

Aplicações de Técnicas de Psicomotricidade em Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Applications Techniques Motility Disorder in Children with Attention Deficit Hyperactivity

Jóici Aparecida de Freitas¹
Jaqueline Pepece²
Joicimar Cristina Cozza³

RESUMO

Esta pesquisa visou-se apresentar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade como um funcionamento alterado no sistema neurobiológico cerebral, sendo uma alteração no interior dos sistemas cerebrais que são responsáveis pela concentração, coordenação motora e comportamento humano. O desenvolvimento motor está ligado a fatores neurobiológicos; acredita-se que toda alteração física tem uma origem afetiva nas experiências vivenciadas pelo corpo e, através das técnicas de Psicomotricidade e intervenção motora com a atuação do fisioterapeuta e o auxílio de uma equipe multidisciplinar, trabalhando as áreas organização espacial e temporal, percepção corporal, lateralidade e equilíbrio, estas técnicas associadas obteve grandes resultados nos aspectos referidos ao índice de depressão e agressividade, melhora no tônus, auto-estima e concentração, promovendo uma integração social melhorando a qualidade de vida da criança.

Palavras Chaves: Fisioterapia, Hiperatividade, Psicomotricidade, Transtorno de Déficit de Atenção.

ABSTRACT

This research aimed to present Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder as na altered functioning in the system is a neurobiological brain changes within the brain systems that are involved in concentration, coordination and human behavior. Motor development is linked to neurobiological factors. It is believed that any physical change is a rise in emotional experiences by the body and, through technical assistance and psychomotor motor with the role of the

¹ Acadêmica do 8º termo do curso de Fisioterapia no Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba.

² Acadêmica do 8º termo do curso de Fisioterapia no Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba.

³ Psicóloga, com Especialização em Ensino e Aprendizagem tendo como ênfase a Violência Domestica Contra a Criança e o Adolescente USP Graduada em Psicologia pela UNESP de ASSIS Docente de Psicologia do Desenvolvimento, Psicomotricidade e Psicologia da Relação Terapeuta/Paciente no curso de Fisioterapia do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba.

physiotherapist and the aid of an interdisciplinary team, working areas of the spatial and temporal, body awareness, handedness and balance, associated with these techniques have obtained great results in the aspects related to the rate of depression and aggression, improvement in tone, self-esteem and concentration, promoting social inclusion and improving the quality of the child patient.

Key words: Physiotherapy Hyperactivity, Motility Disorder, Attention Deficit.

INTRODUÇÃO

Nesta pesquisa observou-se a necessidade de conhecer com mais profundidade as aplicações de técnicas de Psicomotricidade em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Esclarecendo pontos importantes no que se refere ao tema, buscou-se na literatura pertinente documentos que traziam respostas às questões levantadas na problemática do tema em estudo.

O objetivo da pesquisa é analisar as técnicas e compreender os benefícios que elas produzem na vida do paciente com TDAH dimensionando estudos que demonstram a eficácia dos resultados na sua utilização.

A Psicomotricidade surgiu na França no início do século XX visando à interação, motricidade e afetividade envolvendo o desenvolvimento motor. O termo psico é de origem grega, cujo significado é alma, espírito ou intelecto. Motricidade numa definição conceitual é a propriedade que constituem as células nervosas e determinam a contração muscular, um conjunto de funções e de relações asseguradas pelo esqueleto e o sistema nervoso, qualidade de força motriz, reações motoras provocadas por um planejamento de ações ligadas a natureza do homem [1,2].

Na década de 50 especialistas na área de deficiências, ligados aos novos acontecimentos buscavam o reconhecimento da Psicomotricidade no Brasil. Foi então criado em Porto Alegre o primeiro Serviço de Educação Especial, valorizando o corpo e o movimento, ou seja, técnicas de Psicomotricidade aplicadas em portadores de algum Distúrbio Psiconeurológico [2].

Em 1951 surgiu na Faculdade de Lopedista Universidade Federal Rio de Janeiro o primeiro curso de formação de Psicomotricidade para professores de deficientes auditivos, onde eram enfatizadas atividades físicas, associando,

movimento e a expressão corporal à voz, na deficiência mental, exercícios de motricidade, ou seja, reeducação psicomotora [3].

A partir de 1968, difundiu-se a Psicomotricidade no Brasil, através de cursos em Universidades de diversos estados brasileiros. Segundo a Sociedade Brasileira de Psicomotricidade define-se como a ciência que estuda o homem através de seu corpo em movimento em relação ao mundo interno e externo [2,3].

Em janeiro de 2000 teve início o primeiro curso de especialização de Psicomotricidade na Universidade Estadual do Ceará divulgando a importância da Psicomotricidade no Brasil [4].

Em relação ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é importante definir que é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparecem na infância e conseqüentemente acompanha o indivíduo por toda vida. E com o avanço tecnológico de nossos dias, com destaque ao apoio do exame de Ressonância Magnética Funcional, as conquistas dos últimos dez anos têm trazido respostas significativas sobre a causa do TDAH [5].

Ernest Dupré foi o precursor das idéias sobre Psicomotricidade na França. Em 1909 Ernest Dupré já não relacionava a patologia com nenhum indício neurológico estudado pela Psicomotricidade. Ele revolucionou o conceito sobre os estudos das técnicas de Psicomotricidade, interligando a alma ao corpo abrangendo todos os aspectos do desenvolvimento motor, equilíbrio, fatores biológicos, psicológicos, motricidade e cognição [2,6].

Henrry Wallon, Piaget e Ajuriaguerra, fizeram com que as técnicas se abrangessem ainda mais, não tendo uma visão focalizada apenas no princípio que assegura a existência única no ser humano de corpo e alma divididos como pensava René Descartes no século XVII. Henry Walon, Piaget e Ajurianguerra, tinham como foco as inter-relações entre a motricidade, as percepções vivenciadas pelo ser humano, referindo-se ao esquema corporal como uma construção de personalidade da criança e não como unidade biológica ou psicológica [2,7].

Já Descartes afirmava a dualidade do corpo e da alma, uma fisiologia para o corpo e outra para alma. Afirmando que o indivíduo pode controlar e dominar suas reações ligadas a paixões. Este era um pensamento um pouco romântico, porém racional de Descartes na época, ou seja, Wallon em 1925 preocupou-se com

a relação psicomotora, Piaget priorizou a relação evolutiva da Psicomotricidade em relação ao intelecto [7].

Ajuriaguerra em 1972, 1974 e 1976 trouxe à luz um interessante enfoque do desenvolvimento psicomotor. Situou a evolução da criança como sinônimo de conscientização e conhecimento cada vez mais profundo de seu corpo [8].

Segundo Lemos [6] Ajuriaguerra veio concretizar as bases da evolução psicomotora enfatizando as alterações do corpo em relação com meio para conscientização do corpo, pois este é uma estrutura fundamental, afetiva e motora. Experiências e vivências corporais que organizam a personalidade da criança que caracterizam a evolução psicoafetiva e a educação psicomotora que, segundo ele, iniciam-se como um suporte na base pré-escolar condicionando todos os aprendizados: conscientização do corpo, lateralidade, espaço, tempo e habilidade de coordenação de gestos e movimentos. Para este autor, a criança é seu corpo.

Gesel, neurologista infantil em 1946, que marcou presença corrigindo enganos que haviam nas informações sobre desenvolvimento normal da criança contribuiu na percepção da formação da identidade, do desenvolvimento normal e das características diferenciadas de crianças bem dotadas, assim como as que são afetadas por lesões ou enfermidades. Deixou uma grande contribuição para elaboração de diagnósticos [8,9].

A Psicomotricidade tem como objetivo organizar o tônus, trabalhar a integração social, a percepção corporal, a agressividade, a postura, a lateralidade, o desenvolvimento intelectual e motor.

A abordagem multissensorial é uma técnica de ensino que utiliza matérias escolares que a criança mais gosta. Esta técnica ajuda o professor analisar a criança em seu ambiente e analisar o seu comportamento, enfatiza o ensino por meio das áreas de ensino em que o aluno tem mais facilidade, enfocando o uso de canais sensoriais no processo ensino aprendizagem; os sentidos visual, auditivo, cinestésico e tátil são utilizados a fim de auxiliar crianças com Déficit de Atenção Combinado com métodos de ensino e com o estilo de aprendizagem preferida por ela. A abordagem multifacetária é uma técnica que segue um roteiro estabelecendo regras utilizando um programa de controle comportamental sendo aplicadas através de atividades lúdicas. Na abordagem multifacetária são utilizados vários tipos de abordagens diferentes, diversas intervenções, aconselhamentos e

estratégias comportamentais, visando auxiliar e facilitar o aprendizado de crianças com TDAH. É relevante incluir nas técnicas atividades que enfatizem movimentos lentos e controlados para diminuir a hiperatividade e a impulsividade [10].

Vale ressaltar a importância de aulas em ambientes tranquilos, menos estimulantes a fim de diminuir as variáveis que possam interferir na atenção da criança. Merece destaque inclusive a mediação verbal para ensinar as crianças particularmente desorganizadas e distraídas, e que se estabeleçam objetivos para auxiliar os aprendizes desorganizados a se concentrar, destacar os comandos relevantes, ensinar estimulando mais de um sentido, incentivar o planejamento motor, mudar a tarefa para inovar e revisar previamente as habilidades básicas antes de iniciar as mais avançadas [11].

Segundo Lussac [3] a abordagem multifatorial preocupa-se com as habilidades mentais e lingüísticas, ou seja, o intelecto deste paciente.

Por estes motivos as técnicas de Psicomotricidade são mais abordadas na área de Neurologia, sendo utilizadas em Fisioterapia para o Tratamento TDAH, entre outros.

MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa caracterizou-se por revisão bibliográfica. Todo material foi selecionado e resumido a partir de trabalhos publicados, materiais documentais encontrados em sites e revistas científicas, Google Acadêmico e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Para este estudo foram selecionados 24 artigos científicos, 4 monografias e 4 livros, porém foram utilizados apenas 12 artigos científicos e 4 monografias sobre a Psicomotricidade em TDAH, além de 4 livros pela relevância para área em coerência com o tema. Os artigos utilizados foram de publicações do início do ano de 1983 até 2009. Os descritores utilizados na pesquisa foram Hiperatividade, Psicomotricidade, Transtorno de Déficit de Atenção e Fisioterapia.

DISCUSSÃO

O TDAH é um distúrbio neurobiológico, inicialmente vinculado à lesão cerebral mínima. Nos anos 60, devido à dificuldade de comprovação da lesão, sua definição adquiriu uma perspectiva mais funcional, caracterizando-se como uma

síndrome de conduta, tendo como sintoma primordial a atividade motora excessiva [5,12].

Ela nasce com o indivíduo; aparece já na infância e quase sempre acompanha o indivíduo por toda vida [12].

Caracteriza-se por sinais claros e repetitivos de desatenção, inquietude e impulsividade, mesmo quando o paciente tenta não mostrá-los. Existem vários graus de manifestações do TDAH, mais caracterizados e são tratados por medicamentos, como cloridrato de metilfetanidato. Recebe às vezes o nome DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção) ou DAS (Síndrome do Déficit de Atenção) [5,12].

Em pessoas que apresentam TDAH, o tálamo é uma espécie de filtro dos estímulos vindo do sistema nervoso periférico, o tálamo selecionaria quais os estímulos que deveriam prosseguir ao córtex para serem processados que não são inibidos interferindo na atividade cortical que estaria ocorrendo naquele momento. Outra área envolvida seria o lobo frontal onde ocorre a maioria dos pensamentos e os impulsos que vão resultar em movimentos e é parte que os controlam também. E a deficiência da dopamina um neurotransmissor faz com que o tálamo não desempenhe seu papel como deveria na filtragem dos impulsos levando a falta de atenção e distração [7,10].

Na década de 80, a partir de novas investigações, passou-se a ressaltar aspectos cognitivos da definição de síndrome, principalmente o Déficit de Atenção e a Impulsividade ou falta de controle, considerando-se, além disso, que atividade motora excessiva é resultado do alcance reduzido da atenção da criança e da mudança continua de objetos e metas a que é submetida. É um transtorno reconhecido pela OMS (Organização Mundial da Saúde), tendo inclusive em muitos países, lei de proteção, assistência e ajuda tanto aos que têm este transtorno ou distúrbio quanto aos seus familiares [5].

No século XX, no ano de 1902, este tipo de transtorno foi denominado pela primeira vez. George Frederik Still classificou como um comprometimento de conduta e moral a teoria de que a causa é ocasionada por algum dano cerebral [12].

Em 1930 ele mudou tal versão, passando a denominá-la como uma Disfunção Cerebral Mínima, mais tarde na década de 60, por volta de 1968 fora

reconhecida como Reações Hiperkinéticas e alguns anos após recebeu a nomenclatura de TDAH [9,12,13].

Para se constatar se as pessoas são realmente portadoras deste transtorno, as mesmas devem apresentar seis destes sintomas até os sete anos de idade que sejam: Dislexia, Discalculia, Disfasia e outras comorbidades encontradas como depressão, ansiedade, Transtorno Bipolar, Transtorno Opositor-Desafiante, Transtorno de Conduta, Transtorno Obsessivo compulsivo [3,10,12].

Há três tipos de TDAH: com predominante combinado, com predominante desatento, e com predominante hiperativo-impulsivo. Segundo a Associação Brasileira de Déficit de Atenção atinge de três a seis crianças com idade pré-escolar. O TDAH Combinado caracteriza-se quando há seis ou mais sintomas de hiperatividade, impulsividade que persistem pelo menos seis meses ocorrendo em crianças e adolescentes. O TDAH com predominante desatento observa-se quando seis ou mais sintomas de desatenção, aparecem sendo menos de seis os de hiperatividade. Já no Hiperativo e impulsivo há seis ou mais sintomas de hiperatividade e impulsividade, porém menos de seis os sintomas de desatenção [6,10,12].

Em geral, o portador de TDAH apresenta déficit de concentração, comete erros nas atividades escolares, dificuldade de manter atividade lúdica, parecem não ouvir quando lhe dirigem a palavra, frequentemente agita demasiadamente os pés e as mãos, falam demais, respondem precipitadamente, podem ser esquizofrênico, tem personalidade anti-social, sonolência, cansaço mental, dificuldade em memorização. Este quadro em criança pode apresentar inclusive hipertonia ou hipotonia [7,13].

Pesquisas recentes relatam que a etiologia pode estar ligada a um fator genético relacionado ao gene DAT1 e DRD4 que interfere na personalidade e nas emoções desta pessoa [12].

Observa-se um crescimento importante da Psicomotricidade no trabalho de equipes multidisciplinares na Educação Psicomotora tem-se o desenvolvimento de todas as potencialidades do indivíduo e pode ser realizado um atendimento individual ou em grupos em locais como clínicas, escolas, hospitais até outros. As atividades são baseadas na prescrição de exercícios específicos, na sua maioria lúdicos [13].

Os principais aspectos trabalhados na Psicomotricidade em Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade segundo Barreto e Lemos [6,7] são:

1. Esquema Corporal: é um elemento básico que auxilia na formação da personalidade. É a percepção que a criança tem do seu próprio corpo e a noção espacial, o que vai desenvolver o esquema corporal e o trabalho de conscientização do corpo. Esquema corporal caracteriza-se como a consciência de segmento do corpo em relação ao mundo, ou seja, experiências vividas. Assim as perturbações corporais em sua maioria têm origem afetiva [7].

São exercícios que trabalham com movimentos espontâneos e dependem de equilíbrio entre qualidade e quantidade das relações e correlações trabalhando com objetos e corpo dando noção de corporeidade e experiência sensório-motora liberando tensões, movimentos de percussão e de batimento dos membros em função de um ritmo, verificando o desprendimento da globalização dos gestos, que normalmente se encontra presa em execução de movimentos unilaterais. Exercícios que visam à dissociação da mão direita e esquerda, do pé direito e esquerdo trabalhando o controle e coordenação do gesto. Podendo observar as variações de execução, as blocagens, as hesitações, as inibições, e através delas tomar consciência das relações automática e voluntária [8,9].

2. Lateralidade define-se como estudo que consiste no domínio do segmento de um lado do corpo em relação ao outro. A Lateralidade é uma característica humana, aprimorando a conscientização de direita e esquerda, que participam da maturação psicomotora da criança. Existem dois tipos de lateralidade [3,7]:

a-) Lateralidade homogênea: precisão e força nos pés, mão e olho de um mesmo lado.

b-) Lateralidade cruzada ou Ambidestria: quando a mão esquerda predominante apresenta, ao mesmo tempo em que a perna direita é a que se destaca de mão e de olho, canhota de pé.

3. Estrutura espacial: é a capacidade de corresponder aos comandos, avaliar o tempo, ritmo, o movimento. A criança vai realizar movimentos rápidos com interesse de atingir determinados objetos aperfeiçoando ritmo de movimento e organização temporal [6,7].

4. Organização temporal: é a organização do corpo no tempo, integração sensório-motora sendo a capacidade de explorar movimentos sincronizados, informações codificadas ligadas à memória [6].

5. A Motricidade fina: Capacidade para controlar pequenos músculos para pequenas atividades como as de recortes, perfuração, colagem e encaixe [4].

6. A coordenação viso-motora: é definida como capacidade de coordenar os movimentos em relação ao alvo visual [14].

7. A coordenação viso-manual: não deve ser treinada somente com exercício em folha, pois assim só será treinada a coordenação gráfica. Esta coordenação deve atingir a destreza à velocidade e a precisão [15].

8. Equilíbrio: É a habilidade de um indivíduo manter a postura de seu corpo inalterada, mesmo quando este é colocado em várias posições. Costallat *et al.* [15] referem: Movimentos que possibilitem ao corpo permanecer no lugar, mantendo uma postura no espaço em relação à força de gravidade.

É necessário que a criança tenha consciência do seu contato com o solo e com a mobilidade da articulação do pé e do tornozelo para ter um bom equilíbrio [4].

9. Motricidade global: São movimentos amplos do nosso corpo. Para que isso ocorra é necessário um equilíbrio entre os grupos musculares [4].

10. Coordenação estática é aquela que se realiza em repouso [14].

11. Coordenação dinâmica é aquela que mesmo tendo uma ação simultânea de grupos musculares diferentes, com vistas à execução de movimentos voluntários mais ou menos complexos [4].

12. Tonicidade é a capacidade de coordenar movimentos amplos envolvendo grupos musculares do corpo todo de maneira sincronizada que depende integração dos mecanismos como a tonicidade, o equilíbrio, o esquema corporal e a estruturação espaço-temporal [7].

Aos 5 anos a criança já consegue realizar atividades que envolvam membros superiores e inferiores e com 6 anos movimentos dissociados podem ser incluídos. Já aos 7 e 8 anos pode-se explorar habilidades que foram adquiridas anteriormente natural dos movimentos, a criança já controla suas ações. E desta idade até os 12 anos é quando a criança desenvolve a força, velocidade, resistência, coordenação e habilidade [4].

Organização temporal: Capacidade de avaliar intervalos de tempo e de dominar conceitos de tempo à organização do corpo no tempo. Resulta da integração sensório-motora no espaço e é pré-requisito para as habilidades perceptivas conceituais. A criança deverá ter oportunidades de explorar e avaliar a relação espaço-temporal para poder desenvolver a sincronização dos movimentos. Inclui uma dimensão lógica, uma dimensão convencional e um aspecto de vivência que surge antes dos outros dois. A consciência do tempo de estrutura sobre as mudanças percebidas independentemente de ser sucessão ou duração, sua retenção está vinculada à codificação da informação contida nos acontecimentos. Os aspectos relacionados à percepção do tempo evoluem e amadurecem com a idade [16].

As atividades motoras, frequentemente pouco familiares e só raramente tendo sido objetivo de treinamento específico, permitem a utilização de provas em que à espontaneidade infantil é mantida [15].

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR E A EFICÁCIA DAS TÉCNICAS APLICADAS: FISIOTERAPIA E PSICOMOTRICIDADE NO TRATAMENTO DE TDAH

O Tratamento do TDAH deve ser multimodal, ou seja, uma combinação de medicamentos como estimulantes Ritalina, Adderal e dexedrine, é um tratamento farmacológico associado à terapia com orientação aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao portador [14].

O Grafismo é uma técnica muito utilizada em Psicomotricidade tendo como instrumento relevante à organização do domínio estrutural, espacial e temporal, os exercícios motores necessários para criança dominar a escrita trabalhando o equilíbrio entre força muscular, flexibilidade e agilidade das mãos [9].

Uma das técnicas recomendadas é a prevenção de recaída (PR), pois é apropriada também para os portadores de TDAH ao objetivar o desenvolvimento do controle de impulsos e a tolerar o desconforto fisiológico associado à fissura (síndrome de abstinência), por exemplo. A prevenção de recaída estimula o paciente a reconhecer pistas internas comportamentos de risco observados e compreendidos nos aspectos biológicos comportamentais, afetivos e cognitivos obsessões geradas por perturbação oriunda de gatilhos externos rituais

comportamentais gerados por objetos ou conseqüências antecipadas, o que é importante para portadores de TDAH [12,14].

Tais estratégias têm por alvo as deficiências nas habilidades organizacionais e de memória, sintomas comuns nos portadores de TDAH.

Técnicas de resolução de problemas constituem outro pilar de diversos programas de tratamento cognitivo-comportamentais, sendo utilizadas como estratégias para antecipar ou neutralizar situações antes que possa disparar um gatilho para recaída. Novamente, vale ressaltar que portadores de TDAH apresentam déficits nas áreas: concentração, interação social, aprendizagem, intelecto e comportamento, e uma prática repetida pode ajudá-los também a desenvolver habilidades necessárias a outras áreas da vida [14,17].

Um estudo realizado com uma criança portadora de TDAH do sexo masculino faixa etária 8 ano encaminhado ao núcleo de estimulação psicomotora Unileste foi trabalhado a lateralidade através de atividades lúdicas como amarelinha e pular corda onde houve melhora, ou seja, a criança passou de um desenvolvimento eupráxico para hiperpráxico.

Ocorreu melhora também no equilíbrio e na tonicidade. Foi realizado este estudo através de um instrumento denominado como Bateria Psicomotora de Fonseca, em que foram utilizadas brincadeiras com auxílio de bolas, cordas, circuitos, amarelinha, corte e dobradura [18,19].

Já outro estudo realizado com o mesmo método demonstrou ótimos resultados nos mesmos aspectos, porém o autor especifica que os fatores externos não controlados podem interferir nestes resultados, portanto esta melhora tem que ser interpretada considerando-se fatores externos e não só a intervenção motora [20].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação Psicomotora é importante, porém não se deve trabalhar apenas os fatores internos, por isso é importante trabalhar com uma equipe multidisciplinar.

A atividade multifacetária enfatiza coordenação, concentração e equilíbrio, abordagem utilizada por fisioterapeutas através de atividades lúdicas e a multissensorial é a mais utilizada por psicólogos que visam os métodos de

aprendizagem as técnicas demonstraram grande eficácia por isso à importante trabalhar com as duas técnicas. Para que as técnicas possam vir a ter resultados devemos conscientizar a família e os professores, que tem um tratamento e eficaz e devemos vencer o preconceito que à sobre estas crianças, como a população rotula por não terem conhecimento.

Os tratamentos abordados neste levantamento bibliográfico mostram que as pesquisas trouxeram as crianças uma melhor qualidade de vida e inclusão social, crédito da fisioterapia incluindo a abordagem de uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Souza H, Godoy J. A Psicomotricidade como Coadjuvante no Tratamento Fisioterapêutico. A Psicomotricidade e a Fisioterapia. Universidade C. Saúde. [periódico na internet]. 2005 jul./dez. [acesso 26 de março 2009]; 3(2): 287-296. Disponível em: <http://www.rev.uni.ci.saude/brasil/htm>.
2. Mondadore A. Efeitos da Psicomotricidade em Crianças com Atraso no Desenvolvimento psicomotor. [Monografia na internet]. Cascavel: Universidade Assis Gugaz; 2006 out. [acesso 18 de agosto 2009]; 1 -93. Disponível em: <http://www.fag.edu.br/efeitosdapsicomotricidadeemcriancas.com/atrasono desenvolvimento/psicomotor.pdf/htm>.
3. Lussac R. Psicomotricidade Historia, Desenvolvimento, Conceitos, Definições e Intervenção Profissional. Universidade Castelo Branco. Revista Digital Buenos Aires Rio de janeiro. [periódico na internet]. 2008 nov. [acesso 26 de março 2009]; 13(126): 1-13. Disponível em: <http://www.Efdesportes.com/htm>.
4. Bueno, JM. *Psicomotricidade, teoria & prática - estimulação*, São Paulo: 1998.
5. Sampaio A. Hiperatividade e Terapia Cognitiva Comportamental. Revista Neuropediatria. [periódico na internet]. 2005. [acesso 26 de março 2009]; 1-5. Disponível em: <http://www.neuropediatria.org.br/htm>.
6. Lemos D. A Contribuição da Psicomotricidade no Tratamento de Crianças com Transtorno e Déficit de Atenção e Hiperatividade Universidade Candido Mendes. [monografia na internet]. Rio de Janeiro: Revista vez do Mestre; 2007. [acesso 26 de março 2009]; 1-39. Disponível em: <http://www.vezdomestre.com.br/mono pdf/7/DANIELLE%20LOUREIRO/htm>.

7. Barreto A. A Agitação Psicomotora Hiperatividade e Déficit de Atenção. [Monografia na internet]. Rio de Janeiro: Revista vez do Mestre; 2003 jun. [acesso 26 de março 2009]; 1-40. Disponível em: <http://www.vezdomestre.com.br/mono.pdf/7/ANDREA%20BARRETO/htm>.
8. Ajuranguerra J. *Manual de Psiquiatria infantil*. São Paulo: Masson; 1983.
9. Gick A. Altas Habilidades Superdotação Estudo de Caso, Rio Grande do Sul: Universidade Católica Campus Uruguaiana; [periódico na internet]. 2008 [acesso 26 de março 2009]; 1-108. Disponível em: <http://www.revistas.eletronicas.puc.php/graduacao/htm>.
10. Argolho N. Transtorno de Déficit Atenção com Hiperatividade: aspectos neurológicos. Faculdade Ruy Barbosa-Bahia/Psicologia Virtual. [periódico na internet] 2008. [acesso 26 de março 2009]; 1-4. Disponível em: <http://www.psicologia.virtual.com.br/htm>.
11. Gonçalves A. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Influência dos padrões motores e equilíbrio estático. Revista científica eletrônica pedagogia. [periódico na internet]. 2008 jan. [acesso 26 de março 2009] 4(11): 1-10. Disponível em: <http://www.faef.br/htm>.
12. Ballone G. Distúrbio de Déficit de Atenção em Adultos. Associação Brasileira de Déficit de Atenção. [periódico na internet]. 2001 jul. [acesso 26 de março 2009]; 1-8. Disponível em: <http://www.Gballone.site.uol.com.br/você/adulto/htm>.
13. Bellé H, Maiato R. Grupoterapia cognitivo comportamental em crianças com TDAH: estudando um modelo clínico [periódico na internet]. 2002 [acesso 09 de out 2009]. Disponível em: <http://movimentum.revista.digital/educação/física/htm>.
14. Rosa F. *Manual de Avaliação Motora*. Porto Alegre: 1ª ed. Artmed; 2002.
15. Costallat DMM, Galvani C, Pucca CR, Barbosa H, Loreiro, Gallahue DL, Ozmun J.C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês crianças, adolescentes e adultos. 2ª ed. São Paulo: Phorte; 2003.
16. Boulch J. *Educação psicomotora: Apsicocinética na idade escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
17. Villa, RL. A ação psicomotora nos movimentos da educação infantil: formando em ser sociedade. São Paulo: Anhaguerra Educacional Unidade Leme; [periódico]

na internet]. 2009 [acesso 23 de novembro 2009]; 1-19. Disponível em: <http://www.psicomotricidade.com.br/htm>.

18. Santos G, Bicalho W, Almeida L. Estudo da Coordenação Motora Fina em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Centro Universitário do Unileste Revista Digital de Educação Física Ipatinga Unileste-Minas Gerais [periódico na internet]. 2009 fev./jul. [acesso 09 de out 2009]; 4(1): 1-7. Disponível em: <http://www.revista/digital/educação/física/ipatinga-unileste/htm>.

19. Sarmiento R, Braga A, Martins A, Almeida M. Efeitos e Intervenção Psicomotora em uma Criança com Diagnóstico TDAH em seus Aspectos Psicomotores. Movimentum Revista Digital de educação física Ipatinga Unileste. Minas Gerais; [periódico na internet]. 2008 fev./jul. [acesso 20 de março 2009]. 3(1): 1-15. Disponível em: <http://www.rev./dig./educ./fis./movimentum.com.br/htm>.

20. Antony S, Ribeiro J. A Criança Hiperativa uma Visão da Abordagem Gestáltica. Psicologia teoria e pesquisa. [periódico na internet]. 2004 mai/agost [acesso 26 de março 2009]; 20(2): 127-134. Disponível em: <http://www.rev.ptp@unb.br/htm>.