



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM PSICOPEDAGOGIA
ESCOLAR – GEPPE**

IV CONGRESSO DE PSICOPEDAGOGIA ESCOLAR

**“O conhecimento psicopedagógico e suas interfaces:
compreendendo e atuando com as dificuldades de
aprendizagem”**



ANAIS DO EVENTO

ISSN: 2179-7978

09 A 12 DE NOVEMBRO DE 2015

Os conteúdos dos textos são de responsabilidade de seus autores

O CORPO E A CRIANÇA COM TDAH: DEFINIÇÕES, PROPOSTAS E DESAFIOS

Carolina Alvim Scarabucci de Oliveira – PPGED/GEPPE/UFU
carolinascarabucci@gmail.com

RESUMO

Este artigo é resultado de uma pesquisa interdisciplinar desenvolvida na disciplina de Epistemologia e Educação, dentro do Programa de Pós-graduação *StrictuSensu* em Educação – Mestrado, da Universidade Federal de Uberlândia sob as temáticas da corporeidade no contexto escolar, pelo viés fenomenológico e psicopedagógico e do TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade/ Impulsividade. São trazidos no desenvolver da leitura os conceitos de corpo até a contemporaneidade, definindo o desenrolar dessa perspectiva com base em Merleau Ponty, na Gestalt e na Fenomenologia Husserliana, onde ele (o corpo) é, ao mesmo tempo, atuante e meio de contato e comunicação com o mundo, sendo assim definidora das transformações da visão de mundo do indivíduo. Nesta perspectiva traçaram-se as variantes do conceito e da prática dentro do contexto escolar, analisando a questão do corpo na perspectiva do sujeito diagnosticado com TDAH, com predominância na hiperatividade/ impulsividade, e quais as possíveis propostas aplicadas em sala de aula que trariam resultados aos conflitos de comportamento presenciados.

Palavras-chave

Psicopedagogia, Corporeidade, TDAH.

O CORPO E A CRIANÇA COM TDAH: DEFINIÇÕES, PROPOSTAS E DESAFIOS

Carolina Alvim Scarabucci de Oliveira – PPGED/GEPPE/UFU
carolinascarabucci@gmail.com

O ser humano, durante toda a sua vida, desenvolve meios de comunicação com o mundo ao mesmo tempo em que interage com ele. São comunicações que passam dos gestos à palavra em poucos anos e que vão sendo mescladas a cada nova experiência de vida. Contudo, com o início da vida escolar, padrões são estabelecidos e posturas corporais são exigidas e enrijecidas para uma disciplina baseada no autoritarismo, na passividade e na reprodução contínua. Segundo João Batista Freire (1989 *apud* FIGUEIREDO, 2009) temos que:

(...)a criança - especialista em brincar - cria atividades e se organiza em suas atividades corporais; porém, ao chegar à escola, é impedida de assumir sua corporeidade anterior. E mais: ela passa a ser violentada, através das longas horas que fica imobilizada na sala de aula. Isto vai contra o processo de vida, de experiências e de desenvolvimento até então vivido. Entendemos como o autor, que fica extremamente difícil falar em educação quando o corpo está ausente, ou pior, quando é considerado um intruso, que deve permanecer quieto para não atrapalhar. (FIGUEIREDO, 2009. p.15)

Mais ainda:

Durante o ato de imaginar, nada se interpõe à fantasia infantil mas, durante a ação corporal que o acompanha, verifica-se uma busca de ajustamento ao mundo exterior, uma espécie de acomodação, para usar um termo piagetiano. (FREIRE, 2009.p.39)

Dentro das práticas pedagógicas realizadas comumente, que não significam ser as mais adequadas, o corpo é silenciado e a hierarquia de sala é verificada conforme os métodos tradicionais de ensino: o aluno responde aquilo que o professor quer, não questiona, não estabelece diálogo crítico, criando uma *linha de produção* de crianças não reflexivas onde o saber vai sendo moldado como algo além ou fora da realidade. Aquele ser, amplamente capaz, completo e íntegro, por ser facilmente subjugado, tem sua espontaneidade inata rapidamente destruída.

Como reflexo a essas ações,

para enfrentar essas forças, a criança cria tensões para bloquear seu medo e dor, e para amortecer os impulsos que a levam a esses sentimentos. Sob tensão, a

sensibilidade diminui. Com suas necessidades não atendidas, a criança compensa e busca caminhos indiretos para sua satisfação. (KURTZ, 1989.p.28)

Esse ciclo de compensações criam o que Kurtz (1989) nomeia como “bloqueios”, que é tudo aquilo que impede a energia fluir no corpo do ser humano, mantendo a harmonia e funcionamento entre o mental, o sensitivo e o emocional. E a consequência direta durante os anos de vida deste indivíduo é o que chamamos contemporaneamente de doenças psicossomáticas, onde reflexos de ordem emocional agem nos padrões orgânicos do corpo, transformando-os em doenças físicas. Quando também em todo o processo de aprendizagem que se configura na harmonia do cognitivo, afetivo-social e motor.

Alessandrini (1996) complementa essa linha de pensamento quando diz que “os processos de aprendizagem são vividos no nível corporal do aprendiz”(ALESSANDRINI, 1996. p.18) e que esse mesmo corpo é capaz de estabelecer as mudanças necessárias ao indivíduo para que possa facilitar a possibilidade de aprendizagem do mesmo.

O silêncio do corpo não é visto somente na escola. Figueiredo (2009) cita também que a família dissemina mistérios e tabus, orientada por uma sociedade (ainda) conservadora, tradicional, machista e patriarcal, neste corpo velado, cheio de proibições, onde não se fala, não se toca, e não se questiona a respeito destes tolhimentos. E toda contestação é considerada subversão, oposição feminista ou imoralidade.

Em suma, temos que as “regras” estabelecidas em padrões comportamentais aceitos dentro da sociedade e de suas instituições, constroem uma incorporação conceitual imposta de um corpo instrumental funcional que serve para “sustentar” e/ou abrigar e ao qual deve ser zelado pela saúde e pelo próprio bem do ser.

Historicamente este corpo passou por várias significações conceituais: Descartes separa corpo de espírito e valoriza o pensamento; Merleu Ponty unifica o corpo e valoriza o ser antes do pensar; Marx sobrepõe o corpo como ícone de venda para o sistema industrial em forma de trabalho; e com essa ideia de corpo capitalista, as instituições em geral são moldadas, pois são frutos deste mesmo sistema. Não deixando de fora a instituição escolar.

Alves (1987 *apud* FIGUEIREDO, 2009) traz que na educação do corpo os sentidos eróticos são esquecidos transformando-o em objeto de posse, onde a sociedade utiliza-o na principal preocupação do homem (trabalho).

A escola utiliza-se de uma variedade de situações em seu cotidiano para fazer tal educação. Podem-se notar, através dos programas, conteúdos, dos horários, dos deslocamentos em filas, uma infinidade de modelos de ações que devem ser seguidos e cumpridos por todos. (...) Foucault (1984) e Guimarães (1985)

afirmam que um dos objetivos da escola é controlar o corpo, através de atitudes de submissão e docilidade que ocorrem nos exercícios que esquadriham o tempo, o espaço, os movimentos, gestos e atitudes dos alunos. As ocupações ocorrem de maneira determinada, por meio de ritmos coletivos e obrigatórios: aquisição dos mesmos conhecimentos, os mesmos tipos de provas e exames. O professor, que possui um poder aparente nas decisões, exerce na sala de aula um poder concreto ao nível do corpo dos alunos. Ao determinar que eles executem as ações definidas por ele, influencia também na criação de um homem disciplinado, cumpridor de ordens que, ao chegar ao sistema de produção, como trabalhador, possa cumprir o que este lhe reserva: produção com o máximo rendimento, de preferência sem interrogações. (FIGUEIREDO, 2009. P. 24)

Apesar de todas essas inquietações até agora abordadas, seguiremos a idéia de corpo estabelecida por Merleau Ponty, que aponta que o corpo não é mero objeto orgânico no mundo, mas sim um corpo vivido, que estão em constante interação e que através dele aprendemos as nossas percepções do mundo que vivemos.

O corpo, para Merleau Ponty, é o “meu ponto de vista sobre o mundo”, fonte de sentido das coisas no mundo, cria significações, é o lugar em que a existência assume certa situação, tendo em vista as tarefas que visa realizar, que fornecem sentido para a atitude corporal. (MARTINI, 2006. P.34)

Enquanto o indivíduo se estabelece como corpo, conforme explicita Merleau Ponty, o mesmo se insere em todas as possibilidades que são propiciadas no mundo, fazendo com que as experiências criem novas sensações que partem do corpo e para o corpo. Esse ato perceptivo gera, instantaneamente, o início do processo de significações advindas e projetadas no/para o mundo em que pertencemos. Neste sentido, o corpo é aqui e agora – mostrando intrínseco a esse pensamento suas bases fenomenológicas, iniciadas nas teorias Husserlianas – onde a experiência de significação e intencionalidade do indivíduo são projetadas no presente, sendo modificadas conforme ele transcende o conceito/ idéia. Ou seja, a percepção de mundo é agora um, mas será modificada a partir das experimentações vividas pelo sujeito interativamente, desenvolvendo as significações e entendimento de mundo conforme as ampliamos e as reflexionamos.

Compartilhando da mesma ideia de corpo atuante e complementando-o como corpo político, temos, segundo LATOUR (2002, *apud* GOIA, 2007), que “há uma epistemologia política para o corpo, que se afeta e muda suas relações constantemente, gerando imprevisibilidades e alternativas” (GOIA, 2007. p.23) em uma relação constante com o mundo.

Nestes dois conceitos ampliamos a compreensão do corpo para além daquele que realiza gestos e movimentos para a conservação da vida, mas sim aquele que se manifesta

dando sentido a significados antes não experienciados e aquém aos sentidos puramente biológicos.

Compreende-se então que a relação do corpo com o mundo, a aprendizagem e as significações construídas neste ínterim são determinantes para a assimilação de sua própria personalidade e do outro/corpo em uma concepção global e íntegra.

Será através deste conceito de *corpo atuante*, corpo gerador de significados, corpo significador das experiências e de corpo existente no aqui e agora que iremos dialogar com o universo do contexto escolar, direcionado às crianças com TDAH, com predominância na hiperatividade/ impulsividade, e de que forma esse corpo poderá contribuir para um processo educacional quando valorizado e compreendido para além da patologização do indivíduo.

1. TDAH: compreendendo o transtorno

Infelizmente os conceitos propagados sobre a criança diagnosticada com TDAH e o TDAH em si são bem distorcidos: pouco se conhece de fato dele e menos ainda das implicações direcionadas à criança no contexto escolar¹. Crianças agitadas, mal-educadas, sem limites vêm sendo apontadas como hiperativas/impulsivas por um excesso de mal diagnósticos ou, em outros casos, subdiagnosticadas, justificados por problemas sociais quando de fato apresentam o transtorno. Tal ponto dificulta um trabalho efetivo e direcionado que viabilize melhor qualidade nas relações escolares e de vida do indivíduo e banaliza algo muito sério e de repercussões para toda a vida. Para que possamos então iniciar uma análise coerente, é importante compreendermos o que é e de onde veio o TDAH.

O primeiro quadro clínico descrito com características para o déficit de atenção e a hiperatividade foi datado em 1900. Após pesquisas sobre o desenvolvimento motor, sobre as praxias e gnosias, em 1947 “descreveram uma síndrome que caracterizava pelas irregularidades do aprendizado, da função psíquica, do comportamento e da motricidade” (ROTTA, 2013.p.302). Aqui apresentavam a criança que não conseguia controlar seus impulsos quando estimulada, sendo esta instável, desatenta, com desvio a movimentações internas ou externas da classe, assim como crianças lentas, torpes e que também apresentavam tal comportamento.

¹ Aqui abordaremos apenas o contexto escolar, não ampliando para a perspectiva familiar por tempo e enfoque, pois o tema requer profundidade e ampliação teórica, inoportunas para esse momento. No entanto, é mister saber que a família tem papel crucial em todas as instâncias de trabalho, com a criança e a escola.

Em 1954, denominou-se o nome de Lesão Cerebral Mínima (LCM) para tal síndrome, a qual foi substituída em 1962 para Disfunção Cerebral Mínima (DCM) já que não havia comprovação de lesão cerebral para esses casos. Em 1968, Abercrombie definiu-a como

(...)dificuldades específicas do aprendizado, que muitas vezes se acompanham de um perfil irregular no WISC e/ou nos testes de Bender, em crianças hipercinéticas ou distraídas, torpes. (ROTTA, 2013.p.302)

Em 1937 Bradley traz a experiência da benzedrina como um psicotrópico capaz de amenizar tal comportamento, sendo, somente em 1955, apresentado o metilfenidato que hoje se caracteriza como o principal medicamento para o tratamento de déficit de atenção e hiperatividade.

Na década de 60, mais precisamente em 1966, Clements traz a nomenclatura “déficit de atenção”, e em 1979 a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica o transtorno com as características focadas em um grave índice desatencional.

No ano de 1980 a 3ª edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) nomeia o transtorno de *Desordem do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade*, sendo revisado em 1987, e em 1994 sendo mais esclarecido e valorizado, além da atenção e da hiperatividade, a impulsividade.

Vê-se então que os estudos acerca do TDAH não são tão recentes como levam a acreditar a maior parte das pessoas que ainda afirmam ser uma moda da época ou um mito criado pelas farmacêuticas. O que se deu foi um melhor processo de diagnóstico e uma progressa nomenclatura, adequada às inúmeras pesquisas na área. Certa da veracidade, temos então que, conceitualmente o TDAH é caracterizado como um problema de saúde mental, com a presença de desatenção, agitação e/ou impulsividade, sendo cada caso um caso específico. Tais aspectos podem desencadear dificuldades emocionais, de relacionamento interpessoal, assim como um baixo rendimento escolar, apresentando ou não os transtornos de leitura, escrita e/ou matemática (DSM-V, 2013). As repercussões sintomáticas são evidentes devido a uma falha no setor inibitório cerebral, e mais comumente na parte do lóbulo frontal, responsável pelas áreas de organização e planejamento.

Para ser considerada evidência de sintoma do comportamento desatento/hiperativo, segundo a DSM-V (2013), o mesmo deve apresentar-se incidente há pelo menos seis meses e no mínimo em dois ou mais ambientes diferentes em que este indivíduo esteja inserido (geralmente são analisados família, escola e clínica). São aplicados questionários

investigativos (SNAP IV² para crianças e ASRS18³ para jovens e adultos) que podem caracterizar quando o comportamento é mais desatento ou hiperativo, ou se ambos estão na mesma frequência.

Os sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade são descritos no Quadro 1.

DESATENÇÃO	HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE⁴
Geralmente não consegue dar atenção focada a detalhes ou erra por descuido em tarefas da escola, trabalhos ou outras atividades	É inquieto com mãos e pés e não fica parado enquanto sentado
Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de jogos	Não consegue permanecer sentado em sala ou em atividades que requerem este comportamento
Frequentemente parece não escutar quando comunica-se diretamente ao indivíduo	Está sempre correndo ou escalando as coisas em locais considerados impróprios
Não acompanha instruções e falha em terminar trabalhos, atividades ou responsabilidades no local de trabalho	Geralmente tem dificuldade em jogos ou em atividades de lazer mais quietas
Possui muita dificuldade de organizar tarefas, materiais e atividades diárias	Estão sempre correndo ou ‘a mil por hora’
Evita, não gosta ou é relutante em realizar atividades que requerem esforço mental continuado	Fala excessivamente
Perde materiais necessários para a realização de tarefas ou atividades	Dá a resposta antes mesmo de o questionamento ser finalizado
Se distrai facilmente com estímulos externos	Tem dificuldade em esperar a sua vez
Comumente esquece os compromissos do dia	Interrompe ou se intromete constantemente

Quadro 1 - Características do comportamento desatento e hiperativo/impulsivo.

Os sintomas não aparecem todos ao mesmo tempo ou todas as vezes em que o indivíduo é analisado. São necessários pelo menos seis dos nove sintomas descritos, que se apresentem com frequência, em no mínimo dois ambientes, para que possa se configurar um diagnóstico de TDAH (DSM V, 2013).

² Site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção – Diagnóstico em Crianças. Fonte: <http://www.tdah.org.br/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=13&Itemid=118&lang=br>. Acesso em: 28 de Março de 2011.

³ Site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção – Diagnóstico em Adultos. Fonte: <<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-adultos.html>>. Acesso em: 28 de Março de 2011.

⁴ Os três últimos sintomas se referem ao quesito da impulsividade.

O TDAH é um transtorno de ordem genética, sendo frequente a detecção em parentes mais próximos. É importante, contudo, lembrar que além do fator genético, o TDAH pode apresentar-se em indivíduos que sofreram lesões ou disfunções cerebrais de qualquer origem. Geralmente era possível diagnosticar o transtorno em crianças a partir de 6 - 7 anos de idade, pois é nesta faixa etária que se inicia a escolarização: isso acontece, pois são exigidas certas habilidades necessárias para o desenvolvimento da aprendizagem, principalmente no quesito da conduta em sala de aula. No entanto, a DSM-V traz uma mudança nessa faixa etária, ampliando para 12 anos:

O TDAH começa na infância. A exigência de vários sintomas estarem presentes antes da idade de 12 anos transmite a importância de uma apresentação clínica substancial durante o desenvolvimento da criança. Ao mesmo tempo, uma idade mais precoce de início não é especificado por causa das dificuldades em estabelecer um início preciso na infância retrospectivamente. A média de prevalência dos sintomas da infância tende a ser pouco confiáveis, e é benéfica para a obtenção de informação auxiliar. (DSMV, 2013.p. 102)

Elucidam Rodheet *al.* (2000) que como uma atividade mais intensa é característica de pré-escolares, o diagnóstico de TDAH deve ser feito com muita cautela antes dos seis anos de vida, não dizendo, no entanto, que isso não possa ocorrer. Por isso, o conhecimento de desenvolvimento normal de crianças é fundamental para a avaliação de psicopatologias nesta faixa etária.

Com a nova formatação trazida pela DSM-V, há ainda o que tratamos como remissão parcial, onde a configuração diagnóstica pode alterar de hiperativo para desatento, ou vice versa, com o passar dos anos. Ou seja, o acompanhamento contínuo auxilia nas fases de desenvolvimento do ser, e compreender a etiologia faz com que essas fases sejam amenizadas. Porque o TDAH não tem cura. Os sintomas são amenizados com os tratamentos multidisciplinares e vão perdurar de formas variadas por toda a vida.

A presença dos sintomas de TDAH pode ocasionar repercussão na vida escolar dos indivíduos acometidos. A falta de atenção ou a hiperatividade/impulsividade podem gerar condutas inapropriadas, nem sempre favoráveis para que se possa reter, coordenar, assimilar e acomodar a informação necessária para o aprendizado pleno. O correto diagnóstico e tratamento poderão reduzir o impacto da doença na vida do indivíduo e possibilitar melhor inserção social e satisfação pessoal na vida adulta. Esses resultados são ampliados dentro do ambiente escolar, na sua relação com o processo de aprendizagem, assim como na forma que olhamos para essa criança e compreendemos sua ação corporal dentro de sala de aula.

2. O corpo da criança com TDAH e o foco da escola: uma mudança de paradigmas

Compreendendo então como se dá o transtorno, ampliaremos o olhar à criança portadora do transtorno, seu corpo e as ações dentro do ambiente escolar.

Vamos levar em consideração os sintomas apresentados no Quadro 1 acima para hiperatividade/ impulsividade:

- É inquieto com mãos e pés e não fica parado enquanto sentado.
- Não consegue permanecer sentado em sala ou em atividades que requerem este comportamento.
- Está sempre correndo ou escalando as coisas em locais considerados impróprios.
- Geralmente tem dificuldade em jogos ou em atividades de lazer mais quietas.
- Estão sempre correndo ou ‘a mil por hora’.
- Fala excessivamente.
- Dá a resposta antes mesmo de o questionamento ser finalizado.
- Tem dificuldade em esperar a sua vez.
- Interrompe ou se intromete constantemente.

Pode-se concluir então que esse corpo apresentado é de uma dinâmica não coordenada, pensada e antecipada nas ações, sabendo que, dentro das inabilidades possíveis às crianças diagnosticadas hiperativas/ impulsivas, a capacidade de manter-se retida por tempos mais longos, as questões relativas ao agir e portar-se em sala de aula faz tornar-se um complicador no olhar do profissional que acredita que lugar de criança é na cadeira, sentado, quieto, fazendo atividades mandadas. Mas assim como também citado anteriormente, tal castração retira do corpo todo o potencial – tanto da criança com TDAH quanto da criança sem o transtorno – que é intato a ela e que vem de uma curiosidade natural, importantíssima no processo de aprendizagem de qualquer indivíduo. Sendo assim, seria uma incoerência achar que esse agir tolhido de fato ocorresse ou gerasse aprendizagem significativa.

Fora tais características, há a questão da intencionalidade: há de fato muita “malandragem” em casos de crianças e famílias que usam do diagnóstico como “muletas” para uma visão permissiva e de “dó ou pena”. Mas em grande parte a ação desgovernada, não organizada e não planejada passa longe de uma questão indisciplinar puramente. Levando em conta que há uma falha no sistema inibitório dessas crianças, causada em geral por uma baixa nos níveis de neurotransmissores responsáveis pela ação contida, é compreensível verificar uma constante nas falas entre “eu não sei porque eu fiz isso” ou “é que eu não consigo parar. Na hora que vi, já fiz”. Faz porque não dá conta de se conter, de forma orgânica, para além de

querer fazer ou não. É, neste caso, maior que a vontade. E junto com as ações de repreensão duramente aplicadas – de professores a exclusão dos próprios colegas de sala – vem o estigma do aluno que “não tem saída”, “preguiçoso” e “custoso”, quando não veem nomenclaturas piores. O reforço negativo é reafirmado diariamente, junto com consequências nas relações consigo mesmo e com a aprendizagem que podem ser difíceis de serem revertidas. E educação vai ser sempre sinônimo de tortura, tolhimento.

Entender que às vezes o ato vai se repetir e que as consignas e os acordos serão orientados diariamente para se estabelecer o hábito e a rotina – tanto no ambiente escolar, quanto familiar, o que favorece em muito a mudança comportamental – é o primeiro passo para compreender o corpo e a ação deste ser. E a mudança comportamental parte também de uma mudança de olhares para o aluno.

Parte da solução está justamente no entendimento do eu-aluno, de habilidades que promulgam a compreensão e criação dos esquemas corporais⁵ das crianças, tão importante quanto o ato do aprender, mesmo porque um depende do outro. Assim que as saídas estratégicas devem ser construídas: há de se pensar nas aptidões anteriores que deverão ser trabalhadas para uma boa repercussão no ambiente e serão através destas aptidões que todo o trabalho interventivo deverá ser orientado. Assim a ação focará no potencial e não na dificuldade em si. O aprendizado motor exigirá a equilibrção da interiorização dos esquemas corporais, para a liberação do braço, o posicionamento manual, e toda a tonicidade muscular necessária à praxia da aprendizagem. Como então esquecer o corpo e não o valorizar, se é com ele que desenvolvemos gradativamente tudo aquilo que a criança necessita para que a ação seja iniciada? Como prendê-lo dentro de rígidas posturas se a prática precisa de um corpo desenvolvido e móbil? Chega a ser ambíguo toda a prática pedagógica que proclame uma rigidez quase que (?) autoritária e ditatorial. No mínimo incoerente com a verborragia que escutamos.

Entender então essa dualidade do “corpo não coerente ao local” e “qual o corpo de fato coerente ao local” vai perpassar, além da valorização do corpo, entender que o corpo-indivíduo *está assim e não é assim*, portanto é possível ações que foquem no discente para que haja de fato resultados contextualizados e coerentes a ambos (fenomenologia), e que aprendizado vai valer para professorado e alunado de forma conjunta.

Para isso, há a necessidade de fazer chegar ao profissional as informações adequadas, assim como o suporte para as práticas cabíveis. No entanto, além das dificuldades dos

⁵ “A estruturação do esquema corporal corresponde precisamente a estreita relação dos dados sensoriais resultados na fusão da imagem visual e da imagem cinestésica do corpo.” (LE BOUCH, 1987. P.16)

professores em coordenar todas as ações no ambiente da classe e ainda sim ter uma ação voltada especificamente para uma criança com necessidades mais aprofundadas, há uma lacuna entre formação e prática, e uma realidade quantitativa de alunos inapropriada em sala de aula. O que resulta em exclusão do ambiente como castigo e solução para retomar a ordem do grupo, aumentando ainda mais o sintoma da dificuldade. Como bem diz CASTRO e NASCIMENTO (2009) “no estresse do dia a dia, mandar o bagunceiro para o corredor é, sem dúvida, a maneira mais fácil de restabelecer a ordem da sala.” (p.43) Por isso, ampliar os mecanismos de apoio ao professor e aos funcionários da escola de modo geral, orientar a família e o indivíduo pode auxiliar em muito o agir, o avaliar, e o ensinar. Consequentemente favorecendo a todos.

Algumas orientações são trazidas por MUSZKAT (2012) para que possa de fato contribuir para uma boa relação entre indivíduo e escola:

- Explanar como a estrutura interna da escola – tanto na sala, quanto na instituição – ocorre de forma direta e simples, já que tem dificuldade no planejamento e na organização;
- sala com o menor número de alunos possíveis;
- organizações dinâmicas e flexíveis, para facilitar o processo de ensino-aprendizagem e a participação ativa de todos;
- sala com menos estímulo visual possível, levando em conta que regras e contratos didáticos devam estar visíveis a todos;
- o aluno com TDAH deve sentar-se próximo ao professor e em meio de colegas tranquilos e que possam ajuda-lo, longe de portas e janelas que possam provocar a distração;
- devem ser ajudados a organizar o material e o trabalho;
- devem ter a rotina diária clara com períodos acordados de descanso;
- todas as regras, expectativas, instruções e orientações devem ser transmitidas de forma direta, clara e curta;
- estabelecer consequências razoáveis e realistas para o não cumprimento de tarefas e regras combinadas.

Compreender o movimento da criança, modificar o olhar a esse corpo-ativo-atuante (reforço positivo?), pensar com empatia em estratégias fazem com que todas as sequelas anteriores – escolares ou na qualidade de vida - sejam amenizadas. Dá-se a autonomia responsável e auxilia nos processos de conhecer o conhecimento e a si mesmo.

3. Considerações Finais

As crianças passam de seis a oito horas por dia, cinco dias por semana, na sala de aula ou em outros ambientes da escola durante todo um ano escolar. Esses ambientes exigem que elas sigam regras, interajam apropriadamente com outras crianças e adultos, participem de atividades de instrução dirigidas por adultos, aprendam o que é ensinado e não perturbem a aprendizagem e as atividades de outros. Para os professores, transmitir o conhecimento e as habilidades que perfazem o currículo escolar e ensinar as crianças a se comportarem de modo coerente com as expectativas organizacionais, sociais e culturais são tarefas bastante difíceis. No entanto não são impossíveis. Apresentar e discutir soluções e estratégias de apoio para promover a aprendizagem através e além do corpo, assim como o comportamento pró social das crianças diagnosticadas com TDAH é possível, necessária e aplicável por todos os envolvidos – escola, família e sujeito. Basta olhar para esse ser, considera-lo em sua totalidade, entender seu movimento e validá-lo. E conseqüentemente estaremos dando as asas que há muito vem-se lutando. E isso é libertador. Isso é educar. Isso sim é ensinar.

REFERÊNCIAS

- ALESSANDRINI, C. D. **Oficina criativa e psicopedagogia**. SP: Casa do Psicólogo, 1996.
- ALVIM, M. B. **A poética da experiência: Gestalt-terapia, fenomenologia e arte**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.
- FIGUEIREDO, M. X .B. **A corporeidade na escola: brincadeiras, jogos e desenhos**. Pelotas: UFPel, 2009. 6ªed.
- FREIRE, J.B. **Educação de corpo inteiro: teoria e prática da educação física**. SP: Scipione, 2009.
- GOIA, J. Memórias de um corpo esquecido. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 19 - n. 1, p. 101-110, Jan./Jun. 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v19n1/08.pdf> >. Acesso em 25 jul. 2011.
- KURTZ, R. **O corpo revela: um guia para a leitura corporal**. São Paulo: Summus, 1989.

LE BOUCH, J. **Educação psicomotora: psicocinética na idade escolar**. Porto Alegre: Artmed, 1987.

LIBÂNEO, J.C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. SP: Loyola, 1985.

MARTINI, O. A. **MerleauPonty: corpo e linguagem: a fala como modalidade de expressão**. 2006. 143f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2006.

MUSZKAT, M. **TDAH e Interdisciplinariedade: intervenção e reabilitação**. SP: All Print Editora, 2012.

PEIXOTO JÚNIOR, C.A. Sobre a importância do corpo para a continuidade do ser. **Revista Mal-Estar Subj.**, Dez 2008, vol.8, no. 4, p.927-958. Disponível em < http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000400005. >. Acesso em 24 jul. 2011.

ROTTA, N.T. et. al. **Transtornos da aprendizagem. Abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

TAVARES, J. C. Apresentação. **Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia**. Niterói, v.il., n.24, p.13-19, Jan./Jun. 2008.

VIEIRA, M. G. e FURLAN, R. Algumas considerações sobre psicopatologia na filosofia de Merleau-Ponty. **Ágora** (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jul. 2011.