

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

**INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO TRANSTORNO
DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

FÁTIMA REGINA PEREIRA DA SILVA

FORTALEZA-CEARÁ

2007

**INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO TRANSTORNO
DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

FÁTIMA REGINA PEREIRA DA SILVA

MONOGRAFIA SUBMETIDA À COORDENAÇÃO DO CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOMOTRICIDADE COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OBTENÇÃO DO GRAU DE ESPECIALISTA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ

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.

Fátima Regina Pereira da Silva

MONOGRAFIA APROVADA EM: ____/____/____

Gláucia Maria de Menezes Ferreira L.D
Orientadora

RESUMO

O presente estudo se propôs a pesquisar sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) fazendo uma relação com a Psicomotricidade. O TDAH é um problema que afeta crianças e adultos. As características do transtorno do déficit de atenção e Hiperatividade são a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Elas afetam de modo adverso o desempenho acadêmico, os relacionamentos familiar e social, o ajustamento psicossocial e a vida laborativa, devendo ser alvo de intervenção especializada. Além dos sintomas básicos do transtorno, em mais de 50% dos casos existe co-morbididade com transtorno do aprendizado, transtornos do humor e de ansiedade, transtornos disruptivos do comportamento e transtornos do abuso de substâncias e de álcool. O TDAH já foi entendido como um transtorno comportamental de meninos, porém, na atualidade, é solidamente identificado em meninas, adolescentes e adultos. Através de uma reeducação e de uma terapia psicomotora, com trabalhos orientados com uma série de atividades que a pessoa passa a vivenciar em sessões individuais e em grupos, ela passa a organizar melhor sua imagem corporal que é a chave mestra da organização racional do meio espacial e temporal da criança. A partir deste trabalho, em ações práticas, respeitando a evolução da criança, facilitando sua transformação existencial, sua capacidade de centrar-se, em uma prática que respeita sua expressividade psicomotora, sua capacidade de desenlear-se, seu envolvimento psicossocial em todos os sentidos irá se harmonizar para uma vida sociável.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1. TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)	09
1.1 Histórico	09
1.2 Prevalência/ Epidemiologia	11
1.3 Etiologia	12
1.3.1 Fatores ambientais	13
1.3.2 Fatores Genéticos	14
1.4 Classificação do TDAH	15
1.4.1 Dificuldade para manter a atenção	16
1.4.2 Dificuldade em controlar a impulsividade	17
1.4.3 Hiperatividade	17
1.4.4 Tipos de TDAH	17
2. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	19
2.1 Reeducação Psicomotora	19
2.1.1 Adaptação das sessões às condições materiais	21
2.1.2 A estrutura das sessões psicomotoras	22
2.1.3 O jogo na reeducação psicomotora	22
2.1.4 As sessões psicomotoras	23
2.2 A Terapia Psicomotora	24
2.2.1 Símbolo de lei e segurança	26
2.3 Histórico de Psicomotricidade	27
2.4 A educação psicomotora como intervenção nos transtornos psicomotores ..	30
2.5 Espontaneidade e movimento	31

2.5.1 A evolução das práxis	32
2.5.2 A evolução da motricidade gráfica	32
2.5.3 Do corpo vivido à imagem visual do corpo	32
2.5.4 Psicomotricidade na Educação infantil	33
3. RELACIONAMENTO DA CRIANÇA PORTADORA DE TDAH	35
3.1 A criança portadora de TDAH no contexto educacional	36
3.2 O trabalho do corpo da criança com TDAH dentro da psicomotricidade	36
3.3 TDAH e rendimento escolar	39
4. CONCLUSÃO	40
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

INTRODUÇÃO

O transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade-TDAH é um problema de comportamento que prejudica o ajustamento da criança, afeta o núcleo familiar e social, por causa de determinadas características que a criança apresenta em seu comportamento que são: a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, se tornam impossível um convívio social com a criança. Para que seja detectado este problema em uma criança é necessário que ela apresente num período de seis meses as seguintes características: incapacidade do indivíduo controlar seu comportamento, dificuldade em manter a atenção, dificuldades para seguir regras e instruções e a variabilidade em suas respostas a situações cotidianas. O sexo masculino é o mais afetado, ocorrendo uma proporção de três meninos diagnosticados com TDAH e hiperatividade para cada menina. Ocorrem também diferenças de país para país e mesmo dentro de um mesmo país. A psicomotricidade vem ajudar estas crianças contribuindo para a organização de seu esquema corporal, suas tensões, suas agressividades. Através da reeducação psicomotora e da terapia psicomotora, a criança recebe orientações com uma série de atividades, ocorrendo desta forma uma mudança no comportamento da criança, desta forma fazendo com que ela mude determinadas atitudes em relação ao seu comportamento. Portanto ocorrendo um desenvolvimento diferenciado em suas atitudes a criança passará a ser um SER SOCIÁVEL, em toda a esfera familiar, comunitária e escolar.

O trabalho tem como objetivo entender o transtorno e poder trabalhá-lo, por meio da reeducação, de terapias psicomotoras, desenvolvendo trabalhos em sessões individuais e em sessões grupais.

Para uma melhor compreensão, o trabalho foi dividido em três capítulos. No primeiro se analisou o TDAH, contextualizando e mostrando a sua prevalência e epidemiologia; a etiologia, que compreende os fatores ambientais, genéticos; a sua classificação onde se viu as dificuldades para manter a atenção, controlar a impulsividade e a hiperatividade.

No segundo capítulo procurou-se mostrar os objetivos da terapia psicomotora e a sua educação voltada aos transtornos psicomotores, bem como a psicomotricidade na Educação Infantil.

No terceiro e último capítulo procurou-se mostrar, dentro do contexto escolar, crianças portadoras de TDAH; o trabalho desenvolvido com elas e o rendimento escolar destas crianças.

A metodologia utilizada teve apenas caráter qualitativo (pesquisa bibliográfica) baseada nas obras de Barkley (2002), Fonseca (1997), Le Bouch (2001), Mattos (2002) entre outros.

1. TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

1.1. Histórico

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) vem sendo relatado como existente, desde as grandes civilizações. Galeno, médico grego, foi um dos primeiros profissionais a prescrever o ópio para a impaciência, inquietação e cólicas infantis.

Em 1890, na França, médicos trabalhavam com pessoas que apresentavam dano cerebral e sintomas de desatenção, impaciência e inquietação. Trabalharam também com um método similar de conduta apresentado por indivíduos retardados sem história de trauma. Eles apresentaram hipóteses que esses tipos de comportamento em indivíduos retardados resultavam de um mesmo tipo de dano ou de uma disfunção cerebral.

Em 1902, na França, Still descreveu um problema em crianças, que ele classificou como um defeito na “conduta moral”. Ele observou que esse problema resultava em uma impossibilidade que a criança apresentava para internalizar regras e limites, como também em uma manifestação de sintomas de inquietação, desatenção e impaciência. Still salientou ainda que esses comportamentos pudessem resultar em danos cerebrais da hereditariedade e disfunção ou problemas ambientais. Assumindo uma postura bem cética diante desse transtorno, Still acreditava que essas crianças não poderiam ser ajudadas, devendo ser institucionalizadas em idade bastante precoce (Barkley 2002).

Após a erupção de um surto de encefalite entre os anos de 1917 e 1918, como descreve Hohman (apud Rodhe e Mattos, 2003) os profissionais da saúde observaram que havia um grupo de crianças fisicamente recuperadas da encefalite que passaram a apresentar inquietação, desatenção e também impaciência e hiperatividade, comportamento não apresentado antes da doença. Chegou-se a conclusão de que esses comportamentos eram resultantes de um mesmo nível de prejuízo cerebral, causado pela doença, sendo mais tarde esse modelo de conduta denominada como uma desordem pós-encefálica.

As medicações estimulantes foram experimentadas na França em 1937, em uma clínica psiquiátrica infantil, por um médico cujo nome era, Charles Brandley, verificando uma melhora no comportamento dessas crianças. Em 1937, Molitch e Eccles também investigaram o efeito do benzedrine, nas medidas de inteligência por crianças (Barkley, 2002).

Brandley observou uma grande diferença nas respostas de crianças que estavam tomando o benzedrine. Elas passaram a apresentar um comportamento mais calmo e mais positivo, menos oposicionista; apresentaram-se mais atentas e pareciam aprender melhor (Barkley, 2002).

Com o advento de um grande número de pesquisas por causa da Segunda Guerra Mundial, pesquisadores tiveram a oportunidade de estudar uma ampla variedade de prejuízos cerebrais ocorrentes da guerra. Com as pesquisas realizadas neste período, verificou-se que o dano de qualquer parte do cérebro resulta em comportamento de desatenção, inquietação e impaciência. Essa pesquisa realizada na França, em 1937, apoiou a noção de que crianças com estes sintomas foram vítimas de alguma forma de prejuízo ou disfunção cerebral.

Nessa mesma época, Strauss e colegas na França, formularam a hipótese de que o principal problema dessas crianças era a distração. Strauss supunha que, se a distração fosse mantida ou reduzida em um número, essas crianças poderiam funcionar melhor. Nessa época ocorreu na França um grande avanço no uso de medicações psicotrópicas, associadas à mudança no currículo escolar. Ocorreu também, por parte do professor, mudanças na decoração da sala de aula e da sala de aula em si (Barkley, 2002).

Desde a década de 40, este distúrbio vem recebendo diversas denominações, como: Lesão Cerebral Mínima, Hiperatividade, Disfunção Cerebral Mínima, Síndrome Hiperkinética, Distúrbio de Déficit de Atenção com Hiperatividade, etc., como também vem sendo apresentado diferentes prognósticos e formas de tratamentos.

Atualmente a maioria dos profissionais clínicos-médicos, psicólogos, psiquiatras e outros, acreditam que o TDAH é composto de três problemas primários, que são:

- incapacidade do indivíduo em controlar seu comportamento;
- dificuldade em manter sua atenção;
- controle ou inibição dos impulsos e da atividade excessiva.

Outros profissionais acreditam que aqueles com TDAH, apresentam mais dois problemas que são:

- a dificuldade para seguir regras e instruções e,
- a variabilidade extrema em suas respostas a situações cotidianas.

Acredita-se que esses sintomas estão associados a um déficit primário na inibição do comportamento, que é o símbolo do TDAH. Muitos pesquisadores concordam que a inibição do comportamento é o problema central para a maioria das crianças portadoras desse transtorno (Barkley, 2002).

1.2 Prevalência e Epidemiologia

Para se detectar o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade faz-se necessário um diagnóstico que deveria ser facilmente identificado, porém, isso não ocorre com o TDAH, pois freqüentemente ele é descrito de uma forma pouco objetiva (Rohde; Mattos et al, 2003).

Nos últimos tempos, o quadro clínico está melhor definido, as co-morbidades têm sido mais detalhadas, os fatores etiológicos têm sido mais investigados, principalmente na área biológica, como as anormalidades nos circuitos subcorticais. As pesquisas genéticas apresentam investigações promissoras, sendo acrescentado também os fatores de riscos ambientais que têm sido pesquisados e associados às fragilidades genéticas.

O sexo masculino é o mais afetado, ocorrendo uma proporção de três meninos diagnosticados com TDAH para cada menina. Ocorrem também diferenças de país para país e mesmo dentro de um país. As taxas de prevalência são heterogêneas, o que ocorre pelo fato de existirem desigualdades metodológicas entre os estudos como o procedimento de seleção que incluem diferentes tipos de crianças e amostras, idades diferentes das crianças amostradas nos vários estudos,

porém a maior causa dessas diferenças epidemiológicas reside nos critérios distintos utilizados para seu diagnóstico, sendo que esses critérios requerem informações clínicas sobre o comportamento do paciente em casa e na escola (Rohde e Mattos et al, 2003).

Os maiores conhecimentos sobre o TDAH vêm de estudos realizados com crianças na idade correspondente ao ensino fundamental, enquanto o número de investigações científicas encontradas nas idades pré-escolar, adolescente e adulta é significativamente menor.

Embora existam vários tipos de estudos que podem auxiliar na determinação de aspectos epidemiológicos do TDAH, como os estudos de caso, os longitudinais e os retrospectivos, percebe-se algumas limitações nesses dados.

O estudo de caso é o tipo mais básico de estudo clínico, com grande tradição na medicina e consiste em uma cuidadosa e minuciosa descrição, por um ou mais pesquisadores do diagnóstico, da evolução e do transtorno do paciente, podendo ser realizado em séries temporais, já que as medidas podem ser tomadas ao longo de um determinado tempo (Rodhe e Mattos et al, 2003).

O estudo de caso não é adequado para ser utilizado em pacientes com TDAH, pois apresenta as seguintes desvantagens: informações originais incompletas, má memória das informações, escolha não-aleatória dos casos, além do longo tempo de pesquisa.

Os estudos retrospectivos do TDAH, por sua vez, apresentam falhas que incluem a vida pregressa das crianças e de seus pais, que são pouco analisadas e que apresentam problemas metodológicos de difícil resolução. Já os estudos longitudinais com grupo controle que seriam os mais adequados para dar maior precisão da definição do TDAH são, entretanto, mais difíceis de serem implementados e de custo mais elevado (Rohde e Mattos et al, 2003).

1.3 Etiologia

Estudos realizados sobre o TDAH desde o início da década de 90, ainda não foram suficientes para detectar precisamente as suas causas que permanecem desconhecidas. Entretanto, a influência de fatores genéticos e ambientais no seu

desenvolvimento é largamente aceito na literatura especializada (Tannocke apud Barkley, 2002).

Embora não se acredite que exista um gene do TDAH, acredita-se que vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade genética ao transtorno, que se somam aos diferentes agentes ambientais. Portanto, o surgimento e a evolução do TDAH em um indivíduo depende de quais genes de suscetibilidade estão agindo e de quanto cada um deles contribui para a doença.

O TDAH, ainda que caracterizado por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, apresenta diferentes quadros clínicos, bem como várias possibilidades de tratamento, indicando que é uma patologia bastante heterogênea. Por isso, fatores genéticos e ambientais atuam na manifestação das características que compõem os vários quadros clínicos do TDAH (Rohde e Mattos et al, 2003).

1.3.1 Fatores ambientais

Agentes psicossociais, tais como, desentendimentos familiares e presença de transtornos mentais nos pais, prejudicam a vida emocional da criança, parecendo ter participação importante em alguns casos no surgimento e na manutenção da doença.

De acordo com estudos realizados, existe uma associação positiva no que diz respeito à discórdia marital severa, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais, psicopatologia materna onde todos estes fatores psicossociais favorecem o desenvolvimento desse transtorno (Rohde e Mattos et al, 2003).

Complicações como toxemia, eclâmpsia, prematuridade fetal, duração do parto, estresse fetal, baixo peso ao nascer, hemorragia pré-parto e má saúde materna são condições que em estudo se apresentaram como fatores de risco ao TDAH, assim como certas condições específicas presentes durante a gravidez, como o uso do álcool e nicotina pela mãe, podem agir como fatores de risco para o TDAH. Os danos cerebrais perinatais no lobo frontal que afetam processos de atenção, motivação e planejamento, se relacionam indiretamente com a doença.

1.3.2 Fatores Genéticos

Para analisar a genética do TDAH são envolvidos dois tipos de investigações:

- os chamados estudos genéticos clássicos que compreendem as pesquisas com famílias com gêmeos adotados e as análises de segregação. Logo, por meio desse estudo é que se confirma a existência de um componente genético determinando ou influenciando a característica em questão.

- nos estudos moleculares seu foco investigativo concentra-se nos polimorfismos presentes nos genes, sendo o objetivo verificar se um dos possíveis alelos está relacionado com a doença (Barr e cols, apud Rohde; Mattos et al, 2003).

Mesmo com tantos estudos realizados não se chegou à conclusão de que exista o gene do TDAH, nem que exista uma mutação específica responsável por este fenótipo. O mais provável é que os fatores genéticos envolvidos sejam, na verdade, variantes funcionais aparentemente normais de genes conhecidos e que uma combinação particular de alelos seja necessária para conferir suscetibilidades.

A definição dos genes candidatos baseia-se em diferentes tipos de evidências, como as que sugerem o envolvimento de rotas bioquímicas ou processos biológicos específicos.

Nos estudos realizados, o primeiro gene relacionado ao TDAH foi o gene do receptor B da tireóide, podendo esse gene apresentar mutações causadoras de resistência generalizada ao hormônio da tireóide (GRTH), doença autossômica rara. Esses resultados seriam aplicáveis apenas a um provável subtipo de TDAH (Rohde e Mattos et al, 2003).

Outros estudos indicaram que genes da Dopamina (DAT1 e DRD4) estão presentes no TDAH. Estudos moleculares realizados mostraram que o gene que codifica a enzima dopamina - beta-hidroxilase ou loco DBH convergindo a dopamina em noradrenalina, foi encontrado em pacientes com TDAH (Rohde e Mattos et al, 2003).

Ainda que estes estudos realizados estejam sendo de significativa importância para o entendimento da etiologia do TDAH, em relação à genética, os resultados se apresentam às vezes contraditórios, sendo necessário e de fundamental importância um maior conhecimento para determinar condições mais específicas para os diferentes tipos de doenças (Rohde e Mattos et al, 2003).

1.4 Classificação do TDAH

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade envolve o desenvolvimento do autocontrole, consistindo em problemas com períodos de atenção, com controle de impulso e com o nível de atividade. Todos estes problemas apresentados são causas de prejuízo na vontade da criança, em sua capacidade de controlar seu próprio comportamento. O TDAH é um transtorno de comportamento real que leva os cientistas a enumerarem em diversos pontos, que são percebidos em crianças que apresentam esta deficiência, que, segundo Mattos (2001), são as seguintes:

1. Ele emerge cedo no desenvolvimento de uma criança.
2. Distingue com clareza essas crianças de crianças normais ou daquelas que não têm transtorno.
3. É relativamente difuso ou ocorre em meio a diferentes situações, embora não necessariamente em todas elas.
4. Afeta a capacidade da criança de responder com sucesso diante das demandas típicas solicitadas para crianças de certa idade.
5. É relativamente persistente durante o período de desenvolvimento.
6. Não é facilmente explicado por causas puramente ambientais e sociais.
7. Está relacionado a anormalidades no funcionamento ou desenvolvimento do cérebro, o que significa que existe uma falha ou um déficit no funcionamento da capacidade mental própria de todos os seres humanos normais.
8. Está associado a outros fatores biológicos que podem afetar o funcionamento do cérebro ou seu desenvolvimento.

A comunidade científica tem sentido dificuldades em falar sobre esses temas, em que os pontos 7 e 8 são evidências encontradas recentemente.

Crianças com TDAH apresentam dificuldade na capacidade de inibir o comportamento prejudicando a obediência a regras, instruções e a voz interna, que auxiliam a criança a controlar seu comportamento.

Hoje os profissionais que trabalham com crianças com este problema acreditam que o TDAH consiste em três problemas primários que são:

- capacidade de o indivíduo controlar o seu comportamento;
- dificuldade de manter sua atenção;
- controle ou inibição dos impulsos e da atividade excessiva.

Cientistas continuam a debater a razão desse problema em relação à capacidade inibidora, embora muitos pesquisadores concordem que a inibição do comportamento é o problema central para a maioria das crianças portadoras desse transtorno.

1.4.1 Dificuldade para manter a atenção

Pessoas com TDAH apresentam problemas para manter a atenção. Elas lutam com tenacidade para manter sua atenção em atividades mais longas, no entanto, estas pessoas apresentam períodos de atenção mais breve que outras pessoas.

Crianças com TDAH, na medida em que crescem, é de esperar que seu desempenho na atenção melhore, mas, mesmo assim, apresentam períodos de atenção sempre inferior ao que se espera para sua faixa etária. Crianças com TDAH, quando solicitadas a fazerem algum trabalho, apresentam desempenho inferior ao desempenho das crianças normais. Entretanto, são bastante minuciosas em distinguir o importante do irrelevante quando são solicitadas a fazer e apresentam dificuldade de manter a atenção em tarefa de visualização (Barkley, 2002).

1.4.2 Dificuldade em controlar a impulsividade

Crianças com TDAH respondem perguntas sem pensar, não esperam sua vez nas coisas, apresentam centralização em si próprias, sua capacidade de inibição do comportamento é bem reduzida. São excessivas, falam alto e, com frequência, monopolizam as conversações. Fazem comentários sem pensar e sem levantar a mão em sala de aula, iniciam tarefas ou testes sem ler as instruções com cuidado, são vistas como pessoas que não sabem partilhar o que têm com os outros e costumam tomar posse de coisas que não lhe pertencem. Não apresentam capacidade de aguardar uma recompensa que lhe é oferecida, e, também, por causa dos problemas de atenção e de controle de impulso, utilizam-se de atalhos em seus trabalhos, aplicando menor quantidade de esforço, depreendendo menor quantidade de tempo para realizar tarefas consideradas desagradáveis e enfadonhas (Barkley, 2002).

1.4.3 Hiperatividade

As crianças com TDAH estão sempre em movimento, são irrequietas, estão constantemente escalando tudo, falam demais, geralmente produzem zumbidos ou sons estranhos. Este é um comportamento difícil de ser ignorado porque incomoda mais as pessoas nos diversos ambientes.

Em sala de aula elas apresentam comportamento barulhento, descontrolado, impetuoso, desordeiro e imaturo, pois as atividades escolares são mais contidas, calmas e silenciosas. Crianças com TDAH falam aproximadamente 20% a mais do que as outras crianças que não sofrem deste transtorno. O comportamento de crianças com este problema ocorre de forma rápida, vigorosa e hiper-responsiva, portanto, a hiperatividade e impulsividade são partes do mesmo problema subjacente. Um dos maiores problemas destas pessoas é que para manter a atenção, se faz necessário ter um equilíbrio com inibição, ou seja, inibindo seus desejos ou tendências para fazer outra coisa, resultando que a inibição passa a ser a raiz do problema de atenção no TDAH (Barkley, 2002).

1.4.4 Tipos de TDAH

Existem três subtipos de TDAH:

1. Forma predominantemente desatenta - é mais freqüente no sexo feminino, parecendo apresentar conjuntamente com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de comprometimento acadêmico. Pode apresentar um nível mais alto de isolamento social e retraimento, sofre de inabilidade social, o que pode ser o cerne da imaturidade. Estas crianças são negligenciadas pelos colegas, são tímidas, retraídas e evitam interações com seus pares. Também apresentam taxas mais elevadas de ansiedade, depressão e disfunção social; tendem a apresentar problemas motores finos e anormalidades neurológicas, dificuldades nas tarefas que requerem "controle mental" tais como mudança de objetivo e planejamento.

2. Forma combinada - aparece juntamente com a forma desatenta. Este tipo apresenta um maior comprometimento no funcionamento global quando comparado aos dois outros grupos. São propensas a serem rejeitadas por seus colegas. Alguns autores relatam que os indivíduos com TDAH do tipo combinado demonstram um déficit na inibição do comportamento. Na forma combinada é preciso apresentar pelo menos seis sintomas de cada um dos outros dois tipos.

3. Forma predominantemente hiperativa/impulsiva - são mais agressivas, apresentam altas taxas de rejeição pelos colegas e sofrem de impopularidade, são rejeitadas por seus pares, porque tendem a agir sem pensar, são inadequadas socialmente e falham em fazer planos e prever situações a despeito do conhecimento que possuem.

2. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

A psicomotricidade é a ciência que tem como objetivo de estudo, o homem através de seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo, bem como suas possibilidades de perceber, atuar e agir com o outro, com os objetivos e consigo mesmo (Fonseca, 1997).

2.1 Reeducação Psicomotora

Para crianças portadoras de TDAH é necessário que haja uma reeducação psicomotora, tendo em vista sua dessocialização. Para isto é necessário que se apresente indiscutivelmente métodos que defina indicações, regras de aplicação e meios de ação ajustados aos objetivos perseguidos.

Guilmain (anos 30) indica claramente que todo tratamento psicomotor deve abranger as diversas técnicas utilizadas em neuropsiquiatria infantil, como exercício de educação sensorial, exercício de desenvolvimento da atenção e trabalhos manuais que facilitará a passagem do ajustamento global ao ajustamento com representação mental que engloba, portanto, a percepção do corpo próprio.

Exercício de educação sensorial são exercícios de empurrar, puxar, carregar, manipular ou ser empurrado, puxado, carregado, manipulado. Estes exercícios podem ser vivenciados de olhos fechados, de olhos abertos, em pequenos grupos, individualmente ou em pares (o par propicia uma segurança mútua, com a qual se deve contar num primeiro momento). Explorar de olhos fechados conserva a lentidão, precisa os contatos e as pressões e aprofunda a relação tônico-emocional com o espaço, com os objetos e os outros. Esta apropriação pode ser realizada utilizando-se apenas certas partes do corpo (as mãos, os pés, o dorso, o rosto).

Exercício de desenvolvimento da atenção: são exercícios que determinam ritmo seguindo algumas estruturas rítmicas, por exemplo, bater a mão sobre a carteira, durante um certo tempo, a criança apenas escuta. Reproduzir ritmo,

batendo a mão sobre a carteira também variando o ritmo, lento, normal e rápido, estes exercícios devem ser feitos de olhos abertos e em seguida de olhos fechados.

Trabalhos manuais: São exercícios de pressão, manipulação, projeção, preensão (agarrar, pintar, recolher, apanhar, estes atos constituem a resultante de gestos, também são úteis as atividades de amassar, dobrar, agarrar, construir, que abrem caminhos a condutas sociáveis).

Guilmain inovará particularizando as modalidades de intervenção é, primeiramente as precauções a serem tomadas para que os exercícios de treinamento motor alcancem o seu valor educativo. Estes propósitos pedagógicos precedem a análise dos conteúdos das sessões e relacionam-se a três propósitos principais: reeducação a atividade tônica (como os exercícios de atitude, de equilíbrio e de mímica), melhorar a atividade de relação (como exercícios de dissociação e de coordenação motora com apoio lúdico), desenvolver o controle motor (com exercício de inibição para os instáveis e de desinibição para os emotivos).

Na reeducação psicomotora deve ser dada à criança a possibilidade de reagir de modo global sem a intervenção excessiva do adulto, favorecendo a expressão da espontaneidade visando à disponibilidade corporal e mental. A passagem da atividade espontânea à atividade controlada deve ser assegurada sem prejudicar o caráter expressivo do movimento.

Desde o desenvolvimento psicomotor inicia-se o processo de socialização uma vez que o equilíbrio da pessoa pode só pode ser pensado pela/e na relação com outrem, é nesta relação e, ainda, na comunicação com outrem que o homem se realiza, pois que na criança que apresenta TDAH esta relação está comprometida. Quando esta socialização é construída sobre bases racionais e de reflexão seus fundamentos são afetivos e ligados à evolução de sua imagem do corpo. A socialização é função da boa evolução da imagem do corpo próprio, a maneira mais eficaz de levar um indivíduo insocial a integrar-se num grupo é desenvolver primeiramente suas aptidões pessoais e consolidar sua imagem do corpo.

Individualização e socialização são dois processos solidários que equilibram-se fazem com que crianças com problemas de TDAH passem a ter uma vida mais

sociável, portanto a reeducação psicomotora desempenha um papel central, já que ela termina no ingresso a uma imagem do corpo operatório, condições da disponibilidade pessoal em relação ao meio material e humano.

Na reeducação psicomotora é permitido que as crianças brinquem e se expressem, isto é, estabeleçam entre elas uma verdadeira relação através da atividade corporal, constituindo-se uma verdadeira experiência psicoafetiva.

As sessões de reeducação psicomotora, que são os exercícios corporais, visam o desenvolvimento harmonioso dos componentes corporais, afetivos, intelectuais da personalidade objetivando a conquista de uma relativa autonomia e da apreensão refletida do mundo que o cerca. A criança com problemas psicomotores e sociais que são as crianças com TDAH.

É de suma importância que as crianças com TDAH adquiram conscientização e domínio do corpo, apropriação do esquema corporal, coordenações psicomotoras, ajustamento mais seguro dos gestos, dos movimentos, apuro das discriminações perceptivas, apresentem também percepção e integração da noção de espaço imediato, pois estas atividades vão desenvolver a criança em todos os sentidos psicossociais, para tanto é importante que se faça sessões reeducativas com objetivos definidos e as adaptações relativas a idade, para que o trabalho projetado seja eficaz, é necessário uma continuidade de aplicação.

2.1.1 Adaptação das sessões às condições materiais

As sessões com jogos podem se desenvolver, ao ar livre, em áreas de jogos ou em canches de esporte equipada: em pequenas salas de jogos, em locais equipados com ginásio, em sala de aula, sendo importante que se leve em conta as condições de locais para que se escolha as situações educativas adequadas.

Ao ar livre, a prioridade será concedida ao trabalho dinâmico de coordenação global que exige uma grande liberdade de movimento. Esta situação é igualmente propícia no trabalho de percepção e de representação mental do espaço, bem como em certos exercícios rítmicos em deslocamento.

Num ginásio equipado, os exercícios de coordenação global que se pode praticar são extremamente variados; o salto de aparelhos, a escalada e suspensão,

equilíbrio em aparelhos, agilidade no chão, arremesso a gol ou as cestas de basquete. Já numa sala de menor dimensão, podem ser realizados exercícios perceptivos que exigem mais atenção e que são difíceis de serem realizados ao ar livre, como: conhecimento, descoberta de seu próprio corpo, controle tônico, trabalho com apoio musical e percepção temporal.

2.1.2 A estrutura das sessões psicomotoras.

No plano do desenvolvimento funcional, a sessão psicomotora deve atingir dois grandes grupos de funções que são: a função de ajustamento, as funções de percepção. Estas duas funções apresentam dois tipos de situações correspondendo a estas duas séries de objetivos.

Na primeira função a prioridade deve ser concedida ao trabalho global e equilibrador no plano da afetividade, pelo menos uma parte de tempo deve ser dedicado a este trabalho.

No trabalho perceptivo deve ser trabalhada na criança a percepção do próprio corpo, a percepção do espaço e a percepção temporal. O psicomotricista deve ficar atento para captar sinais de fadiga na criança, pois pode comprometer o trabalho e não apresentar rendimento satisfatório na terapia.

O ajustamento global e o trabalho perceptivo solicitam duas formas muito diferentes de atenção. No primeiro tipo de situação, a atenção se dirige para um objetivo concreto a ser atingido a partir do qual vai originar-se uma práxia. No trabalho perceptivo, a atenção volta-se para uma modalidade precisa e exige mais concentração mental. É preciso, pois, equilibrar estes dois tipos de esforços. A duração de cada tipo de exercício não pode ser prevista, pois dependendo do interesse infantil, o psicomotricista deve interromper o exercício que não “prende”, porém, inversamente, não deve hesitar em explorar um tema que agrada às crianças. Antes de terminar a sessão é conveniente fazer com que as crianças se manifestem sobre o que experimentam, a fim de conhecer melhor suas motivações.

2.1.3 O jogo na reeducação psicomotora

As sessões com jogos assumem formas diversas. É preciso distinguir: os jogos de imaginação e os jogos simbólicos que têm valor expressivo.

Os jogos funcionais, que permitem à criança despendar sua necessidade de movimento e que podem, no plano psicomotor, desempenhar o papel dos exercícios de coordenação global.

Os jogos com regras, que necessitam a aceitação ou mesmo a criação de um código para poderem ser praticados coletivamente e que, por isso mesmo, desempenham um importante papel na socialização.

2.1.4 As sessões psicomotoras

O que diferencia fundamentalmente a sessão psicomotora metódica do jogo e da expressão livre é que ela supõe uma programação dos apoios em função dos objetivos funcionais previstos. Em decorrência disso, o psicomotricista deve sugerir situações. Na expressão livre, ao contrário, a escolha dos apoios é entregue à própria iniciativa da criança.

A diferenciação entre a situação lúdica e a sessão psicomotora metódica não está, portanto, ligada à natureza, mas simplesmente à ocorrência da iniciativa ou da espontaneidade infantil que é exercida na primeira eventualidade e não na segunda. Isto não implica de modo algum, que as situações escolhidas pelo psicomotricista sejam desinteressantes para a criança.

Na verdade, o psicomotricista, que conhece bem as reações do grupo de crianças pode utilizar jogos funcionais durante as sessões psicomotoras, em particular na parte dedicada à coordenação global.

Estas atividades de expressão e de jogos espontâneos, a coordenação global num clima tranqüilo e calmo desempenha um papel essencial, tanto na boa disposição motora global como no equilíbrio geral da criança portadora de TDAH.

Uma outra forma de ajudar crianças com problemas de TDAH são as atividades de ritmo. Esta atividade psicomotora não tem como objetivo fazera criança adquirir os ritmos, o objetivo é favorecer a expressão de sua motricidade natural, cuja característica essencial é a ritmicidade. O primeiro objetivo educativo consiste em liberá-las corporal e mentalmente por meio da prática de uma motricidade lúdica global complementada pela prática de ciranda e danças cantadas. Além de ter grande valor folclórico, transmitido de geração a geração, mantém a

tradição pitoresca, a simplicidade, a carga efetiva e contribui para a reeducação rítmica e a formação musical. Em particular, as crianças que têm dificuldade em coordenação global encontrarão um suporte privilegiado para alcançar, com o movimento, uma certa harmonia e um certo bem-estar, além de favorecer um trabalho coletivo e social.

O caráter coletivo destas danças, a participação do psicomotricista, o canto que acompanha, fazem com que cada criança possa participar ativamente, com alegria geral, e encontre, nestas atividades, uma segurança e uma situação favorável à expressão motora liberada. Independentemente destas condições afetivas essenciais, dois outros fatores jogam um papel importante dentro do ponto de vista psicomotor, que são:

- a relação corporal estreita que une essas crianças, na medida em que elas se dão às mãos;
- a associação do canto e do movimento permite à criança sentir a identidade rítmica, ligando os movimento do corpo e dos sons musicais. Estes sons musicais cantados, emitidos pelas crianças e ligados à própria respiração, não têm o caráter agressivo que pode reverter em tema musical no qual a criança deve adaptar-se aos exercícios de sincronização sensório-motora.

2.2 A Terapia Psicomotora

É de grande importância a terapia psicomotora para crianças com TDAH, pois ela como qualquer outra terapia, visa recolocar a criança no dinamismo da vida, e o acesso à descontração será testemunha de um bom resultado que terá exigido nos casos difíceis. Com efeito, é preciso salientar que a terapia só intervém quando a dinâmica da comunicação estiver perturbada e a criança não puder afirmar sua identidade de uma maneira socialmente receptível, que são justamente os casos das crianças com TDAH, que não conseguem ajustar-se aos outros, frequentemente se encontram pouco segura de si, invadida por preocupações emocionais, logo, somente por meio de uma terapia pode-se torná-la disponível para um conhecimento abstrato do mundo.

A terapia psicomotora tem por objetivo orientar, instaurar, restaurar a comunicação e a identidade da criança, por serem inseparáveis um do outro.

A intervenção da terapia psicomotora é a partir do que a criança é, e suas possibilidades limitadas de comunicar e de se afirmar. Deve permitir, entre outras coisas, que o itinerário esquematizado precedente desenvolva-se com maior facilidade.

É necessário que se tenha na sala de terapia materiais diversos, como: almofadas, animais de pelúcia, instrumentos de percussão, pois estes ajudarão ao psicomotricista na representação do corpo simbólico.

O terapeuta deve ser um parceiro simbólico no qual em uma terapia irá fazer um papel de um grande animal (um leão, um lobo). O terapeuta conhece a criança e pressente o que se perfila, sob a solicitação, sabe que “o grande animal” representa o poder, o perigo, que simboliza, talvez, de uma maneira, uma faceta de um protagonista do romance familiar percebido como perigoso, amado e odiado (isso permite aceitar, recusar, matizar o papel). Como ele irá simbolizar este grande animal? O erro, grave em suas conseqüências, consistiria em desempenhar realmente o lobo, imitar o grito do lobo, dar início a uma grande perseguição rápida, encerrar a criança num terreno de ansiedade através de um olhar que representa o poder. Assim, se instala a ambigüidade na criança joga-se com ela, o terapeuta é um companheiro de jogo que corre o risco de manter e reforçar os fantasmas, dos quais também passa a participar.

O terapeuta não deve representar este lobo mas, simbolizá-lo: posição quadrúpede, movimento extremamente lento, cada deslocamento de um dos membros bem marcados no solo, a cabeça deve está abaixada para não aprisionar a criança num olhar de poder, esta cena deve se reproduzir no curso das sessões posteriores, ocorrendo uma evolução na terapia.

Em uma terapia quando a criança passa a agir com excessiva impulsividade e agressividade a pessoa do terapeuta deve lembrar que não pode machucar os outros. Quando a sessão termina não é mais o parceiro simbólico que está ali, mas o terapeuta enquanto pessoa, não sendo mais hora de brincadeiras. O terapeuta deve interpretar para si mesmo o que se passa na terapia, pois é um exercício

mental que faz com que ele sintasse-se seguro. A atitude de escuta é uma condição necessária para que a criança possa falar de si como corpo, assim o terapeuta inscreve-se numa atitude de escuta que favorece a comunicação, ao mesmo em que mantém uma certa distância numa atmosfera segura. Ele não joga com a criança, mas está presente no jogo da criança enquanto “parceiro simbólico”, o que lhe permite não se deixar encerrar num papel. Entretanto, não haveria terapia, se ele não tivesse um princípio de permanência que embasa e permite os ajustamentos que deve ser feito.

É importante, assim, com crianças que não possuem referências estáveis, que o espaço terapêutico seja garantia de ordem e de segurança. Este espaço terapêutico e, indissociavelmente, a sala de psicomotricidade e o terapeuta, que cumpre lembrar, não existe como tal ora do lugar de que é o símbolo.

2.2.1 Símbolo de lei e segurança

A sala de psicomotricidade é uma área onde muitas coisas são permitidas, mas esta permissividade só pode tomar seu plano sentido no seio de uma ordem tranqüilizadora. Ao entrar na sala, a criança não suporta o caos, a desordem – quer encontrar as coisas no lugar. A ordem permite que se instale na criança um sistema de expectativa. A sala é muito carregada de emocionalidade em sua representação: é necessário que a visão global corresponda à expectativa.

A ordem é a lei das coisas, a lei da existência, uma garantia de permanência, a ordem contribui para criar um clima de confiança. A criança poderá destruir, porém a desordem que surge a partir de um fundo de ordem não tem o mesmo sentido que a ausência de ordem, esta última angustiante.

A sala de terapia tem, por diversas razões, um valor simbólico excepcional: é importante, pois, que o momento de transpor a porta (tanto na entrada como na saída) marca uma ruptura entre um fora e um dentro, que tem sua lei. Esta clareza é a condição mesma que permite a sala de terapia ter um sentido, é o que faz com que as ações que se desenvolvam ali não se difundam e não invadam a vida inteira da criança. O terapeuta não pode se deixar encerrar no jogo da criança que quer ser maternada.

Quando o terapeuta acolhe ou introduz a criança na sala, não existe ambigüidade. Ele é aquele que simboliza a ordem e representa a lei na sala, aliás, todo o interesse que apresenta reside no fato de estar investido de poder. Só que ele não exerce esta lei de qualquer maneira. É evidente que não se trata de impor de maneira rígida regras arbitrárias, mas de transmiti-las firme e progressivamente, fazendo compreender a sua necessidade, assim não é possível permitir que uma criança machuque a outra: ao entrar na sala, lhe é dito gentil, porém firmemente: “aqui não se machuca os outros” porém mais cedo ou mais tarde, a criança terá uma reação impulsiva e machucará. Contudo, não se deve culpabilizá-la, sem dúvida, será oportuno esperar um pouco, e uma vez mais discreta e firmemente, em particular, lembrar-lhe a regra. Porém é preciso sublinhar que crianças portadoras de TDAH, isto não poderia ser suficiente, é necessário que estas crianças expressem sua impulsividade, suas dificuldades, seus conflitos, para que seus problemas sejam resolvidos.

Uma outra forma de terapia é a escuta que representa um longo itinerário que deve se alcançar em sua capacidade máxima de descentrar-se face à criança, aceitar e receber com mais sensibilidade os conteúdos, tentar compreender para que não seja recusado, julgado ou condenado o comportamento da criança. A criança deve ser recebida emocionalmente, com verdade do sentido, nossa lei de coração, essas são as condições primeiras da descoberta da criança. O psicomotricista deve ser também esta pessoa rica em calor e ternura. Receber emocionalmente a criança antes de lhe dar qualquer coisa, é a qualidade de base a partir da qual a ajuda pode se concretizar. A escuta deve ser progressiva e também deve afinar-se á medida que se desenvolve a observação contínua no desenrolar das sessões. Mas antes de qualquer escuta parcial, o psicomotricista deve perceber global e imediatamente a criança, captar seu estilo, sua maneira de ser, gestual e tônico para a seguir descobrir com precisão os diferentes componentes de sua expressividade psicomotora.

2.3 Histórico de Psicomotricidade

A psicomotricidade teve como fundador Dupré, psiquiatra francês que formulou a noção desta ciência em 1907. Também ajudaram no desenvolvimento desta ciência, Wallon, Ajuriguerra, Le Bouch e Levin, cada qual com seus achados.

A educação psicomotora originou-se na França em 1966 por causa da insuficiência da educação física que não tinha condições de corresponder às necessidades de uma educação real do corpo. O objetivo da educação psicomotora é estimular o desenvolvimento da criança, tendo o caráter de ajudá-la a perceber melhor seu corpo para que, assim, possa dominar seus movimentos e melhorar sua expressão corporal, ao brincar de forma livre e criativa através da relação com os outros e com os objetos, quando, então, todos os fatores psicomotores vão se estruturando.

A concepção da psicanálise de Freud, procura desvendar as relações entre a soma e o psíquico, a partir de zonas do corpo, como a boca, o ânus e os órgãos genitais, zonas erógenas que induzem processos libidinais vitais. Estes interferem, em contrapartida, em uma somatónalise, donde emergem as primeiras representações de um “corpo emocional e intrapsíquico”, instrumento essencial à construção da personalidade do indivíduo e à sua autoconsciência, o verdadeiro “eu”, que emerge exatamente de necessidades e experiências relacionais. Portanto, corpo e cérebro, motricidade e psiquismo co-integram-se em co-interação mútua ao longo da ontogênese – um não é possível sem o outro – implicando daí a sua co-estabilidade. É esse sentido de harmonia que ilustra a unidade psicossomática, algo que se pode dissociar nas perturbações psíquicas que, na maioria das quais, espelham uma linguagem do próprio corpo.

A psicomotricidade está ligada em sua origem nas práticas do esquema corporal, que é o conceito chave ainda hoje do seu construto terapêutico e reeducativo. A psicomotricidade, ao contrário das concepções de Educação Física não privilegia o “físico” hipotecando-o ao anatômico, ao fisiológico e ao morfofuncional, reforçando um paralelismo psicofísico ou psicocinético, nem tão pouco valoriza os segmentos corporais e os componentes musculares, visando a excelência da prestação física, a destreza, o alto rendimento ou a pura proficiência motora.

Em psicomotricidade, seu enfoque centra-se na importância da qualidade relacional e na mediatização, visando a fluidez eutômica, a segurança gravitacional, a estruturação somatognósica e a organização práxica expressiva do indivíduo. Privilegia a totalidade do ser, a sua dimensão prospectiva de evolução e a sua

unidade psicossomática, por isso está mais próxima da neurologia, da psicologia, da psiquiatria, da psicanálise, da fenomenologia, da antropologia etc.

Definida desta forma a psicomotricidade é uma forma de terapia que pode incluir técnicas psicossomáticas, métodos expressivos, métodos de relaxação, atividades lúdicas, ou seja, processos de ação inspiradas na psicanálise e na psicoterapia. Uma espécie de exegese que sofre de limites mal fixados e que ampliam a sua ambigüidade, mas que não deixam de reforçar a sua utilidade psicoeducacional.

A psicomotricidade, em síntese, atreve-se a clarificar o paradigma da evolução da espécie humana, de certa forma a única, que pode atingir uma meta-motricidade, dado que os outros animais desfrutam conosco também, de uma motricidade, um corpo e um cérebro em interação com o seu habitat específico.

A psicomotricidade na sua essência, não é só a chave da sobrevivência, como se observa no animal e na espécie humana, mas é igualmente a chave da criação cultural, em síntese a primeira e última manifestação da inteligência. A psicomotricidade, em termos filogenéticos, tem, portanto, um passado de vários milhões de anos, porém uma história restrita a apenas cem anos.

Um dos objetivos fundamentais que a Terapia Psicomotora-TPM deve preservar é a necessidade de uma atmosfera afetiva, segura e não traumatizante, para que a criança possa ter um acesso mais rápido à sua autonomia.

Os objetivos principais da TPM são:

- Melhorar a atividade mental que reside na elaboração, transmissão, execução e controle dos movimentos.
- Reconhecer as direções, as relações objetivas, proporções.
- Determinar sincinesias.
- Destruir sincinesias e paratonias.
- Integrar o movimento.

- Aumentar a disponibilidade.
- Facilitar as reações adaptativas.
- Afirmar a lateralidade.
- Inibir as pulsões motoras.
- Melhorar as representações do movimento.
- Verificar a integração da noção do corpo.
- Melhorar a atividade nervosa.
- Permitir a realização motora consciente.
- Valorizar o aspecto simbólico e expressivo do movimento.
- Aperfeiçoar a relação e a comunicação.

2.4 A educação psicomotora como intervenção nos transtornos psicomotores

A educação psicomotora deve ser considerada como uma educação de base na escola primária. Ela condiciona todos os aprendizados pré-escolares e escolares, leva a criança a tomar consciência de seu corpo, da lateralidade a situar-se no espaço, a dominar o tempo, a adquirir habilmente a coordenação de seus gestos e movimentos. A educação psicomotora deve ser praticada desde a mais tenra idade, conduzida com perseverança, permite prevenir inadaptações, difíceis de corrigir quando já estruturadas.

A coordenação dos esquemas secundários constitui a primeira forma de aquisição das práxis. O tono muscular é a atividade primitiva e permanente do músculo, é o alicerce das atividades práxicas.

É através da atividade práxica que a criança vai descobrir sua existência e, como pessoa, ela vai conquistar sua unidade através da experiência vivenciada com o corpo eficazmente. O estado de equilíbrio provisório que a criança adquire, dá lugar às atividades de representação mental.

O estágio dos 3 aos 6 anos é um período transitório, tanto na estruturação espaço-temporal quanto na estruturação do esquema corporal. É neste período que a educação psicomotora deve preparar a criança para passar sem produzir uma ruptura entre o universo mágico no qual se projeta sua subjetividade e o universo onde reina uma organização e uma estrutura. A motricidade espontânea que trabalha as variações das atividades metabólicas do organismo vai se organizando progressivamente permitindo uma melhor adaptação das respostas nas condições externas.

Nesta fase, o jogo da função de ajustamento continua global e desenvolve-se em dois planos. Por um lado, está submetido a uma intencionalidade praxica que permite a criança resolver os problemas motores e, por outro lado, a expressão do corpo traduz as experiências emocionais e afetivas conscientes e inconscientes. Neste período o jogo simbólico adquire muita importância na medida em que, agindo em um mundo imaginário, a criança pode satisfazer seus desejos. A educação psicomotora é um suporte privilegiado, pois implica em duplo processo de análise e síntese dos dados sensoriais.

Na fase dos 3 aos 6 anos inicia a descoberta da imagem do corpo, começando então o período de estruturação do esquema corporal. A imagem visual do corpo, associada ao conjunto de sensações cinestésicas e táteis profundas, serve de referência para situar e organizar os elementos do espaço.

2.5 Espontaneidade e movimento

A criança de 3 anos deve apresentar atitudes espontâneas e naturais às manifestações contrárias, tais como: inibição, rigidez, tensões desnecessárias, incoordenação, arritmia, sincinesias, são expressões de dificuldades que a criança apresenta na sua personalidade. É nesta idade que as gesticulações e movimentos da criança podem realizar-se em toda a sua plenitude, não estando cercadas por oposições racionais. A espontaneidade motora durante as atividades de exploração permite à criança experimentar e continuar enriquecendo sua bagagem praxica.

A ação educativa da escola maternal será, dentro do possível, desenvolver esta espontaneidade adaptada ao ambiente. Também nesta fase suas expressões e

movimentos são marcantes, expressa bem nítida sua fisionomia, sorriso, mostrando-se interessante, e o jogo simbólico expressa seus movimentos.

2.5.1 A evolução das práxis

A evolução da gestualidade incide no ajustamento postural; a evolução do controle tônico permite a eliminação de movimentos parasitas e sincinesias, sobretudo se a criança não é exigida pelo adulto.

Os jogos funcionais e simbólicos possibilitam à criança inúmeras atividades motoras, fonte de progresso; a alimentação, o banho, o vestir-se, a ajuda das crianças nos trabalhos domésticos, a jardinagem, as novas aquisições de locomoção (bicicleta, patins) contato com a água, propiciam experiências motoras, tornando a coordenação mais aprimorada.

2.5.2 A evolução da motricidade gráfica

O desenho e, em particular, o grafismo são muito importantes no desenvolvimento da criança, onde a evolução do grafismo depende da evolução perceptiva e da compreensão da atividade simbólica. É importante que os esquemas visuais postos em jogo no desenho estejam coordenados pela conduta motora e as propriedades do campo visual. Neste campo, são evidentes os problemas encontrados no plano motor e perceptivo. Estes dois planos não podem estar dissociados, embora possam progredir em ritmos diferentes, predominando numa determinada etapa da evolução da capacidade de estruturação.

2.5.3 Do corpo vivido à imagem visual do corpo

Através da experiência do espelho ocorre a fusão de duas realidades do corpo: uma primitiva, feita de sensações viscerais, musculares e cinestésicas difusas organizadas como um todo nos ajustamentos práxicos e posturais; a outra que servirá de trama à organização do esquema corporal, verdadeira imagem representada por uma figura fechada destacando-se sobre um fundo interior, no qual certos elementos mal localizados já tinham sido identificados.

Será por meio destes dois lados que vai realizar-se o verdadeiro trabalho perceptivo que, como sempre, implica, às vezes, em um esforço de análise e em um esforço de síntese.

Os conhecimentos topológicos adquiridos pela criança durante suas experiências no campo do espaço vão poder aplicar-se a seu próprio corpo. A imagem visual vai estruturar-se graças a uma melhor discriminação das partes e ao estabelecimento das relações de proximidade e de envolvimento entre elas.

Duas provas permitem avaliar os progressos realizados pela criança na conquista de uma imagem visual fiel à seu corpo: o desenho da figura humana e a utilização de puzzles.

A criança tendo este conhecimento intuitivo passará a gerar possibilidades de atuação sobre as partes de seu corpo, desempenhando um papel de suma importância para o mundo interior e exterior dela.

2.5.4 Psicomotricidade na Educação Infantil

A psicomotricidade na educação infantil busca respeitar e favorecer o desenvolvimento integral da criança, tendo como ponto de partida a unicidade e globalidade de seu ser, em oposição à dualidade ainda presente em nossas escolas. A mesma dualidade que limita a educação à transmissão de conhecimentos, reduz a psicomotricidade a exercícios voltados para a aquisição e desenvolvimento de habilidades necessárias às aprendizagens futuras e/ou a jogos e atividades visando o aperfeiçoamento do movimento.

Reconhecidas como necessárias às aprendizagens escolares, as condutas psicomotoras como coordenação motora fina, coordenação viso-motora, coordenação dinâmica-geral, coordenação estática, esquema corporal, orientação espaço-temporal, lateralidade, ritmo e equilíbrio são da alçada da Educação Infantil. A busca do domínio destas condutas é acolhida pelas escolas, que assumem para si, a função de preparar a criança para o Ensino Fundamental, para a aprendizagem da leitura-escrita e para a iniciação na matemática, porém é realizada, predominantemente, sob a forma de exercícios e treino, buscando o

aperfeiçoamento da mecânica motora, e deixando de lado as relações entre a construção destes domínios e dimensões afetivas, relacional e histórica.

A psicomotricidade, porém, é bem abrangente e pode contribuir de forma mais plena para com os objetivos da educação.

Ao lançar-se no espaço físico e ao abrir-se para a comunicação com o outro, a criança descobre o prazer no movimento e o prazer no espaço de comunicação não mais no corpo do outro, mas com ele compartilhado. É a nutrição afetiva que se dá agora, não mais pelo diálogo tônico-afetivo, mas pela afetividade simbólica (Wallon) ou “espaço” fusional de comunicação (Lapierre e Aucouturier, apud Sousa, 2004).

É a partir daí que a criança se abre para os conteúdos culturais. Está aqui a porta de entrada para a aprendizagem escolar (Wallon, Piaget, Aucouturier, Lapierre): a partir de seu eu diferenciado e uno, de seu desejo de “ser” (UM), de seu desejo de comunicar-se com o outro, de seu desejo de investir no espaço e na descoberta do mundo (Sousa, 2004).

A estes fatores afetivos e relacionais, soma-se a concretude do corpo, sua funcionalidade, controle e coordenação que permitirão a realização da ação, o aprimoramento do movimento, também necessárias nas aprendizagens escolares.

3. RELACIONAMENTO DA CRIANÇA PORTADORA DE TDAH

O ser humano está sempre lidando com os fatos e fenômenos de forma unilateral, como se a natureza humana, sua estrutura e funcionamento fossem processos independentes e estáveis.

Na questão de crianças com TDAH, tem-se a sensação de que são pessoas extremamente difíceis de relacionarem-se, pelo fato de que as pessoas que as rodeiam, não sabem relacionar-se com elas, e isto, implica em estresse dos familiares e do colégio, que são os mais próximos dela.

Estas crianças devem conviver socialmente e isto implica em relacionar-se com as mais diversas diferenças, que engloba a sociedade como um todo (família, escola, grupos de rua, clubes, condomínios e, principalmente, seu espaço interior). Educar estas crianças constitui tarefa social que requer a valorização do “ser”, reconhecer e trabalhar suas dificuldades e conhecer suas reais potencialidades.

A criança e principalmente o adolescente que apresenta este problema de hiperatividade, geralmente é discriminado e é necessário que ele tenha um autoconhecimento para que ele possa relacionar-se bem consigo e com os outros.

Sendo a psicomotricidade a ciência de relacionar-se através da ação, tomando consciência de si, unificando corpo e mente e beneficiando a integração de si ao outro e ao meio em geral, busca-se, através deste meio, trabalhar a criança que não consegue parar, que não consegue concentrar-se em nada, causando um transtorno ao meio em que vive. Neste sentido, portanto, deve-se trabalhar as atividades psíquicas, físicas e relacionais, partindo do princípio de que os movimentos são internos e externos, logo, estas crianças devem ser aceitas e amadas, reconhecidas pelos outros e este reconhecimento deve ser expressado principalmente no núcleo familiar da criança que assim ajuda a afirmar sua presença.

Criança com este tipo de problema não escolhe classe social, raça ou sexo, portanto, elas são encontradas em todas as classes sociais.

3.1 A criança portadora de TDAH no contexto educacional

As crianças com TDAH são consideradas, pelos professores, como crianças difíceis, agressivas, desatentas, perturbadoras, e o que se presencia em relação a estes alunos é uma série de falta de conhecimento sobre o assunto e também uma prática pedagógica desvinculada de um contexto sócio-político. Nesse sentido, deve ocorrer um clima pedagógico voltado para a confiança e abertura para o outro.

É no brincar, na vivência marcada pela ambivalência, dar e receber, descobrir a si, encontrar o afeto, recusá-lo, investir, retirar-se do grupo, confrontar-se, que se desenvolvem diversos aspectos, só possíveis de serem vividos num espaço coletivo. Logo, neste brincar coletivo, permite-se, além do conhecimento de si, a integração e a associação de seus próprios desejos e possibilidades junto aos do outro, ocorrendo a possibilidade da criança hiperativa passar a pensar e agir antes de fazer seus atos impensados.

A aquisição do “eu corporal” na criança com TDAH é de suma importância para ela, pois é uma evolução do conhecimento corporal, e segundo Ajuriaguerra (apud PRISTA, 1992) é o cartão de entrada para a autoconsciência que, no caso da criança hiperativa este conhecimento irá ajudá-la a ter certo cuidado com seu corpo que se apresenta tão machucado por causa de suas atitudes inconseqüentes.

Quando a criança com TDAH é posta em um grupo para fazer vivência, utilizando a psicomotricidade (como exemplo, fazer trabalhos com pintura), aí então ocorre uma relação de contato entre crianças e um crescimento de relações sociais, pois a criança passa a diferenciar o seu corpo do corpo do outro.

3.2 O trabalho do corpo da criança com TDAH dentro da psicomotricidade

Por sermos motores em corpos locomotores, a criança com TDAH necessita trabalhar sua vida, seu espaço para a convivência com o outro, pois esta necessidade implica necessariamente por apresentar comportamentos bastante inadequados. Neste trabalho é importante que a criança reconheça o outro em sua vida.

A criança com TDAH não apresenta capacidades motoras normais, seus movimentos são desconexos, desordenados, por isso é importante que seja trabalhado nela os seguintes aspectos:

a) Esquema corporal – a criança com TDAH vive machucando seu corpo, por não apresentar uma percepção adequada do próprio corpo, não consegue gerar conhecimento da atuação das partes do corpo sobre o mundo exterior e sobre os objetos que a cercam. Isto torna seu esquema corporal mal estruturado, apresentando um certo desajeitamento, falta de coordenação, lentidão, agressividade, mau humor, originando sérios problemas de comportamento. É neste sentido que o psicomotricista deve trabalhar a criança no reconhecimento de seu corpo, fazendo com que ela perceba seu corpo, desenhando, citando as partes do corpo, dos membros, de modo que neste reconhecimento ela perceba que tem um corpo e que deve ser cuidado e protegido.

b) Coordenação óculo-manual – a criança com TDAH apresenta uma visão, movimentos e gestos desordenados, causando descoordenação de seus movimentos finos. Em não apresentando domínio do campo visual, seu grafismo pode se tornar prejudicado e é neste sentido que o psicomotricista vai trabalhar, realizando intensa exercitação de jogos que trabalhem a destreza, o controle da força muscular e a leveza dos movimentos, levando a uma melhora na habilidade manual solicitada pelo grafismo.

c) Coordenação dinâmica geral – na criança com TDAH esta conduta motora apresenta-se bem comprometida, tornando seu equilíbrio postural desestruturado, comprometendo o eixo corporal através dos movimentos. Desta forma, a criança não consegue adquirir a dissociação de movimentos. O psicomotricista deve oferecer à criança, diversas atividades que levem à conscientização global do corpo, como andar, correr, saltar, nadar, marchar etc.

d) Organização e estrutura temporal – a criança com TDAH, por ser muito elétrica, a sua orientação temporal pode passar despercebida, deixando um déficit de noção de corpo, espaço e tempo, que estão intimamente ligados ao movimento do corpo, uma vez que o corpo coordena-se, movimenta-se em função do tempo, em relação a um sistema de referência. Portanto, é através da orientação temporal

que a criança garantirá a experiência de localização dos acontecimentos passados e a capacidade de projetar-se para o futuro, fazendo planos e decidindo sobre sua vida.

Para que a criança desenvolva esta habilidade, é necessário que o psicomotricista trabalhe a criança com noções de antes, agora, depois, lento, rápido, simultâneo, sucessivo. Também é importante trabalhar com exercícios que introduzam ritmo, isso porque, além, de favorecer o desenvolvimento da atenção e da memória, tais exercícios exigem uma apreensão atenta da sucessão temporal, em termos de duração e intervalo, possibilitando, assim, a passagem para a estrutura temporal.

e) Organização e estrutura espacial – o problema de estruturação espacial na criança com TDAH é bem complicado, pois ela está constantemente se chocando e esbarrando nos objetos por onde passa. Não consegue ordenar e organizar seus objetos pessoais dentro do armário, não consegue prever a trajetória de uma bola ou a dimensão de seus desenhos, logo não percebe o espaço. Aqui deve-se trabalhar, inicialmente, exercícios em que a criança, a nível de experiência vivida, manipule conceitos espaciais, que são noções de direita e esquerda; atrás e na frente; perto e longe; maior e menor. Com estes exercícios, a criança pode desenvolver sua estrutura espacial.

f) Lateralidade – a criança portadora de TDAH pode apresentar confusão em sua lateralidade, por não possuir determinados conhecimentos de seu corpo, causando dificuldade em aprender a direção gráfica, em reconhecer esquerda e direita, comprometimento na leitura e escrita, perturbações afetivas que podem causar reações de insucessos e falta de estímulo para a escola. Portanto, o psicomotricista deve trabalhar com a criança fazendo exercícios nos quais a criança saiba distinguir sua mão direita e sua mão esquerda. Depois que a criança dominar este conceito, o profissional deve realizar exercícios em etapas, como fechar com força a mão direita, depois a esquerda, levantar o braço direito e em seguida o esquerdo; bater o pé esquerdo e depois o direito; mostrar o olho direito e depois o esquerdo; mostrar a orelha direita e em seguida a esquerda; levantar a perna direita e depois a esquerda, trabalhando primeiramente de olhos abertos e, em seguida, de olhos fechados.

Através deste trabalho seus aspectos físico, motor (afetivo-social), relacional e cognitivo passarão a apresentar condições sociais de relacionamento social.

3.3 TDAH e rendimento escolar

O TDAH tem um grande impacto no desenvolvimento educacional da criança. Estudos realizados indicam que as crianças com TDAH em ensino regular correm risco de fracasso duas a três vezes maior do que crianças sem dificuldades escolares e com inteligência equivalente (Gordon, apud Barkley, 1998).

Segundo Goldslein e Goldstein apud Barkley (1998), cerca de 20 a 30% das crianças com TDAH apresentam dificuldades específicas que interferem na sua capacidade de aprender. Do total de crianças indicadas para os serviços de educação especial e de centros de saúde mental, 40% são portadoras de TDAH.

A desatenção e a falta de autocontrole, característica do TDAH, intensificam-se em situações de grupo, dificultando, ainda mais, a percepção seletiva dos estímulos relevantes, a estruturação e a execução adequada das tarefas, colocando a criança em grande risco para as dificuldades escolares, em termos de desempenho acadêmico e interações com adultos e outras pessoas.

Os sintomas de TDAH, no ambiente escolar, revelam uma dificuldade em terminar o trabalho de aula na classe ou de participar tranqüilamente de uma equipe esportiva. Geralmente essa criança se envolve em atividades mais improdutivas durante a aula e o recreio, se comparada a seus pares. O desempenho acadêmico insatisfatório, com freqüência, acompanha o TDAH e pode ser uma característica estável do transtorno (Greenhill, apud Barkley, 1998).

Em geral, o professor observa uma discrepância entre o potencial intelectual da criança e o desempenho acadêmico da mesma, o que pode ocorrer mesmo entre as crianças com inteligência superior à média (Benczilk, apud Barkley, 1998).

Essa situação de fracasso contínuo reverte em uma desvinculação cada vez maior no processo de aprendizagem do aluno, a não ser que ele encontre, no sistema educacional, resposta adequada às suas necessidades acadêmicas (Brioso e Sarriá, apud Barkley, 1998).

4. CONCLUSÃO

Como o TDAH é um problema que é detectado em crianças, que prejudica o relacionamento em toda a esfera social e prejudica também o autocontrole da criança. O trabalho psicomotor na criança com TDAH visa uma ação, tendo como suporte o movimento. Neste sentido, o trabalho das atividades psíquicas, físicas e relacionais são de grande importância aos movimentos internos e externos, visando um trabalho de ajustamento global, que vai se organizando progressivamente, permitindo uma melhor adaptação social a estas crianças que são prejudicadas em suas vidas sociais.

Através da psicomotricidade, estas crianças passam a perceber o corpo, pois não apresentam capacidades motoras normais, seus movimentos são desconexos, desordenados, logo sendo trabalhado o esquema corporal, a coordenação dinâmica, organização e estrutura espacial, lateralidade. Através deste trabalho seus aspectos afetivo-social, relacional e cognitivo passarão a apresentar condições sociais de relacionamento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUCONTIER, Bernard; DARRAULT, Ivan; EMPINET, Jean-Louis. **A Prática Psicomotora**: reeducação e terapia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

BARKLEY, Russel A. **Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DEL MAHLO, Denise. **Movimentos**. São Paulo: Ática, 1986.

FONSECA, Vitor da. Para uma epistemologia da psicomotricidade. Texto do livro **Departamento e Educação Especial e Reabilitação**. Monografia apresentada a Universidade Técnica de Lisboa, 1997.

LE BOULCH, Jean. **O Desenvolvimento Psicomotor**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

_____. **Educação Psicomotora**: psicocinética na idade escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LE CAMUS. **O Corpo em Discussão da Reeducação Psicomotora às Terapias de Mediação Corporal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

MATTOS, Paulo. **No mundo da Lua**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

PRISTA, Rosa Maria. **Superdotados e Psicomotricidade**. Petrópolis: Vozes, 1992.

ROHDE, Luis Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e Práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SOUSA, Dayde Campos de. Um pouco da História da Psicomotricidade. Texto do livro **Psicomotricidade**: integração pais, criança e escola. Fortaleza: Livro Técnico, 2004.

VELASCO, Cacilda. **Brincar o Despertar Psicomotor**. Rio de Janeiro: Sprint, 1996.