

CRISTIANE DAGNON

**A RELAÇÃO ENTRE PRÁTICA DESPORTIVA E O DESENVOLVIMENTO
PSICOPEDAGÓGICO NAS CRIANÇAS HIPERATIVAS**

Monografia apresentada para Conclusão do
Curso de Educação Física Escolar na
Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Wagner de Campos.

CURITIBA

2002

SUMÁRIO

RESUMO	iii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA.....	1
1.2 OBJETIVOS.....	2
1.2.1 Objetivo Geral.....	2
1.2.2 Objetivos Específicos.....	3
1.3 DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	3
1.4 METODOLOGIA.....	3
2 REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1 HISTÓRICO DA HIPERATIVIDADE.....	4
2.2 CARACTERÍSTICAS DA ADD.....	8
2.2.1 Características Clínicas da Hiperatividade.....	9
2.3 DIAGNÓSTICO.....	10
2.3.1 Histórico e anamnese detalhada.....	10
2.3.2 Dificuldades encontradas no diagnóstico de ADD e soluções.....	12
2.3.3 ADD sem hiperatividade.....	14
2.3.4 ADD com ansiedade.....	15
2.3.5 ADD com depressão.....	15
2.3.6 ADD com agitação ou mania.....	16
2.3.7 ADD com drogadicção.....	16
2.3.8 ADD em pessoas criativas.....	17

2.3.9 ADD com comportamentos de alto risco.....	18
2.3.10 ADD com estados dissociativos.....	18
2.3.11 ADD com personalidade limítrofe (<i>Borderline</i>).....	19
2.3.12 Pseudo ADD.....	21
2.4 CAUSAS DA HIPERATIVIDADE.....	21
2.4.1 Genética.....	22
2.4.2 Traumatismos neonatais e problemas intra-uterinos.....	23
2.5 MECANISMOS BIOLÓGICOS DO ADD.....	24
2.6 MANEJAO PSICOPEDAGÓGICO E EDUCACIONAL.....	26
2.7 A PRÁTICA ESPORTIVA NA CRIANÇA COM ADD.....	35
CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

RESUMO

Neste trabalho tentou-se reunir todas as informações sobre os diversos aspectos dos Distúrbios do Déficit de Atenção (ADD), no âmbito da prática da Educação Física, esperando que possa haver uma melhor compreensão do que seja ADD e quais os recursos disponíveis para o seu tratamento além de fornecer novas alternativas para a integração do indivíduo na sociedade. Na estrutura do trabalho, começa-se com um histórico sobre a ADD, onde será contado o progresso da ciência na tentativa que compreender melhor este problema que acompanha a espécie humana desde o seu nascimento, mas que somente começou a ser entendido a menos de 20 anos. Depois, passa-se às características clínicas do ADD, mostrando como se manifestam, quais problemas que causa, como o diagnóstico pode ser feito, quais as características da ADD quando interage com outros problemas; a sua etiologia e o que sabemos sobre o transtorno até o momento. Em seguida, discute-se os diversos tipos de tratamentos que existem e como estes devem ser feitos. Apresenta-se a seguir uma proposta de inclusão de crianças com ADD nas aulas de Educação Física Escolar, defendendo a sua integração na escola normal, alertando sobre a necessidade de conhecimento por parte dos educadores. Conclui-se tudo que foi dito no trabalho, que a prática desportiva auxilia a criança a desenvolver seus problemas com a lateralidade, mas para que isto seja viável, o professor precisa desenvolver métodos específicos de trabalho dirigidos à criança com esta deficiência.

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

As crianças hiperativas parecem ter uma fonte quase infinita de energia. São crianças que parecem sempre estar em movimento, que não conseguem ficar paradas mesmo que outras pessoas exerçam uma força enorme nesta direção. Nem mesmo os pais destas crianças conseguem fazer com que elas fiquem quietas. São estes, ou seja, os pais que mais sofrem com o comportamento inquietos destas crianças, são eles que passam o maior stress psicológico.

É grande no país o desconhecimento quanto ao ADD na fase adulta e mesmo no meio médico, o assunto é pouco conhecido.

Talvez o maior problema que ocorra em relação à ADD está no fato de que o conhecimento sobre este transtorno seja muito pequeno na população leiga e até mesmo nas áreas médica e psicológica. Muitas das pessoas com ADD passam a sua vida inteira sendo acusadas injustamente de serem mal-educadas, preguiçosas, loucas, desequilibradas, temperamentais, etc... quando na verdade são portadoras de uma síndrome que simplesmente as fazem agir de maneira impulsiva, desatenta e as vezes até mesmo caótica.

O desconhecimento que existe sobre ADD tem um motivo: A demora para se reconhecer este transtorno como um problema neuropsicológico e a

controvérsia sobre se realmente o ADD pode ser reconhecida como um transtorno por si próprio.

Se de um lado estão os professores, os familiares e a sociedade de um modo geral cobrando um comportamento mais calmo e sereno dos seus filhos. Do outro lado está a criança que se mostra resistente à todos os tipos de tentativa de mudar de atitude. Como se esta situação já não fosse suficiente, muitas vezes os pais ainda tem arcar com outros problemas como os prejuízos por danos causados à terceiros pelos seus "anjinhos" em algum acidente ou a conta do ortopedista no caso deste dano ser feito contra eles próprios

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Oferecer aos pais e professores condições de entender melhor seus filhos e ajudá-los, lembrando que eles terão de enfrentar a concorrência no futuro com outros indivíduos que não são portadores do ADD, enfatizando o papel da Educação Física Escolar em sua sociabilidade.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Resgatar o histórico da hiperatividade;
- Investigar as principais causas do déficit de atenção;
- Caracterizar a deficiência no âmbito de seus sintomas, enfocando-a do ponto de vista psicopedagógico.

1.3 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Uma tradução que atende bem ao "Attention Deficit Disorder" (ADD), é "Distúrbios do Déficit de Atenção" (DDA). Mas, no presente estudo utiliza-se a sigla ADD, sempre que se estiver referindo ao fenômeno.

1.4 METODOLOGIA

Para a demonstração dos pressupostos teóricos que desenvolvem esta hipótese, utilizou-se o método dedutivo-indutivo, percorrendo o assunto detalhadamente até a elaboração de uma conclusão crítica.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRICO DA HIPERATIVIDADE

Segundo BASTOS (2000), problemas com comportamentos de agitação e falta de atenção em crianças e até adultos estão longe de ser uma novidade, e trabalhos científicos sobre o assunto estão sendo feitos desde o começo do século XX, como os trabalhos do médico George Frederic Still em 1902.

Still descreveu um grupo de 20 crianças que se comportavam de maneira excessivamente emocional, desafiadora, passional e agressiva e que se mostravam resistentes à qualquer tipo de ação com o objetivo de tornar o comportamento delas mais aceitável. O grupo tinha uma proporção de 3 meninos para cada menina e era composto de crianças que não tinham indícios de maus tratos pelos pais. Still especulou que devido à ausência de maus tratos, os problemas destas crianças deveriam ser de origem biológica. A hipótese ganhou mais força ainda quando Still notou que alguns membros das famílias das crianças eram portadoras de problemas psiquiátricos como depressão, alcoolismo, problemas de conduta, etc. (HALLOWELL et al., 1995, p.271)

O simples fato que Still propôs uma base biológica para o problema, embora a evidência definitiva ainda demorou mais algumas décadas para chegar, já foi um grande passo. Antes disso, as crianças e os pais eram considerados responsáveis pela "falha moral" e o tratamento era freqüentemente feito através do uso de castigos e punições físicas. Os manuais de pediatria da época eram

repletos de explicações de como bater em crianças e afirmavam necessidade deste tipo de tratamento.

As observações e deduções de Still influenciaram o "pai" da psicologia Norte-Americana, Willian James que especulou que estes distúrbios de comportamento seriam devidos à problemas na função inibitória do cérebro em relação à estímulos ou à algum problema no córtex cerebral onde o intelecto acabava se dissociando da "vontade" ou conduta social.

Em 1934, Eugene Kahn e Louis H. Cohen publicaram um artigo no famoso "The New England Journal of Medicine" afirmando que havia uma base biológica para a hiperatividade baseado em um estudo feito com pacientes vítimas da epidemia de encefalite de 1917-1918. Os autores deste artigo foram os primeiros à mostrar uma relação entre uma doença e os sintomas da ADD (falta de atenção, impulsividade e hiperatividade).

Em 1937, Charles Bradley mostrou mais uma linha de relação da ADD com o biológico através da descoberta acidental de que alguns estimulantes, as anfetaminas ajudavam crianças hiperativas a se concentrar melhor. Esta descoberta foi contrária à lógica tradicional, pois os estimulantes em adultos produziam um aumento de atividade no sistema nervoso central enquanto o inverso acontecia em crianças com ADD. O por que deste fenômeno ainda iria ficar mais algumas décadas sem resposta.

Em pouco tempo as pessoas com este problema receberam uma nova e obscura descrição: "Disfunção Cerebral Mínima" e começavam a serem tratadas com dois estimulantes que tinham se demonstrado muito eficazes no tratamento do problema (Ritalina e Cyclert).

Em 1957, Maurice Laufer tentou associar os problemas da "síndrome hipercinética" com o tálamo, estrutura cerebral responsável pela filtragem de sinais somáticos provenientes do resto do corpo. Embora esta hipótese não pudesse ser provada, era o começo da ligação entre a ADD e alguma estrutura cerebral.

Nos anos 60 as observações clínicas se tornaram mais apuradas e ficou cada vez mais aparente que a síndrome tinha alguma origem biológica e talvez até genética, absolvendo os pais da culpa pelo problema definitivamente na comunidade científica. A população em geral continuou culpando os pais, como ainda acontece até hoje em populações menos informadas.

Ainda segundo HALLOWELL (1995), no final dos anos 60 muito já era sabido sobre ADD, mas a falta de novas evidência ligando a síndrome à bases biológicas começou a criar discussões sobre a existência da síndrome. Muitos acreditavam que o transtorno era uma tentativa de livrar os pais de culpa por seus filhos mimados e mal comportados. Depois deste período de incerteza, novas descobertas começaram a ser feitas ligando os problemas associados com a ADD com certos tipos de neurotransmissores.

Em 1970 C. KORNETSKY propôs a hipótese de que a ADD poderia estar ligada à problemas com certos neurotransmissores como a Dopamina e a Noroepinefrina. Embora a hipótese seja coerente, as pesquisas realizadas desde então estão na tentativa de comprovar o efeito destes neurotransmissores na ADD ainda não obtiveram sucesso. Embora não se saiba qual é o neurotransmissor específico ligado à ADD, muitos pesquisadores acreditam que o ADD é um problema de desequilíbrio químico no cérebro e estudos recentes

somados à aparente melhora obtida através da psicofarmacologia parecem confirmar esta hipótese.

Nas década de 1980, vários autores como MATTES E GUALTIERI e CHELUNE (apud HALLOWELL et al.) especularam sobre o envolvimento dos lobos frontais no ADD devido à semelhança de sintomas apresentadas por pacientes de ADD e aqueles que sofreram danos ao lobos frontais devido à acidentes ou outros problemas. Em 1984, LOU et. al. (apud HALLOWELL et al.) acharam evidências de uma deficiência de circulação sangüínea no lobos frontais e no hemisfério esquerdo de pessoas portadoras de ADD. Todos estes achados foram confirmados em 1990 por ZAMETKIN (apud HALLOWELL et al.) graças ao desenvolvimento de novas tecnologias como o PET (Tomografia por Emissão de Positróns), que mostravam o funcionamento do cérebro in vivo. Através de exame de PET comparativos entre pessoas diagnosticadas com ADD e controles, ZAMETKIN notou que os cérebros de pessoas com ADD tinham um consumo de energia cerca de 8% menor do que o normal e que as áreas mais afetadas eram o lobos pré-frontais e pré-motores que são responsáveis pela regulação e controle do comportamento, dos impulsos e dos atos baseado nas informações recebidas de áreas mais primitivas do cérebro como o tálamo e sistema límbico. Conforme estas novas evidências começaram a surgir e ficou claro que a ADD estava realmente associada à alterações do metabolismo cerebral, acabando definitivamente com a dúvida sobre a real existência da síndrome e sua ligação biológica.

2.2 CARACTERÍSTICAS DA ADD

Segundo BASTOS (2000), o índice de crianças com ADD na população média dos Estados Unidos é de 3% a 5%, no Brasil, pesquisas semelhantes chegaram à valores entre 3 e 6% enquanto na Grã-Bretanha este número é estimado entre 1 e 2%. Esta diferença leva alguns médicos europeus à criticarem os seus colegas do Novo Mundo dizendo que estes tendem a rotular crianças com ADD em quantidade muito maior do que realmente seria o correto. Até o presente momento não se sabe se esta acusação é justificada, se a causa seria outra como uma cultura mais aberta a este tipo de comportamento, ou ainda se o correto seria o contrário, ou seja, que os europeus estariam evitando dar diagnósticos corretos de sobre o ADD.

Contudo, estudos posteriores têm procurado mostrar que o “inconsciente não é diferenciado do nível emocional”, havendo a necessidade, portanto, de tratar o paciente com ADD considerando-o como um todo, realizando o que LEVIN (2000) denomina de leitura corporal do sujeito.

Segundo LEVIN (2000), tal leitura corporal não ignora a dimensão psíquica (que era confundida com a emoção e o afeto) do indivíduo, mas lê o sentido do corpo do paciente, sem realizar a separação de ambos.

“A psicomotricidade é uma articulação, que parte de uma ordem simbólica... que possibilita conceber o corpo, os gestos, os movimentos, o tônus, o espaço, as posturas, os objetos e o tempo como o dizer corporal de um sujeito...
“(LEVIN, 2000, p.47)

Assim sendo, as novas teorias sobre psicomotricidade rejeitam a visão de um corpo como uma coisa isolada, ocupando-se sim, da história do sujeito com seu corpo e o lugar que ele ocupa, no âmbito desta dependência.

2.2.1 Características Clínicas da Hiperatividade

BASTOS (2000) explica que a ADD é caracterizada por uma série de sintomas nem sempre claros e facilmente distinguíveis de outras patologias psiquiátricas (nos seus casos mais graves) ou da normalidade (nos casos mais leves). De uma forma geral, pessoas com este transtorno tende à apresentar alguns problemas como:

- Dificuldade de atenção e concentração
- Problemas de aprendizado
- Distúrbios do Comportamento
- Instabilidade e Hiperatividade
- Distúrbios Motores
- Retardos da fala

Dificuldade de atenção e concentração. Segundo CHESS (1982), talvez o fator que mais caracteriza o ADD é a falta de capacidade do indivíduo se concentrar e prestar atenção no que está sendo apresentado à ele sem se distrair com qualquer outro estímulo. Aparentemente a pessoa com ADD sente uma necessidade extrema de prestar atenção em estímulos novos e muitas vezes irrelevantes. Pessoas com ADD passam a impressão que nunca conseguem

completar nenhuma tarefa iniciada, pois assim que começam uma nova empreitada facilmente se distraem e passam a fazer outra coisa e assim sucessivamente deixando um rol de tarefas incompletas assim que elas vão passando de uma para outra. Estas pessoas também apresentam uma dificuldade de memorizar coisas e se lembrar de compromissos, encontros, onde deixou certos objetos (como chaves).

Esta falta de atenção leva muitas vezes a problemas profissionais devido a falta de produtividade e também a problemas de relacionamento pois a falta de atenção causa a impressão em outras pessoas de que elas são sem importância.

2.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de ADD pode ser tornar traiçoeiro, especialmente para profissionais menos experientes, por isto recomendamos que os diagnósticos sejam feitos baseados nos seguintes critérios:

2.3.1 Histórico e anamnese detalhada

Segundo DEL NERO (1997), devido as suas manifestações no comportamento da criança e na dificuldade de se associar ADD com algum sintoma ou problema físico, o histórico do problema e a observação do

comportamento da criança por outras pessoas do seu meio social como professores, babás, etc. são de vital importância para o diagnóstico do transtorno.

O histórico pode mostrar problemas com a atenção, dificuldade de aprendizado, problemas em se manter parado, etc. Podem também aparecer problemas relacionados à gravidez e ao parto já que a incidência deste problema em pessoas com ADD é substancialmente maior do que na população normal. Também podem aparecer dificuldades na coordenação motora, problemas em tarefas como abotoar a roupa, amarrar os sapatos, dificuldade em movimentos alternados rápidos. Assim como podem também aparecer déficits de linguagem, problemas com a fala e problemas psicológicos secundários como depressão agressão, baixa auto-estima assim como sentimentos de rejeição. Embora não se saiba a explicação, pais de pacientes com ADD tendem a ter um índice de separação no casamento maior do que na população em geral.

No caso do psicólogo, uma vez descartados outros problemas físicos que podem apresentar semelhanças com ADD o diagnóstico de pode ser realizado através de testes psicológicos como WISC, já que crianças com ADD tendem a apresentar uma diferença grande entre os testes de atenção e memória em relação à outros testes como de inteligência geral. A reprodução dos cubos é uma tarefa particularmente difícil. No desenho da figura humana a sua performance é inferior ao que se seria esperado por uma criança da sua idade por causa de problemas de atenção, localização espacial, desenvolvimento motor, etc.

No teste gestáltico de Bender, as figuras apresentam rotação, as relações espaciais não são nitidamente copiadas e a discriminação figura-fundo é pobre (CHESS, 1982). É comum a criança com ADD ter uma inteligência normal ou até

acima da média e mesmo assim apresentar déficit escolar e dificuldades sociais ou de adaptação.

Exames Eletroencefalográficos (EEG) podem mostrar alterações já que 50% da população com ADD apresenta problemas nestes exames enquanto só cerca de 10 a 15% da população normal apresenta problemas semelhantes.

Como meio de confirmação de diagnóstico, pode se verificar a resposta do indivíduo à estimulantes.

Além dos problemas psicológicos já mencionados, o ADD também pode estar associado à outros problemas neurológicos e psicológicos como S. Gilles de La Tourette, epilepsia, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), problemas com drogas, comportamentos de alto risco e personalidade limítrofe (*borderline*).

2.3.2 Dificuldades Encontradas no Diagnóstico de ADD e Soluções

KAPLAN (1998) cita que muitas vezes, o diagnóstico da ADD é complicado pela dificuldade de diferenciação deste problema em relação a outros problemas físicos, psicológicos ou até a normalidade. Por este motivo é essencial que o diagnóstico seja feito por uma equipe multidisciplinar composta de médicos, psicólogos, pedagogos, psicopedagogos junto com um detalhado histórico da doença como já foi afirmado acima.

Em algumas culturas e em alguns grupos humanos pode existir uma Pseudo-ADD, ou seja, comportamentos que se assemelham à aqueles apresentados com pessoas com ADD, mas causados não por fatores biológicos,

mas sim culturais, ambientais ou sociais, por este motivo, acredita-se que é essencial para o profissional de saúde mental estarem informados e levarem em consideração fatores exógenos em seu diagnóstico.

Todos estes problemas podem ser resolvidos ou atenuados através da qualificação dos profissionais envolvidos no processo. Sensibilidade, técnica, conhecimento teórico e experiência são indispensáveis para que o profissional tenha condições de realizar um diagnóstico correto de ADD, especialmente naqueles casos mais complexos. Onde a linha divisória entre ADD e outros problemas ou a normalidade não é clara

Embora a literatura especializada só cite 3 tipos de ADD, Tipo Predominantemente Desatento, Tipo predominantemente Hiperativos-Impulsivo e Tipo Combinado; HALLOWELL et al.. sugerem que na prática clínica outros tipos se manifestam e que é necessário que o especialista esteja atento a estes novos tipos de combinações entre ADD e outras condições para a realização correta deste diagnóstico. As classificações propostas por estes autores são:

- ADD sem hiperatividade
- ADD com ansiedade
- ADD com depressão
- ADD com outros problemas de aprendizado
- ADD com agitação ou mania
- ADD com drogadicção
- ADD em pessoas criativas
- ADD com comportamento de alto risco
- ADD com estados dissociativos

- ADD com características de personalidade limítrofe (borderline)
- ADD com distúrbios de conduta (em crianças) ou características anti-sociais (em adultos)
- ADD com Transtorno Obsessivo-Compulsivo
- Pseudo-ADD

2.3.3 ADD Sem Hiperatividade

HALLOWELL (1995) sugere que um dos enganos mais freqüentes sobre ADD é que se a criança não apresenta comportamento hiperativos, automaticamente a possibilidade de ADD está descartada. Isto é mais freqüente ainda por causa do ADD ser conhecido pelo público leigo apenas como Hiperatividade.

Esta concepção de que ADD é sempre acompanhada de hiperatividade não é verdade, pois existem casos, especialmente no sexo feminino em que o ADD se manifesta através apenas da falta de atenção. São pessoas que tem uma característica sonhadora, que não são capazes de prestar atenção. Tem dificuldades em terminar tarefas já começadas e freqüentemente são taxadas de preguiçosas, desorganizadas ou não motivadas injustamente.

2.3.4 ADD Com Ansiedade

O mesmo autor cita que devido ao esquecimento freqüente e dificuldade de organização é natural que pessoas com ADD sintam uma certa ansiedade em saber se não estão se esquecendo de alguma coisa. Mas esta ansiedade natural pode acabar se tornando patológica. As pessoas com ADD podem começar a procurar algo para se preocupar durante o tempo todo. Passam a procurar sempre por alguma coisa que esqueceram, algum problema, etc. Acabam se tornando sempre preocupados com alguma coisa.

2.3.5 ADD Com Depressão

HALLOWELL (1995) lembra que como consequência do ADD, as pessoas portadoras deste tipo de problema são freqüentemente taxadas das mais diversas coisas e trazem consigo muitas vezes um histórico de muitas frustrações devido a esquecimentos, trabalhos não terminados, etc... Não é difícil de conceber em situações como esta possam levar logo à depressão.

Alguns pesquisadores acreditam que a depressão no ADD pode não ser apenas devido a fatores ambientais, mas sim devido a fatores fisiológicos combinados com o ADD, já que algumas das drogas usadas para tratar depressão são também eficazes para o tratamento de ADD.

Embora ainda não se saiba exatamente a causa da depressão no ADD, este fenômeno é de extrema importância no tratamento do problema,

especialmente se para ponto de vista do psicólogo, pois freqüentemente este é chamado para tratar a depressão e tentar resolver problemas de ajustamento do paciente.

2.3.6 ADD Com Agitação ou Mania

HALLOWELL (1995) cita alguns casos onde o ADD pode se assemelhar ao distúrbio bipolar e o inverso também pode conter no caso de um episódio de mania. A diferença esta na intensidade da crise, já que os episódio de mania tendem a ser muito mais intensos que os de ADD.

No entanto, não é raro de acontecer de pessoas com ADD, especialmente em casos onde existem comportamentos muito energéticos, serem diagnosticado com distúrbio bipolar. A mudança de diagnóstico normalmente vem quando o paciente não mostra resposta à terapêutica utilizada no transtorno Bipolar, por o lítio não só não causa efeito em pessoas com ADD como pode em certos casos até piorar o problema e começa a mostrar melhoras quando Ritalina ou outro medicamento para ADD lhe é dado.

2.3.7 ADD Com Drogadicção

Um dos problemas mais sérios associados ao ADD é o abuso de drogas. Este problema quando encontrado por um profissional de saúde mental deve ser

estudado para se verificar qual é a real causa dele já que cerca de 15% dos usuários de cocaína por exemplo relatam que o uso da droga não os deixa "altos" mas sim os ajudam a concentrar e focalizar melhor a sua atenção. São estes 15% que HALLOWELL et al. sugerem que devem possuir ADD e que buscam na cocaína uma saída para o seu problema. O álcool, a maconha e outras drogas também são usadas. Isto acontece por vários motivos, entre os principais estão a busca por uma forma de fugir do problema e suas conseqüência, especialmente quando parece não haver saída e a auto-medicação, já que tanto a cocaína como a Ritalina são estimulantes e freqüentemente o uso de cocaína causa um efeito positivo na capacidade de concentração e na diminuição dos problemas associados ao ADD.

Quando uma pessoa é diagnosticada com drogadicção associada e causada por um possível quadro de ADD é necessário que os dois problemas sejam tratados juntos, pois o tratamento do ADD quando este é a causa do vício pode em muitos casos evitar com que estes pacientes voltem a procurar a droga depois de obterem alta do tratamento.

2.3.8 ADD em Pessoas Criativas

Uma das características positivas em ADD é a capacidade criativa que normalmente está presente junto com o problema. Devido a sua capacidade de não conseguir manter as idéias em ordem, pessoas com ADD tendem a ser muito criativas e muitas vezes é em ramos onde a criatividade é importante que estas

peessoas acabam encontrando um trabalho que conseguem fazer bem.
(HALLOWELL, 1995)

2.3.9 ADD Com Comportamentos de Alto Risco

A incapacidade de se manter estável e a necessidade de busca por novas emoções podem levar uma pessoa com ADD, especialmente na adolescência e vida adulta a demonstrar comportamentos de alto risco.

Ainda não se sabe como comportamentos de alto risco são tão atrativos para pessoas com ADD, mas estes comportamentos são de importância para o profissional de saúde mental, pois não só prejudicam e põe em risco a vida do indivíduo como também o tratamento destes problemas com terapia sem a resolução do problema biológico causador destes comportamentos acaba se tornam inútil. (HALLOWELL, 1995)

2.3.10 ADD Com Estados Dissociativos

O mesmo estudo cita que uma das principais características de ADD é a falta de atenção. No entanto muitas vezes é difícil se ter certeza de que o ADD é mesmo a causa deste tipo de comportamento, pois outros problemas também apresentam a distração como sintomas.

Os estados dissociativos fazem com que a pessoa corte os vínculos com um episódio traumático que aconteceu com ela para evitar o sofrimento e a dor psicológica relacionadas com a lembrança de tal evento.

Para o diagnóstico diferencial entre a ADD e estados dissociativos, o histórico completo e detalhado do paciente é fundamental. É necessário saber se o paciente não passou por nenhum trauma, já que muitas vezes estados dissociativos ligados a traumas podem se assemelhar à distração do ADD. Outra saída para se tentar decidir por um ou outro diagnóstico é a busca por sintomas de ADD no histórico desta pessoa, desde a infância, pois mesmo que a pessoa não tenha sido diagnosticada com ADD, ao contrário do que ocorre nos estados dissociativos, ela se lembra do que ocorreu com ela, só não sabendo que existe uma causa para os problemas dela.

2.3.11 ADD Com Personalidade Limítrofe (*Borderline*)

Pessoas com personalidade limítrofe costumam a apresentar uma série de sintomas muito parecidos com o ADD e vice-versa. Estes sintomas podem ser a instabilidade de humor, impulsividade, uso de drogas, problemas de relacionamentos, problemas de performance em tarefas que lhe são dadas, etc... Infelizmente ainda não temos condições de delimitar claramente quais são as diferenças entre estes dois problemas. Por este motivo é que se torna importante para os profissionais estarem atentos quando diagnosticarem uma pessoa com

personalidade limítrofe, verificarem se existem características típicas do ADD de forma a evitar enganos. (HALLOWELL, 1995)

ADD com problemas de conduta (crianças) ou personalidade anti-social (adultos)

Os problemas de conduta são comportamentos que ocorrem em algumas crianças caracterizados por comportamentos agressivos, dificuldade de convivência com regras e sociedade. Embora já há evidências de uma genética deste problema, é importante lembrar que crianças com este problema normalmente apresentam uma história comum, procedendo de famílias com sérios problemas como pais ausentes, abusivos, uso de drogas, pobreza, falta de educação, comida, etc.

Estes comportamentos podem ser facilmente confundidos com a hiperatividade presente no ADD, e freqüentemente isto acaba acontecendo. É importante para os profissionais estarem atentos a pequenas diferenças existente entre os dois problemas. Uma criança com ADD quando tem um problema pode ficar frustrada, porém uma criança com problemas de conduta procura imediatamente alguém para culpar pelo seu problema. As explosões emocionais de crianças com ADD tendem a ser impulsivas e espontâneas enquanto a de uma criança com problemas de conduta tendem a ser planejados, esperando por algum ataque ou insulto externo para acontecer. Além disso, crianças com distúrbio de conduta não apresentam os problemas de atenção e concentração das crianças com ADD.

No caso dos adultos, muitos casos de Personalidade Anti-social são na verdade casos de ADD mal diagnosticado. Assim como já foi enfatizado durante

todo este texto, torna-se importante mais uma vez consultar o histórico da doença para verificar se existem sintomas típicos de ADD associados ao histórico do indivíduo para não se cometer erros e mandar casos perfeitamente tratáveis para prisões ou hospitais psiquiátricos.

2.3.12 Pseudo ADD

Muitas vezes comportamentos influenciados pela cultura de um determinado povo ou de um grupo pode ser confundido com aqueles apresentados por pessoas com ADD. Um ambiente que exerce muita pressão sobre um sujeito pode muitas vezes induzir comportamentos como falta de atenção, hiperatividade, incapacidade de concluir tarefas já começadas, etc.

Cuidados devem ser tomados para não diagnosticar todo executivo atarefado como tendo ADD. É necessário lembrar que o ADD é um problema que aparece desde a primeira infância e que muitas vezes todos nós acabamos apresentando sintomas de ADD de vez em quando especialmente em situações de estresse ou de agitação por algum evento. (HALLOWELL, 1995)

2.4 CAUSAS DA HIPERATIVIDADE

Embora o conhecimento sobre as causas do ADD ainda seja muito limitado e grande parte dele é especulativo, algumas descobertas recentes ajudaram os

pesquisadores a levantar algumas hipóteses para o surgimento do ADD. As hipóteses mais estudadas são: Genética e Traumatismos e problemas intra-uterinos.

2.4.1 Genética

Segundo GORODSCY (1990), devido a grande probabilidade de uma pessoa com ADD ser proveniente de uma família com um histórico de problemas psiquiátricos e neurológicos, como o próprio ADD, alcoolismo, Gilles de la Tourette, dislexia, etc. Somado ao fato de que hoje muitos acreditam que a causa esteja ligada à falta de certos componentes necessários para o uso correto de alguns neurotransmissores, e levando em conta a diferença existente na proporção da incidência relacionada ao sexo. Tudo isto leva os pesquisadores a considerar fatores genéticos como sendo a causa do ADD. Por esta hipótese o ADD não seria causado por um gene particular, mas sim por uma união entre vários genes. Exatamente quais genes estão envolvidos no processo e como estes genes levam ao ADD ainda não foi descoberto, embora a velocidade das pesquisas em biologia molecular indiquem que não haverá muita demora para que estas questões sejam respondidas.

2.4.2 Traumatismos Neonatais e Problemas Intra-Uterinos

DEL NERO (1997) cita que embora a hipótese genética possa fornecer algumas respostas sobre a causa do ADD, é sabido que a ocorrência de ADD está muitas vezes correlacionadas à problemas durante a gravidez e no parto, inclusive com relatos de traumatismos neonatais. Este fato levanta a dúvida se realmente haveria apenas uma causa para a ADD, pois aparentemente não deveria haver uma relação entre a genética do ADD e estes problemas.

Alguns autores propõem que o ADD na verdade poderia ser devido a causas multifatoriais onde a genética e o ambiente colaborariam para a gênese do problema.

Outros fatores. Segundo HALLOWELL (1995), assim como sempre acontece quando a ciência não consegue dar uma resposta imediata para a causa de um problema, no caso do ADD já surgiram inúmeras hipóteses e teorias de procedência duvidosa e de difícil comprovação. Citaremos algumas como informação ao leitor:

Alimentação. Algumas pesquisas tentaram ligar o ADD com o consumo de alguns alimentos, porém até o presente momento o mecanismo pelo qual estes alimentos prejudicariam ou causariam o ADD não foram demonstrados e conseqüentemente nada foi provado.

Produtos químicos. Especulações sobre a influência de alguns produtos químicos normalmente utilizados no ambiente doméstico foram levantados. Esta hipótese sugeria que produtos como desinfetantes, ceras, removedores, detergentes, etc. poderiam causar danos aos fetos. O fato apresentado à favor

desta teoria é de que houve um aumento nos casos de ADD nas últimas décadas coincidindo com o aumento do uso destes produtos no ambiente doméstico. Além de não haver bases teóricas sobre como estes produtos poderiam causar ADD, a explicação para o aumento de casos tem muito mais possibilidade de ser devido ao avanço da Psicologia e Medicina que possibilitaram um diagnóstico mais preciso do problema do que de outros fatores. (HALLOWELL, 1995)

2.5 MECANISMOS BIOLÓGICOS DO ADD

Embora ainda não se saiba exatamente quais são os mecanismos biológicos do ADD, algumas hipóteses estão sendo estudadas e algumas partes anatômicas do cérebro já estão sendo relacionadas com o ADD.

Uma destas áreas é o tálamo. Pelo presente conhecimento de Neurociências, o tálamo parece ser uma espécie de filtro dos estímulos vindo de todo o sistema nervoso periférico. Seria o tálamo que escolheria quais estímulos deveriam prosseguir até o córtex cerebral para serem processados e quais estímulos deveriam se inibidos por interferirem com a atividade cortical que estaria ocorrendo naquele momento.

Para facilitar o entendimento, DAMASIO (1994) dá um exemplo de uma pessoa dirigindo um carro em uma estrada. A principal atividade do cérebro naquele momento é prestar atenção na condução do carro e na estrada. Ao mesmo tempo que está dirigindo o sistema nervoso periférico do motorista está mandando uma grande quantidade de informações e estímulos para ele

(temperatura do ambiente, sons do rádio, sede, fome, visão, etc..). A função do tálamo seria de filtrar os estímulos de forma que só os estímulos relevantes para a tarefa de dirigir passassem para o córtex, que neste caso seriam a visão, as sensações táteis das mãos, pés e talvez algum som. Este é o mecanismo de atenção e que segundo alguns autores existe para evitar que o cérebro não fique sobrecarregado pelos estímulos recebidos do corpo.

Outra área que parece estar envolvida com o ADD é o lobo frontal do cérebro. É nesta área que a maioria dos pensamentos ocorre e é o lobo frontal também que origina os impulsos que vão dar origem aos movimentos. É nesta área que também funciona um controle sobre quais movimentos deve ser feitos e quais devem ser evitados, este processo é chamado de atividade inibitória. Por exemplo: "Ao pegar uma assadeira quente no forno, a reação natural do nosso sistema motor, é de deixar ela cair para evitar queimar as nossas mãos. Nós podemos evitar este reflexo através do nosso lobo frontal que pode emitir sinais inibindo o reflexo de largar a assadeira até que possamos colocar ela em um local onde o nosso reflexo de soltá-la não cause um pequeno desastre doméstico." (DEL NERO, 1997, p.8)

Pelo atual conhecimento de ADD e de funcionamento cerebral, o ADD aparentemente é causado por uma deficiência no sistema cerebral, em especial nos sistemas relacionados a um neurotransmissor chamado de Dopamina que entre outras coisas está também envolvida no Mal de Parkinson. A deficiência neste sistema aparentemente faz com que o tálamo não consiga desempenhar a sua tarefa de filtragem de estímulos muito bem, levando à falta de atenção a fácil distração do ADD. Este problema também parece causar problemas no lobo

frontal onde a atividade inibitória dos impulsos motores parece também ser afetada, levando segundo alguns autores, à hiperatividade.

Acredita-se que estimulantes como o metilfenidato utilizada em pessoas com ADD faz com que o tálamo e a atividade inibitória motora possam compensar os efeitos dos problemas causados pela ADD, voltando a funcionar normalmente.

2.6 MANEJO PSICOPEDAGÓGICO E EDUCACIONAL

Crianças com ADD geralmente são caracterizadas como desatentas, impulsivas e hiperativas, e podem exibir uma variedade de problemas dentro do contexto escolar (BARKLEY, 1990). Esses estudantes geralmente apresentam dificuldades em manter a atenção, seguir ordens, ficar sentados, e trabalharem independentemente na sala de aula.

Estudos feitos nos EUA mostram que é possível amenizar os sintomas do ADD através de estratégias de intervenção no comportamento, com *feed-back* freqüente e supervisão individual ajuda a manter a atenção da criança.

Tarefas repetitivas e pouco retorno, por outro lado, favorecem o aparecimento dos sintomas. O comportamento inadequado mostrado pelos pacientes com ADD freqüentemente interrompe a concentração de seus colegas e geralmente resulta em relações pobres com os demais alunos. Adicionalmente, esses problemas geralmente são acompanhados por outros associados (por exemplo, baixa auto-estima, depressão) que pode afetar significativamente a performance desses estudantes.

Abaixo, algumas sugestões bastante resumidas para trabalhar com pacientes que apresentem esse tipo de comportamento, lembrando sempre que todo comportamento considerado inadequado deverá ser encaminhado para orientação específica, pois pode estar contido em um espectro mais amplo, talvez até precisando de ajuda profissional especializada, como nos casos de autismo de alto desempenho, transtorno (ou síndrome) de tourette (tiques nervosos), síndrome de asperger, e outras contidas nos transtornos invasivos do desenvolvimento, conforme DSM-IV.

- Olhe sempre nos olhos – Conseguir-se "trazer de volta" uma criança ADD através dos olhos nos olhos. Isso ajuda a evitar a distração que prejudica tanto estas crianças ; (BARKLEY, 1990)

- Organizar as carteiras em círculos, ou em forma de U, ao invés de fileiras - facilita o contato e particularmente o "eye contact" com os demais membros da classe, uma vez que esse tipo de aluno costuma estar " na turma do fundo ", não podendo visualizar os olhos dos companheiros de estudo, o que o torna ainda mais disperso ; (BARKLEY, 1990)

- Cuidado com as cores - O estímulo multi-colorido costuma deixá-los mais excitados e menos atentos ainda, devendo ser evitadas cores fortes no ambiente (do espectro vermelho e amarelo), inclusive na vestimenta da criança (TANGANELLI, 1995) ;

- Adotar um ritmo dinâmico de aula - de tal forma a criar oportunidade para que todos os alunos participem, sempre com o cuidado de não permitir que o paciente com ADD se empolgue demais;

- Usar recursos e formas de apresentação não habituais - crianças com ADD adoram novidades; explorar o seu cotidiano e fazer disso motivo para uma aula posterior ou mesmo criando um "gancho" na aula atual costuma ser muito proveitoso.

- Utilizar metodologia preferencialmente visual - As crianças ADD aprendem melhor visualmente que por outros métodos, portanto escreve-se palavras-chave ao mesmo tempo que se fala sobre o assunto ;

- Estimular a criatividade - Propor tarefas que exijam a criatividade do paciente (explorar, construir, criar) e não passivas (questionários com respostas tipo x);

- Ser claro e objetivo ao definir as regras de comportamento dentro da sala de aula - criar, juntamente com os pacientes, um código de conduta (simples, com poucas palavras, para facilitar a memorização) e escrever em uma tabela SEMPRE VISÍVEL afixada na parede ;

- Repetir e repetir as diretrizes - As pessoas com ADD necessitam ouvir as coisas mais de uma vez, pois são profundamente visuais, aprendendo com mais facilidade quando as coisas são apresentadas da forma visual ;

- Fornecer com antecedência (preferencialmente no final do dia anterior) um programa com as atividades do dia a serem executadas (DuPAUL & STONER, 1994)

- As crianças com ADD necessitam de um ambiente estruturado. Fazer listas, tabelas, lembretes, apresentar o programa das aulas do dia no final do dia anterior, pelo menos informar o assunto da aula do dia seguinte antes do término

da aula anterior, pois essas crianças necessitam de diretrizes, organização, regras claras, definidas e ESCRITAS (elas fixam melhor o que conseguem ver) ;

- Ao dar instruções para a classe, solicitar que o paciente com ADD repita para toda a classe - Isso dar-lhe-á duas oportunidades: de que tenha certeza de ter entendido o que é esperado dele (e dos demais) e ter sua auto-estima (em geral extremamente baixa) reforçada;

- A memória é um grave problema para eles - Ensinar mnemônicos, quadrinhas, dicas, rimas, pois eles tem problemas com a Memória de Trabalho Ativa (LEVINE, 1995) e esses processos ajudam sobremaneira a aumentar essa memória;

- O desafio costuma motivar o portador de ADD - Deve então o psicopedagogo estabelecer de antemão com o paciente qual a tarefa a ser feita, quando será considerada concluída e quais os pontos para isso (*check-list* a ser verificado no final da mesma). Isso dará aos poucos ao portador de ADD formas de lidar com sua ansiedade, e falhas de terminar as tarefas a que se propõe, pois em geral ele concebe projetos grandiosos demais, os quais não consegue finalizar ;

- Elogiar o ADD com constância - NÃO APENAS QUANDO ELE TERMINA A TAREFA, mas DURANTE o transcorrer da mesma, INCENTIVANDO o seu término, uma vez que para o paciente com ADD o CONCLUIR a tarefa é bastante difícil, exigindo quase o triplo de concentração (praticamente inexistente) que os demais...

- Estabelecer para o paciente com ADD tarefas de conclusão rápida - Inicialmente, para que este comece a finalizar adequadamente as tarefas, e, aos

poucos, ir inserindo maior complexidade e maior duração 'as tarefas dele exigidas, visto que o aprendizado de organização para essas pessoas é extremamente penoso;

- Dividir as grandes tarefas em tarefas menores - Isso possibilita à criança a vislumbrar que a tarefa PODE ser terminada, algo que é extremamente difícil para os portadores de ADD, possibilitando ao psicopedagogo trabalhar a capacidade da criança, geralmente minimizada por ela (baixa auto-estima...) além do que evita acessos de fúria pela frustração antecipada de não terminar a tarefa em crianças menores, e as atitudes provocadoras dos maiores;

- Utilizar uma agenda de contato com a família - Isso facilita a troca de informações, pois os únicos momentos de contato (quando existem) entre psicopedagogos e pais quais são os horários de entrada e saída dos pacientes.

- Utilizar exercícios físicos - Exercícios (até um enfoque de psicomotricidade) auxiliam sobremaneira o portador de ADD, pois ajudam a liberar o excesso de energia, concentrar a atenção em um objetivo facilmente entendido e visualizado (correr até a linha vermelha), estimular a fabricação de endorfina, além de ser muito divertido.

- Propiciar uma válvula de escape como, por exemplo, sair da sala de aula por alguns instantes, (isso se for permitido pela direção da escola) indo buscar algo na classe vizinha, dar um recado para alguém que se encontra fora da sala de aula, (inicialmente entregar um bilhete a uma pessoa, pois eles esquecem o recado a ser dado), ir ao banheiro, pois isso fará com que ele deixe (sob controle) a sala e não fuja dela, além de começar a aprender meios de auto-observação e auto-monitoramento.

Fala-se muito sobre psicopedagogia, teorizam-se processos, montam-se projetos até interessantes para crianças com diferentes síndromes. Estas idéias além de não serem mais do que utópicas, dificilmente chegam a ser debatidas com especialistas sobre as síndromes e levadas à população em geral.

Ao criar-se instituições que amparam crianças com hiperatividade pode-se estar afastando definitivamente estas crianças do âmbito social-real comprometendo os esquemas de aprendizagem, linguagem e corporal.

Sabe-se que a atenção de crianças com ADD é menor frente à estímulos. Menor no que se refere ao tempo em que a criança fixa sua atenção aos estímulos.

Trata-se nesta etapa do trabalho sobre os aspectos que a atenção pode tomar na vida da criança. Ao lidar com atenção está-se abordando a via de entrada de informações na vida intelectual da criança. Psicopedagogicamente falando, sabe-se que o caminho que essa atenção faz nos primeiros anos da vida da criança é do concreto para o abstrato. A criança vislumbra o concreto percorrendo o caminho do seu desenvolvimento até chegar no abstrato. Essa abstração é tão cobrada e valorizada pelos educadores que por si só é fonte de grande poder intelectual e de criatividade. Entendendo melhor o processo de pensamento de uma criança com ADD, sabe-se que ela ao não dirigir sua atenção somente à um objeto devido à sua sensibilidade a estímulos externos, traça um emaranhado de associações que se acercam muito à abstração. Pode-se dizer então, que uma criança hiperativa possui uma capacidade de abstração muito grande que leva à um potencial intelectual e criativo muito elevado.

Da mesma maneira que isolando essa criança do ambiente escolar, com os estímulos existentes nele, é prejudicial, pode-se dizer que o oposto pode tornar-se complicado. Geralmente o trabalho de um educador visa igualmente o individual e junto com isto uma concepção do que é o grupo. Essa criança carece de uma atenção especial, mais cuidadosa, um trabalho amplo, fazendo uma ponte entre sua casa-escola-clínica terapêutica.

Levando em conta a realidade do ensino infantil que hoje está em decadência, carente de profissionais e amparo governamental, insiste-se no conhecimento e interesse nas síndromes que afetam a educação. Sabe-se que existem classes de quase 40 alunos onde uma atenção especial torna-se inviável.

Por isso defende-se a existência de uma ponte entre o meio que a criança vive, ampliando a rede social, fazendo com isto que a criança conviva com mais pessoas, permitindo desta forma um melhor desenvolvimento das suas habilidades.

Busca-se na presente monografia não só divulgar informações sobre uma condição que é tão pouco conhecida e, no entanto, afeta tantas pessoas como também discutir as possíveis alternativas para a educação da criança com ADD, propondo métodos de ensino adequados que permitam uma integração social mais ampla.

A principal questão é como se pode dar para uma criança com ADD a atenção e o apoio que ela necessita quando nem crianças sem a síndrome e com necessidades menores conseguem ter este tipo de atenção? Como desenvolver a atenção da criança aproveitando o potencial criativo e sensível dela?

Primeiramente deve-se ter a consciência que a ADD limita a capacidade de aquisição rápida da criança. Deve-se trabalhar então nestas crianças o seu lado sensível tanto emocional como criativo, pois as crianças com ADD têm um potencial enorme para desenvolver estas capacidades. Antes de iniciar o trabalho deve-se saber como realizar a estimulação nelas.

As condições do mundo atual, levam à uma ansiedade pela alfabetização que em alguns casos tem se realizado à partir dos 3 anos de idade, fazendo com que as crianças deixem de desenvolver algumas outras atividades fundamentais que serviriam como suporte para um alfabetização futura, ampliando a base para a aquisição. Entre estas características está o esquema corporal, pois sabe-se que o corpo de uma criança pode lhe proporcionar prazer além de ser uma fonte receptiva e transmissora de informações externas e internas. A criança vai desenvolvendo o seu esquema corporal através da superação de obstáculos e treinamento dos movimentos indo de movimentos grosseiros até a coordenação motora fina.

O corpo sensivelmente capta e percebe sensorialmente o mundo. Essa porta de entrada possibilitará para a criança criar critérios qualitativos e discriminativos que serão fundamentais para a sua percepção espacial, social e corporal.

Nas escolas de hoje, o trabalho corporal resume-se às aulas de educação física que podem levar estas crianças à fadiga e conseqüente desinteresse em desenvolver estas habilidades. O trabalho corporal não deve ser limitado apenas à atividade esportiva, trabalhos em grupos, introdução de regras, etc. Ele é sensível, é dramático, é o processo criativo, que se apresenta como um facilitador

para obter a atenção da criança com ADD. Através do corpo sensibiliza-se outras áreas. O esquema corporal de uma criança com ADD se vê comprometido por disfunções de inibição e controle. (LEVIN, 2000)

Uma intervenção por parte do educador pode ser levada para o lado do experimento sensorial. Sabe-se que através do corpo pode-se sensibilizar outras áreas. Um exemplo de trabalho com o corpo e que busca através de outro estímulo mais concreto fazer com que a criança experimente sensações corpóreas: Um trabalho com argila pode não buscar apenas a concretização de algo pensado. Existe uma parte sensível que se utiliza do tato, fazendo a criança perceber o material com que trabalha. O professor ao estimular, valorizar suas descobertas pode introduzir conceitos discriminativos entre outros devido à sensibilização (que pode ser chamada de "aquecimento") que a criança experienciou. Com isto abre-se novos caminhos para a introdução e estimulação de outras áreas. (LEVIN, 2000)

Todo este universo é precioso para a criança, pois nele terá liberdade para criar. A criança com ADD tem aí um recurso que seguramente terá sua atenção durante algum tempo. Muitas vezes questiona-se se o processo é a segurança da atenção, ou o produto é que mostra o grau de atenção que a criança designou para a atividade.

Como tudo, o processo pedagógico é progressivo. Ao valorizar o processo gerador de um produto está-se abrindo o caminho para uma evolução que exige paciência por parte do psicopedagogo. A criança com ADD ao trabalhar com suas habilidades sensíveis pode usar a sua percepção à estímulos para desenvolver um produto do processo criativo. Como se sabe, o mais difícil para uma criança

com ADD é finalizar uma tarefa, pois assim que começa uma já está prestando atenção em outra. Tendo esta finalidade essa necessidade por um produto na escola infantil, está-se virando a cara para o processo criativo, a cada pensamento, uma forma, um gesto, uma ação, enfim, o processo.

Ao valorizar-se este processo enriquece-se o intelecto da criança e assim, cada vez mais está disposta a criar. A título de exemplo, imagine se fosse criada uma sala especial para uma criança com ADD, branca, sem interferências ou estímulos senão aqueles já planejados pelo psicopedagogo. Estar-se-ia afastando a possibilidade da criança de entrar em contato com o mundo real, composto de estímulos que ajudariam essa criança a formar conceitos grupais desenvolvendo o seu intelecto capacitado para interagir com o meio.

Acredita-se que lidando com a criança com ADD de uma maneira que a atitude criativa possa ser estimulada e transmitida está-se fazendo com que a criança se integre melhor ao meio e evite as decepções causadas pela desinformação alheia. É preciso conscientização, não só sobre a problemática em si, mas sobre a predisposição que cada criança tem em cada área do conhecimento. Para isto deve-se tornar mais sensíveis com visão ampla para um mundo dinâmico e mutável que é o mundo infantil.

2.7 A PRÁTICA ESPORTIVA NA CRIANÇA COM ADD

Se o convívio social é importante para o desenvolvimento da criança, para quem tem ADD não é diferente. Ao professor cabe observar sinais como agitação

e dificuldade de assimilação. No intervalo das aulas a criança costuma se meter em brigas ou brincar sempre sozinha, tenta chamar a atenção ou se comporta como se fosse alienada.

As meninas que sofrem da doença são mais distraídas, falam demais ou simplesmente se isolam. Os meninos não conseguem manter amizades por muito tempo, são agitados e interrompem a aula constantemente.

Antes de apelar para conclusões precipitadas é preciso que se leve em consideração que crianças hiperativas não podem ser julgadas como rebeldes, por sofrerem de uma doença que provoca dificuldades de concentração, não se dão conta das ordens que recebem.

Atualmente encontramos basicamente duas situações ocorrendo no contexto escolar: a participação de fato (inclusão) do aluno com ADD em aulas de educação física e a não-participação (presença sem participação).

A atuação do profissional na situação de inclusão reflete (a) uma atitude de não-rejeição, com trocas interativas entre colegas, com valorização da auto-imagem e auto-estima; e (b) uma atitude de não-segregação, apresentando dificuldade para promover trocas interativas. Não sendo assim, observamos que aquele profissional que não promove a inclusão (a) apresenta uma atitude de dessegregação, considerando que por dificuldade/ou diferença de aprendizagem este aluno deveria estar em contextos segregados; e (b) considera-se desprovido de conhecimento para atuar com a diversidade, não sabe como e o que fazer.

Diferentes perfis profissionais, evidenciam diferentes características em relação à convivência com a diferença, a diversidade. O profissional 'não-inclusivista' teria que re-significar a prática pedagógica, e a concepção que atribui

à diversidade. Tal mudança de atitude quanto à diferença envolve toda a comunidade escolar. A ADD não é propriamente o problema, o problema são os outros. O profissional 'inclusivista' aceita a idéia do caleidoscópio (todos são importantes e significativos: quanto maior a diversidade, mais complexa e mais rica); acredita que o aluno é um ser em processo de crescimento e desenvolvimento, que vivencia o processo ensino-aprendizagem de maneiras diversas, seja por suas diferenças individuais, seja por seus interesses e motivações. Este profissional, em geral, consegue identificar a si mesmo como 'profissional de aprendizagem' e não como 'profissional de ensino', procurando transformar suas aulas em espaços prazerosos onde tanto ele, como os alunos, são cúmplices de uma aventura que é o aprender, o aprender a aprender e o aprender a pensar. Procura utilizar estratégias mais participativas, incluindo trabalhos em grupo que favorecem trocas de experiências e a cooperação. Considerando o aluno um recurso importante em sala de aula, procura aproveitar as propostas temáticas que emergem do grupo.

Valorizar diferenças individuais, valorizar o potencial individual perpassa pela questão 'Porque incluir?'. O processo de inclusão exige modificações na atividade ou programa, requer o uso adequado de terminologia. Planejar para atender necessidades individuais deve levar em consideração que é possível e recomendável: (a) adaptar atividades, através do uso de estratégias de ensino, regras, estrutura do ambiente, equipamento); (b) utilizar sistemas de apoio (colegas de classe como tutores de mesma idade, equipe múltipla de ensino, auxiliares voluntários ou especialistas); (c) alocar alunos com discapacidades de forma proporcional (10 a 15%); (d) adequar atividades à idade; (e) desenvolver

habilidades funcionais; (f) desenvolver elos com a comunidade; (g) adaptar apenas quando necessário. Algumas orientações gerais para a inclusão de alunos com necessidades educativas especiais (alunos com ADD) em aulas de Educação Física incluem:

1. Procure agir naturalmente. Acolha e receba todos com o mesmo nível de atenção e consideração. Perguntas vão surgir. Responda naturalmente.
2. Atenção e prestígio é muito bom. TODOS gostam. Não superproteja, nem dê excesso de atenção para alguns, pois estes talvez não vão gostar e os outros TODOS irão reclamar!
3. Garantir a participação de todos (individual ou em grupo), desafiando cada um a realizar o melhor considerando as suas potencialidades ('teoria' da corda inclinada').
4. Realizar adaptações compartilhando opiniões. Regras sempre podem ser combinadas, e re-combinadas, inventadas, e re-inventadas. Jogos cooperativos são uma excelente opção para viver em comum-idade.
5. Promover e adequar desafios, incentivando e ajudando a superar dificuldades.
6. Não subestimar. Aceitar formas diferentes de execução de movimentos.
7. Promover sucesso para desenvolver a auto-estima. Oferecer a oportunidade de pensar, decidir, agir por seus próprios meios. Garantir autonomia.

Ainda, numa perspectiva procedimental, em relação a situações em que alunos com ADD estejam presentes recomenda-se: (a) dar orientações claras sobre a tarefa a ser realizada, utilizando uma pequena quantidade de informações por vez; (b) usar exemplos concretos; (c) utilizar formas, cores e ângulos para aumentar a atenção (seletiva) à informação relevante; (d) utilizar demonstrações; (e) garantir estrutura e rotina na aula; (f) elogiar as tentativas, criando desafios.

Com respeito específico à participação das crianças com ADD nas aulas de Educação Física, foi realizado um estudo por ROMERO e AGUIAR (2002).

Ambas investigaram as aulas de educação física escolar, no desenvolvimento motor e escolar em um grupo de crianças de 1ª e de 2ª série que apresentam características de Déficit de Atenção. O estudo foi quanti-qualitativo, com participação e intervenção direta no grupo de crianças. Os sujeitos foram aproximadamente vinte e seis escolares, de ambos os sexos com idade compreendida entre sete e nove anos, cursando o Bloco Único de baixa renda familiar, em escola pública do município da Serra/ES.

Os instrumentos empregados na coleta de dados foram; 1) roteiro de anamnese psicológico, 2) teste HTP, 3) teste de Bender e 4) teste para avaliar a definição da lateralidade, 5) teste de atenção concentrada, 6) teste de atenção distribuída e 7) ditado.

Os testes psicológicos foram aplicados por uma especialista da área e o teste de lateralidade e o roteiro de anamnese ficou a cargo das pesquisadoras. Os resultados revelaram que de um modo geral, crianças com pouca capacidade de atenção e de concentração podem apresentar dentre outros, problemas quanto a definição da lateralidade. Os dados levantados permitiram concluir ainda que distúrbios na capacidade de atenção, falta de definição da lateralidade, aliados a problemas de ordem social e econômica comprometem consideravelmente o desempenho e/ou rendimento escolar. Quanto à intervenção pedagógica, o momento das aulas de educação física pode ser de grande auxílio para as crianças. A prática de atividades físicas que favoreçam o desenvolvimento da lateralidade, atenção entre outras, podem promover a obtenção de resultados

positivos, principalmente no que se refere ao processo ensino-aprendizagem motor e escolar.

Os Instrumentos utilizados nesta pesquisa foram:

- roteiro de anamnese psicológico, com o propósito de fazer uma avaliação da história de vida dos sujeitos do estudo;

- teste HTP, teste com o objetivo de diagnosticar o perfil psicológico dos sujeitos da pesquisa. Através deste teste foi possível avaliar características como por exemplo, inteligência, fase de desenvolvimento, relacionamento interpessoal e com o meio, onde vive;

- teste de Bender, teste clínico psicológico, através do qual se estudou a percepção de formas e sua reprodução. Teve como finalidade auxiliar na avaliação da personalidade das crianças envolvidas no estudo;

- teste de Lateralidade, teste que objetivou avaliar a definição da lateralidade dos sujeitos;

- diário de campo, este instrumento se efetivou durante o processo ensino-aprendizagem, por meio de observação, análise e registro dos dados coletados. Possibilitou um acompanhamento do desenvolvimento global dos sujeitos em três aspectos: cognitivo, psicomotor e sócio-emocional;

- Teste de Cambraia (atenção concentrada), instrumento utilizado para medir a atenção concentrada;

- Teste de atenção distribuída, teste empregado para medir a atenção distribuída;

- Ditado de palavras, com intuito de averiguar déficits de aprendizagem.

Para o procedimento de coleta de dados foram necessários dois momentos; o primeiro, no qual participou uma profissional da área de psicologia, aplicando os testes específicos, que foram feitos na própria escola, em uma sala com condições propícias para a realização dos mesmos. No segundo, uma intervenção direta com atuação junto aos alunos na escola supra mencionada. Os dados foram coletados durante as aulas de Educação Física.

Ao analisar estes dados do pré-teste, ROMERO e AGUIAR (2002) perceberam que 12 sujeitos apresentam alterações quanto a definição da lateralidade, isso diz respeito aos sujeitos identificados com LI (Lateralidade Indefinida) e LDC Lateralidade Definida Cruzada). Estes representam um total de 46,1% da turma. Os demais, caracterizados como DH (Destro Homogêneo) e SH (Sinistro Homogêneo) somam 14 sujeitos (53,5%).

A inferência que se fez é de que na turma, mais da metade dos alunos possuem lateralidade definida, o que é um bom resultado segundo a literatura consultada. Em relação ao pós-teste 22 crianças foram testadas. A redução do número de sujeitos se justifica pelo fato de que na ocasião do pós teste algumas crianças não se encontravam freqüentando a escola. No pós-teste, 03 (13,3%) sujeitos definiram sua lateralidade, 16 (72,7%) não tiveram alteração, permanecendo definidos. Dos sujeitos que apresentaram sua lateralidade definida, 15 (68%) foram identificados com lateralidade homogênea e 4 (18,1%) com lateralidade cruzada. No final do estudo 3 (13,6%) tiveram sua lateralidade indefinida.

De acordo com os resultados, percebeu-se que no pós-teste o número de sujeitos com lateralidade indefinida foi inferior ao número inicial, o que significa

uma melhoria. Em relação ao número de sujeitos com lateralidade homogênea também observou-se uma melhora, mesmo que em menor proporção nos resultados do pós-testes, o que representou igualmente um ganho. No número de sujeitos com lateralidade cruzada nenhuma alteração foi feita.

As alterações da lateralidade-sinistrismo, sinistrismo contrariado, ambidestrismo etc., são encontradas com freqüência na criança, passando a ser a causa primária de dificuldades como alterações da estruturação e dificuldades perante a aprendizagem da leitura; escrita e ditado.

As autoras do estudo chamam ainda a atenção para o fato de que a criança sinistra, muitas vezes em função do meio ambiente, é forçada a utilizar a mão não dominante, podendo tornar-se "contrariada" e ter em conseqüência dificuldades posteriores na aprendizagem. Esclarecem ainda que as crianças mais inteligentes procuram logo se adaptar com sua mão dominante, resolvendo de maneira mais ou menos feliz os problemas neuromotores. Por outro lado, crianças submetidas à utilização da mão não dominante e que são menos inteligentes sofrem conseqüências posteriores. A experiência revelou-me que inúmeras são as dificuldades encontradas pelas professoras ao assumirem a responsabilidade de ensinar, principalmente quando se trata da prática de Educação Física.

É fato que nem todas as crianças aprendem com igual facilidade. Há sempre aquelas que apresentam um maior grau de dificuldade, que demoram mais tempo para aprender. Às vezes é fácil diagnosticar o problema que a criança apresenta e que dificulta sua aprendizagem. Problemas de vista, audição e retardo mental parecem ser os mais comuns. Nestes casos medidas como

métodos de ensino diversificados resolvem consideravelmente o problema. No entanto, existem crianças as quais os recursos citados acima não são suficientes para modificar seu comportamento e promover sua aprendizagem.

A Psicopedagogia afirma que a desorientação na lateralidade, além de outros fatores trazem como conseqüência a dislexia. ROMERO e AGUIAR (2002), fortalecendo esta idéia expondo que "a afirmação da lateralidade e a orientação do esquema corporal são de extrema importância para a criança na faixa etária de cinco a sete anos, uma vez que ao ingressar na escola, estará diante de difíceis problemas, os quais terá que resolver. Há um certo risco se a criança for exposta a estas habilidade sem que tenha afirmado sua lateralidade (p. 97)".

Diante dos resultados, percebe-se que a turma investigada por ROMERO e AGUIAR (2002), além de apresentar pontos problemáticos já descritos anteriormente pela equipe de psicólogos, apresentou variações quanto à definição da lateralidade, o que dificulta a prática desportiva. Estas variações aliadas aos distúrbios de atenção podem em muito estar contribuindo ou poderão vir a contribuir para o insucesso dessas crianças diante as aprendizagens escolares e o seu bem-estar bio-psico-fisiológico, se o professor não adaptar seu método de ensino ao problema da criança com ADD.

CONCLUSÃO

Participar de um processo inclusivo é estar predisposto, sobretudo, a considerar e respeitar as diferenças individuais, criando a possibilidade de aprender sobre si mesmo e sobre cada um dos outros em uma situação de diversidade de idéias, sentimentos e ações. Com este pressuposto, sugere-se que a inclusão de crianças e adolescentes com incapacidades seja muito mais um processo de 'ensinagem', onde tanto professor como aluno aprendem e ensinam. Embutida nesta questão, considera-se que a construção de um projeto pedagógico envolve necessariamente as idéias provenientes da comunidade escolar, buscando um equilíbrio entre expectativas e possibilidades para o desenvolvimento enquanto ser humano.

Através da elaboração deste trabalho, pode-se notar que embora a ADD afete uma parcela grande da população, especialmente infantil e pelo que deduzimos, este problema não deve ser algo novo pois acredita-se que a ADD tenha acompanhado a espécie humana desde sempre, mas foi apenas neste século que começaram a ocorrer alguns avanços nesta área.

Avanços na neuropsicologia e na psicofarmacologia permitiram que o tratamento de ADD fosse possível, permitindo que o indivíduo possa ter uma vida praticamente normal, especialmente se este diagnóstico for feito cedo.

Infelizmente, o diagnóstico precoce da ADD continua a ser um dos maiores problemas em relação à doença. Embora o conhecimento sobre ADD na comunidade científica esteja já bem avançada, o mesmo aparentemente não acontece com a população leiga. As pessoas com ADD passam um bom tempo

da sua vida sendo acusadas de uma série de coisas, sua auto-estima é rebaixada, ela tem dificuldade na escola e também tem dificuldades sociais. A situação em casa normalmente não é melhor, pois os pais, pressionados pela sociedade e escola, freqüentemente culpam a criança de algo que ela não tem culpa e ficam se perguntando onde eles erraram.

Mesmo quando os pais ou o paciente procuram ajuda para o seu problema a situação pode não ser resolvida sem antes ter se passado por um longo caminho de tratamentos ineficazes, diagnósticos mal feitos e opiniões divergentes.

É neste ponto que se deve chamar a atenção de psicopedagogos. Estes profissionais pela sua formação fundamentalmente humanista tendem a desconhecer a parte biológica da mente humana, alguns destes até negam totalmente que a mente seja fundamentada na biologia, mantendo o velho e desatualizado paradigma cartesiano de mente x corpo (res cognito x res extensa). O trabalho chama a atenção destes profissionais que evitem entrar no caminho do "tudo é psicossomático" e recomendar que estes estudem e se informem mais a respeito da biologia da mente. Muitos casos de ADD passam anos e anos em terapias psicodinâmicas ou em terapias alternativas que só trazem ainda mais sofrimento para o paciente. Sabe-se que muitos psicopedagogos não irão ver com bons olhos esta idéia, mas infelizmente para eles há coisas que uma droga pode tratar melhor que anos e anos de terapia. Aos médicos, deixa-se a recomendação de que não vejam os pacientes de ADD apenas como pessoas que necessitam de uma droga estimulante, mas que entendam os problemas causados por este

problema e caso seja necessário solicite ajuda de um psicólogo e da equipe psicopedagógica da escola da criança.

De acordo com o que foi exposto por NOVAES (1970), LE BOULCH (1982) entre outros, a lateralidade é um dos pré-requisitos necessários para que a aprendizagem ocorra de forma satisfatória. A análise feita pelo grupo de psicólogos, o depoimento dos professores de sala de aula, aliados à observação e acompanhamento das aulas de Educação Física, e o resultado dos testes de lateralidade permitiram as seguintes conclusões:

- dificuldades na capacidade de atenção/concentração, comprometem a apreensão de conteúdos na sala de aula;
- a falta de definição da lateralidade causa dificuldades na aprendizagem da leitura, escrita e ditado;
- distúrbios relativos a Déficit de Atenção e lateralidade parecem manter uma relação de causa e efeito entre si;
- problemas de ordem social e econômica igualmente comprometem o desempenho e/ou rendimento escolar de muitas crianças.

Assim sendo, os objetivos/conteúdos da Educação Física, quando tratados pelos profissionais da área com compromisso e responsabilidade, podem ser de grande valia para a superação de muitas das dificuldades já citadas. Eles representam um recurso a mais capaz de auxiliar no processo de aprendizagem. Para que o processo de aprendizagem ocorra de forma satisfatória, é necessário que a criança apresente uma série de pré-requisitos, estando entre eles a noção da lateralidade. Neste sentido é que acreditamos na contribuição de um programa de atividades físicas, baseado nos princípios da Educação Psicomotora para

prevenir ou corrigir dificuldades relacionadas a capacidade de atenção, a dislexia, a disortografia, as funções psicomotoras e o rendimento e/ou desempenho escolar, assim como problemas de Déficit de Atenção.

Finalmente deixa-se a mensagem para que os profissionais olhem o problema de vários pontos de vista, se isto fosse feito não só com pessoas com ADD, mas com todos os pacientes que procuram ajuda muito sofrimento seria evitado. Divulgue-se o mais que puderem sobre ADD.

Talvez se faça necessário dar à avaliação contínua e à avaliação terminal caracteres diferentes para que se complementem, e permitam, diminuindo a angustia traumatizante que pode provocar, em certas pessoas, particularmente os altamente ansiosos portadores de ADD, a aproximação de um exame, avaliar um campo, o mais vasto possível, da ação educativa.

Em síntese, no caso da criança ADD, pode-se, com efeito, obter-se quer um diagnóstico individual, quer um diagnóstico de grupo, se o psicopedagogo tiver o cuidado de analisar em profundidade os resultados dos pacientes e não simplesmente preocupar-se com a atribuição de uma nota.

Concluindo, tem-se uma visão otimista que os progressos atuais nos levarão a conhecer melhor a nossa mente e a nossa psicologia, ajudando o Ser Humano a se compreender melhor, trazendo benefícios para a nossa sociedade e quem sabe, melhorando o humor do mundo que anda tão carente de amor, otimismo, compreensão e esperança neste final de século.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BARKLEY, R. A. **Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment**. New York: Guilford, 1990.

BASTOS, Fernando L. Diabinhos: tudo sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Artigo capturado na Internet na URL <http://www.neurociencias.nu>. Disponível em 9 jan 2001.

CH.A.D.D. Children & Adults With Attention Deficit Disorders. Artigo capturado na Internet na URL: <http://www.chadd.com>. Capturado em 20 abr 1998.

CHESS, S.; MAHIN, H. **Princípios e Prática da Psiquiatria Infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

DAMASIO, A.R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. New York: Avon Books, 1994.

DEL NERO, H.S. **O Sítio da Mente: Pensamento, emoção e Vontade no cérebro humano**. São Paulo: Collegium Cognito, 1997.

DIMENSTIEN, Gilberto. Como lidar com alunos agitados e dispersivos. Coluna Aprendiz do Futuro. Artigo capturado da Internet na URL <http://www.aprendiz.com.br>. Disponível em 20 out 2000.

DUPAUL, G.J., & STONER, G. **ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies**. New York: Guilford, 1994.

GORODSCY, R. C. **A Criança Hiperativa e o seu Corpo: Um estudo compreensivo da hiperatividade em crianças**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1990, 166p. (Tese de Doutorado)

HALLOWELL, E.W.; RATLEY, JOHN, J. **Dirigido à desatenção**. New York: Touchstone, 1995.

_____ 50 dicas para administração do déficit de atenção em sala de aula. Artigo capturado na Internet na URL <http://www.chadd.org>. Disponível em 20 out 2000,

HEILMAN, K. M.; VALENSTEIN, E. **Neuropsicologia clínica**. New York: Oxford University Press, 1993.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSEL, T. M. **Fundamentos da Neurociência e do Comportamento**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1997.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. J. **Synopsys of Psychiatry**. 8. ed. Baltimore: Lippincott Willians and Wilkins, 1998.

LEFEVRE, A. B. Disfunção Cerebral Mínia In MARCONDES, E., coord. **Pediatria Básica**. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 1978.

LEUTWYLER, K. Paying Attention. **Scientific American**, Aug. 1996, p. 8-9.

LEVIN, Esteban. **A clínica psicomotora; o corpo na linguagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

LEVINE, Mel. Memória de Trabalho Ativa. Artigo capturado na Internet na URL <http://www.aprendiz.com.br>. Disponível em 3 de jan 2001.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira, 1997.

ROHDE. L.A.P.; BENCZIK, E.P.B. **Transtorno de deficit de atenção hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ROMERO, Elaine; AGUIAR, Janaina. Análise De Uma Intervenção Pedagógica No Desenvolvimento Motor Escolar Em Um Grupo De Crianças Que Apresentam Características Comportamentais De Déficit De Atenção. **Perspectivas em Educação Física Escolar**. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo, 2002.

SANTOS, C. L.N.G. **Tópicos em Neurociência Cognitiva e Reabilitação Neuropsicológica**. São Paulo: URN - Unidade de Reabilitação Neuropsicológica, 1998.

SHAYWITZ, S. E. et. al. Current Status of the Neuromaturational Examination as an Index of Learning Disability. **The Journal of Pediatrics**, v. 104, n. 6, p. 819-31, jun. 1984.

TANGANELLI, Maria do Sacramento L. A Criança Hiperativa. **Jornal "O Liberal"**. 23 jan 1985.

TOPCZEWSKI, A. **Hiperatividade; como lidar?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TRAIN, A. **Ajudando a Criança Agressiva**. Campinas: Papirus, 1997.