

# TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): CONTRIBUIÇÕES DAS TÉCNICAS CORPORAIS NA CLÍNICA PSICOPEDAGÓGICA

*Alcione M. Marques<sup>1</sup>*

*Instituto Sedes Sapientiae*

## **Resumo**

Este trabalho pretende abordar as principais intervenções psicopedagógicas para os problemas de aprendizagem em indivíduos portadores de TDAH, dando ênfase aos benefícios do uso de técnicas corporais nos atendimentos da clínica psicopedagógica, mais especificamente *eutonia* e *relaxamento*, a partir de pesquisa bibliográfica. O estudo faz uma relação entre o movimento e a construção do psiquismo, assim como sua relação com a atenção. Busca demonstrar que a aprendizagem se dá por meio do corpo, que o indivíduo com TDAH é um ser integrado em seus múltiplos aspectos e que os problemas de aprendizagem são processos complexos de muitas causas, sendo que para superá-los as intervenções psicopedagógicas deverão considerar o indivíduo em sua complexidade.

**Palavras-chave:** Déficit de Atenção, Hiperatividade, Intervenção psicopedagógica, Técnicas corporais.

## THE ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD): CONTRIBUTIONS OF BODY TECHNIQUES IN PSYCHOPEDAGOGICAL CLINIC

### **Abstract**

This paper aims to address the main psychoeducational interventions for learning problems in individuals with ADHD, emphasizing the benefits of using physical techniques in the care of psychoeducational clinic, more specifically eutony and relaxation, from literature. Does a relationship between the movement and the construction of the psyche, as well as its relationship to attention. It seeks to prove that learning takes place through the body, the individual with ADHD is being integrated into many aspects and problems of learning are complex processes of many causes, and to overcome them psychoeducational interventions should consider the individual in its complexity.

**Keywords:** Attention deficit, Hyperactivity, Psychoeducational intervention, Body techniques.

---

<sup>1</sup> Pedagoga e Psicopedagoga

## **Introdução**

O objeto central do estudo da Psicopedagogia é a aprendizagem humana em seus padrões normais e patológicos, integrando diversos conhecimentos para uma compreensão mais abrangente deste fenômeno.

Tem como proposta atuar nas relações envolvidas no processo de aprendizagem. Relações do sujeito com seu desejo de aprender, com a escola, com o objeto do conhecimento e atuar nessas relações quando do surgimento de um problema de aprendizagem que, segundo Pitombo (2001), são fraturas no processo do aprender que demandam uma solução, uma construção.

Dessa forma, a ação psicopedagógica vem exercendo um importante papel junto ao sujeito aprendente, resgatando o prazer de aprender e de desenvolver-se, enfrentando os problemas cruciais da educação. Nesta atuação, não se pode perder o olhar para a singularidade do sujeito em sua história e para sua forma peculiar de aprender.

Segundo Scoz, a Psicopedagogia é a “(...) área que estuda e lida com o processo de aprendizagem e com os problemas dele decorrentes, recorrendo aos conhecimentos de várias ciências, sem perder de vista o fato educativo, nas suas articulações sociais mais amplas” (1994, p.12).

Cabe ao psicopedagogo a responsabilidade do conhecimento do processo de aprendizagem e seus problemas para que possa conduzi-los dentro do rigor científico, intervindo assertivamente no sentido de remover o sujeito do sintoma do não aprender que o aprisiona na marginalidade.

O destaque que a mídia tem dado ao assunto e o aumento do número de diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, ou simplesmente TDAH, têm levado a reflexões sobre caminhos e intervenções dentro da Psicopedagogia, já que é uma das causas de problemas de aprendizagem com o qual o psicopedagogo certamente lidará ao longo de sua prática. Não só em virtude de sua prevalência na população, mas também levando em consideração uma tendência no Brasil de lidar com eventuais patologias que caem no conhecimento popular de maneira supergeneralizadora, o que pode conduzir a equívocos no diagnóstico e na condução das dificuldades de aprendizagem.

Assim, o psicopedagogo deve manter-se atualizado quanto aos estudos recentes relativos ao tema, bem como buscar as melhores práticas em sua atuação junto aos portadores de TDAH, uma vez que o impacto na vida escolar desses indivíduos é brutal.

Este artigo pretende levantar intervenções psicopedagógicas que possam contribuir para a diminuição dos sintomas mais comuns do TDAH, mais especificamente a desatenção e a hiperatividade, dando ênfase às intervenções corporais no atendimento psicopedagógico. Para isso, buscamos fazer um levantamento bibliográfico em torno do tema recorrendo não só à área da Psicopedagogia, como também à Psicologia, Psicomotricidade e algumas terapias corporais.

## **O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade e os Problemas de Aprendizagem**

Atualmente, o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (ou simplesmente TDAH) é uma terminologia usada para descrever uma desordem específica do desenvolvimento exibido por crianças com deficiência em sustentar a atenção, inibir os impulsos e regular a atividade motora nas diversas situações da vida. As manifestações comportamentais, na maioria das vezes, aparecem em múltiplos contextos incluindo a própria casa, a escola, o trabalho e em situações sociais.

O TDAH é geralmente diagnosticado quando a criança começa a frequentar a escola, ainda que os sintomas estejam presentes antes disso. A partir daí, frente a conflitos e outras dificuldades oriundas de comportamentos associados à hiperatividade, impulsividade ou desatenção no ambiente escolar, normalmente é da Escola que parte a primeira mobilização para lidar com a situação. O impacto do TDAH no contexto escolar é causa de muito sofrimento para crianças e adolescentes: 25% apresentam problemas de aprendizagem, 30% sofrem retenção em pelo menos um ano escolar, 35% abandonam os estudos e 45% são expulsos da escola, segundo dados obtidos por Arruda (2011).

É importante ressaltar que a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade podem resultar de muitos problemas na vida das crianças.

Podem ser causados por dificuldades de relação com os pais e/ou com colegas e amigos, de sistemas educacionais inadequados ou mesmo estarem associados a outros transtornos comumente encontrados na infância e na adolescência. Portanto, para diagnosticar o TDAH é sempre importante contextualizar os sintomas na história de vida da criança levando em consideração duração, frequência e intensidade dos mesmos e buscar um diagnóstico multidisciplinar.

O diagnóstico do TDAH é predominantemente clínico. Não há exames específicos para a identificação do transtorno e tampouco há concordância de sua prevalência na população. Segundo E. Cardo et al. (2011) em artigo para a Revista de Neurologia espanhola, a prevalência do TDAH varia de 1,5% a 18% em diferentes populações. Esta grande variação se deve, em parte, a diferenças de metodologias utilizadas, diferenças nos critérios diagnósticos, origem das mostras, faixa etária avaliada.

Estas diferenças e a falta de exames que possam confirmar o diagnóstico do TDAH geram controvérsias. Há um grupo de psicólogos dentro do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo que questiona a própria existência do TDAH como doença, atribuindo sua existência a uma patologização de comportamentos ditos desviantes e a uma medicalização que atenderia a interesses de grandes grupos laboratoriais (2010). Pesquisa recente feita com quase seis mil crianças e jovens brasileiros constatou que 75% dos que tomam remédios para o TDAH não tiveram diagnóstico correto.

Por outro lado, há inúmeros estudos que atestam a existência do TDAH assim como demonstram a melhora dos sintomas do TDAH com o uso de medicação. Em alguns deles utiliza-se o método “duplo cego” onde médicos e pacientes desconhecem quais indivíduos recebem a medicação real e quais recebem o placebo para evitar a avaliação tendenciosa dos resultados, comprovando-se a melhora dos sintomas naqueles que receberam a medicação específica.

Frente à profusão de estudos científicos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, o sofrimento que seus sintomas geram aos portadores, assim como o benefício que eventualmente o uso da medicação pode trazer, entendemos que não cabe negar sua existência ou ser frontalmente contra o uso de medicação específica. No entanto, nos posicionamos a favor do rigor na

elaboração do diagnóstico assim como utilizar cointervenções não medicamentosas que possam, se não dispensar seu uso, diminuir a necessidade de prescrição de medicação e seus consequentes efeitos colaterais.

## **Movimento e Psiquismo**

O cartesianismo e sua influência sobre o pensamento ocidental ainda deixa traços no modo como relacionamos corpo e psiquismo. A fragmentação e compartimentação do conhecimento nos levaram a ver corpo e mente como entidades separadas no homem e esta concepção permeia o modo como ainda se lida com as dificuldades e problemas de aprendizagem.

Além disso, o racionalismo exacerbado pelo positivismo e pelo iluminismo atribuiu um grande valor ao potencial intelectual do sujeito, colocando o corpo numa posição inferior e separada da mente (FONSECA, 2010).

No entanto, reconhecer o sujeito como ser integrado em seus múltiplos aspectos que se interconectam e influenciam é essencial para a compreensão das dificuldades de aprendizagem e para a efetividade das intervenções psicopedagógicas. É no corpo que a criança organiza toda sua experiência e por meio dele se constitui seu psiquismo.

Reconhecer o corpo como um organismo complexo que mobiliza a função tônica e postural para desenvolver a sua afetividade sociabilizada, evocar que a ação é o primado do comportamento adaptativo e do pensamento reflexivo e o meio prático privilegiado para se apropriar dos objetos, do espaço, do tempo e do símbolo, numa palavra da cultura, é seu objetivo primacial (FONSECA, 2010, p. 45).

No estudo do desenvolvimento da criança, Wallon (1979) propõe que o movimento contém em si as bases da construção do psiquismo.

Segundo Wallon, o gesto precede o pensamento e o movimento leva ao desenvolvimento da cognição. O tônus corporal leva ao controle dos impulsos motores e a uma acomodação mental que favorece o esforço intelectual.

No desenvolvimento motor está a conquista do controle sobre o meio e sobre si. A criança no início se relaciona com o mundo exterior apenas pelo gesto e se expressa por meio dos movimentos, sendo estes essencialmente subjetivos e afetivos. Os movimentos são sinais de bem estar ou de mal estar ao ambiente circundante, não lhe proporcionando diretamente as coisas das

quais necessita. As respostas aos seus gestos levam a um gradual enriquecimento das relações entre a criança e o ambiente, constituindo-se na base na construção psíquica.

Por seu lado, os progressos realizados pela análise clínica e fisiológica do movimento mostraram, sob a sua livre trajetória e a sua justa apropriação ao objetivo, o jogo complexo de funções que se tornaram mais estreitamente solidárias pela sua progressiva diferenciação na espécie, e que continuam a integrar em si próprias as reações de base em que se exprimem as possibilidades mais imediatas da atividade psíquica (WALLON, 1979, p. 84).

O efeito de um movimento, às vezes fortuito, leva a criança a reproduzi-lo como para verificar suas relações, levando a uma maior percepção e discriminação. Assim, a complexidade que vai ganhando o movimento no desenvolvimento da criança vai propiciando sua gradativa internalização e representação mental.

Quando começa a andar, o movimento amplia a relação com o mundo. O ambiente agora não se limita mais ao espaço próximo tornando-se campo aberto às suas atividades, ganhando maior autonomia. O movimento serve como acompanhamento das representações mentais que são projetadas no ambiente tanto por gestos quanto por palavras.

A gradual conquista do pensamento simbólico e o desenvolvimento do pensamento reflexivo vão aos poucos enriquecendo a vida psíquica, dependendo esta menos da ação concreta e do movimento. No entanto, Wallon (1979) afirma que a capacidade de regular e acordar entre si os movimentos e as atitudes vai desenvolvendo-se para que se acomodem ao objetivo buscado, dependendo do tônus muscular para terem certa consistência e estando distribuída em todo o corpo.

### **Relação entre a Atenção e o Movimento**

Henri Wallon (1979), em uma de suas conferências realizadas na Sociedade Francesa de Pedagogia em 1929, quando ainda não se conhecia o TDAH com esta terminologia e com as características que conhecemos hoje, tratou da questão da atenção.

Tratou como “assinergia” diversas insuficiências motoras características da impotência para regular e acordar os movimentos e as atitudes. Curiosamente, deu enfoque às causas da desatenção na criança, ao invés de ater-se aos mecanismos da atenção propriamente dita, uma vez que considera

a desatenção – e sua luta contra ela – o que aparece na experiência diária da escola.

Para ele, o objetivo do educador é desviar a atenção da criança da sua experiência imediata e espontânea para algo que não tem relação direta com seus interesses e desejos naquele momento. É natural que a atenção se volte aos estímulos circundantes, proporcionados pelo ambiente – um som que se destaca, uma conversa ao lado, um movimento de algo ou alguém ao redor. No entanto, a educação escolar buscará despertar o interesse, o grande propulsor da manutenção da atenção, no assunto ou atividade proposta e desta forma propiciará a progressiva estabilidade, duração e controle da atenção.

Esta capacidade de manutenção da atenção estável numa atividade é gradualmente desenvolvida e torna-se tanto maior quanto mais idade tiver a criança, sendo falha na criança portadora do TDAH. Esta regulação está apoiada na resistência maior ou menor do corpo às forças externas.

É, pois, um amplo sistema, ou pelo menos uma ampla comunidade funcional, que une o que põe o organismo em forma, quer para esta espécie de movimentos, quer para aquelas reações afetivas, quer para a apropriação da percepção ao seu objeto, quer finalmente para a do espírito à representação simbólica e abstrata da ideia. Sem dúvida estes diversos aspectos da função supõem uma diferenciação, uma especialização em aptidões distintas. Mas continuam todas sob a dependência do tônus e das suas variações (WALLON, 1979, p. 360-361).

As crianças diagnosticadas com TDAH apresentam, dentre os comportamentos característicos elencados pelo DSM-IV ligados à hiperatividade, frequente agitação de mãos e pés, inquietação, excesso de movimentos em situações inapropriadas o que traz para o corpo a instabilidade ou má regulação das ações, característica do transtorno. É a “inabilidade de inibir” citada por Brown (2007) e que afeta o funcionamento de todas as outras funções executivas relacionadas à cognição, incluindo-se aí, a atenção.

## **Intervenções Psicopedagógicas para o TDAH**

Há alguns recursos específicos que o psicopedagogo utiliza em suas intervenções para lidar com a desatenção e com a hiperatividade no caso de sujeitos portadores do TDAH, medicados ou não.

É fundamental que as intervenções considerem o estabelecimento de uma rotina clara e definida para os encontros com o portador de TDAH. A

organização externa auxilia a compensar a desorganização interna. Assim, o psicopedagogo pode dividir seu atendimento em “momentos” que estarão voltados a certos tipos de atividades com duração pré-definida, embora as atividades dentro destes momentos devam ter certa variação.

O atendimento poderá ter o momento da atividade corporal, que consideramos essencial, das artes plásticas que se alternarão com os jogos, e da leitura e escrita que se alternará com atividades matemáticas, por exemplo. Esta rotina deve ser explicitada e retomada a cada encontro, ficando visível durante os encontros com o psicopedagogo. Da mesma forma, o terapeuta poderá ter como estratégia ajudar o portador do TDAH a organizar sua rotina nos ambientes fora da clínica, principalmente com a escola e com os estudos. Esta rotina pode ser estruturada em um suporte que dê concretude e visibilidade: cartazes com escritos e imagens, uso da agenda tradicional ou digital, papéis adesivos que funcionam como lembretes, entre outros, ajudando a criança ou o jovem a habituar-se a consultá-la na véspera e no início da manhã seguinte. A rotina bem organizada auxilia a diminuir a ansiedade, a sensação de incapacidade e dá maior sensação de controle das atividades segundo Silva (2003).

O desenvolvimento das atividades poderá ser moroso e exigirá paciência do psicopedagogo, uma vez que a criança ou o jovem tenderá a abandoná-lo antes de concluído ou porque passou a divagar, no caso do TDAH com predominância da desatenção, ou mobilizado pela agitação motora, no caso do hiperativo. O terapeuta terá de eventualmente tocá-lo, dizer seu nome para captar sua atenção e induzi-lo à contenção motora e à retomada do objetivo da atividade (CHAMAT, 2008).

O uso de jogos na intervenção psicopedagógica traz o aspecto lúdico como ingrediente facilitador na sustentação da atenção por períodos mais longos e é um motivador para a contenção da agitação motora. Jogos que envolvam a observação e descrição de imagens como quebra-cabeças e jogos que demandem controle motor como Pega Varetas, por exemplo, podem ser utilizados, entre outros. Além disso, a competição pode ser um aspecto muito motivador para algumas crianças e jovens e as vitórias eventuais favorecem o desenvolvimento da autoconfiança em indivíduos que normalmente têm uma imagem de si mesmo como incapazes e fracassados.

## **Intervenções Corporais na Clínica Psicopedagógica**

A intervenção corporal pode compor um “momento” do atendimento psicopedagógico, normalmente feito no início dos encontros. O objetivo geral é diminuir a ansiedade do sujeito, presentificá-lo, fazendo com que sua atenção volte-se para seu corpo e para o momento do encontro, favorecendo as demais ações psicopedagógicas. Entre as muitas intervenções corporais, trazemos duas que entendemos ser mais favoráveis para a focalização da atenção, melhora da concentração e diminuição da agitação motora do portador do TDAH.

É de fundamental importância que o psicopedagogo inclua em sua formação a capacitação para o uso adequado destas técnicas.

### **Eutonia**

Eutonia é uma prática corporal criada e desenvolvida por Gerda Alexander (1908 – 1994) que visa uma educação para o movimento. Busca a ampliação da percepção e da consciência corporal por meio do uso da atenção às sensações na busca de um tônus harmonioso: a tensão em equilíbrio.

A atenção volta-se ao universo interno do corpo no que se refere às sensações, percepções, emoções e pensamentos e às relações do corpo com o universo externo representado pelo espaço, objetos, outros seres e a natureza, na busca de uma maior consciência corporal e harmonia. “O movimento, na eutonia, caracteriza-se pela leveza na execução e pelo emprego de pouca energia, inclusive para um rendimento dinâmico, o que parece confirmado pela eletromiografia (...)” (ALEXANDER, 1991, pg. 22).

O psicopedagogo, com preparo específico, pode utilizar técnicas da eutonia por meio de exercícios de tato, de consciência do espaço interno do volume corporal, de contato consciente com os objetos e com os demais seres. Entre outros benefícios, a eutonia propicia uma melhora da imagem corporal, uma regulação do equilíbrio vegetativo e o aumento da qualidade e precisão dos movimentos (ALEXANDER, 1991).

Entendo que esta prática pode, gradualmente, favorecer o portador do TDAH uma vez que busca a educação dos sentidos, desenvolvendo a capacidade de observação de si mesmo, podendo favorecer a melhora do controle e da inibição motora. Também propicia o desenvolvimento da atenção focada, já que os exercícios buscam dirigir a atenção para áreas específicas do corpo, para as sensações que produzem, para a percepção do corpo na interação com o ambiente externo, trazendo estas percepções para a consciência.

## **Relaxamento**

Relaxamento, de acordo com Sandor (1982), é um método de recondição psicofisiológico que entre outros efeitos proporciona a descontração e a tranquilização.

O relaxamento ocupa posição de destaque, naturalmente, por que pela comutação dos processos fisiológicos, de suas autorregulações, ritmos, “memórias”, reagibilidades e coordenações, retroage sobre a afetividade, alterando de modo intenso, também as reações da personalidade. O resultado será, além do “descanso”, o “desatar” interno, a introspecção e a reprodução construtiva das antigas vivências, atingindo-se assim, novas coordenações e estruturas psicobiológicas (SANDOR, 1982, p.6).

Há métodos variados e muitos autores que falam sobre relaxamento. Em resumo, podemos aproximar o relaxamento de um repouso relaxante que vem de longa data de práticas místicas.

Entre as diversas técnicas, trazemos aqui o método de relaxamento em crianças de Leon Michaux, utilizado nos atendimentos por algumas das psicopedagogas pesquisadas. Esta técnica foi pensada para crianças, uma vez que algumas apresentavam dificuldades com certos métodos aplicados em adultos, entre elas o fato de algumas adormecerem rapidamente durante o relaxamento, entrarem muito com a imaginação ou submeterem-se demasiadamente às sugestões do terapeuta (FERREIRA, 1982).

O método propõe o deslocamento lento, rítmico e passivo, feito pelo psicopedagogo, de diversos segmentos do corpo da criança, o que proporciona um rápido relaxamento muscular global. A técnica comporta duas etapas essenciais: a primeira com o objetivo de relaxar por meio da regulação do tônus com movimentos passivos; a segunda visa a uma readaptação,

associando diversos movimentos do cotidiano a esses estados de relaxamento. (FERREIRA, 1982)

Uma sessão é dividida em duas etapas, com uma intermediária. Segundo Ferreira (1982), no primeiro tempo faz-se os movimentos passivos no corpo da criança, na etapa intermediária propõe-se uma imobilidade completa, e no segundo tempo é feito um trabalho de readaptação dos movimentos e atitudes da criança.

A criança é estendida sobre um tapete ou colchonete de olhos fechados. É pedido que a mesma coopere, diminuindo voluntariamente o controle muscular. Num primeiro momento, o terapeuta irá ele próprio manipular e movimentar vários segmentos do corpo da criança de maneira lenta, repetida e monótona, até que ele não perceba mais resistência nem ajuda por parte do sujeito. (FERREIRA, 1982)

Os movimentos são feitos pelo psicopedagogo nos membros superiores, inferiores, cabeça, rosto e pescoço com rotação, balanceamento, elevação e queda, flexão e extensão dos vários segmentos do corpo, precedendo-os de instruções verbais.

Na fase intermediária, pede-se que a criança permaneça imóvel enquanto o terapeuta a toca levemente e diz em voz alta para que pense que aquela parte de seu corpo está relaxada. (FERREIRA, 1982)

No segundo e último momento da aplicação da técnica, a criança irá fazer diversos movimentos para em seguida abandonar o corpo em completo relaxamento.

Percebe-se, segundo Ferreira (1982), uma série de modificações posturais e atitudinais na criança após as sessões de relaxamento com o método Michaux, como diminuição progressiva dos bloqueios tônicos, da rigidez e da contração muscular, proporcionando uma movimentação mais suave e harmônica. A criança também melhora a formação da própria imagem corporal, com benefícios para a coordenação motora e ritmo. Além disso, há uma diminuição da instabilidade, hiperexcitabilidade e ansiedade.

Da mesma forma, a diminuição da tensão permite que o sujeito se conscientize dos excessos motores e tenha maior percepção e controle sobre eles. F. Isch, citado por Geissmann e Bousingen (1970), afirma que “as técnicas de relaxamento interviriam para ensinar-nos a baixar o limiar de

excitabilidade dos complexos neuromusculares”. Isto significa que o movimento voluntário ou reflexo teria a necessidade de um estímulo mais intenso para ocorrer, o que pode levar a diminuição da agitação motora.

O relaxamento permite que haja uma mudança, saindo de um estado onde há um grande consumo de energia e acúmulo de tensão para outro onde o sujeito toma consciência desta tensão e, gradativamente, passa a ter controle sobre ela, dispensando-a nos momentos em que não é necessária. Os métodos de relaxamento podem favorecer na diminuição da hiperatividade e desatenção, já que proporcionam a liberação da tensão muscular que leva a uma libertação das tensões psicológicas (GEISSMANN e BOUSINGEN,1970). Esta energia poderá ser trabalhada em atividades psicopedagógicas específicas para a superação das dificuldades de aprendizagem.

### **Considerações Finais**

A especificidade do método científico pressupõe o foco em dado aspecto que se propõe estudar. No entanto, o equívoco está em identificar e limitar o indivíduo a um único aspecto somente e, neste caso, às características de um transtorno, assim como entendo ser questionável utilizar a medicação como única intervenção para indivíduos com TDAH.

Cabe lembrar que apesar dos benefícios do uso de medicação adequada, amplamente demonstrado em inúmeros estudos, o mesmo não está livre de causar efeitos colaterais adversos. Da mesma maneira, segundo Ortega et al. (2010), não há dados suficientes que garantam que, a longo prazo, o uso de estimulantes para o tratamento do TDAH não cause dependência.

Assim, encontrar formas eficientes de cointervenção não medicamentosa é questão relevante. Para a Psicopedagogia, estas cointervenções podem favorecer o trabalho nos momentos de atendimento clínico do indivíduo e abreviar a superação das dificuldades de aprendizagem relacionadas ao TDAH.

No entanto, o problema de aprendizagem é sempre um sintoma oriundo de múltiplas causas que devem ser consideradas para sua superação. Assim, o psicopedagogo tem de buscar ampliar sua análise e compreensão do sujeito

em sua complexidade para compreender o sintoma do não aprender e poder intervir adequadamente.

A aprendizagem implica a completude do ser, envolve todos os aspectos que se integram no sujeito aprendente – e a aprendizagem passa por e se concretiza no corpo.

Há ainda poucas pesquisas a respeito do trabalho psicopedagógico para os portadores do TDAH associado a intervenções corporais. A maioria das práticas baseia-se no empirismo da vivência do psicopedagogo na clínica. É fundamental que sejam feitos estudos sistemáticos para que os resultados destas intervenções possam ser aferidos e sua eficácia na superação das dificuldades de aprendizagem causadas pelo TDAH seja melhor avaliada.

Aspectos da vida na pós-modernidade abrem questões que merecem atenção. A menor mobilidade de crianças e adolescentes que ocupam espaços físicos mais limitados, o dispêndio de parte importante do tempo no computador e em jogos eletrônicos são fatores que, entre outros, terão de ser mais bem avaliados em sua contribuição na manifestação do TDAH em indivíduos com predisposição para o transtorno.

## Referências

ALEXANDER, G. **Eutonia**: Um caminho para a percepção corporal. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2ª. Edição, 1991.

ALFANO, A.; COUTINHO, G.; VIANNA, R. *Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: quadro clínico, neuropsicologia e tratamento psicoterápico*. In **Transtornos de Aprendizagem: Da avaliação à reabilitação**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2008.

ANTONY, S.; RIBEIRO, J.P. *A criança hiperativa: uma visão da abordagem Gestaltica*. In **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 20, n. 2, pp. 127-134, 2004.

ARRUDA, M. A. *Metilfenidato de longa ação no tratamento do TDAH*. In **Experiência & Evidência**, no. 1, 2011. Disponível em <http://www.medcenter.com/Medscape/uploadedfiles/Content/InfoSites/Concerta/>. Acesso em 09/09/2011.

AUCOUTURIER, B.; LAPIERRE, A. **Bruno - psicomotricidade e terapia**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2ª. Edição, 1989.

BROWN, T. E. **Transtorno de Déficit de Atenção**: A mente desfocada em crianças e adultos. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CHAMAT, L. S. J. **Técnicas de intervenção psicopedagógica para dificuldades e problemas de aprendizagem**. São Paulo: Vetor Editora, 2008.

COLLARES, C. A. L., MOYSÉS, M. A. F. *A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico*. In **A patologização da educação**. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.htm>. Acesso em 10/09/2011.

COLLARES, C.A.L., MOYSÉS, M.A.F. *Medicalização: elemento de desconstrução dos Direitos Humanos*. In **Direitos Humanos, o que temos a ver com isso?** Disponível em <http://www.crprj.org.br/publicações.htm>. Acesso em 21/09/2011.

COSTA, A. C. **Psicopedagogia & psicomotricidade, pontos de intersecção nas dificuldades de aprendizagem**. Petrópolis: Editora Vozes, 2ª. Edição, 2002.

FACION, J.R. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): atualização clínica*. In **Revista de Psicologia da Unc**, vol. 1 n.2, pp. 54-58, 2003. Disponível em <http://www.nead.uncnet.br/revista/psicologia>. Acesso em 21/09/2011.

FERREIRA, L. M. *Relaxamento em crianças como o método de L. Michaux*. In: **Técnicas de relaxamento**. 4ª. ed.. São Paulo: Vetor, 1982, p. 36.

FONSECA, V. *Psicomotricidade: uma visão pessoal*. In **Revista Construção Psicopedagógica**, São Paulo, 2010, Vol. 18, n. 17, pg. 42-52.

GEISSMANN, P., BOUSINGEN, R. D. **Os métodos de relaxação**. São Paulo: Edições Loyola, 1970.

LEITE, M., COLLUCCI, C. **A era da desatenção. Somos todos hiperativos?** Ilustríssima, Folha de São Paulo, 30 de maio de 2010.

LURIA, A. R. **Curso de Psicologia Geral - Vol.III**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

MOYSÉS, M.A.A. **Fracasso escolar: Uma questão médica?** Disponível em <http://www.gracamartins.com.br/monografias>. Acesso em 11/09/2011.

ORTEGA, F., BARROS, D., CALIMAN, L. et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. In **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Vol. 14, n. 34, Jul-Set/2010. Disponível em <http://www.scielo.br> Acesso em 14/08/2011.

PITOMBO, E. M. **A Contribuição da linguagem corporal na aquisição da linguagem escrita: um problema de aprendizado escolar**. Universidade São Marcos, Dissertação de Mestrado, São Paulo, 2001.

POETA, L. S., ROSA N. F. *Estudo epidemiológico do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos do comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando o EDAH*. In **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 26 n. 3, Set/2004. Disponível em <http://www.scielo.br> Acesso em 27/08/2011.

POSSA, M. A. et. al. *Comorbidades do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares*. In **Arquivo Neuropsiquiátrico**, 63 (2-B), pp. 479-483, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 10/09/2011.

ROHDE, L. A. et al. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. In **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 22, s. 2, Dez/2000. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 18/08/2011.

SANCHEZ, M. L., MISORELLI, M. I. L., ALVAREZ, A. M. M. *Benefícios do esclarecimento da comorbidade de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e distúrbio de processamento auditivo central: estudo de caso.* In **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, vol. 6 n.2, Nov/1999. Disponível em <http://www.cibersaude.com.br/revistas>. Acesso: [02/09/2011](http://www.cibersaude.com.br/revistas).

SANDOR, P.. **Técnicas de relaxamento**. 4ª. ed. São Paulo: Vetor, 1982.

SCOZ, B. **Psicopedagogia e realidade escolar**. Petrópolis: Vozes, 2ª. edição, 1994.

SILVA, A. B. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. São Paulo: Editora Gente, 2003.

VISHNIVETZ, B. **Eutonia: Educação do corpo para o ser**. São Paulo: Summus, 1995.

WALLON, H. **Psicologia e educação da criança**. Lisboa: Editorial Vega, 1979.