

## **Psicomotricidade**

### **Distúrbios Psicomotores**

O Distúrbio Psicomotor significa um transtorno que atinge a unidade indissociável, formada pela inteligência, pela afetividade e pela motricidade.

Qualquer distúrbio psicomotor está ligado a problemas que envolvem o indivíduo em sua totalidade. A psicomotricidade sempre leva em conta o indivíduo como um todo, pesquisando se o problema está no corpo, na área da inteligência ou na afetividade. Um distúrbio Psicomotor significa um transtorno que atinge a unidade indissociável, formada pela inteligência, pela afetividade e pela motricidade.

Distúrbios Psicomotores podem apresentar-se através de comportamentos como: criança desajeitada, sua aparência cheia de torpor e inabilidade, quando consegue aproximar-se, mostra-se com encanto e interesse. Começa a andar tarde, cai muitas vezes... precipita-se pelas escadas ao invés de desce-las, ou morre de medo como se fosse um grande empreendimento... escalá-las e não apenas subi-las. Na hora de vestir-se tem dificuldade em identificar o que é a manga, onde estão os braços, as pernas das calças? Enfiam-se pela cabeça? Por que existem laços de sapato? Para atormentar crianças ou as suas mães que, desoladamente, contemplam suas dificuldades? E um caderno? Começa-se de que lado? Por que as coisas são assim? Que estranho é este mundo de lados que não tem lados... O que há com esta criança é algum distúrbio psicomotor que não lhe permite identificar uma gama de conceitos que não conseguiram ser introjetados.

Seus movimentos são desajeitados, lentos e pesados. Quando andam, apóiam duramente o calcanhar no solo. Quando crianças custam a aprender a subir e descer escadas, nas escolas, evitam participar de jogos, nos quais geralmente são ridicularizadas e afastadas: tê-las como parceiras é perder na certa. Tal ser é uma questão e uma dificuldade para seus pais, para seus mestres, para todos nós. Como entendê-lo. Como ajudá-lo? Torna-se necessário um conhecimento sobre os distúrbio da motricidade e as funções psicomotoras.

### **3.1. Tipos de Distúrbios**

Quanto a classificação será destacada a de Grünspun, que divide o distúrbio nos seguintes quadros: instabilidade psicomotora; debilidade psicomotora (paratonia e sincinesia); inibição psicomotora; lateralidade cruzada e imperícia.

#### **Instabilidade Psicomotora**

É o tipo mais complexo e que causa uma série de transtornos pelas reações que o portador apresenta. Predomina uma atividade muscular contínua e incessante. Apresentam:

- instabilidade emocional e intelectual;
- falta de atenção e concentração;
- atividade muscular contínua (não terminam as tarefas iniciadas);
- falta de coordenação geral e de coordenação motora fina;
- equilíbrio prejudicado, hiperatividade;
- altos e baixos em provas psicométricas e idade mental baixa nas provas de desenhos;
- deficiência na formulação de conceitos e no processo da percepção: discriminação de tamanho, orientação espaço-temporal, discriminação da figura-fundo etc.;
- alteração da palavra e da comunicação, atraso na linguagem e distúrbios da palavra;
- alteração da função motora: atraso nos níveis: atraso nos níveis de desenvolvimento motor e na maturidade geral;
- alterações emocionais: são impulsivas, explosivas, destruidoras, sensíveis, frustram-se com facilidade;

- características durante o sono; movimentam-se excessivamente enquanto dormem, fazem movimentos rítmico com o corpo ou a cabeça no travesseiro, apresentam terror noturno;
- alterações no processo do pensamento; dificuldade para abstrair, pensamento desorganizado, memória pobre, atenção deficiente;
- características sociais: têm dificuldades na leitura, escrita e na aritmética (discalculia); lentidão nas tarefas; dificuldade de copiar do plano vertical para o plano horizontal (do quadro para o caderno);
- babam excessivamente quando pequenas, chupam o dedo, roem unhas, têm dificuldade no controle dos esfíncteres e são de fácil fatigabilidade;
- problemas disciplinares graves na família, na escola e na sociedade.

As crianças com instabilidade motora não podem permanecer, via de regra, em turma comum. Devem ter atendimento individual de um professor especializado ou fazer parte de pequenos grupos.

Nesse quadro podem aparecer também tiques. São movimentos automáticos, involuntários e incontroláveis. Repetem-se sempre da mesma forma, independentemente da vontade da criança e em geral começam depois dos 4 anos de idade.

### **Debilidade Psicomotora**

Caracteriza-se pela presença de paratonia e sincinesia.

**Paratonia:** É a persistência de uma certa rigidez muscular, que pode aparecer nas quatro extremidades do corpo ou somente em duas. A criança apresenta incapacidade de relaxar voluntariamente um músculo. Quando a criança caminha ou corre, os braços e as pernas se movimentam mal e rigidamente. Ao caminhar ou na postura estática apresenta uma certa deselegância. A qualquer tipo de solicitação, interna ou externa, a rigidez aumenta.

Se compararmos uma criança com a motricidade normal com uma criança que apresente paratonia, podemos observar que balançando o corpo de um lado para o outro, seguras pelos ombros, o movimento da criança normal é livre e amplo, já na criança com debilidade psicomotora o movimento se apresenta muito limitado, como se estivessem bloqueados. O mesmo padrão de comportamento motor poderá ser observado se levantarmos os braços das crianças até a altura dos ombros e os largarmos livremente.

**Sincinesias:** É a participação de músculos em movimentos nos quais eles são desnecessários. Por exemplo quando colocamos algo numa das mãos de uma criança com debilidade motora e pedimos que ela aperte o objeto fortemente, sua mão oposta também se fechará. Um teste que para ela é impossível é ficar sobre um pé só.

Nos casos de sincinesia percebemos ainda: descontinuidade dos gestos, imprecisão de movimentos no braços e nas pernas; os movimentos finos dos dedos não são realizados e, num dado ritmo, não conseguem reproduzi-los através de atos coordenados, nem por imitação.

Em geral, as crianças com debilidade motora apresentam:

- distúrbios de linguagem (articulação, ritmo e simbolização);
- hábitos manipuladores: enrolar o cabelo, chupar os dedos;
- tremores na língua, nos lábios ou nas pálpebras, bem como nos dedos quando iniciam uma atividade ou fazem força com eles;
- disciplina difícil;
- atenção deficiente e coordenação motora pobre;
- dificuldade de realizar movimento finos;
- afetividade e intelectualidade comprometidas (seu aspecto habitual não é de sofrimento, mas de indiferença e apatia, confundido freqüentemente com o de deficientes intelectuais);

- sonolência maior que a de outras crianças;
- enurese noturna e até diurna por muitos anos;
- isolamento social e crises de birra ou de ansiedade ao enfrentarem situações difíceis;
- dificuldade na aprendizagem da leitura, escrita e aritmética.

As crianças com debilidade psicomotora devem ser submetidas a um trabalho individualizado com professor especializado, ou fazer parte de pequenos grupos, à medida que forem se recuperando.

### **Inibição Psicomotora**

As características da debilidade psicomotora estão presentes nesse quadro, com uma distinção fundamental: na inibição psicomotora existe a presença constante de ansiedade. As crianças com inibição psicomotora apresentam:

- estado de ansiedade constante; sobrancelhas franzidas, cabeça baixa;
- problemas de coordenação motora;
- distúrbios glandulares, de pele, circulatórios e tiques, além de enurese e encoprese;
- rendimento superior ao das crianças com debilidade psicomotora, mas fracassam em provas individuais (exames, chamadas orais) por causa da ansiedade.

Ao contrário dos outros tipos de distúrbios psicomotores, apreciam situações novas e se comportam melhor quando em grupo. Podem permanecer em classe comum, desde que sejam atendidos individualmente algumas vezes por semana por professores especializados.

### **Lateralidade Cruzada**

A grande maioria dos autores acredita na existência de um hemisfério dominante no cérebro, que é responsável pela lateralidade do indivíduo. Assim, de acordo com a ordem enviada do hemisfério dominante, teríamos o destro e o canhoto.

Além da dominância da mão existe a do pé, a do olho e a do ouvido. Quando estas dominâncias não se apresentam do mesmo lado, dizemos que o indivíduo possui lateralidade cruzada.

Até os 18 meses a criança é ambidestra, usa indiscriminadamente ambos os lados. A partir de 2 anos é que ela define sua lateralidade.

Quando a dominância é direita ou esquerda, não ocorre nenhuma perturbação no esquema corporal, mas de forma geral, quando a lateralidade é cruzada, os distúrbios psicomotores são evidentes e resultam em deformação no esquema corporal.

Esse tipo de distúrbio psicomotor é mais comum entre as crianças canhotas do que as destros.

A lateralidade cruzada pode apresentar:

- mão direita dominante e olho esquerdo dominante;
- mão direita dominante e pé esquerdo dominante;
- mão esquerda dominante e olho direito dominante;
- mão esquerda dominante e pé direito dominante.

Na análise da lateralidade é preciso excluir os casos de deficiência de visão e de audição.

A criança com lateralidade cruzada pode apresentar os seguintes problemas:

- alto índice de fadiga;
- freqüentes quedas (é desajeitada e desastrada);
- coordenação pobre, não conseguindo desenvolver satisfatoriamente as habilidades manuais;
- atenção instável;
- problemas de linguagem, especialmente as dislalias, linguagem enrolada e rápida;
- distúrbios do sono;
- escrita repassada, espelhada, de cabeça para baixo ou ilegível (apresenta omissões de letras ou sílabas e lentidão);
- leitura também comprometida;
- intranqüilidade, sensações de inadequação ou de inferioridade.

A criança com esse tipo de distúrbio psicomotor pode freqüentar uma classe comum, mas necessita de um trabalho especializado, individual e com supervisão médica.

### **Imperícia**

O portador de imperícia normalmente possui inteligência normal, com evidência de uma frustração pelo fato de não conseguir realizar certas tarefas que requerem uma apurada habilidade manual.

A criança com imperícia apresenta:

- dificuldade na coordenação motora fina;
- quebra constantemente objetos;
- letra irregular;
- movimentos rígidos;
- alto índice de fadiga.

Como é um distúrbio de menor gravidade, sua recuperação se dá mais facilmente. A criança deve ser encaminhada para atendimento individual, uma ou duas vezes por semana, podendo freqüentar uma classe comum.

### **3.2. Como identificar os distúrbios psicomotores**

Para detectar um problema de psicomotricidade, é necessário submeter a criança a uma avaliação psicomotora através de exercícios específicos, que verifiquem aspectos como:

- qualidade tônica (rigidez ou relaxamento muscular);
- qualidade gestual (dissociação manual e dos membros superiores e inferiores);
- agilidade;
- equilíbrio;
- coordenação;
- lateralidade;
- organização espaço temporal;
- grafomotricidade.

A avaliação pode revelar na criança, respeitadas as características próprias do seu desenvolvimento, se existem atrasos no desenvolvimento motor e perturbações de equilíbrio, coordenação, lateralidade, sensibilidade, esquema corporal, estrutura e orientação espacial, grafismo, afetividade, etc.

Estes problemas podem ser identificados na pré-escola ou nas séries iniciais do primeiro grau.

### 3.3. A Educação Psicomotora como recurso reeducativo

Inicialmente vamos caracterizar a diferença entre “Educação Psicomotora” e “Reeducação Psicomotora”.

A educação psicomotora abrange todas as aprendizagens da criança, dirige-se a todas as crianças, individual ou coletivamente. Acontece passando por progressões bem específicas e todas as etapas são necessárias.

A educação psicomotora é indispensável nas aprendizagens escolares em todas as séries desde a pré-escola. Estas atividades ajudarão a criança a organizar-se aumentando suas possibilidades de resolver exercícios de análise, de lógica, de relações entre números etc.

A reeducação psicomotora é dirigida às crianças que sofrem perturbações instrumentais (dificuldades ou atrasos psicomotores). Antes de fixar um programa de reeducação é necessário diagnosticar as causas do problema, fazer um levantamento das aquisições e carências.

A reeducação psicomotora deve iniciar o mais cedo possível, quanto mais nova for a criança menor será a duração da reeducação. É relativamente fácil fazer com que uma criança bem nova adquira as estruturas motoras ou intelectuais corretas, mas quando a criança já assimilou esquemas errados, o reeducador deverá primeiro fazer com que os esqueça, para depois ensinar-lhes o correto.

A reeducação é urgente principalmente para problemas afetivos. Quanto mais o tempo passa mais a criança se bloqueia em um determinado tipo de reação, fica mais angustiada, e as punições ou observações feitas por terceiros só aumenta a angústia. A reeducação o fará adotar outro comportamento e aos poucos as pessoas que o cercam o verão de uma forma mais positiva.

Não existe uma “escala de idades” que seja a ideal para iniciar uma reeducação, apresentaremos algumas indicações segundo Meur (1991), que poderá orientar a análise cautelosa de quando iniciar:

- A idade pode variar entre 18 e 24 meses para crianças que apresentam atraso motor, grande déficit motor ou bloqueio afetivo. Será mais uma educação do que propriamente uma reeducação, mas como se trata de “dificuldades psicomotoras”, será orientada segundo o modelo da reeducação.
- Em relação a problemas de esquema corporal e estruturação espacial inicia-se aproximadamente aos 5 anos.
- Certas dificuldades motoras e alguns casos de instabilidade psicomotora pode ser iniciada a reeducação aos 4 anos de idade.
- Aos 6 anos de idade, é a fase mais indicada e mais comum para iniciar a reeducação. É normalmente na primeira série que o professor detecta mais seguramente as dificuldades de organização espacial ou temporal, a lentidão nos trabalhos e a falta de concentração da criança.
- As idades indicadas são as “ideais” para iniciar uma reeducação, porém, é freqüente a necessidade de reeducar crianças com mais idade e às vezes jovens de 16 ou 17 anos. Esse fato deve-se à negligência de pais ou educadores que deixaram que as dificuldades se acumulassem, por não terem compreendido que o problema estava na própria base das aprendizagens, ou por desconhecerem a possibilidade de uma reeducação.

Uma reeducação bem dirigida ajuda a criança a resolver seu problema a partir do momento em que surge, a perder menos tempo para se desenvolver afetiva e intelectualmente, a torná-la feliz na escola e na sociedade.