chegarem ao cérebro. Os movimentos involuntários são os elementares inatos e adquiridos. Os inatos são aqueles com os quais nascemos e são representados pelos reflexos, que são respostas caracterizadas pela invariabilidade qualitativa de sua produção e execução.

Movimentos e expressões involuntárias, muitas vezes, estão presentes em determinadas ações sem que o executante os perceba. Esses movimentos são desencadeados e manifestados pelo corpo no momento em que realiza determinados atos voluntários.

Os automatismos adquiridos são os reflexos condicionados, que ocorrem devido à aprendizagem e que formam os hábitos, os quais, quando bons, poupam tempo e esforço, porém, se exagerados, eliminam a criatividade. Os hábitos podem ser passivos (adaptação biológica ao seu ecossistema) ou ativos (comer, andar, tocar instrumentos). Os reflexos condicionados são produzidos desde as primeiras semanas de vida. Esses reflexos condicionados geralmente começam como atividade voluntária e, depois de aprendidos, são mecanizados.

Para a execução do ato voluntário exige-se certo grau de consciência e de reflexão sobre finalidades, entretanto, a maior parte dos atos executados na vida diária é relativamente automática.

Para a atividade voluntária cotidiana, faz parte uma série de reflexos automáticos e instintivos os quais, na prática, não podem ser bem diferenciados. A freqüente repetição de atitudes voluntárias acaba por transformar-se em atos automáticos.

2.4 Psicomotricidade e Afetividade

A afetividade está associada a psicomotricidade, uma vez que a criança utiliza seu corpo para demonstrar o que sente. Desde o nascimento, a criança passa por diferentes fases nas quais adquire conhecimentos e passa por diversas experiências até então chegar a sua vida adulta. As primeiras reações afetivas da criança envolvem a satisfação de suas necessidades e o equilíbrio fisiológico.

Segundo Lapierre e Aucouturier (1984, p. 15), “Durante o seu desenvolvimento, aparecem os fantasmas corporais que limitam suas expressões devido à falta de contato corporal dos pais com os filhos. A afetividade é indispensável para o desenvolvimento da criança e ao equilíbrio psicossomático”. Como esse contato corporal tende a diminuir com o passar do tempo, cria-se um grande problema para o desenvolvimento da criança.

É recomendado aos pais que mantenham o contato corporal através do toque durante toda a vida da criança (CHICON, 1999), pois isso certamente levará a uma evolução psicomotora e cognitiva da criança. É necessário que toda criança passe por todas as etapas em seu desenvolvimento.

Wallon (1971) diz que o movimento humano surge das emoções, que a criança é pura emoção durante uma longa fase de sua vida. A afetividade compreende o estado de ânimo ou humor, os sentimentos, as emoções, as paixões, e reflete sempre a capacidade de experimentar sentimentos e emoções. É ela quem determina a atitude geral da pessoa diante de qualquer experiência vivencial, percebe os fatos de maneira agradável ou sofrida, confere uma disposição indiferente ou entusiasmada e determina sentimentos que oscilam entre dois pólos, a depressão e a euforia. O modo de relação do indivíduo com a vida se dá através da tonalidade de ânimo em que a pessoa perceberá o mundo e a realidade. Direta ou indiretamente, a afetividade exerce profunda influência sobre o pensamento e sobre toda a conduta do indivíduo.

2.5 Reeducação Psicomotora

A reeducação psicomotora normalmente acontece em clínicas e é uma estratégia de ajuda, onde através de exercícios psicomotores e jogos, procura alterar déficits no desenvolvimento psicomotor (ARAÚJO, 1992). Nesse sentido a psicomotricidade, através da reeducação psicomotora busca uma organização funcional da conduta e da ação, atingindo o indivíduo de uma maneira integral. Uma estratégia de intervenção em psicomotricidade é o ato de brincar, este inclui jogos, brincadeiras e o brinquedo propriamente dito.

A atividade lúdica ou a capacidade de brincar tem um papel fundamental na estruturação do psiquismo da criança. É no brincar que a criança une elementos de fantasia e realidade e começa a distinguir o real do imaginário. Brincando, a criança desenvolve não só a imaginação, mas também fundamenta afetos, elabora conflitos e ansiedades, explora habilidades e, à medida que assume múltiplos papéis, fecunda competências cognitivas e interativas (ANTUNES, 2004). Além disso, a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades ocorre de forma natural e agradável. Sendo o brincar fator estimulante e propiciador de um bom desenvolvimento motor, social, emocional e cognitivo.

Segundo Eckert (1993), existem somente algumas ações em que um dos sexos tende a ser melhor em relação ao outro. As atividades que exigem mais força, mais rapidez, segmentos mais longos ou estruturas de suporte articular mais robustas; como correr, saltar ou lançar, estariam assim favorecidas no sexo masculino, dadas as diferenças morfo-funcionais típicas de cada sexo. No sexo feminino, normalmente predominam atividades como o saltitar, algumas medidas de equilíbrio, a flexibilidade e tarefas que implicam coordenação motora fina.

Entretanto, uma posição sustentável é que as diferenças biológicas entre gêneros são potencializadas por atividades diferenciadas e pela valorização do envolvimento em atividades físicas e esportivas, os quais são largamente dependentes de influências sociais e culturais. Considerando-se que o envolvimento das meninas em atividades esportivas tem aumentado proporcionalmente e, atualmente, meninos e meninas participam das mesmas brincadeiras, tem ocorrido uma redução na amplitude das diferenças entre sexos (BARREIROS e NETO, s/d).

Oliveira (1997) afirma que são diversos os motivos para os alunos que não acompanham o ritmo acadêmico de seus colegas em sala de aula, e vão desde problemas mais sérios de incapacidade intelectual, até pequenas desadaptações que, quando não cuidadas, se transformam em verdadeiros obstáculos para uma aprendizagem significativa.

Sendo assim, a psicomotricidade através de técnicas lúdicas contribui para o equilíbrio e aprimoramento das funções psicomotoras, propiciando condições para que a criança se desenvolva de forma global, pois atua em todos os aspectos necessários ao seu bom desenvolvimento físico, motor, cognitivo, emocional e intelectual.

3 PSICOMOTRICIDADE COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NA CRIANÇA COM TDAH

3.1 Dificuldades de Aprendizagem e a Psicomotricidade

Os estudos sobre dificuldades de aprendizagem tiveram seu início no séc. XIX com a identificação de problemas relacionados à área da linguagem. Nesse período, pesquisas com adultos portadores de lesões cerebrais mostraram que este tipo de patologia influencia a expressão de idéias e sentimentos por meio da fala, mas não afetam a inteligência dos indivíduos.

Mais de um século depois, precisamente na segunda metade do séc. XX, o tema das dificuldades de aprendizagem passou a constituir um campo específico de conhecimento, intensamente estudado e capaz de produzir um impacto particularmente grande no campo da educação especial.

As pesquisas das décadas de 60 e 70 fixaram-se nos aspectos cognitivos das dificuldades escolares. Segundo Scoz (1994), nesse momento, os problemas dos alunos foram interpretados a partir de uma dimensão neurológica. Nos anos 80, a partir de um enfoque interdisciplinar, deu-se início a ampliação da capacidade de diagnóstico e intervenção escolar nos problemas de aprendizagem.

Atualmente, apesar dos progressos na identificação e intervenção nas dificuldades de aprendizagem, o número de alunos que apresentam baixo rendimento escolar é cada vez maior.

Segundo Fonseca (1995), os estudos que relacionam o desenvolvimento psicomotor e as dificuldades de aprendizagem são de longa data e deixam clara a relevância desse aspecto na aprendizagem da escrita. Wallon realizou estudos em vários períodos (1925, 1932, 1958 e 1963) sobre a síndrome psicomotora em crianças turbulentas, Guilmain, em 1971, investigou a discrepância da idade motora e da idade cronológica em crianças com fracasso escolar, enquanto Vayer, em 1982, pesquisou o atraso psicomotor na criança com dificuldades

escolares. Esses estudos foram retomados por Ajuriaguerra e sua equipe em diferentes obras (1960, 1964, 1984) sobre desordens neuropsicomotoras da criança com inadaptação escolar.

Mais tarde, o próprio Fonseca (1995) estudou crianças normais com dificuldades de aprendizagem, tendo como base uma bateria de testes psicomotores que identificou sinais disfuncionais em aspectos importantes como a tonicidade, equilíbrio, lateralização, estruturação espaço-temporal e praxia global e fina. Nesse período, outros autores (AYRES, 1982, KOHEN-RAZ, 1979 E 1981, BUNDY, 1987; BYL, BYL E ROSENTHAL, 1989, GALLAHUE, 1989, e SWANSON, 1990 *apud* FONSECA, 1995) estudaram as praxias finas utilizadas na escrita, demonstrando as múltiplas relações existentes entre os domínios do comportamento cognitivo e do comportamento motor de crianças com dificuldade de aprendizagem, principalmente nas relações encontradas entre os problemas de leitura e escrita e as variáveis de equilíbrio estático, lateralidade, noção de corpo, estruturação espacial e planificação motora.

Estudos como o realizado por Cunha (1990), atestam que crianças com maior nível de desenvolvimento psicomotor apresentam melhores resultados na aprendizagem da leitura e da escrita. Oliveira (1992), ao realizar um trabalho de reeducação psicomotora com crianças que apresentavam dificuldades de aprendizagem, mostrou que após esta atividade a maioria delas obteve melhoria em seu desempenho escolar. Para Mendes e Fonseca (1987), embora não possa ser considerada a causa principal das dificuldades na escrita, a área psicomotora pode constituir-se um fator que agrava ou até mesmo impede sua aprendizagem.

Os benefícios da psicomotricidade foram evidenciados por Fonseca (1995), ao afirmar que neste tipo de atividade o cérebro pensa em movimentos planejados em função de um fim, fazendo intervir as funções psíquicas superiores.

Segundo Lorenzini (2002), a brincadeira é um instrumento que dá à criança experiência necessária ao seu desenvolvimento sensorial, motor, perceptual, cognitivo e cultural. Há, portanto, evidência que o treinamento de um movimento controlado pode resultar em modificação cerebral (MAJOREK et al. 2004), assim como também há comprovação indicando a relação entre treinamento motor e performance cognitiva (MAJOREK et al. 2004).

3.2 A Criança com TDAH

O verdadeiro comportamento hiperativo interfere na vida familiar, escolar e social da criança. As crianças com TDAH têm dificuldade em prestar atenção e aprender. Como são incapazes de filtrar estímulos, são facilmente distraídas e tendem a ser muito agarradas às pessoas, necessitando de muita atenção.

É importante para os pais perceberem que as crianças com TDAH entendem as regras, instruções e expectativas sociais. O problema é que elas têm dificuldade em obedecê-las. Esses comportamentos são acidentais e não propositais. Para garantir que a criança realmente com TDAH seja tratada adequadamente, e evitar o tratamento inadequado de uma criança normalmente ativa ou malcriada, é importante que a criança com TDAH receba um diagnóstico preciso.

3.3 O Comportamento da Criança com TDAH na Escola

Na idade escolar, a criança com TDAH começa a se aventurar no mundo e já não tem a família para agir como um amortecedor. O comportamento, antes aceito como engraçadinho ou imaturo, já não é tolerado. A criança com TDAH que está na educação infantil precisa agora aprender a lidar com as regras, a estrutura e os limites de uma educação organizada, e seu temperamento simplesmente não se ajusta muito bem com as expectativas da escola. Rapidamente seu comportamento ocupa uma porcentagem desproporcionalmente grande do tempo do professor. Infelizmente, esta atenção por parte do professor é frequentemente negativa e dirigida à criança por ela não estar fazendo o que dela se espera. Isto desintegra ainda mais a classe, pois existem muitas outras crianças que preferiram assistir a uma batalha entre o professor e a criança com TDAH a completar seu próprio trabalho.

Há evidências de que as crianças com TDAH são tão inteligentes quanto as outras crianças. Para ir bem nas provas, uma criança precisa não apenas exibir as aptidões que estão sendo avaliadas, mas também possuir a capacidade de ouvir e seguir instruções, prestar atenção e persistir até que a prova seja completada. A criança deve também ser capaz de parar para pensar qual seria, entre as várias opções, a melhor resposta possível. Entretanto, as crianças com TDAH são fracas nessas áreas de aptidões e, portanto, as notas obtidas nas provas de inteligência muitas vezes refletem mais a sua hiperatividade que seu potencial

intelectual. É justo dizer que as crianças com TDAH exibem uma variação normal de aptidões intelectuais. Algumas crianças com TDAH são muito brilhantes, enquanto a maioria está dentro dos limites médios.

Crianças com TDAH muito brilhantes freqüentemente conseguem ter uma boa atuação durante o ensino fundamental da educação básica e é possível que não sejam consideradas crianças com problemas. As maiores aptidões intelectuais da criança permitem que ela compense sua incapacidade de continuar uma tarefa. Ela pode não se dedicar durante muito tempo, mas o tempo gasto nas tarefas muitas vezes resulta num trabalho completo e freqüentemente correto. Pode parecer que esta criança não presta atenção, mas quando solicitada geralmente sabe as respostas certas. Ser desatento não equivale a ser incapaz de aprender. Quando a atenção desta criança é focalizada, estas são capazes de aprender tão bem quanto as outras crianças.

Sally e Bennet Shaywitz (*apud* GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994), concluíram que embora a grande maioria das crianças com TDAH não apresentem inaptidões de aprendizado, a porcentagem dessas crianças incapazes de aprender constitui um grupo significativo da população com problemas de aprendizagem. Começando com a população das crianças incapazes de aprender, estima-se que aproximadamente um terço deste grupo também vivencia problemas de hiperatividade.

Embora a sobreposição entre a inaptidão para aprender e hiperatividade seja verdadeira, não é justo concluir que todas ou mesmo a maioria das crianças com TDAH também são incapazes de aprender. Assim, a relação entre a hiperatividade e incapacidade de aprender não é clara e provavelmente elas constituem dois distúrbios distintos da infância, uma não acarretando necessariamente a ocorrência da outra (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994).

Muitas crianças com TDAH também vivenciam uma ampla gama de problemas comportamentais ou emocionais secundários na escola, como conseqüência de sua incapacidade de satisfazer as exigências na sala de aula. Esses problemas muitas vezes se desenvolvem em resposta a fracassos freqüentes e repetidos. Como resposta, algumas crianças tornam-se deprimidas e retraídas, enquanto outras se tornam irritadas e grosseiras.

Na primeira ou segunda série, as outras crianças tornam-se cada vez mais cientes das incapacidades da criança com TDAH na sala de aula, não sendo esta a criança escolhida pelas outras crianças como melhor amiga, vizinho de carteira ou parceira nas atividades.

Não surpreende que as crianças com TDAH venham vivenciando crescentes problemas na escola nos últimos 20 anos. Já que um bom desempenho escolar tem-se tornado cada vez mais dependente da capacidade de uma criança de se concentrar durante longos períodos de tempo, de ficar sentada e quieta, de ficar fazendo a lição e esperar meses até receber um boletim escolar como recompensa pelas centenas de horas de trabalho. Nossas escolas estão exigindo mais e mais de crianças em idades cada vez menores. É importante que os pais e professores entendam a mecânica de nosso sistema educacional e as razões pelas quais as crianças têm uma alta probabilidade de não satisfazer as exigências da sala de aula. (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994).

3.4 O Comportamento da Criança com TDAH no ambiente familiar

Outro aspecto que merece ser destacado é o impacto significativo e às vezes inesperado que a criança com TDAH tem sobre os membros da família e sobre a comunidade. De acordo com o escritor e psicólogo Taylor (*apud* GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994), as crianças com TDAH podem provocar a falência emocional de uma família. Por causa da incapacidade da criança com TDAH de se ajustar às expectativas do pai, mãe, irmã, irmão e comunidade, relativas a um comportamento adequado, a criança forma um laço pai/mãe-filho muito especial e entra em freqüentes conflitos com os irmãos.

As pesquisas do Dr. Russel Barkley (*apud* Goldstein, 1994), sugerem que as famílias de crianças com TDAH vivenciam mais situação de divórcio e mais mudanças geográficas. Não se sabe se as dificuldades da criança com TDAH contribuem para esses fatores ou se estes fatores pioram os problemas da criança com TDAH. De um modo geral, contudo, aceita-se que as famílias de crianças com TDAH correm um maior risco de ter todas as espécies de problemas. Como observou o escritor L.Eugéne Arnold (1989) *apud* Goldstein & Goldstein (1994), a natureza crônica dos problemas da criança com TDAH não representa apenas um desgaste financeiro e emocional para a família, mas também esgota o tempo, a energia, as relações e a saúde mental desta família.

Os irmãos e as irmãs da criança com TDAH logo ficam cientes de que esta criança concentra mais atenção negativa dos pais que qualquer um. Suas reações podem variar. Alguns reagem com raiva e frustração, pois esta criança é dispensada de atividades e responsabilidades ou tem mais oportunidades de ganhar recompensa pelo comportamento que rotineiramente se espera deles.

Os problemas da criança com TDAH transformam-se numa faca de dois gumes em relação aos irmãos. Por um lado, os irmãos e irmãs podem ficar com ciúme e com raiva e, por outro, podem apresentar um interesse velado em preservar o estado desta criança com TDAH, pois assim, a criança com TDAH transforma-se num cômodo bode expiatório. Ela pode levar a culpa por tudo, desde o prato que foi quebrado até pelo fato de o passeio no parque de diversão ter sido abreviado. O que mais preocupa, entretanto, é o potencial impacto negativo que a hiperatividade pode ter, a longo prazo, sobre as relações dos irmãos. (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994).

Fazer vista grossa torna-se a principal estratégia dos pais. Depois de repetidas tentativas fracassadas no shopping, na igreja, no grupo de escoteiros e mesmo nas atividades cotidianas na vizinhança, os pais optam pelo isolamento e segregação como meio de evitar mais problemas. Embora a curto prazo esta possa ser uma intervenção eficaz, a longo prazo isso separa ainda mais a família do necessário apoio da comunidade, afeta os irmãos da criança com TDAH e provavelmente não exerce uma diferença positiva. (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994).

É justo dizer que a criança com TDAH se torna o problema da família. Em família com mais de uma criança com TDAH, o impacto é ainda maior, em especial, o temperamento dos pais e da criança não se engrenam, os problemas tendem a se intensificar. As repetidas tentativas fracassadas dos pais em disciplinar a criança com TDAH têm um impacto significativo em seu relacionamento. Frequentemente, muitos pais estão tão sobrecarregados pelas exigências diárias para cuidar de seu filho hiperativo que sobra pouco ou nenhum tempo para o divertimento ou o prazer. A criança é vista como um fardo e como uma responsabilidade injusta. Os pais ficam irritados, frustrados e, muitas vezes, intolerantes. (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994).

Como qualquer problema, certas informações e idéias que os pais têm são errôneas e podem intensificar progressivamente, e não solucionar os problemas. Quando começam a reconhecer que seu filho hiperativo é diferente, os pais tendem a formular uma ou outra idéia, ou consideram ao filho e a si mesmos normais ou se percebem como pais ineptos e inadequados. Ambos os extremos podem ser igualmente prejudiciais e retardar a orientação eficaz do filho hiperativo. O primeiro leva à raiva e indignação. O segundo leva à culpa e, possivelmente, a uma permissividade excessiva. (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1994).

Ao se pretender escrever sobre alunos com hiperatividade e sua relação com a família, além de comunicar as idéias e alguma experiência clínica, há um outro fator implicado: a possibilidade ou não, de se tolerar as dúvidas, os questionamentos, e a falta de respostas conclusivas que se é obrigado a encarar. É um movimento psíquico acompanhado de medo e ansiedade que podem estimular o desenvolvimento mental ou limitar sua realização.

Sabe-se que nunca há uma causa única para o fracasso escolar, mas sim uma conjunção de fatores que interagem, uns com os outros, que imobilizam o desenvolvimento do sujeito e do sistema familiar, num determinado momento.

Algumas famílias manifestam sua decepção, sua desaprovação, sua própria cólera em vista dos maus resultados escolares de seus filhos. Outros pais podem apresentar total indiferença, completa ausência de interesse pelas dificuldades da criança. Entretanto, o que se apresenta em comum a essas duas atitudes opostas é que ambas afetam o sujeito em sua totalidade, impedindo que ele cresça de forma natural e satisfatória, bem como afeta às suas famílias.

No trabalho, deve-se partir da hipótese de que crianças e jovens com hiperatividade podem ser beneficiados com uma intervenção familiar, que lhes permita sair da posição de portador do sintoma do grupo, para a construção de uma nova relação com o saber. O grupo familiar é um fator decisivo para a condução e/ou resolução desta situação.

É importante perceber que existe um processo de luto subjacente, quando do nascimento e/ou desenvolvimento de uma criança disfuncional, seja ela física, emocional ou intelectual; ou ainda a combinação de todos esses aspectos. Processo esse que nem sempre é bem elaborado pela família, agravando o quadro já existente.

A criança vem inscrita no desejo materno, afirma a psicanálise, e os pais que se vêm às voltas com a frustração de ter um filho diferente tendem a estabelecer vínculos patológicos com essa criança.

Algumas vezes, na tentativa de superprotegê-la, encobrem sua raiva e frustração, outras, colocam-na num plano de menos valia, determinando para ela, através de mitos, mandatos, lealdades, uma incompetência que está muito longe de corresponder à realidade e com isso, a mantém eternamente infantilizada, sem autorização para desenvolver o potencial que apresenta. Existe ainda aqueles que colocam expectativas inatingíveis, tendo em vista as dificuldades da criança.

Paul Watzlawick coloca muito bem esse mecanismo, quando descreve “as profecias que se auto-cumprem”, que segundo ele “são vaticínios que se convertem em realidade, somente por terem sido profetizados, e dessa forma confirmam sua própria exatidão” (WATZLAWICK, 1994, p.33). Assim agem alguns pais, para garantir que seu filho jamais irá crescer e se desenvolver, reassegurando a inflexibilidade do sistema e a paralisação do ciclo vital familiar.

Alguns pais, que não consideram a relação vincular como decisiva para o processo de cura, tentam colocar sempre no “outro” a causa do problema, não se permitindo enxergar a possibilidade de progresso da família, enquanto sistema. Como diz Sara Pain (1989, p. 31), “o absolutismo parental transforma o transitório em definitivo, pois raramente a expectativa de cura está colocada na modificação do vínculo”.

O que se constata é que não é suficiente ter capacidade intelectual para bem aprender. É necessário também que se acompanhe uma estrutura de personalidade razoavelmente madura do ponto de vista emocional, construída sob a égide de uma relação familiar saudável.

Observa-se, em muitos casos de hiperatividade, a estreita relação entre dificuldade de aprendizagem e o funcionamento do sistema familiar, que foi decisivo para o seu aparecimento e/ou manutenção.

O estudo da família, e sua importância na estruturação do sintoma da hiperatividade em seus membros, têm sido destacados pela intrincada série de relações intersubjetivas, que estruturam uma rede de fantasias e de significados, que só podem ser corretamente avaliados se forem incluídos em uma visão sistêmica familiar.

Pensando sobre hiperatividade, dificuldade de aprendizagem e sua relação com o funcionamento familiar, observa-se que muitas vezes, a compreensão dessas relações não torna as crianças mais inteligentes, mas permite que elas utilizem melhor seu potencial.

3.5 O olhar da Psicomotricidade em crianças com TDAH

Wallon, (*apud* LE BOULCH, 1997), em seu importante trabalho “ A Criança Turbulenta”, descreve o comportamento e os problemas colocados pelo que mais tarde será chamado de a instabilidade psicomotora e, na literatura anglo-saxão, a síndrome hipercinética, hoje conhecida como TDAH. Não evocaremos aqui os casos de patologia orgânica, raros, que elevam a instabilidade e sim o número cada vez maior de crianças turbulentas ou insuportáveis, caracterizadas por seu excesso motor verbal e sua incapacidade de exercer, de maneira suficientemente prolongada, sua função de atenção. Le Boulch (1987) afirma existir outra forma de falta de atenção que está diretamente ligada aos problemas de organização da imagem do corpo e que representa, portanto, um terreno privilegiado para a psicomotricidade

Este traço de comportamento pode já manifestar-se desde o final da escola maternal e, mais particularmente, desde o início da escolaridade infantil. Portanto este distúrbio de atenção e do controle é acompanhado de certo atraso escolar, ainda que no plano dos testes intelectuais a criança possa situar-se na normalidade.

Compreende-se, então, que o trabalho psicomotor beneficia a criança no controle de sua motricidade utilizando de maneira privilegiada a base última associada a um trabalho tônico e de relaxação cautelosamente conduzido. É importante que o professor saiba que um trabalho corporal e não punições constituem a melhor ajuda a uma criança incapaz de controlar-se (LE BOULCH, 1987).

Segundo Fonseca (1988), na psicomotricidade, a concepção psicopedagógica do movimento humano deve ser levado em conta o diagnóstico psicomotor e o plano terapêutico projetado, visando o confronto da criança com o seu movimento (expressão), através de um esforço de apreensão e de reflexão. A conjuntura afetiva e a tonalidade relacional assumem uma importância paralela às situações-problema, que visam, a superação das dificuldades psicomotoras.

Especificamente nas crianças com TDAH, a psicomotricidade passa a ser indicada para melhorar o controle motor, considerando as alterações na coordenação motora nessa população (FONTENELLE, 2001; TOLEDO, 2001).

As intervenções motoras em uma criança com indicadores do TDAH influenciam positivamente na motricidade fina (a criança apresenta problemas quando não segura, não junta as mãos, não faz construções, tem dificuldades de apreensão), no equilíbrio, no esquema corporal (noção de espaço e lateralidade e boa orientação com relação a seu corpo, aos objetos, às pessoas e aos sinais gráficos) e na organização temporal (nos primeiros anos de vida, a criança tem restrita noção de tempo. A organização temporal está intimamente relacionada à construção do espaço). Quando fica constatada mudança de nível do desenvolvimento motor de "inferior" para "normal baixo". Portanto, a análise referente aos dados encontrados permite considerar que os objetivos das intervenções motoras se mostram eficientes no desenvolvimento motor, na atenção e concentração, no relacionamento e no aproveitamento escolar. Entretanto, os resultados encontrados não podem ser generalizados (POETA e ROSA NETO, 2004).

De acordo com Araújo e Silva (2003, p. 13), a partir da literatura divulgada, “pessoas com TDAH passam boa parte de sua vida sendo consideradas incapazes, tendo sua auto-estima rebaixada e apresentam dificuldades em relacionar-se socialmente”. São excessivamente agitadas, apresentam pouca capacidade de concentração e são bastante irritados. Crianças com TDAH estão sujeitas ao fracasso escolar, a dificuldades de ordem emocional e a um comportamento “significativamente negativo como adulto”, ao serem confrontados com pessoas de seu círculo de convivência.

Pais e professores podem, de forma eficaz, ajudar “na reintegração do indivíduo aos grupos sociais e permitir a estimulação e valorização de seu aprendizado”. Acrescenta-se por outro lado que, somente um profissional habilitado como o “médico pode fornecer o diagnóstico definitivo sobre o TDAH”. Um trabalho realizado por “pais, professores, psicólogos e médicos permitirá à criança incluir-se em uma rotina estruturada em seu cotidiano, criando assim possibilidades de desenvolverem uma vida normal” (ARAÚJO e SILVA, 2003, p. 13).

O TDAH não é uma questão apenas de motricidade, mas também psíquica. Aqui, o corpo é visto como um receptáculo, um lugar de inscrição do Outro. Esse Outro se denomina geralmente aquele que serve de fio condutor, que introduz esse corpo no universo simbólico. A criança portadora do TDAH ou com instabilidade psicomotora não consegue metaforizar seu corpo, representá-lo simbolicamente, ficando atrelada ao desejo e aos desmandos do Outro.

É pelo jogo na relação com o Outro, no brincar, que a criança forma sua imagem corporal. Quando isso não acontece, ela poderá apresentar sintomas do TDAH e permanecer nesse estado instável por toda a sua vida, sendo, assim, rotulada, excluída muitas vezes do meio ao qual pertence.

Dessa forma, a identificação precoce do problema, acompanhada de uma terapêutica adequada, tem evidenciado que essas pessoas podem vencer as limitações que lhes são impostas.

Para Araújo e Silva (2003, p. 13), as escolas ainda não estão equipadas adequadamente para esse fim, uma vez que confundem “TDAH com indisciplina, má vontade, preguiça, má fé”. O trabalho pedagógico do professor não pode ser avaliado isoladamente a não ser em parceria “com médicos e terapeutas que fazem o tratamento da criança hiperativa e/ou desatenta, uma vez que condutas diferenciadas devem ser assumidas em cada caso particular”.

Segundo Poeta e Rosa Neto (2003, p. 7), as interferências motoras em uma criança com sintomas de TDAH influenciam “positivamente na motricidade fina, no esquema corporal e na organização temporal”. Foi verificada alteração de grau do desenvolvimento

motor de "inferior" para "normal baixo". Assim sendo, a apreciação relativa a essas informações apresentadas admite considerar que as finalidades das intervenções motoras se mostraram hábeis “no desenvolvimento motor, na atenção e concentração, no relacionamento e no aproveitamento escolar”.

No entanto, esses efeitos não podem ser generalizados em razão do modelo reduzido. Vale observar ao mesmo tempo em que esse avanço não pode ser atribuído somente às interferências motoras, pois “fatores externos não foram controlados”, estabelecendo-se como “fatores limitantes”. Apesar dos obstáculos, estas conseqüências têm força para explicar o grande valor “de programas de intervenção motora” que venham a atenuar “alguns sintomas característicos do TDAH”.

O que se propõe é que se faça um trabalho com o corpo, não para verificar a motricidade, mas para observar a *psicomotricidade*, o que deseja esse sujeito, quais as suas queixas, ter consciência de que o corpo não é um amontoado de carne e osso, mas algo que precisa atingir o simbólico.

Sugere-se, do mesmo modo, a transmissão, a partir dos veículos de comunicação, de orientações a respeito do TDAH como, também, a oferta de cursos e exposições sobre TDAH, direcionadas para professores (ensino fundamental e médio), pais (de pessoas com TDAH) e interessados em geral, apresentados “por psiquiatras, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas de família e/ou psicopedagogos” (ARAÚJO e SILVA, 2003, p. 13). Esses guias, conseqüentemente, não seriam suficientes para a definição de uma ação pedagógica universal, mas recomendariam uma análise pormenorizada e responsável de cada caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TDAH, enquanto síndrome que acomete crianças em idade escolar, e que se caracteriza por incapacidade de concentração, lapsos de atenção, impulsividade motora, agressividade, problemas de aprendizagem, é um problema que vem preocupando médicos, psicólogos e educadores, face às seqüelas que gera no ambiente familiar, escolar e social da criança, e face ao sentimento de impotência que ocasiona nos pais e nos professores, e principalmente, o sofrimento e a frustração a qual a criança é submetida, motivo de muitas controvérsias.

Os estudos sobre a hiperatividade evidenciam a importância de ficarmos atentos a este distúrbio e compreendermos como age e pensa uma criança hiperativa nos aspectos psíquicos e sociais e como ocorre o seu processo de desenvolvimento. Este trabalho, além de responder às questões apresentadas, constitui uma fonte de consulta para que compreendamos o significado deste distúrbio, os tipos em que ele se apresenta, as possíveis etiologias, as alternativas de tratamento e seu impacto na vida social da criança hiperativa. Mesmo assim, ainda há muito que se pesquisar e descobrir sobre a hiperatividade.

A compreensão da hiperatividade perpassa muitos aspectos, entre eles: o histórico, o comportamental e o orgânico abrangendo um trabalho terapêutico baseado em pesquisas científicas que envolvam diferentes profissionais, a família e a escola. Com etiologia indefinida, o TDAH tem sido longamente estudado por neurologistas e psiquiatras que atribuem causas orgânicas, psicológicas e sociais e cujas formas de tratamento variam desde a administração de medicamentos, tratamento psicológico, aconselhamento familiar e educação preventiva.

Assim sendo, dentro de seus vários campos de atuação, a educação e, em especial, a psicomotricidade pode e tem subsídios teóricos, enquanto alternativa terapêutica, com plenas condições de colaborar para readaptar a criança hiperativa ao seu seio familiar, social e escolar, bem como oferecer uma ação preventiva na educação infantil a fim de minimizar os sintomas de impulsividade, desequilíbrio e instabilidade emocional.

Finalizando, acreditamos ser a hiperatividade uma disfunção psicomotora, e cujo tratamento é possível, bem como a prevenção é viável, através da psicomotricidade, ciência pluridisciplinar; e através da conscientização dos pais e do preparo dos educadores, desde que identifiquem e encarem seus alunos e crianças enquanto seres psicomotores, que expressam seu mundo através da sua motricidade: “[...] é, pois, através do corpo enquanto receptáculo, supondo uma inscrição, que se pode captar a significação dos distúrbios e estabelecer uma terapêutica em cujo centro estará o corpo, o corpo do homem que fala”. (BÉRGER, 1986, p. 26).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. São Paulo: Masson, 1980.
- ANDRADE, Ênio Roberto de. Indisciplinado ou hiperativo. **Nova Escola**, São Paulo, n. 132, maio, 2000.
- ANDRADE, M. L. de A. **Distúrbios Psicomotores**. São Paulo: EPU. Coleção Temas Básicos em Psicologia. 1984.
- ANTUNES, C. Uma nova concepção sobre o papel do brincar. **Páginas abertas**, ano 29, n. 21, p. 34-5, 2004.
- AQUINO, Julio Groppa. (org) **Diferenças e Preconceitos na Escola**: Alternativas teóricas e práticas. São Paulo. : Summus, 1998
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. **Filosofia da educação**. 2ed. São Paulo: Moderna, 1991.
- ARAÚJO, Mônica; SILVA, Sheila Aparecida Pereira dos Santos. Comportamentos indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças: alerta para pais e professores. **Revista Digital** - Buenos Aires - Ano 9 - N° 62 - julho de 2003. Disponível em <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em 07 mar.2007.
- ARAÚJO, V.C. **O jogo no contexto da educação psicomotora**. São Paulo: Cortez, 1992.
- AUCOUTURIER, B., DARRAULT, I. & EMPINET, J. L. **A prática psicomotora**: reeducação e terapia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- ÁVILA, Affonso. **O Modernismo**. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- ÁVILA, Nícia R., A Psicomotricidade na escola moderna através da Música. In: **Caderno Seminal da Faculdade de formação de professores**. Ano 4. (04). Rio de Janeiro: Dialogarts (UERJ). 1997
- BARKLEY, Russel A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
- BARREIROS, J.; NETO, C. (s/d). **O desenvolvimento motor e o gênero**. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. <www.fmh.utl.pt/Cmotricidade/dm/textosjb/texto_3>, Acesso em: 01/01/2007, 18:00.
- BARROS, Daisy Regina; BARROS, Darcymires. **Educação física na escola primária**. 4.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1972
- BARROS, J.M.G. **Jogo infantil e hiperatividade**. Rio de Janeiro: Sprint, 2002.
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- BERGER, P. L. **Perspectivas sociológicas**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- BRONOWSKY, J. **A escalada do homem**. São Paulo: Martins Fontes/UnB, 1983.

CABALLO, V. **Manual de técnicas de terapias e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos, 1996.

CHICON, José Francisco. **Prática psicopedagógica integrada em crianças com necessidades educativas especiais**: abordagem psicomotora. Vitória: CEFD/UFES, 1999.

CIASCA, Sylvia Maria (org). **Distúrbio de aprendizagem**: proposta de avaliação interdisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

COSTE, Jean Claude. **A psicomotricidade**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

COUTINHO, Afrânio. **Machado de Assis na literatura brasileira**. 2 ed.. Rio de Janeiro: Livraria São José, 1966.

CUNHA, M. F. C. **Desenvolvimento psicomotor e cognitivo**: influência na alfabetização de criança de baixa renda. Tese de Doutorado, USP, São Paulo, 1990.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil Platôs**. vol 1. São Paulo: Editora 34. 1996.

DEPRAZ, N. **La réduction à l'épreuve de l'expérience**. Études Phénoménologiques. Paris: PUF, 2002.

DUPUY, J.P E VARELA, F. **Círculos viciosos criativos**: para compreensão das sociedades. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ. 1995.

DUPUY, J.P. **Nas Origens das Ciências Cognitivas**. 1995. Centro de Referência em Engenharia de Produção (2001) Disponível em: <http://www.cerep.ufrgs.br/rbc/historico.asp>.

ECKERT, H. M. **Desenvolvimento Motor**. 3. ed. São Paulo: Manole. 1993.

FACION, J.R.. Síndrome de Hipercinese: Uma revisão bibliográfica. In: **Psicologia Argumento**, Ano IV, No. X, PUC Paraná, 1991, p. 07-24.

FEITOSA, A. **Contribuições de Thomas Khun para uma epistemologia da Motricidade Humana**. Lisboa, PT: Instituto Piaget, 1996.

FEITOSA, A.M. Para Unificação em Ciência da Motricidade Humana. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Santa Catarina, 17 (2), Jan/1996.

FERREIRA, Maria C. R. (org.). **Os fazeres na educação infantil**. São Paulo: Cortez, 1998

FONSECA, Vitor da. **Psicomotricidade**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FONTENELLE, L. Neurologia em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.77, Suppl. 2, p. 205-216, 2001

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **O caso Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos**. Obras Completas de Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1953.

GOLDSTEIN, Sam & GOLDSTEIN, Michael. **Hiperatividade**: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Campinas: Papirus, 1994.

- HALLOWELL, Edward M. **Tendência à Distração**. São Paulo: Editora Rocco, 1994.
- HEIDEGGER, Martin. **Carta Sobre o Humanismo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.
- KAPLAN, H. I. & SADOCK, B.J. & GREBB, J. A. **Transtorno de déficit de atenção**. Porto Alegre: ArtMed Editora, 2002.
- KASTRUP, V. Cartografias literárias. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**. v.14, n.2, 2002.
- _____. **A invenção de si e do mundo**: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Campinas: Papyrus, 1999.
- _____. **Sobre livros e leitura**: algumas questões sobre aprendizagem em oficinas literárias. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, v.12, n.1, pp.65-84. 2000.
- KNAPP, P. & ROHDE, L. A. & LYSZKOWSKI, L. & JOHANNPETER, J. **Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade. Manual do Terapeuta**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
- LAMPRÉIA, C. A prevenção no atraso do desenvolvimento: a prevenção na psicologia. **Ciência e Profissão**. v. 05, n. 01, p. 25-30, Rio de Janeiro, 1985.
- LAPIERRE, A. **A reeducação física**. Volume 1. Cinesiologia, Reeducação Postural, Reeducação Psicomotora. São Paulo: Manole, 1982.
- LAPIERRE, André; AUCOUTURIER, Bernard. **Fantasmas corporais e práticas psicomotoras**. São Paulo: Manole, 1984.
- LE BOULCH, Jean. **Educação psicomotora**: psicocinética na idade escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- _____. **O desenvolvimento psicomotor do nascimento até 6 anos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- LORENZINI, M. V. **Brincando a brincadeira com a criança deficiente**: novos rumos terapêuticos. São Paulo: Manole, 2002.
- MANUEL SÉRGIO. **Motricidade Humana**: Contribuições para um paradigma emergente. Coleção epistemologia e sociedade. Lisboa, PT: Instituto Piaget, 1994.
- MATTOS, Paulo. **No Mundo da Lua**: Perguntas e Respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. 4 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2005.
- MEHLER, J. Conhecer desaprendendo. Em E. Morin e M. Piattelli-Palmarini (Orgs) **A unidade do homem**, vol.II – O cérebro humano e seus universais. São Paulo: Cultrix, 1978.
- MELO, L. E. **O coletivo como plano de co-engendramento do indivíduo e da sociedade**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ. Rio de Janeiro: 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MIALET, J. P. **L'attention**. Paris: PUF, 1999.

NEDIALCOVA, Giurgia T. **A B C da ginástica**. Rio de Janeiro: Grupo Palestra Sport, 1999.

NEGRINE, A. **Aprendizagem e Desenvolvimento Infantil**: perspectivas psicopedagógicas. Porto Alegre: Prodil, 1994.

OLIVEIRA C.L. A criança hiperativa: característica, conduta da família e da pré-escola. **Revista de Psicopedagogia**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

OLIVEIRA, G. C. **Psicomotricidade**: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

PAIN, Sara. **A função da inteligência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

PICQ, L.; VAYER, P. **Educação psicomotora e retardo mental**. 5 ed. São Paulo: Manole, 1988.

POETA, Lisiane Schilling; ROSA NETO, Francisco. Intervenção motora em uma criança com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). **Revista Digital** - Buenos Aires - Ano 10 - N° 89 - Outubro de 2005. Disponível em <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em 07 mar.2007.

PRISTA Rosa M. **Motricidade Humana**: Interface entre Psicologia e Fisioterapia. SEFLU/RJ: 2001.

RIZZO, Gilda. **Educação Pré-Escolar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.

ROHDE, L. A. & BENCZIK, E. B. P. **Transtorno de déficit de atenção / Hiperatividade**. O que é? Como Ajudar? Porto Alegre: Artmed, 1999.

ROSA NETO, F.; POETA, L. S.; COQUERE, P. R. S.; SILVA, J.C. da. Perfil motor em crianças avaliadas em um programa de psicomotricidade. **Temas sobre desenvolvimento**., v. 13, n. 74, p. 19-24, 2004.

SANTOS, Lucy. **TDAH. Compreensão, avaliação e atuação**: Uma Visão Geral sobre o TDAH. 2004. Disponível em <http://www.autistas.org/tdah.html>. Acesso em 02 jan.2007.

SCOZ, B. **Psicopedagogia e Realidade Escolar, o Problema Escolar e de Aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1994.

SEARLE, J. **O mistério da consciência**. São Paulo: Paz e Terra. 1998.

SHEPHERD, R.B. **Fisioterapia em Pediatria**. 3 ed. São Paulo: Santos, 1996.

SOUSA, Dayse Campos de. **Psicomotricidade**: Integração Pais, Criança e Escola. Fortaleza: Livro Técnico, 2004.

SOUZA, A. M. C. de (org.); FERRARETO, I. (Org.). **Paralisia cerebral**: aspectos práticos. São Paulo: Memnon, 1998.

STOKOE, P. **Expressão corporal na pré-escola**. 3 ed. São Paulo: Summus, 1987.

SUCUPIRA, L.C.P. A Criança Hiperativa. **Jornal de Pediatria**, v.64 (5) ,1988.

THOMPSON, R. Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem. Apud FERREIRA, C. A. M. **Psicomotricidade**: da educação infantil à gerontologia. São Paulo: Lovise, 2000.

TOLEDO, M.M. Medidas para implementação de um plano de tratamento para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 16. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, Campinas, v. 59, suppl.1, p. 1321-134, set. 2001

TOPCZEWSKI, Abram. **Hiperatividade**: como lidar? São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 89 p.

VARELA, F. **Sobre a competência ética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

_____ **Conhecer**. Lisboa: Instituto Piaget. 1997.

_____ THOMPSON, E. e ROSCH, E. **A mente incorporada**. Porto Alegre: Artmed. 2003.

VILANOVA, L.C.P. Distúrbios da atenção na infância e adolescência. **Revista Neurociências**, 2(1) 30-2, 1993.

_____. Síndrome do déficit da atenção na infância e adolescência. **Revista Pediatria Atual**. V.8, n.11/12: 41-456, 1995.

WALLON, Henri. **As origens do caráter na criança**. São Paulo: Difusão Européia, 1971.

WATZLAWICK, P. Org. **A Realidade Inventada**. São Paulo: Psy Editorial, 1994.