

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E A ORGANIZAÇÃO PEDAGÓGICA DA ESCOLA NA PERSPECTIVA DE UMA ESCOLA INCLUSIVA

NOÉ, Eloisa Elena[1]

Faculdade Governador Ozanan Coelho - FAGOC
Pós-Graduação em Psicopedagogia Clínica e Institucional
Agosto de 2023

ABRANCHES, Maria Alice[2] - ORIENTADOR(A)

RESUMO

O propósito deste artigo foi tecer uma discussão em torno do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a organização pedagógica da escola na perspectiva da Inclusão. Ao serem inseridos na escola, alunos com TDAH frequentemente são rotulados e fracassam em seu desempenho, muitas vezes pelo desconhecimento dos agentes escolares a respeito do transtorno e carência de uma consistente formação pedagógica. A não aprendizagem dos alunos no TDAH não pode ser justificada apenas pelo não uso do metilfenidato (Ritalina). Ela poderá ser contornada à medida que a escola se mobiliza como escola inclusiva, valorizando a formação do corpo docente em vista do atendimento de qualidade aos estudantes com necessidades educacionais especiais. Isso implica na constante adequação do Projeto Político Pedagógico da instituição, resignificação de práticas pedagógicas, adoção de novas posturas metodológicas e incorporação de recursos alternativos que estimulem aspectos cognitivos do aluno acometido pelo transtorno.

Palavras-chave: TDAH. Inclusão. Organização Pedagógica. Formação. Necessidades Educacionais Especiais.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo traz por tema O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a organização pedagógica da escola na perspectiva de uma escola inclusiva. A definição do tema decorreu da imersão da pesquisadora em uma sala de aula do 1º ano do ensino fundamental pelo período de dois meses, por ocasião do estágio em Psicopedagogia Clínica e Institucional, uma oportunidade de perceber alunos com sinais muito semelhantes aos sinais típicos do TDAH, conjuntamente a dificuldades para a aprendizagem da leitura e da escrita. O fato levou a acadêmica, no diálogo com a professora-regente da turma, à uma suspeita do transtorno, hipótese esta não comprovada naquela ocasião, pois as famílias, apesar de terem sido orientadas, não procederam à investigação clínica e, portanto, não apresentaram um laudo diagnóstico de especialista da área médico que comprovasse a suspeita. Contudo, as observações e constatações no período do estágio serviram como motivação para aguçar as investigações da acadêmica a respeito do transtorno.

A alfabetização de crianças desafia os professores alfabetizadores que, diariamente, necessitam de estratégias pertinentes aos diferentes perfis discentes presentes nas salas de aula. Também pressupõe interlocução e ações de intervenção planejadas com o coordenador pedagógico da instituição e outros profissionais inseridos no ambiente escolar e até fora do espaço escolar. Sendo assim, o objetivo principal desse estudo foi refletir sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e suas consequências para as crianças que se encontram no processo inicial de alfabetização, considerando a organização pedagógica da escola que recebe alunos com desenvolvimento neurotípico e desenvolvimento neuroatípico [3]. O aluno com TDAH possui uma série de direitos que muitas vezes não lhes são imputados: ou por desconhecimento da equipe escolar ou até mesmo omissão, haja vista a Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9.394/96 (LDB) estabelecer nos artigos 58 e 59 o direito de frequentar escolas regulares a todos que apresentam necessidades especiais por meio de adaptações curriculares e apoio especializado.

Portanto, um estudo científico do TDAH pelos professores, gestores, demais profissionais da instituição e psicopedagogos se torna importante e necessário pelo fato da centralidade do trabalho desses profissionais envolver o processo de aprendizagem e, no caso da psicopedagogia[4], não só o processo, mas as fraturas presentes na construção da aprendizagem por esse sujeito. Na escola, o desconhecimento do TDAH por parte da equipe

gestora e docentes, impedirá uma mediação adequada em vista da aprendizagem, podendo até dificultar as relações interpessoais do aluno X professor X colegas X profissionais da escola. Mediante um diagnóstico clínico do transtorno, adequações metodológicas, relacionais, de gestão pedagógica e de gestão de pessoas poderão ser articuladas. No momento em que a criança com TDAH é introduzida no processo sistemático da alfabetização pela instituição, poderá ser incompreendida, sentir-se rejeitada, rotulada, enfim, um “caos” emocional poderá se instalar, caso seu professor não tenha orientações acerca do transtorno ou não possua sensibilidade e prática pedagógica alicerçada em pressupostos teóricos que sustentem um trabalho conforme as especificidades desse aluno.

Neste estudo, o TDAH vem traduzido numa ótica psicopedagógica, o que remete à implementação de práticas escolares que envolvam não somente o professor regente, mas outros profissionais da escola que auxiliarão no processo de alfabetização dos alunos já diagnosticados pelos especialistas clínicos com o transtorno, especialmente nos três primeiros anos do ensino fundamental, anos considerados decisivos para o aprendizado da leitura e escrita. Essa pesquisa apoiou-se na abordagem qualitativa, do tipo bibliográfico, a partir de vídeos, artigos, teses e livros, haja vista o acervo acerca do transtorno ser volumoso e crescente. Sobretudo, o estudo baseou-se em alguns autores: BARKLEY (2002; 2008; 2011); BONADIO E MORI (2013); MATTOS (2006; 2012); CORREIA (2015); CRUZ (2007); SOUZA (2010).

2. TDAH: CONCEITO E ESPECIFICIDADES

O TDAH aparece incluído na lista dos transtornos do desenvolvimento que se caracterizam por déficits neurológicos de causas genéticas e que trazem prejuízos funcionais ao sujeito em âmbito pessoal, social, acadêmico e profissional. De acordo com a Associação Brasileira Do Déficit De Atenção – ABDA (2017)

O TDAH é um transtorno neurobiológico, com grande participação genética (isto é, existem chances maiores de ele ser herdado), que tem início na infância e que pode persistir na vida adulta, comprometendo o funcionamento da pessoa em vários setores de sua vida, e se caracteriza por três grupos de alterações: hiperatividade, impulsividade e desatenção. Ele é chamado às vezes de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção).

Segundo Barkley (2008), o transtorno recebeu muitos nomes diferentes durante o século passado, incluindo síndrome da criança hiperativa, reação hipercinética da infância, disfunção cerebral mínima e transtorno de déficit de atenção (com ou sem hiperatividade). A associação de três sintomas - hiperatividade, impulsividade e desatenção - compõe a tríade sintomatológica que interfere consideravelmente na aprendizagem desse sujeito e conforme a predominância dos sintomas, o atual Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais - DSM-5 TR[5], publicado em maio de 2013, considera o TDAH em três subtipos: (1) predominantemente desatento; (2) predominantemente hiperativo/impulsivo e (3) a combinação desses dois. Antes de ser admitido um dos subtipos, algumas especificidades devem ser percebidas no indivíduo por períodos consideráveis (mínimo de 06 meses) e em pelo menos dois ambientes distintos: casa e escola.

Quadro 1- Subtipos do TDAH conforme o DSM-5

Subtipos	Características
Predominantemente desatento	Presença de seis (ou mais) sintomas de desatenção e com menos de seis sintomas de hiperatividade/impulsividade
Predominantemente Hiperativo-Impulsivo	Presença de seis (ou mais) sintomas de hiperatividade e impulsividade e menos de seis sintomas de desatenção.
Combinado	Identificação de seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados coletados na pesquisa

Bonadio e Mori (2013, p. 33) esclarecem algumas alterações feitas e que foram oficializadas em 2013, no DSM-5 TR

O ponto de corte para estabelecimento do diagnóstico permaneceu a ser seis p/ crianças e nos adultos baixou de seis p/ cinco. Outra mudança importante diz respeito ao critério que estabelecia o aparecimento de sintomas antes dos sete anos; na versão atual, o limite de idade foi

modificado p/ 12 anos. Além disso, o manual apresenta possibilidade de classificar o TDAH em Leve, Moderado e Grave, conforme o grau de comprometimento causado pelos sintomas na vida da pessoa.

Os critérios diagnósticos são traduzidos em uma escala de sintomas padrões com objetivo de identificar qual o tipo mais predominante de TDAH, ou seja, se desatento, hiperativo ou combinado. Geralmente, é manuseada pelos pais ou responsáveis pela criança e seus professores.

**QUADRO 2- Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
(Associação Americana de Psiquiatria)**

1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:
<p>Desatenção</p> <p>(a) deixar de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;</p> <p>(b) ter dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;</p> <p>(c) parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra;</p> <p>(d) não seguir instruções e não terminar os deveres da escola, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não em razão do comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);</p> <p>(e) ter dificuldade para organizar tarefas e atividades;</p> <p>(f) evitar, antipatizar ou relutar a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);</p>

(g) perder coisas necessárias às tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);

(h) facilmente distrair-se por estímulos alheios à tarefa;

(i) apresentar esquecimento em atividades diárias.

(2) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistirem por pelo menos seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento

Hiperatividade:

(a) agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira;

(b) abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;

(c) correr ou escalar em demasia, em situações inapropriadas (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);

(d) ter dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;

(e) estar a mil ou muitas vezes agir como se estivesse a todo vapor;

(f) falar em demasia.

Impulsividade:

(g) dar respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;

(h) ter dificuldade para aguardar a própria vez;

(i) interromper ou se meter em assuntos de outros (por ex., intrometer-se em conversas ou brincadeiras).

Além dos sintomas descritos acima (Quadro 2), Barkley[6] e Benton (2011) ainda listam 91 sintomas [7]adicionais associados ao TDAH, reunidos em um longo estudo de 07 anos.

Conforme Mattos *et al.* (2006), nas últimas décadas, a crescente necessidade de padronização de critérios diagnósticos, tanto na clínica quanto na pesquisa, na área da psiquiatria e da saúde mental, tornou os instrumentos de avaliação ferramentas indispensáveis para ambos os campos. Considerando os sintomas do TDAH descritos na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e no Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais, o pesquisador desenvolveu um instrumento de domínio público, o SNAP-IV (ANEXO A), que tem sido amplamente utilizado no Brasil pelos clínicos para rastreio do transtorno.

O TDAH é classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado pelo colapso da atenção e da regulação do comportamento, o que gera perturbações internas tanto para o sujeito como para seu entorno. Pela dificuldade que tem para obedecerem a regras e de se manterem atentas, as crianças acabam fracassando nas atividades escolares e nas atividades do cotidiano, além de receberem rótulos depreciativos que ultrapassam as paredes da sala de aula, atingindo corredores, pátio, cantina, contexto familiar e as relações sociais em geral. Sabe-se que não são poucas as vezes que alunos desatentos são discriminados no ambiente escolar e tidos por teimosos, indisciplinados, preguiçosos e lentos demais.

Infelizmente, a maioria das pessoas acredita que autodisciplina, autocontrole e vontade estão inteiramente sob nosso próprio comando. Dessa forma, crianças sem autocontrole são vistas como não querendo controlar a si mesmas (são as “ervas daninhas”) ou como não tendo aprendido a se controlar (encaradas simplesmente como “indisciplinadas” pelos pais). Os cientistas estão nos mostrando que existem fatores neurológicos (cerebrais) que contribuem para o autocontrole e a vontade, aliados com o aprendizado e a formação.

[...] Essas pessoas têm o TDAH. Elas têm um problema de base biológica de autocontrole e de execução de sua própria vontade. (BARKLEY, 2002, p. 64)

Não é raro, também uma criança com TDAH apresentar comorbidades[8], o que agrava ainda mais seu desempenho escolar. Nesse sentido, a Associação Brasileira de Déficit de Atenção– ABDA (2017) conclui

Uma das características do TDAH é exatamente essa alta coincidência com outros transtornos que chamamos de comorbidades. Estima-se que até 70% das crianças com TDAH apresentam simultaneamente outros transtornos, assim como os adultos que também costumam apresentar um número elevado de outros transtornos simultâneos.

Ao agregar outros transtornos, como Transtorno Opositor Desafiador; Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC); Transtorno Bipolar, de Conduta, de Ansiedade Generalizada; de Pânico, de Depressão; transtornos específicos de aprendizagem, como dislexia, disortografia, discalculia e até distúrbios de linguagem, o prognóstico do TDAH se torna extremamente comprometido, pois um transtorno acabará por reforçar a condição do outro. Devido a todas essas comorbidades e aos prejuízos causados ao sujeito pelo próprio transtorno, uma avaliação diagnóstica criteriosa poderá indicar um tratamento terapêutico multidisciplinar.

3. ETIOLOGIA, PREVALÊNCIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM TDAH

Algumas pesquisas apontam que as causas do TDAH ainda permanecem desconhecidas. Tem-se que sua etiologia é multifatorial, considerando que comportamentos desatentos, impulsivos e/ou hiperativos podem ser desencadeados por uma série de situações, mas há quem defenda que os fatores orgânicos se sobreponham aos socioambientais se constituindo como a causa do Transtorno. Isso é reforçado pela resposta positiva dos sujeitos ao uso do *metilfenidato*[9], que funciona como uma terapêutica

medicamentosa, diminuindo consideravelmente os três sintomas da tríade. Contudo, a contribuição socioambiental ainda não foi excluída como um fator incidente para o TDAH e suas comorbidades. Na verdade, a etiologia do transtorno ainda aparece envolta em muitas controvérsias.

Para Barkley (2008 *apud* BONADIO e MORI, 2013, p. 40), os fatores genéticos e neurológicos são as principais causas do TDAH. Mas outros autores defendem as influências dos fatores ambientais e afetivos (ROMAN, 2003; ROTTA, 2006, CYPEL, 2007; *apud* BONADIO e MORI, 2013, p. 42). Esses fatores ambientais compreenderiam: o stress ao qual a sociedade está sendo submetida; o excesso de estimulação sensorial, além de outros. Para Barkley (2008 *apud* BONADIO e MORI, 2013, p. 41), o TDAH não pode e não ocorre em decorrência de fatores puramente sociais, como a criação infantil, os conflitos familiares, as dificuldades maritais/do casal, o apego infantil inseguro, a televisão ou os *videogames*, o ritmo de vida moderna ou a interação com outras crianças, contudo não descarta a interferência desses fatores na saúde mental dos indivíduos. Apesar da grande quantidade de estudos realizados, não se conhecem as causas precisas do TDAH, ainda que a influência dos fatores citados acima em seu desenvolvimento seja amplamente aceita na literatura especializada (RHODE; HALPERN, 2004, *apud* CORREIA, 2015, p.21).

O TDAH ocorre em aproximadamente 5 a 8% da população infantil e em aproximadamente 4 a 5% da adulta. Entre as crianças, a proporção de gênero é de cerca de 3:1, com os meninos com uma maior probabilidade de portar o transtorno que as meninas. Entre os adultos, a proporção de gênero cai de 2:1 ou menos. O transtorno tem maior probabilidade de ser encontrado em famílias nas quais outras pessoas são portadoras de TDAH, [...]ou naqueles com uma história de exposição pré-natal ao álcool ou ao tabaco, parto prematuro ou peso extremamente baixo ao nascer ou, ainda, trauma importante nas regiões frontais do cérebro. (BARKLEY, 2008, p. 16)

Para Mattos (2012), há prevalência de meninos por serem eles mais agitados do que as meninas. Em consequência, são encaminhados em maior número para a avaliação médica e, assim, diagnosticados com o transtorno, enquanto as meninas, por serem mais desatentas e não incomodarem tanto, nem sempre são conduzidas às consultas. O diagnóstico do transtorno, essencialmente clínico, é obtido pela coleta de informações a partir de uma queixa inicial; da anamnese; de entrevistas e aplicação de questionários a professores e familiares para avaliação de sintomas; da avaliação dos prejuízos causados pelos sintomas (que integra o DSM-5) e, ainda, pela exclusão de sinais e sintomas. A partir do diagnóstico da patologia com base clínica e rastreamento comportamental, é prescrito um tratamento que tem por objetivo a reorganização do comportamento do paciente. Portanto, exames laboratoriais e de imagem não fornecem indícios que comprovem o transtorno que pode ser identificado, atualmente, pela observação do comportamento, pelos aspectos cognitivos e desempenho do indivíduo. A psicopedagogia, a partir da utilização de testes psicométricos e outros instrumentos, contribui de forma relevante para que a hipótese do transtorno seja confirmada pelo especialista da área médica.

Pesquisas apontam que o TDAH decorre de um funcionamento alterado das áreas frontais do cérebro afetando as funções executivas (FE), que correspondem às habilidades mentais que regulam nosso comportamento e nosso pensamento, sempre objetivando a realização de ações no tempo presente ou no futuro. Assim, a criança com TDAH terá dificuldade nas habilidades de planejamento, de organização, de perseverança, de tomar iniciativas, de resolver problemas, de inibir impulsos, de direcionar tomadas de decisão, de manter a atenção. A dificuldade para se autorregular, não raras vezes, faz com que essa criança seja excluída pelos colegas dos momentos de brincar e faz com que tenha dificuldades no processo da aprendizagem.

Acredito que o transtorno tenha sua base numa área do cérebro com subatividade que, enquanto amadurece, fornece meios crescentes de inibição comportamental, de auto-organização, autorregulação e

previdência. [...] a deformidade comportamental causada por essa subatividade é pernicioso, insidioso e desastrosa em seu impacto na capacidade de uma pessoa lidar com seus afazeres diários críticos, através dos quais os seres humanos se preparam para o futuro, próximo ou distante. (BARKLEY, 2002, p. 40)

A pouca inibição do comportamento ou do controle de impulsos em decorrência da baixa concentração de neurotransmissores no lobo frontal, especialmente a noradrenalina e dopamina, explica a inquietude e impulsividade dos sujeitos. Segundo Barkley e Benton (2011, p.24) quando se trata de sintomas do TDAH, a medicação funciona. Ela melhora os sintomas. O índice de sucesso das medicações para TDAH é provavelmente incomparável a qualquer outro tratamento para qualquer outro transtorno psiquiátrico. Mas há controvérsias.

O uso de medicamento para amenizar tais sintomas se torna uma alternativa mais rápida e considerada eficiente pelos pais e pela escola, descartando o professor como mediador, fundamental para a aprendizagem e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, neste caso, em específico, a atenção. A alteração das práticas pedagógicas demandaria um tempo maior e intervenções em longo prazo, o que envolveria o trabalho não só do professor, mas de toda a equipe pedagógica, abarcando ações coletivas. (BONADIO e MORI, 2013, p. 109)

A medicação para transtornos tem gerado discussões no campo educacional e clínico. Há os que defendem e há os que são desfavoráveis à medicalização. Segundo Garrido e Moysés (2011 *apud* CORREIA, 2015, p.28), o crescente aumento da medicalização dos indivíduos com dificuldades na aprendizagem se deve a alguns fatores:

O déficit histórico na formação dos professores, baseada em um arcabouço teórico que pouca ajuda a compreender e lidar com a diversidade dos alunos e os problemas do cotidiano escolar; o desprestígio da educação na sociedade brasileira; o medo de pais e professores de não lançar mão de todos os recursos que prometem soluções para problemas escolares; a pressão das diferentes categorias profissionais por reserva de mercado; os interesses econômicos de indústrias farmacêuticas em fabricar doenças e oferecer cura para elas.

Apesar do uso de *metilfenidato* por alunos diagnosticados com TDAH ser uma alternativa eficiente e “mais rápida” para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, em especial a atenção, Correia (2015) conclui que há uma corrente não medicalizante da aprendizagem - embora ainda com menos expressão que a medicalizante, apoiada na visão organicista - pautada em uma pedagogia criativa, não normativa, não taxativa, alternativa e emancipatória, partindo de uma visão sócio-histórica do desenvolvimento humano e do pressuposto de que a prática pedagógica estimula a atenção voluntária do indivíduo e não somente o uso do medicamento. Bonadio e Mori (2013, p. 123) se opõem a essa visão puramente organicista

Medicar as dificuldades na escolarização retira as possibilidades de analisar criticamente a qualidade das escolas, a formação dos professores, a precariedade das políticas educacionais e o pouco investimento na educação. Questões políticas e econômicas são mascaradas quando se tem no medicamento as respostas para as dificuldades de aprendizagem e de atenção; isentando políticos, pais, professores e cientistas e delegando à criança a responsabilidade pelo próprio fracasso, que é especificamente orgânico ou psicológico.

Alguns estudiosos explicam a não aprendizagem dos indivíduos acometidos de TDAH puramente pela concepção organicista, desconsiderando a inadequação das práticas e métodos de ensino e o importante papel do professor como mediador do processo ensino-aprendizagem.

4. O TDAH NA PERSPECTIVA DE UMA ESCOLA INCLUSIVA

Educação inclusiva e Educação Especial são temas recorrentes quando se trata de Direitos Humanos. Certamente, a Declaração de Salamanca[10], de 1994, foi um marco para a Educação Inclusiva no mundo, servindo de diretriz no Brasil para a elaboração da Política Nacional para Inclusão das Crianças com Necessidades Especiais. Historicamente, o acesso à escola era privilégio de poucos, mas ao se tornar um direito de todos, a Educação passa a contemplar a totalidade dos indivíduos inseridos na sociedade. De acordo com Karagiannis (2007 *apud* Souza, 2010, p.22), em um sentido mais amplo, o ensino inclusivo é a prática da inclusão de todos – independentemente de seu talento, deficiência, origem socioeconômica ou origem cultural – em escolas e salas de aula provedoras, onde todas as necessidades dos alunos são satisfeitas.

Bonadio e Mori (2013, p. 66) afirmam que cada modelo de sociedade exige da Educação respostas e soluções que atendam às necessidades de sua época, direcionando, por isso, o papel da escola, das tendências pedagógicas e das políticas educacionais. Assim, no pressuposto de que a sociedade está sempre se modelando e que nesse processo constante de modelação a Educação precisa responder às demandas da contemporaneidade, a educação inclusiva se configura como um reconhecimento da diversidade presente nessa sociedade e consequentemente, como um direito fundamental do cidadão garantido pela Constituição Federal, cabendo ao Estado a responsabilidade da oferta de oportunidades educacionais de qualidade para todos.

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Art. 206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: I – igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; [...] Art. 208. O dever do Estado com a Educação será efetivado mediante a garantia de: III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino. (BRASIL, 1988)

A obrigatoriedade da inclusão escolar, assegurada por leis e decretos, pressupõe não somente o acesso dos alunos com necessidades educacionais especiais às escolas, como também sua permanência com qualidade, sem quaisquer espaços para práticas discriminatórias e por isso, a organização pedagógica da escola precisa ser discutida e repensada coletivamente e o Projeto Político Pedagógico frequentemente revisto e adequado à diversidade. O Guia de Educação Especial da Secretaria Estadual de Educação de Minas Gerais aponta

O percurso escolar garante ao aluno o trânsito pelas etapas e níveis referentes à forma de organização da escolaridade do sistema de ensino. A escola deve reconhecer e valorizar as experiências do aluno, suas habilidades, suas diferenças e atender às suas necessidades educacionais especiais sem perder de vista a consecução dos objetivos educacionais a que ele tem direito. (MINAS GERAIS/SEE, 2013, p. 11)

Isso implica dizer que a inclusão verdadeiramente se efetiva quando todo aluno (reconhecido com necessidades educacionais especiais ou não) se faz presente às aulas, participando, aprendendo

e desenvolvendo suas potencialidades. Nessa premissa, um sistema de educação inclusivo requer o desbancar da homogeneização de classes de alunos como o ideal para a qualidade do ensino, pois a heterogeneidade beneficia não somente os alunos com necessidades educacionais especiais como também os considerados típicos, pois ao participarem de uma aprendizagem colaborativa, agregam valores - como o respeito às diferenças – e trabalham habilidades diversas pela oportunidade de acesso a outros recursos e metodologias de ensino. A partir da LDB 9394/96, a Educação Especial passou a ser classificada como modalidade de ensino, perpassando todos os níveis, etapas e as outras modalidades (Educação de Jovens e Adultos/EJA, Educação Profissional e a Educação Indígena).

Art. 58. Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. § 1º Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial.

Por força da legislação, o público-alvo da Educação Especial são os alunos com deficiência (Cegueira; Baixa Visão; Surdo-cegueira; Deficiência Auditiva; Surdez; Deficiência Intelectual; Deficiência Física; Deficiência Múltipla); transtorno do espectro autista (TEA) e altas habilidades/superdotação. Mesmo tenho o Ministério da Educação, no ano de 2007, oficializado a [Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva](#), esta não incluiu alunos diagnosticados com TDAH como público alvo da Educação Especial, pois o transtorno não é considerado Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) e, portanto, os estudantes com TDAH não serão atendidos pelos serviços de apoio na escola regular, contudo o aluno com TDAH pode ser incluído entre os alunos com necessidades educacionais especiais e deve ser alvo de intervenções por parte dos agentes escolares. Um indivíduo diagnosticado com TDAH poderá ter um desempenho acadêmico sofrível, um percurso escolar sem sucesso e com grande probabilidade de evasão, caso não seja

submetido a intervenções pontuais e não lhe seja oportunizado o acesso a recursos e metodologias que favoreçam o desenvolvimento da atenção voluntária.

De forma consensual, não há como a escola fazer Educação Inclusiva sem que todo o coletivo da escola e também a família estejam envolvidos na execução de suas atribuições. A efetivação da Educação Inclusiva exige a concretização de ações pertinentes tanto no âmbito escolar quanto no familiar: requer formação continuada e atualização constante dos agentes escolares, além do compartilhamento de práticas vivenciadas no cotidiano escolar, ou seja, a formação do profissional deve se assentar num constante processo reflexivo teoria e prática e na busca por uma organização pedagógica que dê respostas coerentes às novas proposições. De acordo com Souza, (2010, p. 90)

Por Organização Pedagógica compreendemos um processo que engloba: os componentes curriculares mais gerais – o que a escola prioriza, quais são suas práticas pedagógicas, avaliação, métodos de ensino etc.; os atores envolvidos na organização – no caso, os gestores, como responsáveis por oficializar e dar sentido às proposições e necessidades dos docentes, pais e alunos em relação à proposta educacional da escola; e o documento que sintetiza e que resulta de todo esse processo, o Projeto Pedagógico, que contém toda a natureza pedagógica e administrativa da escola.

A deficitária formação docente aliada ao excesso de encargos burocráticos que são atribuídos não apenas a eles, mas também à equipe pedagógica e administrativa da escola são alguns dos fatores de impedimento para que a escola se transforme em um espaço concreto de práticas inclusivas. Cabe ao diretor da escola, mobilizar todos os agentes da escola na busca de formação e de novas práticas, garantindo até mesmo novas formas de organização escolar ao romper com posturas que não mais se adequam à escola atual, inclusiva e democrática. A carência de uma boa fundamentação teórica acerca da educação inclusiva, dos transtornos e dificuldades de aprendizagem e a ausência da prática reflexiva por parte de gestores e professores geram inseguranças e tensões no ambiente escolar e uma consequente permanência destes profissionais em posturas pedagógicas tradicionais, como o ensino pela memorização de conteúdos e pela competitividade entre os estudantes que ao invés de incluir, leva à exclusão, pois desconsidera a humanidade e singularidades

de cada sujeito, não contribuindo para a potencialização das habilidades individuais e superação de limites. Souza (2010, p. 79) aponta

[...] um dos meios para combater a exclusão residiria no fato de a escola não responsabilizar as necessidades educacionais especiais da criança como empecilho para o processo educativo, mas pensar em possibilidades curriculares para atender tais peculiaridades. De acordo com tais premissas, mudar as concepções sobre a educação e enxergá-la como direito de todos operacionalizada por meio de uma revisão do currículo, é o primeiro processo para superar ideias excludentes.

Na perspectiva da educação inclusiva e da democratização da escola, a gestão administrativa e pedagógica (diretores, coordenadores pedagógicos e professores) deverá se empenhar na ressignificação de suas práticas, costumeiramente homogêneas, e expressar concretamente suas intenções educativas ao atender um aluno com necessidades educacionais especiais, estabelecendo ações coletivas, ou seja, toda a escola deverá se envolver numa atmosfera de acolhimento, de confiança no aluno, em seu potencial e respeito às diferenças entre eles. Por isso, os professores não podem restringir seu planejamento apenas a adaptações no currículo em decorrência das limitações apresentadas pelos alunos, mas principalmente, devem primar pelo reconhecimento dos interesses e habilidades individuais, a fim de potencializá-las, levando-os a aquisição de competências. No caso do aluno com TDAH, a grande maioria não apresenta comprometimento da inteligência e são criativos, então, caberá à escola provocar sua criatividade e explorar as possibilidades e talentos de cada um ao trabalhar os conhecimentos historicamente construídos. “É importante diferenciar dificuldades em se adaptar ao sistema educacional de impossibilidade de aprendizagem. Muitas crianças com TDAH são muito inteligentes e se lhes dermos uma chance elas poderão ser bem-sucedidas.” (MATTOS, 2012, p.99).

A educação inclusiva só se efetivará com a ruptura do paradigma de que o currículo padrão deve ser reproduzido por todos os alunos da mesma forma, desconsiderando suas possibilidades e ritmos. Nessa premissa, as Diretrizes Curriculares para a Educação Especial na Educação Básica/Resolução CNE/CEB Nº 02/2001 também orienta sobre o atendimento de alunos que apresentem necessidades educacionais especiais na Educação Básica e aponta

a necessidade da flexibilização como estratégia de ajustamento do aluno especial na escola regular.

Art. 8º [...] III – flexibilizações e adaptações curriculares que considerem o significado prático e instrumental dos conteúdos básicos, metodologias de ensino e *recursos* didáticos diferenciados e processos de avaliação adequados ao desenvolvimento dos alunos que apresentam necessidades educacionais especiais, em consonância com o projeto pedagógico da escola, respeitada a frequência obrigatória [...]

O docente passa a ser um mediador, um organizador do processo de descobertas pelo aluno ao eleger e ajustar recursos didáticos e procedimentos de ensino conforme as especificidades e interesses de cada sujeito. Nesse movimento, a avaliação processual assume o caráter de redimensionar e flexibilizar o planejamento, conforme as demandas apresentadas pelos diferentes sujeitos presentes no cotidiano da escola.

5. O TDAH NA SALA DE AULA DE ALFABETIZAÇÃO

Frequentemente há tensões na escola tendo em vista o comportamento do aluno com TDAH que é traduzido, muitas vezes, por rebeldia e irresponsabilidade, acarretando-lhe um sentimento de inadequação, frustração e baixa autoestima, levando-o a abandonar da escola ou a ser destinatário, em muitas realidades, de suspensões das aulas por parte da direção escolar, um contrassenso. Por isso, o professor precisa conhecer o transtorno a fim de não ser levado a formular rótulos, mesmo que mentalmente, do tipo: “aluno sem limites”, falta-lhe “bons modos”, ou “tem corpo mole” ou ainda, “aluno preguiçoso”.

Os sinais do TDAH começam a ser percebidos de forma mais intensa no início da alfabetização devido às exigências do processo de aprendizagem. Neste momento, caso seja apontada uma hipótese de transtorno pelos agentes escolares e essa hipótese for confirmada pelo especialista clínico e posteriormente, a criança for submetida a tratamento

especializado e estratégias metodológicas escolares adequadas, ela poderá passar seus anos na escola sem maiores complicações e/ou danos à aprendizagem. Caso contrário, encontrará percalços durante o processo de aquisição da leitura e da escrita, comprometendo seu percurso escolar futuro.

A partir do conhecimento do TDAH, de suas características e aspectos cognitivos comprometidos, podem ser elencadas práticas pedagógicas na alfabetização que seriam mais adequadas para alunos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. De início, um agir docente pautado por controle e autoritarismo não se configura como medida apropriada para contornar o transtorno e as dificuldades apresentadas pelas crianças acometidas por TDAH. Pelo contrário, o estabelecimento de vínculo entre professor/aluno, pautado pelo afeto e respeito servirá como mola propulsora para o seu desenvolvimento e sua aprendizagem. Sabe-se que crianças com TDAH possuem um déficit da atenção voluntária. O início da alfabetização exige atenção voluntária intensa, para ser possível à criança juntar as letras, reconhecer seus sons [...]. (BONADIO E MORI, 2013, p.142).

Esta atenção voluntária pode se desenvolver através da mediação com o adulto pelo uso da linguagem. Estratégias pedagógicas poderão ser articuladas e a aprendizagem poderá ser provocada e organizada de forma intencional pelo professor a fim de desenvolver as funções cognitivas superiores, tais como a atenção e o controle voluntário do comportamento. Sobre isso, discorrem Bonadio e Mori (2013, p. 155)

As investigações demonstram que a distração do aluno, revelada em erros como, por exemplo, omissão de palavras ou letras durante a repetição de um texto, pode ter como origem a deficiência nas formações das funções de controle. Por isso, uma das funções específicas da educação da atenção é o desenvolvimento do autocontrole. A atenção voluntária não é espontânea; ao contrário, é preciso ensinar o aluno a prestar atenção e a desenvolver o hábito de ficar atento.

Nos três primeiros anos do ensino fundamental, ocasião em que a alfabetização acontece de forma sistemática, a dificuldade para se expressar oralmente e por escrito é

visível, pois o cérebro do aluno hiperativo é veloz. Ele salta palavras, salta frases inteiras e pula linhas ao ler um texto, levado não só pelo déficit de atenção, mas também pela pressa e por uma coordenação viso-motora pouco estimulada. O TDAH compromete consideravelmente o desenvolvimento psicomotor da criança levando-a a apresentar desajustes no equilíbrio, no esquema corporal, na organização espaço-temporal e do manejo viso-motor. Crianças com TDAH apresentam até mesmo resistência para escrever em decorrência da dificuldade para regular o movimento da mão, se organizar e planejar a escrita, concentrar-se e manter a atenção sustentada. Essas comorbidades motoras podem ser superadas através de atividades bem planejadas na área da psicomotricidade. Escrever é mais difícil que falar e ler, pois envolve habilidades grafo - motoras, vocabulário, formulações, geração de ideias, estabelecimento de objetivos, e se torna um grande desafio para crianças com problemas atencionais e de memória (BROW, 2007 *apud* CRUZ, 2007, p.38). Conforme Zorzi (2003 *apud* CRUZ, p.37)

A apropriação progressiva do sistema ortográfico passa pelos seguintes conceitos: diferenciação do traçado das letras, consciência fonológica, identificação da posição das letras dentro da palavra, diferenciação da linguagem oral da linguagem escrita, compreensão das múltiplas representações escritas de um mesmo som.

O fato do aluno com TDAH trocar letras também pode ser explicado por sua desatenção, por uma dominância lateral cruzada[11] e pela inabilidade fonológica que o leva a não fazer a discriminação correta dos sons. A dificuldade em memorizar também compromete a leitura, pois acabam de ler e já não se lembram do que leram. O trabalho com textos menores e que tratem de assuntos do interesse da criança e a execução de atividades que trabalhem a consciência fonológica serão de grande auxílio como medidas interventivas. Zorzi (2003 *apud* CRUZ, p.37) faz uma relação entre o TDAH e as dificuldades na escrita ortográfica

[...] os processos de memorização são fundamentais na aprendizagem das regras ortográficas e que, dessa forma, o portador de TDAH sofreria prejuízos na aquisição da representação ortográfica da escrita por dificuldades na memorização de regras ortográficas, assim como dificuldades na atenção à escrita das palavras, fazendo com que se configurem *escritas ingênuas*, sem conflitos, necessários ao questionamento da escrita correta de uma sentença.

Algumas comorbidades poderão surgir durante o processo de alfabetização, como dislalia, dislexia e/ou disortografia, tornando o aprendizado da leitura e da escrita mais lento e, nesse caso, é indicado o acompanhamento com especialistas na área da fonoaudiologia e psicopedagogia. Bonadio e Mori (2013, p. 2014) ainda apontam

Ainda nas fases iniciais de escolarização, a criança não consegue dividir sua atenção; por exemplo, se está concentrada na escrita, é comum estar inadequadamente sentada, segurando o lápis incorretamente ou com o caderno inclinado. Por isso, é imprescindível a atuação do professor no sentido de ajudar o aluno a organizar seus materiais e a rotina escolar, situá-lo quanto ao conteúdo, espaço no caderno a ser ocupada, postura adequada ao se sentar, como pegar o lápis para traçar as letras. O aluno aprenderá a controlar sua conduta e a se posicionar frente ao aprender se esta for mediada pelo professor via linguagem.

Rohde e col. (2006 *apud* CRUZ, 2007, p. 35) enumeram ainda algumas intervenções escolares no TDAH durante a gestão de sala de aula pelo professor:

sentar próximo ao professor, evitar a escassez e o excesso de estímulos visuais, ambiente tranquilo, maior tempo para realizar as atividades, atividades estruturadas, adotar uma atitude positiva como elogios, rotina estruturada para realizar os temas e estudar. É muito importante que os

professores se mostrem abertos à mudança e compreensivos quanto ao TDAH, buscando informação e transformação da atuação pedagógica, com mudança na organização da sala de aula, estruturar a aula com rotinas e prevenção de situações de conflito, bem como oferecer apoio afetivo.

Por fim, sabe-se que intervenções geram resultados em longo prazo e somente quando são bem planejadas e executadas. Em educação nada acontece espontaneamente e além dos agentes da escola, a família também deve se articular a favor da criança com TDAH. A alfabetização no TDAH a partir de estratégias alternativas, de recursos visuais e sensoriais diversos é possível e, quando há a intervenção da família conjuntamente às intervenções realizadas pela escola, a criança aprende e a sensação de fracasso é vencida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação sobre como escola tem se organizado para atender com qualidade os alunos com necessidades educacionais especiais e de forma específica, como se organiza para atender o aluno no TDAH, requer uma exploração bastante minuciosa, haja vista a complexidade do tema [MATTOS, P.](#); [SERRA-PINHEIRO, M. A.](#); [ROHDE, L. A.](#); [PINTO, D.](#) Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2006, vol.28, n.3, pp.290-297.

MATTOS, PAULO. No Mundo da Lua: Perguntas e Respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescente e adulto. Rio de Janeiro: Gráfica e Editora Milograph, 2012.

ROHDE LA, MATTOS P. Princípios e práticas em TDAH. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed; 2003.

SOUZA, DANIELA CRISTINA BARROS DE. A inclusão na perspectiva da
organização pedagógica de escolas

[1] Graduada em Letras pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ubá (FAFIU); Graduada em Pedagogia pela Faculdade ISEIB/Betim; Pós-graduada em Supervisão Escolar pela Faculdade Integradas de Jacarepaguá/RJ (FIJ); pós-graduada em Inspeção Escolar pela Faculdade de Ciências Humanas do Vale do Piranga/Ponte Nova (EVATA); Mestre em Gestão e Avaliação da Educação Pública pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).
eloisa_noe@hotmail.com

² Graduada em Pedagogia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ubá (FAFIU), pós-graduada em Metodologia de Ensino Superior (FAFIU) e Pós-graduada em Gestão e Implementação de Cursos a Distância, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Mestre em Educação pela Universidade Vale do Rio Verde (UNINCOR).
mariaaliceabanches@hotmail.com

[3] Desenvolvimento escolar neurotípico se dá quando o aprendizado esperado para aquela etapa do desenvolvimento escolar é alcançado e desenvolvimento escolar neuroatípico se dá quando o mesmo não acontece.

[4] Psicopedagogia é um campo de atuação em Educação e Saúde que se ocupa do processo de aprendizagem considerando o sujeito, a família, a escola, a sociedade e o contexto sócio-histórico, utilizando procedimentos próprios, fundamentados em diferentes referenciais teóricos. Disponível em http://www.abpp.com.br/documentos_referencias_codigo_etica.html. Acesso em 10/08/2018

[5] A quinta edição do Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais foi –DSM- V- foi lançada em 2013 pela Associação Americana de Psiquiatria em São Francisco, nos Estados Unidos. Nessa versão, foram poucas modificações quanto ao TDAH. O conjunto de 18 sintomas – nove de desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade **da Educação Inclusiva no Brasil, ainda entendida como um desafio e marcada por incompreensões. Pelos estudos, apoiado em pesquisas de diferentes autores, conclui-se que o TDAH, entendido como uma desordem no comportamento com base neurológica, requer um ajuste metodológico que poderá impedir a não aprendizagem do sujeito e o consequente fracasso escolar. Nos primeiros anos da escolarização, quando do ingresso da criança nas classes de alfabetização, sinais do TDAH já podem ser percebidos pelo professor regente e equipe escolar e, caso o transtorno seja confirmado por diagnóstico clínico, uma reorganização pedagógica deverá ser articulada pelos gestores e docentes do sujeito diagnosticado, adequando o Projeto Político Pedagógico da instituição que, construído coletivamente, deverá apontar práticas pedagógicas apropriadas ao ensino/aprendizagem desse sujeito.**

Ao se discutir o TDAH, considera-se a necessidade do desenvolvimento da atenção voluntária pela mediação professor/aluno e não somente e unicamente pelo tratamento medicamentoso. As atividades que trabalham a atenção poderão ser desenvolvidas no plano de desenvolvimento individualizado e na adaptação curricular. São estratégias que propiciarão um percurso escolar de qualidade e sucesso para esse aluno. Portanto, um bom planejamento das aulas com uso de metodologias e recursos apropriados às especificidades dos alunos da classe fará grande diferença. Na contramão dessa proposição, temos posturas docentes inalteradas mesmo diante de crianças com diagnóstico de TDAH, seja por pouca formação na área de educação especial, seja pela ausência do acompanhamento dos gestores da escola que, imersos na demanda burocrática que o trabalho administrativo de uma instituição de ensino exige, os impede de realizar um trabalho de acompanhamento pedagógico consistente junto ao corpo docente da instituição. No entanto, a culpabilização dos professores e gestores pode ser minimizada quando se analisa a forma com que os governos gerenciam a Educação Brasileira, e de forma bem pontual, a modalidade Educação Especial.

REFERÊNCIAS

A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). Disponível em <<https://tdah.org.br/cartilhas-da-abda>> último acesso em 24/11/2018.

BARKLEY, R. A. Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade – TDAH: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARKLEY, RUSSELL A. MURPHY, KEVIN R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade [recurso eletrônico]: exercícios clínicos; tradução Magda França Lopes. – 3. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARKLEY, RUSSELL A. BENTON, CRISTINE. M. Vencendo o TDAH Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade Adulto; tradução Magda França Lopes. – 1. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

BONADIO, R. A. A. MORI, N. N. R. Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade: diagnóstico da prática pedagógica [online]. Maringá: Eduem, 2013.

BRASIL. LEI Nº. 9.394 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996 – Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Publicada no Diário Oficial de 23 de dezembro de 1996. Disponível em <http://www.mec.gov.br/legis/default/shtm>. Acesso em 22.10.2018.

BRASIL. DIRETRIZES NACIONAIS PARA A EDUCAÇÃO ESPECIAL NA EDUCAÇÃO BÁSICA. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC, 2001.

CORREIA, CLARISSA. C. G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e representações sociais: a construção dos saberes por pais de crianças em idade escolar. Recife: Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, 2015. 140 f.

CRUZ, MICHELLE BRUGNERA. João e o pé de TDAH: um transtorno relacionado aos meninos? Porto Alegre: monografia - Faculdade Porto-Alegrense. Núcleo integrado de pós-graduação, 2007. 124 f.

GUIA DE ORIENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE MINAS GERAIS. Diretoria de Educação Especial. Dezembro de 2013. Versão atualizada em junho de 2014.

e – permaneceu o mesmo do modelo anterior, no DSM –IV. Neste ano, a APA publicou uma versão revisada (*DSM-5-TR*).

[6] Russell A. Barkley, [médico](#) e professor pesquisador no Departamento de Psiquiatria da [State University of New York Upstate Medical University](#), EUA. Especializado em [transtorno do déficit de atenção com hiperatividade](#) (TDA/H) e devotou muito tempo da sua carreira científica a estudar o TDA/H e seus sintomas em crianças.

[7] Esses 91 sintomas estão listados no livro O Transtorno de Déficit de Atenção em Adultos, de 2011.

[8] Comorbidade é um termo utilizado para caracterizar a ocorrência de dois ou mais transtornos em um mesmo indivíduo.

[9] Metilfenidato é uma [substância química](#) utilizada como [fármaco](#), [estimulante](#) leve do central, É usada no tratamento medicamentoso dos casos de [transtorno do déficit de atenção e hiperatividade](#) (TDAH),

[10] Documento resultante da Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, realizada em 1994 na cidade de Salamanca, Espanha, promovida pela UNESCO. Nessa declaração foram lançados os princípios fundamentais da Educação Inclusiva.

[11] A lateralidade cruzada é quando se apresenta a mão esquerda predominante, ao mesmo tempo em que a perna direita é a que se destaca; ou no caso de se ter o uso da mão direita e o olho canhoto. Estas crianças precisam então se submeter a um processo de organização da sua psicomotricidade, ou seja, de autocontrole muscular – atividades escritas, visuais e motoras – para sintonizar estas predileções e evitar problemas futuros de aprendizagem e noção espacial. Lateralidade cruzada reflete-se quando o cérebro se encontra confuso o que origina problemas de organização corporal.

