

ELAINE CRISTINA ALVES LUZ

UTILIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES PSICOPEDAGÓGICAS COM CRIANÇAS
PORTADORAS DE TDA/H.

SÃO PAULO

2008

ELAINE CRISTINA ALVES LUZ

UTILIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES PSICOPEDAGÓGICAS COM CRIANÇAS
PORTADORAS DE TDA/H.

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina de Metodologia Científica como parte das exigências para aprovação no curso de Psicopedagogia Clínica e Institucional, sob orientação da Profª MS. Flávia Lima.

UNISA – UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
SÃO PAULO
2008

Dedicatória

Ao TDA/H que inspirou a elaboração desse trabalho e que me ensinou, na prática, o que é conviver com um hiperativo: Erivaldo Ribeiro (meu esposo).

Ao meu único filho, pela paciência e compreensão de minha ausência (necessária) em determinados momentos de sua vida.

Amo vocês, homens de minha vida!

Resumo

Falaremos sobre a Hiperatividade e a clínica psicopedagógica. A escolha deste tema deu-se por questões pessoais e nossa experiência enquanto Psicóloga clínica e pós-graduanda em Psicopedagogia, atuando junto a crianças que traziam o diagnóstico de Hiperatividade e, muitas vezes, também, Déficit de Atenção. Tivemos por objetivos definir o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e refletir sobre uma possível atuação psicopedagógica nestes casos. A metodologia utilizada foi pesquisa bibliográfica pertinente ao assunto escolhido. Concluímos que uma intervenção psicopedagógica através de jogos pode mostrar-se eficiente nestes casos de Hiperatividade e Déficit de Atenção.

Palavras-chaves: Hiperatividade, Psicopedagogia, Terapia Comportamental, Jogos.

Sumário

Introdução	6
Capítulo I	
1.Terapia Comportamental e Terapia Cognitiva Comportamental.....	8
Capítulo II	
2.Entendendo o Transtorno de Déficit de Atenção.....	13
2.1. Causas.....	15
2.1.1. Hereditariedade versus Aprendizado.....	15
2.1.2 O TDA/H e o cérebro.....	16
2.1.3 O TDA/H e a Má-Criação dos Filhos.....	17
2.2. Diagnóstico.....	17
2.3. Tratamento.....	19
Capítulo III	
3.A Clínica Psicopedagógica e o Jogo: possível intervenção com TDA/H.....	22
3.1. A importância do Brincar.....	24
3.2 Analisando o Tangran.....	28
3.2.1. Explorando as peças.....	31
3.2.2. Construção de quadrados.....	32
3.2.3. Construção de peças com papel.....	32
3.2.4. Resolução de situações-problema.....	37
3.2.5. Implicações.....	41
Conclusão	44
Bibliografia	46

Introdução

Este trabalho fala de um tema atual: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H). A justificativa pelo tema deu-se pela necessidade pessoal e profissional de conhecer e entender TDA/H e suas implicações no cotidiano de uma criança.

Teremos como base a Terapia Comportamental de Skinner (1904-1990) que entende serem os problemas e os sintomas frutos de uma aprendizagem inadequada. O trabalho realizado a partir desta aprendizagem baseia-se na reeducação sistemática do indivíduo permitindo-lhe (re) construir esquemas comportamentais mais funcionais, através de condicionamento por dissensibilização do sintoma e com estratégias de reforço que visam à repetição dos comportamentos adequados.

Esta abordagem considera que comportamento humano é produto do meio e reativo a ele, ou seja, o ambiente que molda o indivíduo através da seqüência estímulo-resposta, de forma que o comportamento nada mais é do que resultado da aprendizagem.

Além disso, utilizaremos o embasamento teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental que considera que os problemas e os sintomas são frutos de uma aprendizagem inadequada, considerando o mundo subjetivo do indivíduo e seus processos cognitivos.

Assim, a hiperatividade é um sintoma. Trata-se de um desvio comportamental caracterizado pela agitação, desatenção, excesso de atividade, impulsividade e baixa tolerância à frustração. Fatores estes que impedem a criança manter qualidade em cada tarefa a ser realizada afetando, desta forma, a integração da criança com todo seu mundo: em casa, na escola, e na comunidade em geral (Topczewski, 1999).

Nossa questão pode ser apresentada da seguinte forma: Como a psicopedagogia pode colaborar no trabalho com uma criança que apresente o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade?

Em relação ao sintoma de hiperatividade apresentado pela criança sustentamos a hipótese de que o uso de estratégias que envolvam jogos no acompanhamento psicopedagógico poderá promover o desenvolvimento da

concentração e atenção, além da diminuição dos efeitos negativos que o sintoma exerce sobre o cotidiano desta criança.

Para realização deste trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a definição de hiperatividade, suas causas, incidências, conseqüências e tratamento. Utilizaremos Macedo (2005; 2005) para elaboração de uma proposta de intervenção psicopedagógica baseada na utilização de jogos.

No capítulo I, definiremos Terapia Comportamental baseados em Skinner e seus pressupostos que nos darão subsídios para o desenvolvimento de intervenções psicopedagógicas. Assim como citaremos a Teoria Cognitivo-Comportamental baseado em Bandura e Rotter, considerados neo-behavioristas.

No capítulo II discutiremos a Hiperatividade num sentido amplo, através de bibliográfica baseada em Phelan (2005) que discute o tema através de uma conotação pessoal e familiar bem como se valendo de sua experiência clínica e embasamento científico.

No capítulo III, analisaremos o uso de jogos no espaço psicopedagógico, em especial, com quadros de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Por fim, buscaremos responder nossa questão, confirmando ou não nossa hipótese inicial.

Capítulo I

1. Terapia Comportamental e Terapia Cognitiva Comportamental

O Behaviorismo nasceu da necessidade de alguns psicólogos em buscar uma psicologia fomentada em bases científicas que obedecessem a dois princípios metodológicos: a observação e a experimentação. E foi, em 1913, com John B. Watson (1878-1958) que se iniciou o estudo com seres humanos. As afirmações de Watson geraram grandes repercussões para a psicologia. “Ele era veemente na sua afirmação de que a psicologia não deveria ser uma ciência da mente, mas sim uma ciência do comportamento (NYE, 2002, p.52).

O Behaviorismo não utiliza qualquer termo ou conceito mentalista, ou seja, a existência do processo inconsciente bem como de abordagens subjetivas.

Watson buscava “uma psicologia científica que lidasse, exclusivamente, com os atos comportamentais observáveis e passíveis de descrição objetiva, por exemplo, em termos de “estímulo” e “resposta” (Schultz, 2005, p.228).

Metodologicamente, Watson postulava um trabalho baseado na objetividade das ações, propondo-se a mensurar objetivamente o comportamento, pois este é publicamente observável, ao contrário, dos processos cognitivos entendidos como privados. A partir do que prega a abordagem proposta por Watson podemos entender que o indivíduo nasceria como uma tabula rasa e seu comportamento seria passível de ser moldado de acordo com o ambiente em que estaria inserido. Com essas afirmações extremistas, Watson passa a ser considerado um ambientalista extremo

O movimento Behaviorista proposto por Watson teve suas idéias influenciadas por explicações mecanicistas de Descartes sobre o funcionamento do corpo humano que remetiam a uma ciência mais objetiva. Segundo Rolnik (1995), no modelo mecanicista, não há lugar para a instabilidade: o mundo, assim como os corpos que o constituem, funciona como um relógio, sempre iguais a si mesmos. Ordem e equilíbrio são sinônimos.

Ainda pensando-se no objetivismo científico, encontramos outra figura ainda mais importante: o filósofo francês Auguste Comte (1798-1857) iniciador principal do positivismo, ou seja, do fato diretamente observável. “De acordo com Comte, o único conhecimento válido é o de natureza social e observável de forma objetiva. Esses

critérios eliminavam a introspecção, já que ela depende da consciência individual particular e não é passível de estudo objetivo” (SCHULTZ, 2005, p.228).

Essa visão objetivista, mecanicista e materialista deu origem a um novo tipo de psicologia que excluía a consciência, a mente ou a alma que considerava atos visível, audível e palpável, resultando em uma teoria do comportamento que enxergava o ser humano como uma máquina.

Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) pode ser considerado como inovador em relação à teoria proposta por Watson. Apesar de compartilhar com algumas de suas idéias em relação a sua abordagem behaviorista objetiva, Skinner questionava suas afirmações mais extremas, como: negar as características genéticas do indivíduo, bem como sua tendência a generalizar, sem base em dados reais, o que ajudaram a criar algumas impressões errôneas sobre o Behaviorismo.

Para Schultz (2006), Skinner, em seu livro Sobre o behaviorismo (1974), estabelece o behaviorismo radical moderno de três maneiras:

1º) considera os pensamentos, os sentimentos internos, mas não como uma causa do comportamento;

2º) reconhece a importância da herança genética em determinados aspectos do comportamento;

3º) leva em consideração o auto conhecimento e a criatividade, embora não de forma tradicional.

Apesar de considerar que o ser humano é um organismo que pensa e sente Skinner não buscou na psique humana respostas para justificar a emissão do comportamento, bem como negou a necessidade de estudar estados da mente ou motivos internos como determinantes de atos humanos. A teoria descritiva de Skinner foi chamada de abordagem do “organismo vazio”, ou seja, o organismo humano seria controlado e operado pelas forças do ambiente e não pelas forças internas (SCHULTZ, 2005, p.294).

Skinner, também, era determinista não havendo espaço em sua teoria para o livre-arbítrio, assim o homem é fruto e manifestação do meio externo em que está inserido. Considerar que os seres humanos são capazes de uma escolha seria negar sua imposição básica de que o comportamento é controlado pelo ambiente e os genes.

O Behaviorismo de Skinner buscava o estudo de respostas. Sua preocupação estava em descrever e não em explicar o comportamento.

Em suas pesquisas Skinner não considerava necessário usar grande quantidade de indivíduo ou realizar comparações estatísticas entre as respostas médias dos grupos pesquisados. O seu método consistia na investigação compreensiva de um único indivíduo.

“[...] Uma ciência é válida ao lidar com um indivíduo somente se as leis forem referentes aos indivíduos. Uma ciência do comportamento que considera apenas o comportamento coletivo não parece válida para compreender um caso particular [...]” (SKINNER, 1953, p.19 apud SCHUTZ, 2006, p.294).

Seu trabalho em laboratório baseou-se na observação de animais que foram estudados sob condições altamente controladas (usando a caixa de Skinner), e que lhe forneceu informações importantes em relação ao comportamento humano e permitiu o entendimento de muitas situações como: ensino, gerenciamento de comportamentos problemáticos, planejamento social, etc.

Segundo Nye (2002, p.96), Skinner, quando abordava temas como o autocontrole, a criatividade, os processos conscientes, impulsos e emoções, havia sempre uma ênfase nas influências ambientais que mantinham todo o controle dos comportamentos envolvidos, os que estavam ocultos ou os que poderiam ser observados.

A abordagem Behaviorista de Skinner na Clínica Psicopedagógica, através da Terapia Comportamental, é de grande valia, pois serve de auxiliar para o tratamento de comportamentos problemáticos através de estratégias que visam a extinção do sintoma e abre a possibilidade de visualizar novas possibilidades de ação e, conseqüentemente, a mudança do comportamento indesejado, transformando-o em aceitável. Porém limita o trabalho, pois não leva em consideração aspectos importantes que estão diretamente ligados ao processo de ensino-aprendizagem, como: pensamento, sentimento e emoção.

O Behaviorismo de Skinner assume uma nova conotação através da abordagem sociobehaviorista proposta por Bandura, Rotter e outros seguidores que questionavam a sua negação dos processos mentais ou cognitivos e propunham em seu lugar uma aprendizagem social, buscando uma reflexão sobre o movimento cognitivo mais amplo na psicologia como um todo (SCHULTZ, 2005, p.305).

A teoria neobehaviorista de Bandura (1925) leva em consideração além da análise comportamento a manifestação do cognitivo no organismo humano.

[...] Respostas comportamentais não são disparadas automaticamente por um estímulo externo, como em uma máquina ou em um robô. Ao contrário, as reações aos estímulos são auto-ativadas, iniciadas pela própria pessoa. Quando um reforço externo altera o comportamento, é porque a pessoa tem consciência da resposta que está sendo reforçada e antecipa a recepção do mesmo reforço ao repetir o comportamento da próxima vez em que a situação ocorre [...]” (SCHULTZ, 2005, p.305).

Para Bandura não é necessário a ocorrência de um reforço para que o indivíduo apresente determinado comportamento. Esse mesmo comportamento pode ser emitido através da aprendizagem por meio do reforço vicário, ou seja, mediante observação tanto do comportamento das outras pessoas como das suas conseqüências. A aprendizagem ocorre não pelo reforço direto, mas por meio de “modelos” que servem como reguladores do comportamento.

A abordagem de Bandura consiste em uma teoria de aprendizagem social, pois busca a formação e a modificação de um padrão de comportamento nas interações sociais. Assim como Skinner, Bandura dirige seu trabalho nos fatores externos (comportamento propriamente dito) e não em alguma consciência interna ou em conflitos inconscientes. Para Bandura o “tratamento do sintoma significa tratar o distúrbio, porque o sintoma e o distúrbio são a mesma coisa” (SCHULTZ, 2005, p.308).

O termo “teoria da aprendizagem social” foi utilizado pela primeira vez por Rotter (1916) que desenvolveu uma forma de Behaviorismo que inclui referências as experiências internas subjetivas.

[...] Acreditava que os indivíduos se percebem como seres conscientes capazes de mudar as próprias vidas, e que o comportamento é determinado pelo estímulo externo e pelo esforço que oferece – no entanto, a influência relativa desses dois fatores é intermediada pelos processos cognitivos [...]” (SCHULTZ, 2005, p.310).

Desse modo, para Rotter os valores e as expectativas subjetivas que consistem em estados cognitivos internos determinam os efeitos das diferentes experiências externas (estímulos e reforços externos diferentes) sobre o indivíduo.

Com base nos neo-behavioristas podemos encontrar uma eficaz resposta na Clínica Psicopedagógica em relação a comportamentos problemáticos e sintomas,

valendo-se da Terapia Cognitivo-Comportamental que os entende como frutos de uma aprendizagem inadequada. O trabalho realizado a partir desta aprendizagem baseia-se na reeducação sistemática do indivíduo permitindo-lhe (re) construir esquemas comportamentais mais funcionais, através de condicionamento por dissensibilização do sintoma com estratégias de reforços que visam à repetição dos comportamentos adequados.

Capítulo II

2. Entendendo o Transtorno de Déficit de Atenção

O Transtorno de Déficit de Atenção tem recebido muitos nomes ao longo dos anos. Alguns autores apontaram o excesso de atividade como o elemento central, enquanto outros destacaram a dificuldade em se concentrar e manter a atenção. Em 1994, o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais, Quarta Edição) lançou o termo “transtorno de déficit de atenção/hiperatividade” em substituição a “distúrbio de déficit de atenção por hiperatividade” (DSM-III-R, 1987), considerando a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade como as condições principais. É válido destacar que o CID-10 (Código Internacional de Doenças) emprega o termo “transtorno hipercinético”, enfatizando mais a agitação psicomotora. Não nega a desatenção, mas justifica que a inclusão de crianças sonhadoras e apáticas nesse quadro introduz diferentes problemas e comportamentos a serem considerados. É importante ressaltar que neste trabalho estaremos embasados em concordância com DSM-IV.

Phelan (2005) cita que, de acordo com o DSM-IV, alguns critérios devem ser cumpridos para que um indivíduo se qualifique como portador de TDA/H. Basicamente, a pessoa precisa apresentar um padrão de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que se encaixe nos seguintes critérios:

1. Persistência: o comportamento tem de persistir por pelo menos seis meses.
2. Início precoce: os sintomas têm de estar presentes (não necessariamente diagnosticados) antes de sete anos de idade.
3. Frequência e gravidade: a desatenção e/ou a hiperatividade-impulsividade devem ter um caráter extraordinário quando comparadas às pessoas da mesma idade.
4. Claras evidências de deficiência: o padrão comportamental do TDA/H precisa causar uma interferência significativa na capacidade funcional da pessoa.
5. Deficiência em um ou mais cenários: os sintomas causam problemas sérios em contextos múltiplos, inclusive na escola (ou trabalho, no caso de adultos), em casa e em situações sociais.

Embasados pela idéia de Pain (1979, p.133), a atenção é um “processo psicológico mediante o qual concentramos nossa atividade psíquica sobre determinado objeto, *a fim de fixar, definir e selecionar as percepções, as representações, os conceitos e elaborar o pensamento*”. Requer uma intencionalidade da consciência, onde a atenção voluntária supõe um esforço mental para orientar a atividade psíquica em direção a um estímulo e mantê-lo dentro do campo perceptivo consciente. Quando a criança mostra interesse em algumas situações ou objetos, faz uso das funções da atenção (discriminar, selecionar, fixar) e confirma que o ato da atenção não é puramente cognitivo, mas depende de fatores motivacionais e afetivos subjacentes que interferem na escolha dos objetos. Todo ato de percepção revela um processo de "atenção seletiva" e "desatenção seletiva". O problema da criança hiperativa, portanto, reside na manutenção da atenção que é responsável pela elaboração do pensamento.

Antony e Ribeiro (2005) citam a desatenção como dificuldade na atenção concentrada, distração (diferentes estímulos ambientais distraem a criança com facilidade) e atenção difusa (presta atenção em muitas coisas ao mesmo tempo), que leva a problemas de memória e pensamento. Muitas vezes, essas crianças são capazes de se concentrarem horas em uma atividade que apreciem e em que são habilidosas (videogame, pintar, desmontar carrinhos) e que prestam atenção em tudo e em todos, mas são incapazes de se concentrar nas aulas e tarefas escolares.

Entendendo-se que atenção, pensamento e memória estão intimamente interligados, segundo as teorias da psiconeurologia, a fraca capacidade em manter a atenção concentrada interfere no processo de organização e elaboração do pensamento que afeta a retenção de dados na memória. Quando pensamos em uma criança hiperativa, entendemos que estas apresentam dificuldades no processamento das informações, na organização e execução do pensamento (escrever e interpretar) e revelam problemas na memória de associação (“tem ótima memória para algumas coisas, mas esquece logo o que foi ensinado”). Podemos pensar que a fraca capacidade em sustentar a atenção deve-se a sua hiperatenção, ligada à rápida percepção ambiental, que acelera o fluxo de suas idéias e, assim, prejudica o processamento de informações e sua posterior assimilação e compreensão. Quanto maior a quantidade de dados de informação e mais complexa a sua natureza, mais difícil organizar a idéias, o que leva a uma falha na memória seqüencial (aquela que associa os dados).

A dificuldade na inibição dos impulsos leva a criança a agir com uma prontidão imediata ("Sinto, logo ajo"), sem medir as conseqüências ou planejar suas ações, mostrando que ela é pouco capaz de interiorizar seus sentimentos e fazer uso do pensamento reflexivo. A impulsividade psicomotora faz com que a criança não obedeça, não cumpra as regras, não respeite as fronteiras com o outro, não espere a sua vez para falar ou agir, não consiga adiar a gratificação de seus desejos, apresente forte reatividade emocional, aparentando ser uma criança imatura e instável emocionalmente.

A hiperatividade como característica marcante distingue a criança por estar em constante movimentação corporal durante a execução de uma tarefa e até quando está sem um fazer. Manifesta uma atividade contínua de balançar os pés ou as pernas, mexer em objetos a sua frente, mudar a postura corporal enquanto está sentada. Aparentemente, não tem domínio sobre seu corpo (é o corpo que a domina), e suas ações parecem involuntárias, manifestando um desencontro entre o sentir e o pensar. Ajuriaguerra e Marcelli (1986) afirmam que a instabilidade motora é a figura psicomotora que se destaca de um fundo desorganizado.

2.1 Causas

Conforme aponta Phelan (2005), perguntas sobre a causa do TDA/H podem ser respondidas de maneiras diferentes e em níveis diferentes:

2.1.1 Hereditariedade versus Aprendizado: TDA/H não é algo que se aprende conforme se cresce. Muitos estudos mostram que, como grupo, os parentes de crianças com TDA/H apresentam uma incidência muito maior de TDA. Em média, a criança em idade escolar, por exemplo, tem cerca de 5% de chance de ser portadora de TDA/H. Se, no entanto, soubermos que determinada criança tem um irmão ou irmã com TDA/H, as chances de também ser portadora do distúrbio podem chegar a 30%. Outro estudo recente revelou que, se um dos pais tem TDA/H, o risco de um dos filhos apresentar o problema fica acima de 50%.

Estudos com crianças adotadas também apontam uma forte tendência de se herdar o TDA/H. Os pais biológicos de uma criança com TDA/H mostram uma prevalência muito maior de TDA/H do que os pais adotivos de uma criança com esse

distúrbio. (É bom deixar claro que os pais não podem “pegar” o TDA/H dos seus filhos).

Outro apoio para a idéia de que o TDA/H tem um forte componente hereditário vem dos estudos de gêmeos. Se um gêmeo monozigótico tem TDA/H as chances de o outro ter são duas em três. Se um gêmeo dizigótico tem TDA/H, no entanto, as chances de que o outro gêmeo também ter são de apenas uma em três.

2.1.2 O TDA/H e o cérebro: Atualmente cada vez mais pessoas estão se referindo ao TDA/H como um distúrbio “neurobiológico”. Isso ocorre porque a cada dia mais pesquisas estão apontando que os problemas de atenção, de controle de impulsos, de nível de atividade e de auto-regulação resultam do funcionamento inadequado de determinadas áreas do cérebro. Uma das áreas do cérebro que parece estar freqüentemente envolvida com o TDA/H e conhecida com “córtex pré-frontal”.

No caso do TDA/H, as partes do cérebro (córtex pré-frontal) que têm um papel preponderante na regulação das atividades da pessoa estão, na verdade, subativas. Essas partes do sistema nervoso central, em outras palavras, precisam ser estimuladas a fim de fazer direito seu trabalho. Deficiências no córtex pré-frontal (e suas conexões com outros centros cerebrais) levam as atividades do TDA/H serem aleatórias, dispersas, desorganizadas, às vezes muito agressivas e com freqüência excessivamente emocionais. A pessoa faz o que sente vontade de fazer no momento. O auto-refreamento e as metas futuras são sacrificados.

Assim, podemos pensar que o TDA/H tem algo a ver com a incapacidade predominantemente herdada das áreas pré-frontais do cérebro de fazer, de maneira correta, seu trabalho de auto-regulação. Ainda assim, a hereditariedade pode não ser a única explicação para todos os casos de portadores de Transtorno de Déficit de Atenção. Estudos também mostraram que o TDA/H pode estar relacionado a riscos biológicos que podem afetar uma criança antes, durante ou depois de seu nascimento. Os fatores de riscos identificáveis incluem: mãe fumante ou que consome álcool, prematuridade e baixo peso no nascimento. Esses riscos podem de alguma forma afetar as áreas pré-frontais do cérebro em desenvolvimento do feto. Lesões cerebrais em crianças e adultos também produziram sintomas bem semelhantes ao TDA/H (algumas vezes referido como “TDA/H secundário”). Sabe-se que esses perigos têm uma contribuição muito menor para o TDA/H do que a

hereditariedade, mas, ao contrário das causas genéticas, são em sua maior parte evitáveis.

2.1.3 O TDA/H e a Má-Criação dos Filhos: As crianças não aprendem a ter TDA. Certamente, é possível causar problemas psicológicos nos filhos em função de má criação, mas o TDA/H não será um deles.

Muitos pais, é claro, culpam a si mesmos pelo comportamento da criança com TDA/H muito antes que qualquer pessoa o faça. É importante lembrar que o TDA/H é basicamente hereditário. E que os demais fatores que também podem causar o TDA/H – ou algo parecido – são riscos biológicos, não má criação.

A má criação, no entanto, pode afetar uma criança com TDA/H de duas maneiras. Primeira, *a má-criação pode agravar o TDA/H*. Uma criação incoerente, os abusos ou uma vida doméstica caótica podem agravar a desatenção, a impulsividade, as agressões, a super-excitação emocional, a hiperatividade e a desorganização. Esse problema torna-se mais complicado porque muitos pais de crianças com TDA/H são adultos com TDA/H e, muitas vezes, é difícil para eles serem razoáveis e coerentes. É por isso que, para que o tratamento da criança com TDA/H seja eficaz, muitas vezes é preciso tratar simultaneamente os pais.

Segunda, a má criação pode contribuir para a co-morbidade. A instabilidade conjugal e a má criação podem “facilitar” a metamorfose do Transtorno de Desafio e Oposição em Transtorno de Conduta, o que, por sua vez, pode resultar na versão adulta do problema conhecido como Transtorno de Personalidade Anti-social. Assim como a ansiedade e a depressão serão no mínimo exarcebadas – se não causadas – por um pai que está constantemente irritado e reprovando a criança ou gritando com ela.

2.2. Diagnóstico

Em relação ao diagnóstico do TDA/H é necessário considerar, assim como propõe Phelan (2005), características que classificam a criança como portadora de TDA do tipo predominante desatento ou TDA com hiperatividade.

Para isso é necessário identificar os sintomas que permeiam o comportamento desta criança. Se as características que dizem respeito aos sintomas de desatenção são combinados aos sintomas da hiperatividade associados aos sinais de impulsividade o diagnóstico é Transtorno de Déficit de Atenção e

Hiperatividade. Essas crianças têm problemas para prestar a atenção e também são excessivamente ativas.

Se uma criança (ou adulto) não é inquieta, nem desordeira, mas também tem problemas para se concentrar em tarefas, manter a atenção e organizar e terminar as coisas, esse tipo de TDA é caracterizado por Transtorno de Déficit de Atenção sem hiperatividade.

O diagnóstico do transtorno de Déficit de Atenção é complexo e solicita uma avaliação ampla e detalhada em relação à história pregressa da criança, bem como dados em relação à história da família, pela natureza hereditária do Transtorno de Déficit de Atenção e, finalmente, a pesquisa em relação a evidências de sintomas de TDA/H ou de TDA/H residual assim como sinais de depressão, abuso de substâncias, ansiedade, sociopatia e psicose que possam dar margem à comorbidades.

Após um minucioso levantamento de dados através de uma entrevista com os pais, inicia-se uma investigação com a criança através de entrevista, observação lúdica e produção gráfica. Além de aplicação de questionários e escalas específicas respondidas pelos pais e professores que são importantes ferramentas auxiliares para o diagnóstico.

É muito importante levar em consideração a presença de distúrbios fisiológicos que possam desencadear sintomas semelhantes ao apresentado pelo portador de TDA/H. Desta forma, uma avaliação médica é de extrema importância para que se possa excluir qualquer possibilidade de outras patologias ou problemas sócio/ambientais causadoras dos sintomas.

Ao término da coleta de dados através de entrevistas com os pais e com a criança e com a avaliação finalizada, é hora de dar a devolutiva de informações e conclusões em relação ao processo diagnóstico.

A entrevista pós diagnóstico deve ser realizada com os pais na intenção de esclarecê-los quanto possíveis dúvidas e passar informações precisas sobre o problema de seu filho, bem como o tratamento a ser seguido. A criança também deve ser informada sobre o que se passa com ela, quais são as prováveis razões do motivo que está ali e os caminhos que se seguirão a partir daquele momento.

A devolutiva é também o momento de preparar pais e criança – e motivá-los – para o plano de tratamento, deixando claro a importância do comprometimento, por parte de todos, em relação ao trabalho a ser realizado daquele momento em diante.

2.3. Tratamento

A primeira parte do tratamento diz respeito à importância dos pais e da criança receberem informações a respeito do transtorno. Precisam ter um bom conhecimento operacional dos sintomas básicos, cursos do desenvolvimento, causas, prognósticos, diagnósticos e tratamentos.

As questões que precisam ser compreendidas envolvem fatos específicos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção, dos sintomas aos possíveis efeitos colaterais de certas medicações e também as razões para as várias intervenções que serão escolhidas juntamente com as crianças.

É de fundamental importância que os pais sejam os primeiros a ter conhecimento de tudo que envolve o TDA/H, para que possam então ajudar a passar as informações aos filhos, à medida que eles se tornem capazes de entendê-las.

Outro fator a se considerar é a necessidade de um trabalho de aconselhamento ou orientação psicológica aos pais da criança portadora de TDA/H, pois os conhecimentos adquiridos sobre o transtorno podem trazer muitas angústias para as pessoas que o recebem. O aconselhamento psicológico cria novas possibilidades de lidar com a criança, bem como auxiliar o ajuste individual dos pais e também ajudar a estabilizar o casamento e a família, proporcionando assim mais apoio e estrutura para a criança com TDA/H.

Phelan (2005) aponta uma abordagem de grande utilidade para o trabalho de aconselhamento com os pais, conhecido como “terapia cognitiva”. Ela se baseia em dois princípios. O primeiro é a idéia de que as emoções de uma pessoa são bastante afetadas pela forma como ela vê as coisas. O segundo é a idéia de que, quando uma pessoa está extremamente perturbada com alguma coisa, é quase sempre verdade que seu raciocínio fica distorcido de alguma maneira. Na terapia cognitiva, a pessoa faz um exame profundo do que pensa do mundo, da vida e dela mesma. No processo, ela tenta tornar seu raciocínio e suas percepções mais realistas. Com a ajuda de um terapeuta, muitos pais são capazes de “repensar” coisas e, por assim dizer, voltar à realidade; em conseqüência, eles podem ir aos poucos treinando para sentir-se bem melhor.

A psicoterapia individual com a criança é indicada não só para fornecer educação continuada a respeito do TDA/H, mas também facilita que o paciente

visualize novas possibilidades de padrão de comportamento, além de buscar maneiras de minimizar o efeito da multiplicidade de comprometimentos nas diferentes áreas de sua vida.

Uma boa opção para o trabalho com pacientes com TDA/H é a Terapia Comportamental que estimula o paciente, adverte quanto às conhecidas áreas mais problemáticas, sinaliza conseqüências de um comportamento impulsivo e discute o comprometimento que ocorre na vida social, conjugal e profissional. No caso de crianças e adolescentes, é necessário um trabalho com programas de orientação e treinamento para pais e professores. Dentro desta abordagem existem propostas muito interessantes de reestruturação do ambiente escolar e doméstico para crianças com TDA/H.

Um ponto que gera polêmica entre os profissionais da área é a administração da terapêutica farmacológica ou não.

Alguns profissionais da área da saúde mental discordam ou abominam o uso da medicação no tratamento de TDA/H alegando que os estimulantes só combatem os sintomas e não operam nenhuma mudança nas causas orgânicas no cérebro; que esse tratamento nada oferece para a vida da criança e que ela não aprende coisa alguma sobre si mesma nem como lidar melhor com seus problemas e, muitas vezes, utilizam-se do psicofármaco como muleta.

Porém, grande parte da literatura adverte para a importância do tratamento farmacológico. A terapêutica farmacológica deve ser tentada na absoluta maioria dos casos onde o diagnóstico é claro e há comprometimento na vida social, profissional ou acadêmica. A farmacoterapia pode não estar indicada nos casos mais leves ou quando não há comprometimento evidente do funcionamento do indivíduo. Segundo alguns autores, há evidências do efeito aditivo de psicoestimulantes, treinamento e orientação de pais e técnicas comportamentais, o que sugere mais eficácia de tratamento combinado.

Vários fármacos já foram estudados no tratamento do TDA, havendo evidências mais sólidas dos psicoestimulantes, como o Metilfenidato (Ritalina). Os psicoestimulantes melhoram não apenas os sintomas de TDA/H (desatenção, impulsividade e hiperatividade), como também aqueles de condições coexistentes (especialmente ansiedade e depressão). Explosões de raiva e comportamento intempestivo também melhoram com metilfenidato. A partir da década de 80, ao contrario do que se podem pensar, estudos comprovam a eficácia dos estimulantes

(efeito paradoxal em crianças) no tratamento TDA/H. A maioria dos estudos apontou para resposta moderada ou ótima em até 80% dos casos.

A administração de remédios pode gerar grande conflito e dúvida para os pais, que se deparam com o dilema de que o tratamento com drogas é assustador. É uma medida, num primeiro momento, desconhecida que ainda não foi tentada por eles. Os pais podem ter sido expostos a informações sobre o tratamento medicamentoso que vão de um extremo a outro.

Um bom caminho, para aliviar a angústia em relação a essa dúvida, é que os pais busquem informações sobre o tratamento medicamentoso que foi recomendado pelo médico para o tratamento do TDA/H, e não informações passadas pela mídia que, muitas vezes, distorcem os fatos com informações imprecisas, sem exatidão, nem precisão científica.

Conforme Topczewski (1999), o paciente não tratado apresenta maiores dificuldades no rendimento escolar, no relacionamento familiar e social, o que podem ser desencadeantes de distúrbios comportamentais importantes determinantes do abandono escolar, desinteresse por atividades intelectualizadas e mudanças no seu hábito de vida e valores. Estes pacientes apresentam um sofrimento psíquico grande, como conseqüente seqüela psicológica. Dependendo de sua classe social, poderão ter uma tendência maior por delinqüência e uso de drogas.

Resumindo, o TDA/H é um problema crônico que com o decorrer do tempo pode deixar conseqüências sociais e emocionais para a criança, prejudicando de modo marcante o desempenho global dela. Sem sombra de dúvidas, é necessário um diagnóstico precoce e em seguida um tratamento multidisciplinar entre médicos (neurologistas e/ou psiquiatras), psicólogos e psicopedagogos realizado de maneira comprometida e abrangente.

Capítulo III

3. A Clínica Psicopedagógica e o Jogo: possível intervenção com TDA/H

Muitos são os motivos que levam uma criança a desencadear dificuldade de aprendizagem: notas baixas, incompreensão por parte do professor, não compreensão da matéria por parte do aluno, o não reconhecimento da importância de ir para a escola para a criança, problemas de saúde que a impedem a aprender, a metodologia utilizada pelo professor inadequada com a sua forma de aprender, dificuldade do professor entender a demanda de cada aluno e assim estabelecer um melhor plano de ação, etc.

As crianças portadoras de TDA/H, geralmente, são inteligentes, porém dispersas; não conseguem se concentrar em tarefas, manter a atenção, organizar e terminar as atividades que começam, seja porque o Déficit de Atenção não permite ou porque são inquietas e impacientes a ponto de não conseguirem manterem-se motivadas para ouvir o que o professor tem a falar, ou ainda, por conta de sua impulsividade em não sabe lidar com as leis e as regras da vida, indispensáveis para o convívio escolar, levando-as a apresentar dificuldade de aprendizagem.

O contexto escolar para essas crianças pode parecer um lugar não acolhedor, frio e perigoso. A criança passa a ver a escola como causadora de sua infelicidade e a de seus pais e por isso começa a detestá-la.

Essa realidade causa na criança um grande sofrimento, pois muitas vezes, não é compreendida em suas limitações, passando a ser depositária de rótulos e estigmas, o que colabora para o massacre para sua auto-estima. Tudo isso não é compreendido pela criança e pode ser visto como um ciclo: criança não aprende devido a um fator concreto (TDA/H), não é compreendida, logo baixa auto-estima que também a impede de aprender. Segundo Bandura:

“[...] As pessoas com baixo grau de auto-eficácia (percepção do indivíduo de sua auto-estima e a competência de lidar com os problemas da vida) sentem-se inúteis, não conseguem lidar com as situações que enfrentam e têm poucas chances de mudá-las. Diante de um problema, tendem a desistir na primeira tentativa frustrada. Não acreditam que sua atitude faça alguma diferença nem que controlam e podem mudar seu próprio destino. [...] Pessoas com elevado grau de auto-eficácia tendem a obter notas altas, analisar mais opções de carreira, a obter maior sucesso profissional, a

estabelecer metas pessoais mais altas e apreciar mais a saúde mental e física do que as com baixa auto-eficácia [...]” (SCHULTZ, 2005, p.307).

Frente a este quadro surge a necessidade de um trabalho realizado por um psicopedagogo na intenção de ajudar a criança portadora de TDA/H a entender e resolver seus problemas na vida escolar. Podemos entender que os pais, muitas vezes, procuram a Clínica Psicopedagógica, pois se encontram no limite em relação ao desempenho escolar de seu filho e as conseqüências que isso tem em suas vidas. Não conseguem entender o que acontece e os motivos que desencadearam essa situação. A escola, também, não encontra respostas e não sabe como agir com essa criança.

Cabe ao psicopedagogo, através de um diagnóstico detalhado, detectar os motivos que estão levando a criança apresentar dificuldade de aprendizagem e encontrar formas da criança, dos pais e da escola a solucionar ou, ao menos, amenizar esse problema.

Após a avaliação diagnóstica, o próximo passo diz respeito à intervenção psicopedagógica. O psicopedagogo, em geral, faz uso de uma série de recursos para auxiliar a criança na compreensão e elaboração das suas dificuldades. Conforme propõe Nadia Bossa (2000), são eles:

- Brincando, pois através do brincar se aprende muita coisa sobre as leis da vida, se desenvolve a criatividade e a capacidade simbólica.
- Jogando, pois assim a criança aprende a lidar com as regras, desenvolve o raciocínio, a atenção e a concentração, aprende a ganhar e a perder.
- Lendo para que a criança possa conhecer e saber muitas coisas sobre a vida.
- Olhando as tarefas e auxiliando nas dúvidas e correções, analisando e entendendo os erros para que a criança os compreenda e não volte a repeti-los.
- Propondo atividades para desenvolver habilidades e competências requeridas no aprendizado escolar.
- Ajudando a encontrar a melhor maneira de estudar, pois a criança irá descobrir o que facilita a sua compreensão e a sua memorização.
- Conversando com os pais para que possam compreender e aceitar as dificuldades, bem como orientando-os sobre a melhor maneira de ajudá-la.

- Pedindo ajuda para outros profissionais, se a criança estiver com algum problema que requeira tratamento.
- Indo a escola e conversando com o professor (a), para que ele compreenda as causas das dificuldades da criança e possa ajudá-la.
- E, principalmente, criando um espaço de aprendizagem, ou seja, proporcionando condições para que a criança possa “saber sobre” o que lhe acontece, mudando assim o sentido dessa história.

Em nosso trabalho vamos estudar com prioridade a importância do brincar e da utilização de jogos na Clínica Psicopedagógica como intervenção no trabalho com crianças portadoras de TDA/H que apresentam dificuldade de aprendizagem.

3.1 A importância do Brincar

O verbo brincar, em sua concepção original, comporta um significado desconhecido para muitos e, ainda hoje, o senso comum desconsidera o real valor desta atividade para a vida de crianças e adolescentes, bem como a sua colaboração para nós adultos e idosos. Quantas lembranças e aprendizados não carregamos de nossa infância, quando brincávamos?

O prefixo brinc, do latim, significa vinculum. Daí brincar, que significa vincular, criar laços, unir, atar.

O brincar é fundamental para o nosso desenvolvimento. O ato de brincar pode ter impacto positivo em diversas áreas do desenvolvimento infantil, atuando de forma profilática na saúde física e mental, na sociabilidade e no desenvolvimento motor, com repercussões positivas em dimensões sociais emocionais e de aprendizado.

Segundo Macedo (2005), brincar é envolvente, interessante e informativo. Envolvente porque coloca a criança em um contexto de interação em que suas atividades físicas e fantasiosas, bem como os objetos que servem de projeção ou suporte delas, fazem parte de um mesmo contínuo topológico. Interessante porque canaliza, orienta, organiza as energias da criança, dando-lhes forma de atividade ou ocupação. Informativo porque, neste contexto, ela pode aprender sobre as características dos objetos, os conteúdos pensados ou imaginados.

Dentro deste contexto, entendemos que o brincar faz com que o ser humano se torne apto a viver numa ordem social e num mundo culturalmente simbólico,

tornando-se o mais completo processo educativo por influenciar o intelecto, o emocional e o físico da criança.

A criança aprende brincando, ou seja, através do brincar a criança adquire uma série de habilidades e saberes sem, necessariamente, ter a intenção de que suas conseqüências sejam eventualmente positivas ou preparadoras de alguma outra coisa. A criança brinca pelo prazer de brincar, pela sensação agradável que a atividade proporciona no momento de sua realização. A não intenção de ensinar através do brincar é fundamental, pois permite à criança aprender consigo mesma e com os objetos e pessoas envolvidas nas brincadeiras dentro de um limite e repertório proposto. Esses elementos, ao serem mobilizados na brincadeira, criam possibilidades de a criança perceber, observar, discriminar, analisar, sintetizar, simbolizar e significar.

Mas, o brincar torna-se sério a partir do momento que supõe atenção e concentração. Atenção, pois envolve uma série de informações que devem ser consideradas para que a criança possa ter um desempenho satisfatório. E concentração, pois requer um foco para que a brincadeira tenha graça e leve a criança a atingir um objetivo.

Ao se pensar no jogar, podemos dizer que, conforme o tempo passa, o jogo é capaz de substituir o brincar. Conforme palavras de Macedo (2005, pag. 14):

[...] O jogar é o brincar em um contexto de regras e com um objetivo predefinido. [...] No jogo, ganha-se ou perde-se. Nas brincadeiras, diverte-se, passa-se o tempo, faz-se de conta. No jogo, as delimitações (tabuleiro, peças, objetivos, regras, alternância entre jogadores, tempo, etc.) são condições fundamentais para sua realização. [...] O jogar é uma brincadeira organizada, convencional, com papeis e posições demarcadas. O que surpreende no jogar é seu resultado ou certas reações dos jogadores. O jogo é uma brincadeira que evoluiu. A brincadeira é o que será do jogo, é sua antecipação, é sua condição primordial. A brincadeira é uma necessidade da criança; o jogo, uma de suas possibilidades à medida que nos tornamos mis velhos. Quem brinca sobreviveu (simbolicamente); que joga jurou (regras, propósitos, responsabilidades, comparações).

Na Clínica Psicopedagógica o trabalho com jogos tem a intenção de buscar dados importantes sobre como esse sujeito pensa, para ir simultaneamente transformando o momento do jogo em um meio favorável à criação de situações que apresentam problemas a serem solucionados. No caso de uma criança portadora de TDA/H as intervenções com jogos visam, também, detectar e intervir nas dificuldades que esse sujeito apresenta em manter atenção e concentração frente a

determinadas atividades, bem como a forma como posiciona-se frente ao mundo, no que diz respeito às regras e limites impostos naquela situação específica. Através dos jogos é possível desenvolver o respeito mútuo, o saber compartilhar uma tarefa, a reciprocidade, além da capacidade de resolução de situações-problema e raciocínio.

Pode-se analisar a aplicação dos conhecimentos adquiridos num contexto de jogos e as contribuições do jogar sob diferentes perspectivas. Sabe-se que certas atitudes (Coll, 1987), como ser atento, organizado e coordenar diferentes pontos de vista, são fundamentais para obter um bom desempenho ao jogar e também podem favorecer a aprendizagem na medida em que a criança passa a ser mais participativa, cooperativa e melhor observadora (Macedo, 2000).

Pensar no jogo como instrumento psicopedagógico implica em reavaliar as atitudes do psicopedagogo no contexto clínico, supondo um profissional ativo, que toma decisões e que leva em conta as formas de pensar de cada criança. A aplicação do jogo na clínica, também, exige do profissional clareza em relação aos objetivos a serem alcançados com a atividade proposta, bem como um envolvimento e disponibilidade por parte da criança para que se conscientize e mobilize recursos próprios para as mudanças necessárias. Sem a presença, ou ausência de um desses componentes o trabalho fica impossibilitado.

O psicopedagogo deve ter um amplo olhar em relação ao jogo, buscando através de seu trabalho favorecer não apenas a aprendizagem em relação às atividades escolares. Deve também considerar que desenvolvimento e aprendizagem não estão no jogo em si, mas no que é desencadeado a partir de suas intervenções e dos desafios propostos à criança. É preciso estar atento que a prática com jogos pode resultar em importantes trocas de informações entre os participantes, contribuindo efetivamente para a aquisição de inúmeros conhecimentos em diferentes esferas da vida desta criança.

Um trabalho bem estruturado, baseado em objetivos bem definidos e com intervenções direcionadas, permite a criança, além da experiência, a possibilidade de transpor aquisições para outros contextos, ou seja, atitudes e conceitos adquiridos no contexto do jogo tendem a tornar-se propriedade da criança podendo ser generalizadas para outros âmbitos. Considerando-se uma criança portadora de TDA/H, experiências vivenciadas no setting terapêutico poderão levá-la a rever produções e atitudes, tidas como insuficientes ou negativas, como padrões possíveis

de serem revistos e modificados, proporcionando nesta criança um espaço para novas conquistas em diferentes esferas de sua vida (familiar, social e escolar).

Tal procedimento está em concordância com as idéias de Perrenoud (apud Macedo 2000, p. 13) respeito da avaliação formativa:

“[...] É formativa toda avaliação que ajuda o aluno a aprender a se desenvolver, ou melhor, que participa da regulação das aprendizagens e do desenvolvimento no sentido de um projeto educativo. [...] a avaliação formativa define-se por seus efeitos de regulação dos processos de aprendizagem. Dos efeitos, buscar-se-á a intervenção que os produz, antes ainda, as observações e as representações que orientam essa intervenção.”

Segundo Macedo (2000), num contexto de jogos, a participação ativa do sujeito é valorizada por pelo menos dois motivos. Um deles deve-se ao fato de oferecer uma oportunidade para a criança estabelecer uma relação positiva com a aquisição de conhecimento, pois conhecer passa a ser percebido como uma real possibilidade. Crianças com dificuldades de aprendizagem vão gradativamente modificando a imagem negativa (seja porque assustadora, aborrecida ou frustrante) do ato de conhecer, tendo uma experiência em que aprender é uma atividade interessante e desafiadora. Por meio de atividades com jogos, as crianças vão ganhando autoconfiança, são incentivadas a questionar e corrigir suas ações, analisar e comparar pontos de vista, organizar e cuidar dos materiais utilizados.

Outro motivo justifica valorizar a participação do sujeito na construção do seu próprio saber: é a possibilidade de desenvolver seu raciocínio.

A partir desta proposta, é de importância que o psicopedagogo, de acordo com os progressos apresentados pela criança durante o processo, aponte e valorize o desenvolvimento e mudança de padrões apresentados até então, deixando evidentes suas potencialidades e progressos. Esse procedimento fortalecerá sua auto-estima e proporcionará, cada vez mais, espaço para quebra de paradigmas.

Como forma de ilustrar a importância da utilização de jogos na Clínica Psicopedagógica elegemos, como exemplo, o Tangran, um jogo que demanda a utilização de materiais simples, mas que remete a um resultado reflexivo complexo, assim como propõe Lino de Macedo (2005).

3.2 Analisando o Tangran

Tangran é um jogo milenar, de origem chinesa e conhecido mundialmente. De acordo com Joost Elffers (1992), não há referências exatas sobre sua origem ou seu inventor. Sabe-se que era o jogo preferido de Napoleão em seu exílio e de Lewis Carroll, autor de Alice no país das maravilhas. Na China, é também conhecido por Tanguan, referindo-se à dinastia de 618 a 907 (TANG) e à palavra jogo (WAN) (Albuquerque, s.d.). Seu objetivo é construir uma figura idêntica a um modelo previamente determinado, utilizando todas as sete peças que o compõe: dois triângulos grandes, dois pequenos e um médio, um quadrado e um paralelograma.

O Tangran é considerado como parte da categoria quebra-cabeças, mas convém analisar algumas diferenças. Os quebra-cabeças tradicionalmente conhecidos são compostos por várias partes que, quando coordenadas, possibilitam a construção de uma figura, sendo que cada uma das peças ocupa sempre a mesma posição e tem, portanto, um lugar definido e uma relação de vizinhança única entre si. Já o Tangran difere desses aspectos quanto à estrutura, pois possui um número reduzido de peças e um lugar variável para a colocação de cada uma delas, dependendo da figura a ser construída. Nesse jogo, são muitas as possibilidades de disposição espacial de uma peça, especialmente se forem observadas as diferentes combinações em relação às outras (Petty e Passos, 1996, p.172). Nas palavras de Albuquerque (s.d., p. 19):

“ [...] não existe uma chave para decifrar os enigmas propostos. Cada um deles é um novo problema, como se tivesse sido inventado por uma esfinge diferente. Isto é problema, como se tivesse sido inventado por uma esfinge diferente. Isto é muito bom: elimina qualquer possibilidade de camaradagem com o desafiante. Cada problema colocado tem uma solução própria, de forma que se torna muito difícil decorar qualquer uma delas. Além disso, existe, em muitos casos, mais de uma resposta para o mesmo Tanguan. [...]”

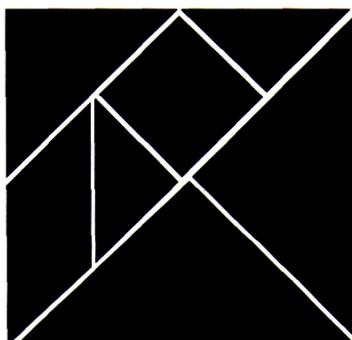


FIGURA 1 - As sete peças do jogo organizadas em um quadrado

Em síntese, quem se aventura a jogar Tangran logo aprende que ter boa memória e conhecer as peças são aspectos insuficientes para construir as figuras com sucesso. É essencial explorar a multiplicidade das relações possíveis de se estabelecer entre as peças, agindo com persistência e concentração. A combinação simultânea desses fatores é que dá ao jogador condições de resolver os diferentes problemas propostos pelo jogo.

O material do Tangran possibilita a criação de várias atividades, dependendo do recorte e do objetivo que o profissional define. Assim, é possível trabalhar com temas relativos à matemática, muitos deles já descritos em materiais didáticos, como, por exemplo, descobrir proporções entre as peças, fazer cálculos sobre área, estabelecer relações geométricas, etc. Outra possibilidade é trabalhar a construção de figuras de acordo com o modelo, utilizando diversos materiais disponíveis no mercado sobre esse jogo.

Em nossa experiência com o Tangran, identificamos diferentes graus de desafio para a construção de figuras, de acordo com modelos previamente dados:

1. Copiar a solução de uma figura cujo modelo indica o lugar de cada peça, sendo este de tamanho menor que as peças com as quais a criança vai trabalhar (trabalho de correspondência).
2. Construir uma figura cuja área apresenta várias "pontas", sendo possível sobrepor as peças no modelo.
3. Construir uma figura cuja área é um bloco (sem "pontas"), sendo possível sobrepor as peças no modelo.
4. Construir uma figura cuja área apresenta várias "pontas", sem a possibilidade de sobrepor as peças por ser modelo de tamanho menor.
5. Construir uma figura cuja área é um bloco, sem a possibilidade de sobrepor as peças no modelo, por ser de tamanho menor.

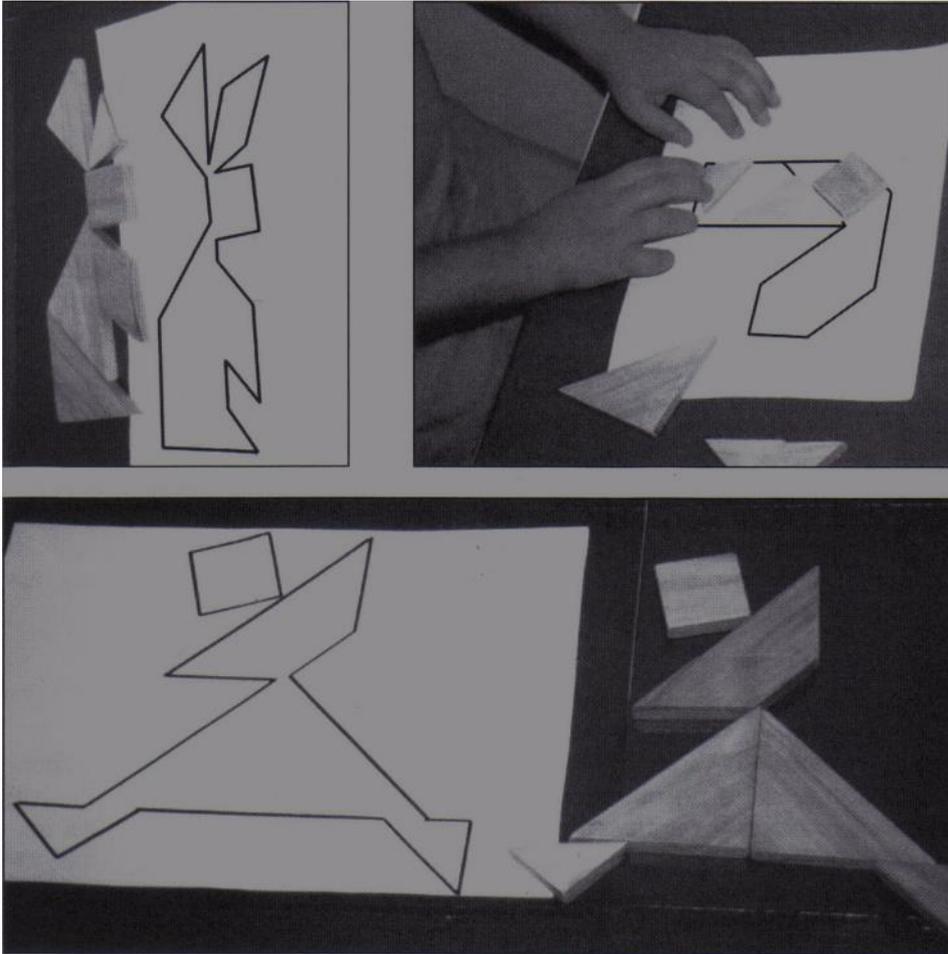


FIGURA 2 - Construção de figuras com diferentes temas em modelos sobreponíveis.

Além desses usos mais conhecidos, podemos ampliar o universo de propostas com o Tangran. A exploração das peças e a construção de quadrados podem ser consideradas como situações-problema iniciais, por constituírem desafios com um número variável de peças, fazendo com que o jogador observe e descubra as relações entre elas por meio de pequenos recortes. A construção de peças com papel possibilita um maior contato com o material, vivenciando o processo de trás para frente, isto é, a partir do quadrado inteiro retira-se peça por peça. A resolução de situações-problema é composta por atividades cujo objetivo é construir figuras, sempre utilizando as sete peças.

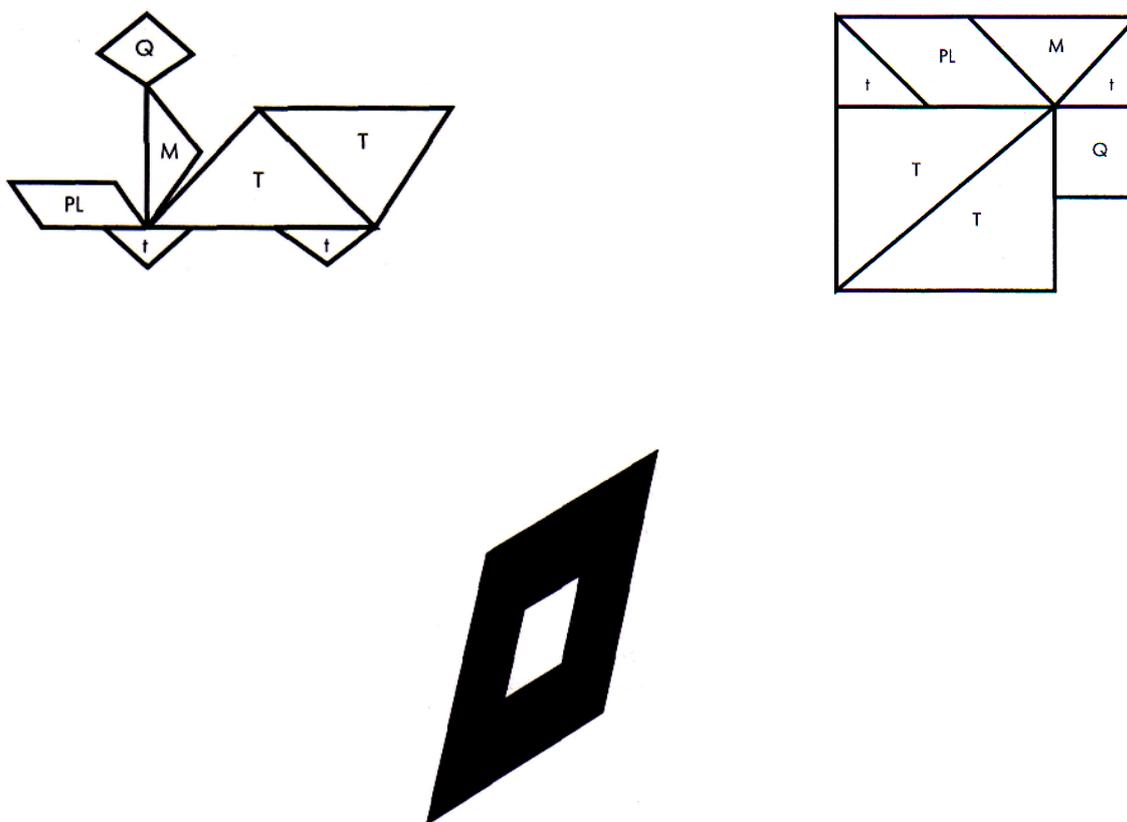


FIGURA 3 - Exemplos de figuras com diferentes graus de desafio.

Essas propostas têm pelo menos duas vantagens. Uma é aumentar o tempo de trabalho com o material, envolvendo diferentes conteúdos (desde a própria geometria até tópicos da língua portuguesa) e instigando a discussão sobre questões relativas a atitudes. A outra é ajudar os jogadores a adquirirem mais conhecimento sobre as relações entre as peças, o que favorece - mas, não garante! - resultados bem-sucedidos nas construções.

3.2.1. Explorando as peças: Muitas vezes, as pessoas dizem que já conhecem esse jogo. No entanto, a partir de algumas perguntas, logo percebemos que tal conhecimento é superficial. Uma atividade divertida é fazer esse levantamento prévio, sem que os jogadores possam ver as peças, para que confrontem seus conhecimentos com o material real. Isso pode ser feito por meio de algumas perguntas: quantas e quais peças compõem o jogo? Há tamanhos diferentes? Existem peças iguais? Quais são elas?

Depois dessa conversa inicial, o material é distribuído, visando explorar a nomenclatura das peças e destacando suas características geométricas (número de lados, ângulos, lados paralelos, vértices, etc). Nesse momento, alguns desafios podem ser propostos com o objetivo de instigar os jogadores a observarem que cada peça

pode ocupar diferentes disposições espaciais na formação de uma figura, bem como incentivar a descoberta de novas figuras fazendo uso das mesmas peças. Por exemplo:

- a) Que figuras podem ser formadas com dois triângulos pequenos?
- b) Como fazer um trapézio retângulo ($| \quad \backslash$) sendo uma das peças o quadrado? E se uma das peças for o paralelogramo?
- c) É possível fazer um trapézio (\wedge) só com triângulos? Se sim, como?

3.2.2. Construção de quadrados: Também é freqüente as pessoas afirmarem que sabem jogar Tangran, mas poucas conseguem montar figuras-modelo com facilidade. Por isso, em continuidade à atividade anterior, pode-se propor a construção de quadrados usando um número crescente de peças. Eles podem ser formados por uma, duas, três, quatro, cinco, seis ou sete peças. O de uma peça já é parte do material, e os outros devem ser construídos. Para montar o quadrado de duas peças, existem duas soluções: unir os dois triângulos pequenos ou os dois grandes. Com três peças, deve-se utilizar o triângulo médio e os dois pequenos. Com quatro peças, há mais de uma solução: usar os triângulos (grande, médio e dois pequenos); usar o triângulo grande, dois triângulos pequenos e o quadrado; usar o triângulo grande, dois triângulos pequenos e o paralelogramo. Com cinco peças, os triângulos grandes são as peças excluídas. Com seis peças, a construção é impossível, pois o próprio material não permite. A construção do quadrado com sete peças é o desafio original do jogo.

Propor o registro das diferentes soluções também é uma atividade bastante enriquecedora para a compreensão das relações entre as partes, desde que quem o faça perceba uma regularidade muito importante durante a produção dos desenhos. Para se fazer uma figura "perfeita", as peças devem ser desenhadas tendo como referência o ponto médio das retas que delimitam cada forma.

3.2.3. Construção de peças com papel: Este é um ótimo exercício para fazer com que as crianças trabalhem a coordenação motora e a organização. Distribui-se um quadrado de papel e, a partir de instruções, os jogadores são convidados a "quebrar" esse quadrado, fazendo dobras que possibilitem destacar as sete peças, sem o uso de tesouras ou régua. As ações são as seguintes:

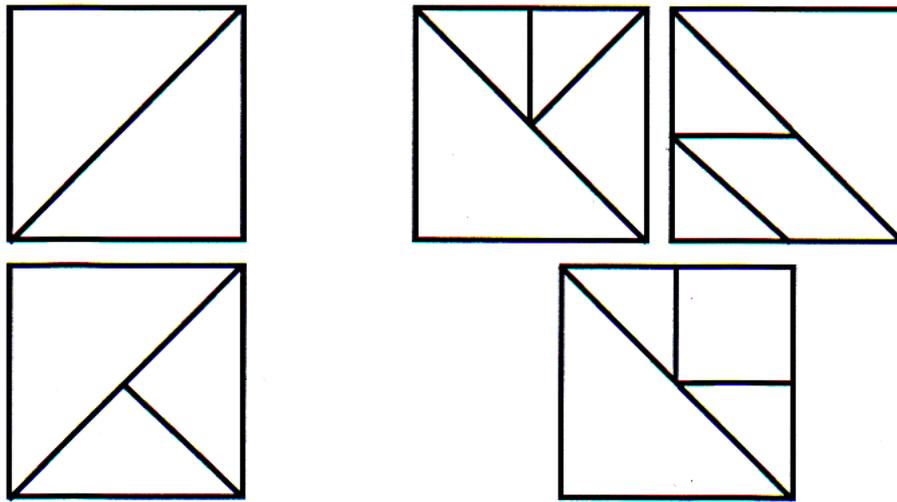
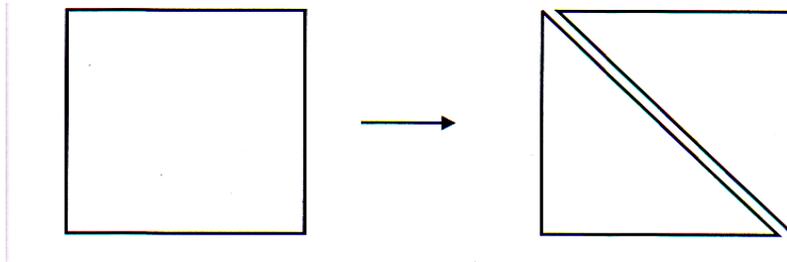
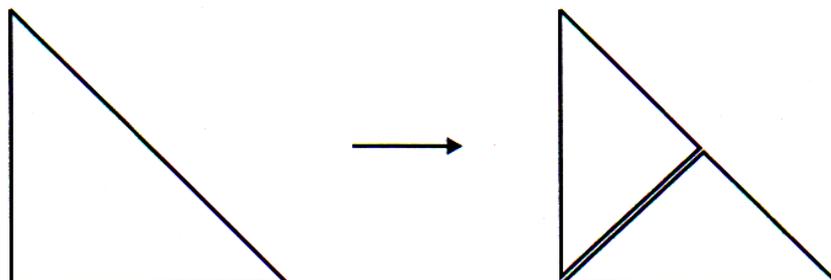


FIGURA 4 Soluções de quadrados com duas, três, quatro, cinco e sete peças.

a) Dobre o quadrado ao meio (na diagonal), formando dois triângulos iguais destacando-os.



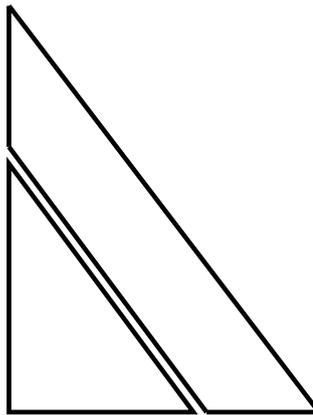
b) Pegue um dos triângulos e dobre novamente ao meio, formando mais dois triângulos iguais e destacando-os. Estes são os dois triângulos grandes do jogo e já estão prontos.



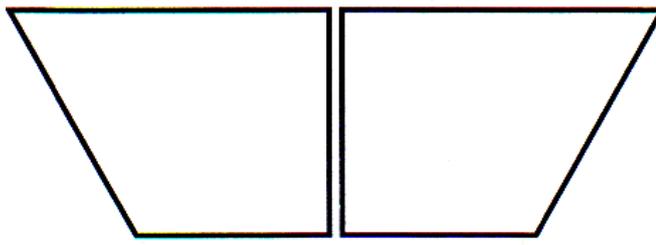
c) Com o outro triângulo que sobrou no item a, serão feitas as outras cinco peças. Primeiro, deve ser feita uma marca no meio do lado maior (hipotenusa), unindo-se suas pontas.



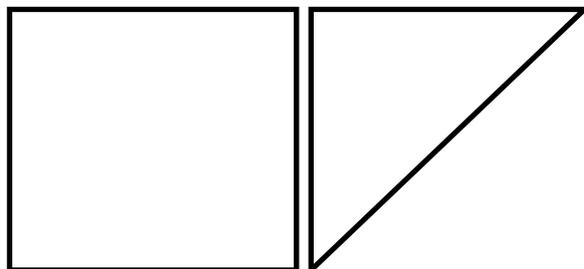
d) Pega-se a ponta do ângulo de 90° e coloca-se sobre o ponto médio definido no item c e realiza-se a dobra. Isso delimita o triângulo médio do jogo, que deve ser destacado e também está pronto.



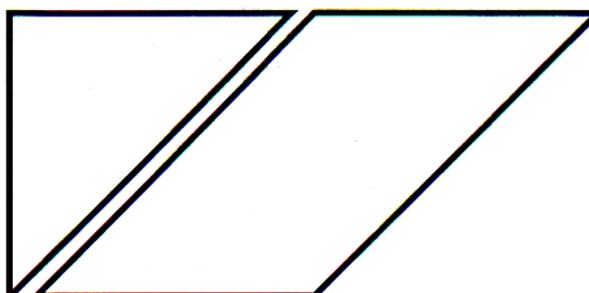
e) A figura restante é um trapézio isósceles, mais conhecido pelas crianças como "barquinho". Ele deve ser dividido e separado em duas partes iguais, formando dois trapézios retângulos ("botinhas").



f) Com um deles, serão formados o quadrado e um dos triângulos pequenos. Para isso, deve-se unir as pontas do lado maior do trapézio. Faz-se a dobra e destaca-se.



g) Com o outro trapézio retângulo, deve-se unir o vértice do ângulo reto do lado maior com o vértice oposto em diagonal, formando o paralelograma e o outro triângulo pequeno.



Pode-se pedir aos alunos que reconstituam o quadrado inicial, tentando recapitular as etapas realizadas anteriormente nesse trabalho. O objetivo é verificar se o que foi conquistado pode ser refeito e até mesmo generalizado para outras construções. Ao tentar montar o quadrado novamente, a pessoa teria muito mais condições de ser bem-sucedida na tarefa se fizesse o procedimento inverso, mas isso nem sempre ocorre espontaneamente. Nesse momento, é muito adequado um trabalho de intervenção para justificar e destacar a função de tais procedimentos, estabelecendo paralelos entre essa atividade e outras situações do cotidiano escolar em que ela se aplica.

Para aproveitar ainda mais o material (peças de papel), pode-se propor uma atividade de colagem: as crianças inventam uma figura usando todas as peças, colam

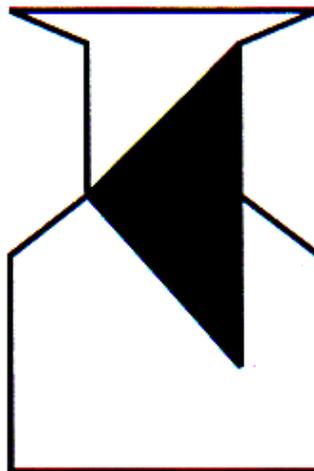
em uma cartolina e completam a cena, desenhando ou pintando, para formar um quadro (Figura 5).

3.2.4. Resolução de situações-problema: Enfrentar e resolver desafios constitui-se em uma instigante forma de aprender, atualmente muito valorizada pelas escolas. Com o Tangran, há diversas alternativas de se criar um contexto de atividades que representam obstáculos a serem superados, exigindo persistência, análise das possibilidades e mobilização de recursos favoráveis à solução dos problemas por parte dos jogadores. Em termos práticos, podem ser propostas diversas situações-problema, as quais apresentam diferentes graus de desafio, fazendo com que os jogadores sempre utilizem todas as peças que compõem o material para construir figuras.

Sugestões:

a) Desenhar todas as peças do Tangran, tentando verificar se o jogador sabe quais são e como traçá-las na devida proporção.

b) Construir uma figura com base sobreponível, cuja solução apresenta uma peça já colocada (triângulo grande na vertical).



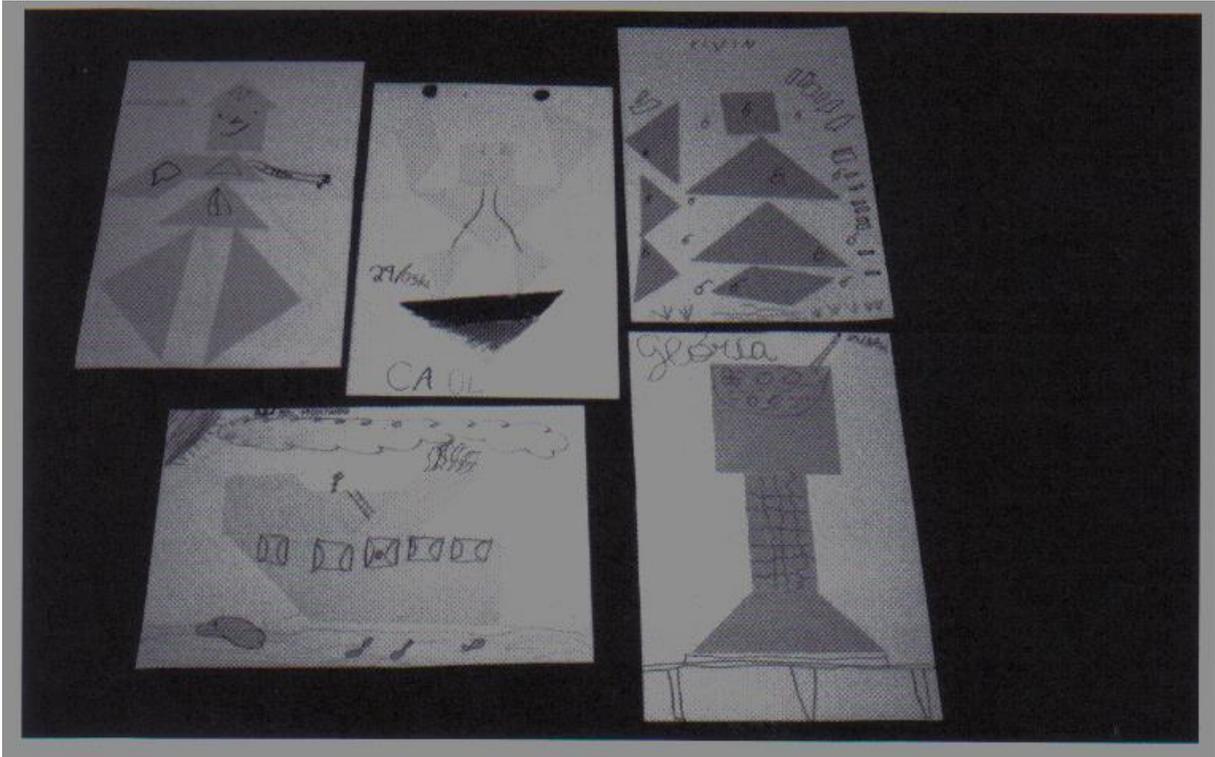
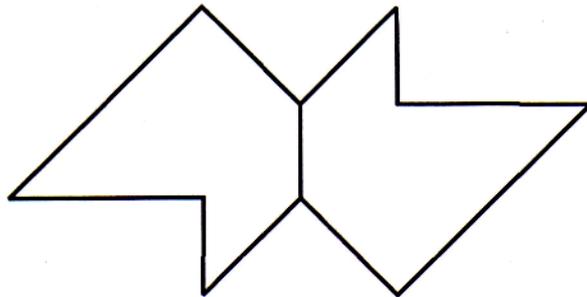
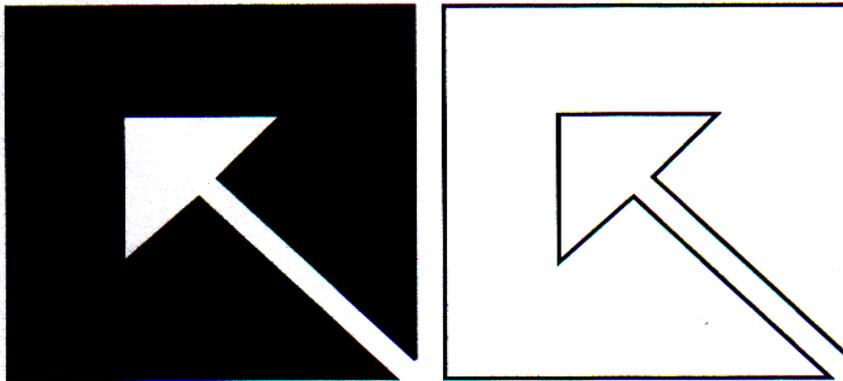


FIGURA 5 – Construção de figuras com peças de papel (oficinas do LaPp)

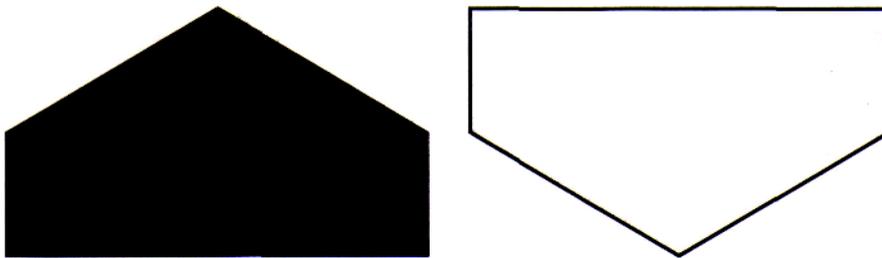
c) Construir uma figura com base não-sobreponível ($\frac{1}{3}$ menor do que as peças em uso), que apresenta duas áreas delimitadas.



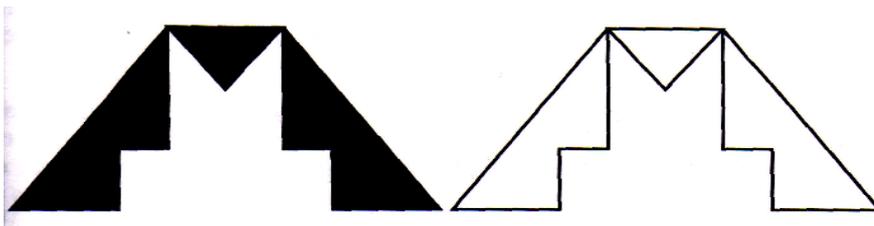
d) Construir uma figura com base sobreponível e registrar a solução em modelo de mesmo tamanho.



e) Construir uma figura com base sobreponível e registrar a solução em modelo de mesmo tamanho, porém invertido.

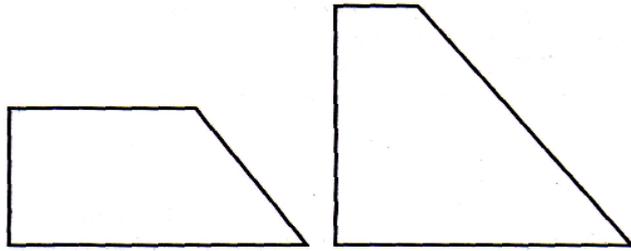


f) Construir uma figura com base não-sobreponível (1/4 do tamanho das peças) e registrar a solução em modelo também 1/4 menor.



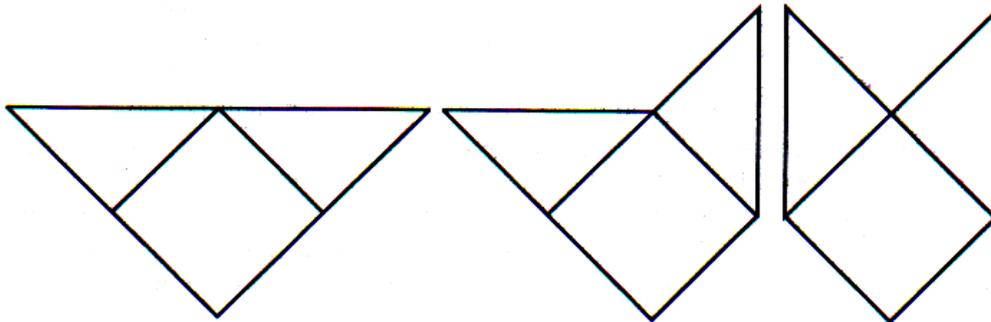
g) Inventar uma figura e registrar sua solução (as figuras podem ser inventadas livremente, ou pode-se pedir aos alunos que façam figuras com temas: objetos, animais, blocadas, com pontas, abstraías, etc).

h) Resolver um desafio. Por exemplo: para construir as duas figuras abaixo, um jogador utilizou somente seis peças de um Tangran. Escreva o nome da peça que não foi usada.



i) Construir uma figura a partir de instruções. Por exemplo: descubra a figura formada com peças do Tangran e desenhe a solução: (a) pegue dois triângulos pequenos e um quadrado, (b) coloque o quadrado com apenas um bico para baixo, (c) encoste uma lateral pequena de um dos triângulos em um dos lados de cima do quadrado, (d) faça o mesmo com o outro triângulo.

Soluções possíveis:



3.2.5. Implicações: Um recorte bastante adequado que pode ser feito para analisar as implicações do uso do Tangran é o aspecto afetivo. Observar crianças e adultos jogando pode fornecer ao profissional importantes informações sobre o impacto do jogar no que se refere ao comportamento e às atitudes. Alegria, medo, perseverança, raiva, entusiasmo, ansiedade, entre outros, comumen

te aparecem como expressão de sentimentos decorrentes do contato com o jogo.

Segundo Macedo (1992, p. 138), do ponto de vista afetivo, os jogos de regras também abarcam um universo relacional que supõe muitos desafios, tais como:

“ [...] competir com um adversário ou vencer um objetivo; regular o ciúme, a inveja, a frustração; adiar o prazer imediato, já que urge cuidar dos meios que nos conduzem a ele; submeter-se a uma experiência de relação objetal, de natureza complementar, já que o outro faz parte da situação; subordinar-se a

regras que limitam nossa conduta; enfim, entregar-se a um outro, abrindo-se para o imprevisível disso, para nosso terror ou êxtase[...]"

Assim, podemos ter uma ideia, ainda que resumidamente, da diversidade de ações de cunho emocional desencadeadas como decorrência do jogar. Devemos estar atentos para as eventuais manifestações por parte das crianças, procurando lidar com isso da forma mais adequada, de acordo com os objetivos da proposta, a qual é diferente nos contextos clínico e escolar. Atividades com jogos como o Tangran podem criar um contexto interessante para conhecer os pacientes, especialmente porque favorecem a expressão de pensamentos e sentimentos, bem como possibilitam aprendizagens significativas.

Caneque (1991) afirma que, por meio dos jogos, as crianças vivenciam e enfrentam situações de conflito que, ao serem resolvidas, podem ser transferidas para outros momentos. Os profissionais devem, quando possível, ajudá-las a perceber que estão sendo capazes de realizar determinadas tarefas que não conseguiam, além de alcançar certos resultados anteriormente considerados impossíveis. O Tangran é um bom jogo para trabalhar com essas questões, pois o jogador enfrenta desafios desde o momento em que começa a escolher os lugares para cada uma das peças. Decidir colocar o quadrado em um determinado espaço, por exemplo, traz como consequência a negação de outras peças para aquele mesmo lugar, assim como a articulação adequada para a colocação das demais. O conflito configura-se quando essas decisões não resultam na figura idêntica ao modelo. Nessa situação, há algumas perguntas que devem ser feitas: o que o paciente faz? Analisa novamente o espaço? Reorganiza as peças de outra forma? Busca novas relações entre elas? Analisar as informações obtidas e discuti-las com o paciente é fundamental para ajudá-lo a mobilizar recursos a fim de solucionar o conflito. Quando conseguem construir uma figura, conscientizando-se das ações necessárias para isso e das atitudes desempenhadas frente à tarefa, sentem-se realizados e capazes de enfrentar novos desafios, o que representa uma importante conquista. Esta não está circunscrita somente ao momento do jogo, podendo ser ampliada, através da intervenção do profissional, para outros contextos, favorecendo o enfrentamento dos desafios da vida cotidiana com mais segurança.

Chateau (1987, p. 100-101) é outro autor que valoriza o jogo, destacando a importância da observação de diferentes manifestações do ponto de vista afetivo, social, motor e moral:

“[...] No jogo, a criança mostra, aliás, sua inteligência, sua vontade, seu traço dominante, sua personalidade, enfim. Todo pedagogo digno desse nome há muito está atento a essas múltiplas indicações dadas pela maneira de jogar/brincar.”

Desse modo, podemos concluir que é fundamental querer conhecer os pacientes e criar situações que possam convidá-los a crescer, a expressar seus sentimentos em relação ao conhecimento, tanto no que se refere às dificuldades quanto aos interesses. Em uma palavra, consideramos de grande valor o trabalho do profissional que atua integrando - dentro do possível - os aspectos afetivos e cognitivos presentes nas diversas situações escolares. Segundo Piaget (1928, p. 26):

“[...] uma criança não saberia dizer tudo a seu professor, uma vez que ela tem necessidade de ser bem vista, de passar por bom aluno, em suma, de pensar no seu futuro escolar. Ela procura então, antes de tudo, não dizer besteiras e agir de acordo com as saudáveis tradições da classe [...]”

Um profissional experiente e observador é capaz de antecipar sentimentos, imaginar dificuldades ou supor dúvidas que serão geradas no contexto terapêutico. Ao dialogar com seus pacientes, abrirá um espaço para o surgimento de perguntas que, ao serem solucionadas, colaboram para aliviar a tensão e diminuir os medos. Em geral, essa postura por parte do profissional não custa tanto e gera consequências bem mais profundas do que se imagina. O trabalho com o Tangran traz à tona esses aspectos, favorecendo a comunicação e a abrangência de várias áreas no âmbito dos conteúdos da vida diária. Ainda que nosso trabalho esteja mais diretamente voltado para questões de ordem cognitiva, não podemos negar a influência do aspecto afetivo no desenvolvimento e na aprendizagem. Sem desejo, interesse e motivação, torna-se muito difícil supor a possibilidade de aquisição de conhecimento. As relações afetivas estabelecidas interferem de sobremaneira nesse processo: todos nós sabemos como é difícil trabalhar em um ambiente hostil e desfavorável. Como somos adultos, geralmente temos mais recursos, aprendemos a nos proteger ou desistimos de tal tarefa. O mesmo se passa com as crianças, mas com a desvantagem de muitas vezes não saberem se defender e, simultaneamente, não terem alternativa senão permanecer no contexto, mesmo sem entender por quê. Assim, é preciso estar alerta a esse fato, cuidando para que não se sintam tão impossibilitadas de aprender por lhes faltar estímulo, coragem e vontade. Acrescentamos que, mais uma vez, os jogos de regras podem ser um

instrumento para resgatar o sentido, o interesse e a possibilidade de as crianças estabelecerem uma relação melhor com o meio e as pessoas com quem convivem.

Ainda sobre a relação entre os aspectos afetivos e cognitivos, três citações podem ser apresentadas sobre o presente tema:

“[...] É incontestável que o afeto exerce um papel essencial no funcionamento da inteligência. Sem afeto não haveria interesse, necessidade, motivação e, conseqüentemente, não haveria inteligência [...]” (Piaget, 1962, p.1).

“[...] Toda educação moral visa justamente fazer com que as crianças sejam capazes de controlar seus sentimentos, seus desejos, em nome de um ideal social ou grupal (...). O desenvolvimento da inteligência permite, sem dúvida, que a motivação seja despertada por um número cada vez maior de objetos ou situações. Todavia, ao longo desse desenvolvimento, o princípio básico permanece o mesmo: a afetividade é a mola propulsora das ações e a razão está a seu serviço [...]” (De La Taille et ai., 1992, p. 64-65).

“[...] Longe de serem opostos entre si, emoção e conhecimento, desejo e objeto, são dois lados da mesma moeda e têm sua origem comum na evolução biológica da socialização humana e no desenvolvimento individual de cada criança [...]” (Furth, 1987, p.172).

Conforme as colocações de Macedo, podemos concluir o jogo Tangran como instrumento na Clínica Psicopedagógica, também pode ser de muito valia no trabalho com crianças portadoras de TDA/H, pois além de ser auxiliar no que diz respeito à aprendizagem, também abrange aspectos ligados ao fortalecimento emocional, área essa, também, muito atingida para essas crianças.

Conclusão

A hiperatividade é caracterizada por um alto nível de agitação psicomotora que nos leva à impressão de que uma criança hiperativa está “ligada em alta voltagem” o tempo todo. Oscilam de extremos (lentidão no pensamento x rapidez na percepção, hiperatenção x déficit de atenção, superexcitação emocional x déficit de afetividade) num curto período de tempo, despertando as mais diferentes sensações e sentimentos em quem está ao seu lado.

Frente a essa realidade fica evidente a dificuldade desta criança controlar seu corpo e pensamento, bem como corresponder às expectativas que lhe são impostas, podendo levá-la a tornar-se protagonista de um filme de horror doloroso e traumatizante.

O caminho a ser trilhado, em relação a uma criança portadora de TDA/H, em busca de seu bem estar deve ser realizado com os pais, professores, a própria criança e, se necessário, com uma equipe multidisciplinar (além do psicopedagogo, o psicólogo, o médico), de modo a promover melhor integração social, oferecer um suporte educacional mais apropriado e um tratamento mais humano e respeitoso.

Nossa proposta com este trabalho foi entender o comportamento desta criança e a forma pela qual vê o mundo, buscando acima de qualquer coisa, que esta criança perceba o quanto pode valer-se desse diferencial, revertendo aspectos considerados negativos em potencialidades, e percebendo que pode tornar-se bem sucedida não apenas academicamente, mas em todas as outras áreas de sua vida.

Como proposta para os adultos que convivem com essa criança, a possibilidade de mudança de olhar. Que possam interessar-se mais pelas coisas que as crianças sabem fazer, por aquilo que ela tem de positivo e não somente por suas deficiências.

Retornando a questão inicial deste trabalho: “Como a psicopedagogia pode colaborar no trabalho com uma criança que apresente o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”, podemos concluir ser de grande importância o trabalho psicopedagógico através de intervenções com jogos em conjunto com técnicas disponibilizadas pela TCC – Terapia Cognitivo Comportamental como instrumentos para realização de um trabalho terapêutico eficaz junto a crianças com

esse perfil, com enfoque direcionado não apenas à dificuldade de aprendizagem, mas também com as seqüelas psicológicas que o TDA/H pode deixar na criança.

Bibliografia

ANTONY, Sheila; RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Criança Hiperativa: Uma visão da abordagem Gestáltica**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DÉFICIT ATENÇÃO. **O que é o TDAH?** São Paulo, 2007. 12p.

BALLONE, GJ. Tratamento da Hiperatividade Infantil e Déficit de Atenção. **Psiquweb**, 2005. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=220&sec=39>. Acesso em 20 fev. 2007.

GOAT, Eduardo. Arte do Renascimento. **Cat – Centro Atendimento Terapêutico**, 2006. Disponível em: <http://www.psicologia.spo.com.br/index.htm>. Acesso em 24 mar. 2007

GOLDSTEIN Sam; GOLDSTEIN Michael. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. 1. Campinas: Papyrus, 1983. 246p.

MACEDO, Lino de; PETTY, Ana Lúcia Síoli; PASSOS, Norimar Christe. **Aprender com jogos e situações problemas**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 116p.

_____. **Os jogos e o Lúdico na aprendizagem escolar**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 110p.

MATTOS, Paulo. O tratamento do Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA ou TDAH). **Mental Help**, 2006. Disponível em: http://mentalhelp.com/dda_tratamento.htm. Acesso em 07 jun. 2006.

PHELAN, Thomas W. **TDA/TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. 1. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005. 241p.

PITLIUK Rubens. Distúrbio ou Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade. **Mental Help**, 2006. Disponível em: <http://www.mentalhelp.com/tdah.htm>. Acesso em 07 jun. 2006.

TOPCZEWSKI, Abram. **Hiperatividade**: como lidar? 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 89p.