

## Estudo de caso

# Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: tratamento fisioterapêutico com abordagem ludoterapêutica

## *Attention deficit problems/hyperactivity: physical therapy with ludothrapy approach*

Alcione Valeski, M.Sc.\*, Bárbara Lucia Pinto Coelho\*\*, Michelle Corrêa Rodrigues\*\*\*

.....

*\*Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Coordenador do Centro de Pesquisa e Equoterapia Haras Araranguá, SC – CEPEHA, \*\*Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, \*\*\*Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC*

### Palavras-chave:

Transtorno de déficit de atenção, hiperatividade, ludoterapia.

### Resumo

O objetivo deste artigo é relatar a atuação da Fisioterapia no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), utilizando-se a abordagem ludoterapêutica. Para tanto, apresenta-se o caso de um paciente infantil, 11 anos, do sexo masculino, diagnosticado como portador dessa condição, atendido no Hospital Regional de Araranguá, situado no Estado de Santa Catarina. O paciente foi submetido a 8 sessões de tratamento, duas vezes por semana. Em todas as sessões, foram realizados exercícios de alongamento passivo de membros inferiores, aperfeiçoamento da coordenação motora, equilíbrio, concentração e, conseqüentemente, a correção postural. Conclui-se que suprir as necessidades da criança com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade oferece novos desafios aos fisioterapeutas, porém, existe a necessidade de estudos que identifiquem as reais alterações motoras e, principalmente, as que apresentam direta ou indiretamente, relação com a funcionalidade, para que a Fisioterapia tenha parâmetros de elaboração da intervenção.

### Abstract

The aim of this article is to report the contribution of physical therapy to Attention Deficit Problems/Hyperactivity, through the ludothrapy approach. It presents the case of an 11 years old boy, attended at Araranguá Regional Hospital, in Santa Catarina state. The patient accomplished eight sessions of treatment, twice a week. In every session, the treatment consisted of passive stretch exercises in lower limbs, coordination improvement, balance, concentration, and consequently posture correction. The results show that providing the children presenting Attention Deficit Problems/Hyperactivity needs creates physical therapists new challenges, but studies are necessary to identify the real coordination changes, mainly the ones that are, directly or indirectly, related to neurological functions, in order to achieve parameters to work out the intervention.

### Key-words:

Upset of deficit of attention, hyperactivity, ludothrapy.

## Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do desenvolvimento do tempo de atenção, impulsividade e/ou hiperatividade, assim como do comportamento, no qual estes déficits são significativamente inapropriados para idade mental. Tem início na primeira infância, é geralmente crônico ou persistente ao longo do tempo; e não é resultado direto de atraso severo de linguagem, surdez, cegueira, autismo ou psicose infantil [1].

Os indivíduos que apresentam este transtorno demonstram dificuldades de aprendizagem, deficiência do controle motor e equilíbrio. Algumas crianças, com dificuldades de aprendizado apresentam problemas em relação ao controle motor, os quais se manifestam principalmente durante o uso das mãos e nas atividades relacionadas com o equilíbrio.

Assim sendo, o objetivo deste artigo é relatar a atuação da Fisioterapia no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), utilizando-se abordagem ludoterapêutica, apresentando-se o caso de um paciente, de 11 anos, diagnosticado como portador dessa patologia, atendido na clínica de Fisioterapia do Hospital Regional de Araranguá, situado no Estado de Santa Catarina.

A motivação para o estudo decorre do fato de que o TDAH é uma patologia totalmente relacionada aos distúrbios motores, sendo, por isso, a Fisioterapia instada a atuar no tratamento dessa condição. Além disso, a escassez de trabalhos na literatura especificamente tratando da intervenção fisioterapêutica em indivíduos com essa patologia reitera a importância do estudo.

Conforme se relata, o distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção é uma condição frequente em crianças, sendo considerado importante problema médico-social. Caracteriza-se por distúrbios motores, cognitivos e comportamentais, que comprometem o aprendizado de crianças normais.

## Revisão da literatura

Existe atualmente uma variedade considerável para o emprego de uma nomenclatura para o problema do déficit de atenção. Na literatura especializada, encontram-se diversas siglas para descrever este distúrbio, dentre elas: SHDA (Síndrome de Hiperatividade com Déficit de Atenção), PHDA (Perturbação de Hiperatividade com Déficit da Atenção), ADD (do inglês *Attention Deficit Disorder*) e TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade).

Dessa forma, para essa revisão, adotou-se a nomenclatura "TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade)" por considerá-la a mais usada entre os diversos estudiosos dessa condição.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade baseia-se nos sintomas de desatenção (pessoa muito distraída) e hiperatividade (pessoa muito ativa, por vezes agitada, bem

além do comum), tais aspectos, entretanto, são normalmente encontrados em indivíduos sem o problema, por isso, para haver o diagnóstico desse transtorno, a falta de atenção e a hiperatividade devem interferir significativamente na vida e no desenvolvimento normais da criança ou do adulto [2].

O transtorno deve estar presente por, pelo menos, seis meses, comprometer o funcionamento escolar ou social e ocorrer manifestações antes dos sete anos [3,4]. Porém, antes dos quatro ou cinco anos, é difícil ser feito o diagnóstico, pois o comportamento das crianças nessa idade é muito variável e a atenção não é tão exigida quanto em crianças mais velhas. Mesmo assim, algumas crianças desenvolvem o transtorno numa idade bem precoce [2].

Estima-se que cerca de 3 a 6% das crianças na idade escolar (entre 5 a 10 anos) apresentem TDAH [2,5,6]. A maior incidência ocorre no sexo masculino, numa proporção equivalente a 2:1.

Todavia, a diferença da proporção meninos/meninas encontrada entre estudos populacionais e clínicos provavelmente deve-se ao fato de que as meninas apresentam menos sintomas de conduta, sendo, portanto, menos encaminhadas a avaliações e tratamento [6,7]. Porém, mesmo apresentando-se mais comumente em crianças, não sendo devidamente tratado, o transtorno continuará se manifestando na fase adulta. Em adolescentes e adultos, no entanto, ainda existem poucos dados a respeito de qual é a incidência da população afetada [2].

Quanto aos fatores de risco, a ocorrência do TDAH está associada a um certo número de fatores de risco pré-natais: tabagismo, alcoolismo materno, alimentação rica em açúcar, problemas familiares, exposição a determinadas substâncias e sofrimento emocional pré-natal, porém, o fator de risco mais aceito é o de uma vulnerabilidade herdada ao transtorno, que vai manifestar-se de acordo com a presença dos fatores ambientais, desencadeando níveis mais baixos de metabolismo no cérebro do que os indivíduos que não apresentam o transtorno. Contudo, quanto mais forte a carga genética, menor a importância desses desencadeadores [6].

Em geral, as principais variáveis causas relacionadas à etiologia do TDAH, apontadas pela literatura, são: fatores neurológicos, reações tóxicas e herança genética. Nesse sentido, entre os possíveis fatores etiológicos encontram-se: substâncias ingeridas na gravidez (nicotina e álcool); sofrimento fetal (sobretudo durante o parto); exposição ao chumbo e fatores neurológicos.

Quanto à patogenia do TDAH, recentes trabalhos científicos encontram evidências que podem ser reunidos em dois grandes grupos: um que aponta para o déficit funcional de certos neurotransmissores (dopamina e noradrenalina) e outro que enfatiza o déficit funcional do lobo frontal, mais precisamente do córtex pré-frontal [1,8,17].

Portanto, estudos estruturais e metabólicos, adicionados aos estudos genéticos e familiares, conferem ao TDAH uma delimitação de transtorno neurológico [1].

Com relação à fisiopatologia, o TDAH está diretamente relacionado com o controle motor deficitário e, por extensão, com as dificuldades no aprendizado e a falta de atenção exacerbada. Podendo-se, assim, observar um ciclo vicioso, onde tudo se inicia pelo controle motor deficitário levando às diversas complicações, conforme se demonstra na figura 1 a seguir [9].

**Fig.1 - Ciclo vicioso do controle motor deficitário.**



Fonte: Shepherd (1996)

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico [7], sendo que até a presente data, não existe qualquer método laboratorial, de neuroimagem ou neurofisiológico entre exames complementares capaz de confirmar o diagnóstico, como se espera de praxe no estudo das doenças pediátricas [10].

O diagnóstico é feito a partir da demonstração de características neurocomportamentais de desatenção e hiperatividade/impulsividade, comprometedoras do funcionamento do indivíduo e impróprias para determinada fase do desenvolvimento [1].

Dessa forma, os critérios de diagnóstico para TDAH foram estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria, através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) [11], que apresenta três subtipos do transtorno: predominância dos sintomas de desatenção, predominância dos sintomas de hiperatividade e impulsividade, e predominância de ambos.

Assim, o DSM-IV, de 1994, distingue 3 tipos de TDAH, dependendo das manifestações que predominam no quadro clínico: 1. Tipo predominantemente desatento (TDAH-D); 2. Tipo predominantemente hiperativo-impulsivo (TDAH-HI) e 3. Tipo combinado (TDAH-C).

O quadro clínico, de uma forma geral, consiste-se na apresentação de algumas alterações, tais como dificuldade de atenção e concentração, problemas de aprendizado, distúrbios do comportamento, retardos da fala e distúrbios motores.

Quanto aos exames complementares, o eletroencefalograma (EEG) e a ressonância magnética são bastante solicitados no tratamento das crianças com TDAH. Entretanto, os dados fornecidos por estes exames e de estudos que os avaliaram em crianças com essa patologia são conflitantes. Uma

das razões é a falta de uniformidade dos resultados [12].

As medicações mais testadas em estudos cuidadosos e mais usadas na prática clínica são os chamados estimulantes. No Brasil, o único estimulante encontrado no mercado é o metilfenidato [13], comercializado com o nome de Ritalina [6].

Outra classe de medicações bastante utilizada e que demonstrou clara eficácia é a dos antidepressivos tricíclicos [6].

Pode parecer paradoxal que medicações chamadas de estimulantes possam ajudar crianças e adolescentes hiperativos e impulsivos, entretanto, essas medicações estimulam a função das áreas cerebrais responsáveis pelo comportamento inibitório e, por isso, tendem a melhorar o “freio inibitório”. Como os antidepressivos tricíclicos, os estimulantes aumentam a disponibilidade dos neurotransmissores que pareçam estar deficitários nessa área [14].

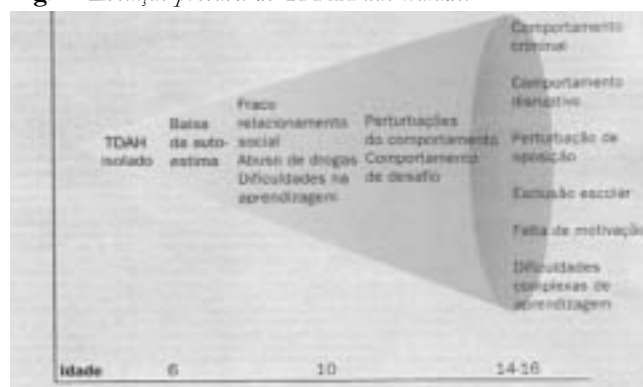
Porém, apesar dos efeitos salutares da medicação, esse tratamento é limitado em diferentes formas: estão associados aos efeitos colaterais, alguns pais e professores não aceitam a medicação devido a preocupações filosóficas/religiosas; esses tratamentos não curam o TDAH no sentido de normalizar totalmente o comportamento da criança e os efeitos da medicação desaparecem quatro horas depois da administração [14].

Dessa forma, essas limitações para o tratamento medicamentoso promoveram a busca de intervenções adicionais que possam levar à maior manutenção da mudança comportamental por mais tempo e em diferentes ambientes, tais como intervenções psicoterapêuticas e estratégias de manejo cognitivo-comportamentais em casa e na escola [6].

Todavia, a medicação permite que essas outras abordagens terapêuticas sejam mais eficazes [15].

Referentemente às complicações, estudos demonstram que crianças com TDAH apresentam um risco aumentado de desenvolverem outros transtornos psiquiátricos na infância, adolescência e idade adulta, incluindo comportamento anti-social, abuso ou dependência de álcool e drogas, transtornos do humor e de ansiedade [5,7], conforme se demonstra na figura 2, a seguir, que representa a evolução provável do TDAH não tratado [15].

**Fig.2 - Evolução provável do TDAH não tratado.**



Fonte: Kewley e Latham (2001)

## Materiais e métodos

A amostra constituiu-se de um paciente infantil, de 11 anos, do sexo masculino, que apresenta Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade. O estudo foi realizado na clínica de Fisioterapia do Hospital Regional de Araranguá, SC. Para o desenvolvimento do estudo, foi realizada avaliação fisioterapêutica-neurológica infantil e ortopédica, na qual constavam dados de identificação, anamnese e exame físico. Também se aplicou o Teste do DSM-IV, com a mãe do paciente.

No total, foram realizadas oito sessões, iniciando-se com a avaliação fisioterapêutica-neurológica infantil e ortopédica e teste do DSM-IV com a mãe do paciente; nas demais sessões, foram realizados os procedimentos fisioterapêuticos mediante abordagem ludoterapêutica, pelo fato de tratar-se de paciente infantil.

Para facilitar a análise, foi preenchida ficha de evolução fisioterapêutica, procedimento rotineiro e obrigatório da entidade, que permite melhor acompanhamento do tratamento, na qual constam nome do paciente, idade, diagnóstico clínico, diagnóstico fisioterapêutico, fisioterapeuta responsável, procedimentos fisioterapêuticos e evolução do paciente em cada sessão.

Os equipamentos utilizados para o tratamento fisioterapêutico foram bolas, tatame, cones, jogos de montar peças, canetas coloridas, espuma (barbear), barras paralelas, balancim e escada com dois degraus.

O tempo de duração de cada sessão foi de 40 minutos, realizadas duas vezes por semana.

## Relato do caso

Paciente nasceu de gravidez transcorrida normalmente, a termo, apesar de a mãe apresentar hipertensão e tomar medicamentos, sendo que o parto foi cesariana. Após 24 horas do nascimento, teve convulsão, sendo realizados imediatamente os procedimentos necessários, porém, nunca mais veio a apresentar essa ocorrência. Paciente nasceu de gravidez transcorrida normalmente, a termo, apesar de a mãe apresentar hipertensão e tomar medicamentos, sendo que o parto foi cesariana. Após 24 horas do nascimento, teve convulsão, sendo realizados imediatamente os procedimentos necessários, porém, nunca mais veio a apresentar essa ocorrência.

Com 7 (sete) meses de idade, a mãe começou a perceber alterações no desenvolvimento da criança (como engatinhar, andar), posteriormente, foi diagnosticado alteração de equilíbrio, provavelmente decorrente do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Com 7 (sete) meses de idade, a mãe começou a perceber alterações no desenvolvimento da criança (como engatinhar, andar), posteriormente, foi diagnosticado alteração de equilíbrio, provavelmente decorrente de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Aos 7 (sete) anos, ingressou na A.P.A.E., ficando por 3 (três) anos, quando, por encaminhamento, passou a frequentar a escola onde está matriculado atualmente, na 1ª série do Ensino Fundamental. Sua alimentação é normal e sem a necessidade de auxílio, sendo que a criança não pede comida, a mãe tem que oferecer. Não apresenta nenhum caso na família e tem três irmãos. Aos 7 (sete) anos, ingressou na A.P.A.E., ficando por 3 (três) anos, quando, por encaminhamento, passou a frequentar a escola onde está matriculado atualmente, na 1ª série do Ensino Fundamental. Sua alimentação é normal e sem a necessidade de auxílio, sendo que a criança não pede comida, a mãe quem tem que oferecer. Não apresenta nenhum caso na família e tem três irmãos.

A medicação administrada ao paciente é Gaballon (ácido gama-aminobutírico, vitaminas B1 e B6, pontotenato de cálcio e lisina de cálcio), indicado para estafa física, mental e antianoréxico (administrado pela manhã); além de Ritalina (metilfenidato), que é indicado para hiperatividade e favorece no tratamento dos outros problemas associados ao transtorno, além de contribuir nos programas paralelos de tratamento - psicológico, educacional e social - (administrado pela manhã) e Neozine (levomepromazina), indicado para tratar sintomas psicóticos e também para agitação ou irritabilidade de pacientes com outros problemas neurológicos (administrado à noite).

A queixa principal, conforme relato da mãe, é quanto à comunicação, concentração e coordenação motora.

## Discussão

Para a avaliação, foram coletados os dados de identificação e obtido o diagnóstico clínico, caracterizado por “alteração de equilíbrio”, com suspeita de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Durante a avaliação, percebeu-se que o quadro clínico e a história da doença mostraram-se compatíveis com a patologia diagnosticada, confirmando-se com o diagnóstico médico apresentado pela mãe e ratificado através da realização do teste estabelecido pela Associação Americana de Psiquiatria, através do DSM-IV, sendo o paciente classificado como tipo combinado (TDAH-C). A queixa principal, conforme relato da mãe, é quanto à comunicação, concentração e coordenação motora. Durante a avaliação, percebeu-se que o quadro clínico e a história da doença mostraram-se compatíveis com a patologia diagnosticada, confirmando-se com o diagnóstico médico apresentado pela mãe e ratificado através da realização do teste estabelecido pela Associação Americana de Psiquiatria, através do DSM-IV, sendo o paciente classificado como tipo combinado (TDAH-C).

As crianças com TDAH do tipo combinado (TDAH-C), com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade, são mais agressivas e impulsivas do que as crianças com outros dois tipos. O tipo combinado apresenta

também um maior prejuízo no funcionamento global, quando comparado aos outros grupos [6].

O diagnóstico fisioterapêutico foi alteração funcional relacionada à diminuição de equilíbrio e coordenação motora, além de alteração de marcha. O diagnóstico fisioterapêutico foi alteração funcional relacionada à diminuição de equilíbrio e coordenação motora, além de alteração de marcha.

Dessa forma, através da revisão literária realizada e mediante uma visita à instituição A. P. A. E., pôde-se fazer a comparação com os sinais clínicos manifestados pelo paciente, constatando-se que as reações desse paciente caracterizam-se, muitas vezes, pela imaturidade de respostas e pela incapacidade de controlar o grau de atividade ou de impulsividade. Dessa forma, através da revisão literária realizada e mediante uma visita à instituição A. P. A. E., pôde-se fazer a comparação com os sinais clínicos manifestados pelo paciente, constatando-se que as reações desse paciente caracterizam-se, muitas vezes, pela imaturidade de respostas e pela incapacidade de controlar o grau de atividade ou de impulsividade.

Além disso, foi possível verificar, conforme as literaturas pesquisadas, que a criança com TDAH apresenta distúrbios motores, cognitivos e comportamentais, sendo que os distúrbios motores são um dos principais motivos de queixas de professores e pessoas em geral que lidam com indivíduo com essa condição. Os problemas motores são freqüentemente descritos de maneira global, compreendendo a precariedade das funções de equilíbrio e a coordenação imperfeita entre os membros e/ou o corpo inteiro.

Tendo-se como base o conhecimento do comportamento e desenvolvimento motor normal e a avaliação fisioterapêutica neurológica e ortopédica, buscou-se através das alterações motoras, de atenção e aprendizagem que o paciente apresenta, desenvolver atividades fisioterapêuticas, adaptando-as às necessidades do mesmo.

Dessa forma, o tratamento tem os seguintes objetivos: trabalhar o equilíbrio, aperfeiçoar a coordenação motora, desenvolver habilidades de manipular objetos, treinar marcha, desenvolver a consciência do corpo e do espaço e maximizar o controle postural.

Portanto, o tratamento fisioterapêutico realizado tem como base a cinesioterapia ativa associada à abordagem ludoterapêutica.

A cinesioterapia é o tratamento das doenças através do movimento. A cinesioterapia ativa é a parte da Fisioterapia que utiliza o movimento provocado pela atividade muscular do paciente com uma finalidade terapêutica precisa, sendo descrita pela ação da atividade das fibras musculares contráteis do paciente, de maneira analítica ou global, voluntária ou automática reflexa. Tal atividade é realizada com uma finalidade terapêutica local, regional ou geral.

A cinesioterapia, através de seus exercícios terapêuticos, promove a prevenção de disfunção, assim como o desenvolvimento, melhora, a restauração ou manutenção de

força, resistência à fadiga, preparo cardiovascular, mobilidade, flexibilidade, estabilidade, coordenação, equilíbrio e habilidades funcionais [16].

A ludoterapia foi incorporada à terapêutica pelo fato de tratar-se de paciente infantil, considerando-se que o comportamento lúdico contribui para aquisição das habilidades de cada domínio do desenvolvimento [17]. O ato de brincar estimula a curiosidade, a iniciativa e a autoconfiança, proporcionando a aprendizagem, o desenvolvimento da linguagem, do pensamento, da concentração e da atenção. Além disso, independente do contexto histórico, cultural e social, toda criança brinca. Desde o seu nascimento, ela experimenta, descobre, inventa, exercita e combina suas habilidades através da brincadeira [1].

Assim sendo, o ato de brincar mostra-se indispensável à saúde física, intelectual, emocional e social da criança.

Mediante a ludoterapia, dessa forma, foram direcionados os procedimentos fisioterapêuticos, como alongamentos, exercícios de equilíbrio e coordenação motora, visando a proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida e adaptação ao meio em que vive. Entretanto, é de fundamental importância o conhecimento das características do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade para conduzir a terapia de maneira que o paciente se sinta confortável e seguro.

No total foram realizadas 8 sessões de tratamento, com o tempo de duração de 40 minutos, tendo-se observado, em duas sessões, traços de irritabilidade e pouca iniciativa para a realização das atividades, entretanto, na maioria das sessões, o paciente mostrou-se colaborativo.

Quanto aos procedimentos fisioterapêuticos adotados, esses podem ser assim elencados: alongamento passivo para membros inferiores (quadríceps, isquiotibiais, tríceps sural e iliopsoas) e alongamento de paravertebrais (Série de Willians e Prece Maometana), visando à mobilidade; exercícios para aperfeiçoar coordenação motora de membros superiores e membros inferiores; treino de marcha nas barras paralelas e com cones; treino de equilíbrio, coordenação motora e correção postural no balancim e bola de ginástica; pontos-chaves Bobath e diagonal de Kabat para correção postural.

Com relação à ludoterapia, foram realizadas atividades como joguinhos de montar, desenho, “zig-zag” entre cones, derrubar cones com bolas de diversos tamanhos, arremesso e chute com bolas, “batata-quente”, colagem de gravuras, “andar na ponte”, entre outras atividades, direcionadas à coordenação motora, equilíbrio e correção postural.

Em todas as sessões, dessa forma, foram realizados exercícios de alongamento passivo de membros inferiores, mediante a ludoterapia, aperfeiçoamento da coordenação motora, concentração, equilíbrio e, conseqüentemente, correção postural.

As figuras 3 e 4, a seguir, ilustram algumas das atividades desenvolvidas no tratamento fisioterapêutico.

**Fig. 3** - Exemplo de atividade fisioterapêutica desenvolvida com paciente.

Fonte: Dados dos autores

**Fig. 4** - Exemplo de atividade fisioterapêutica desenvolvida com paciente.

Fonte: Dados dos autores

Neste contexto, as metas gerais a longo prazo são melhorar o estado dos sintomas neurológicos detectados na avaliação, melhorar ou manter o nível ótimo de funcionamento físico, contribuir para o fator psicológico e impedir ou retardar a presença e/ou desenvolvimento de complicações secundárias.

Entretanto, o prognóstico foi considerado reservado, em função das características típicas da patologia diagnosticada, que se trata de um transtorno crônico; esperando-se, então, minimizar os efeitos adversos que caracterizam essa condição, trabalhando a coordenação motora e equilíbrio funcional para uma melhor qualidade de vida, assim como a correção postural.

Por outro lado, as evidências que suportam a efetividade do tratamento dos déficits motores em crianças com distúrbios de aprendizagem são ainda fragmentárias, pois a criança com distúrbios de aprendizagem apresentam padrões altamente variáveis de incapacidade que tornam difícil prever ou medir a resposta à terapia [18].

## Conclusão

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade trata-se de um problema neurobiológico que compromete as funções de equilíbrio e promove uma coordenação imperfeita

entre os membros e/ou o corpo inteiro, afetando, principalmente, o desempenho escolar do paciente.

A etiologia do TDAH permanece obscura, porém se acredita que ela seja um conjunto de fatores ambientais e genéticos bem estabelecidos, que precisam ser incorporados a alguma hipótese etiológica unificadora da doença. A hipótese patogênica mais aceita é o de haver uma vulnerabilidade herdada ao transtorno, que se manifesta de acordo com presença de desencadeadores ambientais, traduzindo-se num déficit funcional de certos neurotransmissores ou de um déficit funcional do lobo frontal, mais precisamente do córtex pré-frontal, o que ocasionaria um defeito na condução dos impulsos nervosos e condicionaria o aparecimento dos sintomas.

As pessoas com TDAH normalmente são encaminhadas a tratamento quando entram na escola, ocasião em que o distúrbio é mais notado, em função da inadaptabilidade à instituição ou devido à falta de concentração para as atividades escolares, sendo a Fisioterapia, integrada à equipe multidisciplinar, uma das áreas que podem contribuir para um eficaz tratamento dessa patologia, contribuindo para uma maior independência e segurança nas atividades rotineiras do paciente, sobretudo escolares, além de proporcionar ao portador e seus familiares uma visão clara e objetiva sobre as adaptações necessárias à vida diária, para um melhor convívio na sociedade, trabalhando também o fator psicológico, bastante influenciado pela doença.

Todavia, por se tratar de um distúrbio crônico, embora na maioria das vezes ocorra uma remissão dos sintomas na adolescência e vida adulta, a orientação para pessoas com TDAH por fisioterapeutas deve ser vista e planejada numa base a longo prazo, pois um envolvimento contínuo proporciona ao fisioterapeuta adequar o tipo de tratamento oferecido, variando de acordo com os sintomas apresentados por cada paciente e os benefícios advindos com a Fisioterapia.

Neste sentido, as necessidades que a criança com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade apresenta precisam ser analisadas no contexto de seu desenvolvimento educacional, emocional e motor. Portanto, a questão geralmente não é se a criança irá se beneficiar da terapia, mas quais os tipos de reparo são mais essenciais para a mesma, em determinado estágio de seu desenvolvimento e, conseqüentemente, a abordagem fisioterapêutica eleita. Sendo assim, algumas crianças com incoordenação motora lidam muito bem com seus problemas depois que eles são identificados, direcionando, desta forma, a abordagem fisioterapêutica que mais lhe convém.

Além disso, vale lembrar da importância do diagnóstico precoce nos casos de patologias neurológicas, para que se inicie o tratamento fisioterapêutico o mais cedo possível, prevenindo assim possíveis deformidades e alterações estruturais, bem como melhorando a qualidade de vida e preparando o paciente para as alterações que irão ocorrer na sua vida diária, aumentando o seu grau de funcionalidade e adaptação.

Por outro lado, com o estudo realizado e o conhecimento obtido sobre a atuação da Fisioterapia, pôde-se desenvolver um programa de tratamento que proporcionasse ao paciente estímulos e prazer em realizar o tratamento, já que as crianças afetadas por essa condição necessitam de afetividade e atenção especial por parte do profissional que esteja conduzindo o tratamento.

Ainda deve-se salientar que, os objetivos do tratamento fisioterapêutico foram tão logo se mostrando eficientes, uma vez que o paciente a cada sessão correspondia, mostrando-se colaborativo e realizando as atividades propostas, assim como a mãe relatava as melhoras obtidas, como a apresentação de maior concentração e coordenação motora.

Dessa forma, suprir as necessidades da criança com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade oferece novos desafios aos fisioterapeutas, porém, existe a necessidade de estudos que identifiquem as reais alterações motoras e, principalmente, as que apresentam direta ou indiretamente, relação com a funcionalidade, para que a Fisioterapia tenha parâmetros de elaboração da intervenção.

## Referências

1. Barros JMG. Jogo infantil e hiperatividade. Rio de Janeiro: Sprint; 2002.
2. Abuchaim CM, Abuchaim ALG. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. [citado 2003 mar 25]. Disponível em: URL: <http://www.abcdocorposalutar.com.br>
3. Holmes DS. Psicologia dos transtornos mentais. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
4. Silva FG. Hiperatividade ou Déficit de Atenção. In: Revista Nova Escola, maio 2000.
5. Petribú K, Valença AM, Oliveira IR. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em adultos: considerações sobre o diagnóstico e o tratamento. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
6. Rohde LAP, Benczik EBP. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: o que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
7. Rohde LAP, Ketzer LO. In: Fichtner N. Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
8. Bastos FL, Bueno MC. Diabíntos: tudo sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ADD). In: Reno Neurociências. [citado 2003 mar 18]. Disponível em URL: <http://geocities.yahoo.com.br/neurocientista/pesquisa/add.htm>.
9. Shepherd BR. Fisioterapia em pediatria. 3 ed. São Paulo: Santos; 1996.
10. Caparroz J. Comportamento motor da criança com TDAH, sua relação com aprendizado e a possível atuação da Fisioterapia (2001). [citado 2003 mar 26]. Disponível em URL: <http://www.fisioterapia.com/publicacoes/cmctdah.asp>.
11. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
12. Diament A, Cypel S. Neurologia infantil. 3 ed. São Paulo: Atheneu; 1998.
13. Fichtner N. Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
14. Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A. Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
15. Kewley GD, Latham PA. Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção - "mal" diagnosticada e tratada? In: Update: Revista de Educação Permanente e Clínica Geral, Lisboa 2001;12(139).
16. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Manole; 1998.
17. Cunha JV. In: Caparroz J. Comportamento motor da criança com TDAH, sua relação com aprendizado e a possível atuação da Fisioterapia. [citado 2003 mar 26]. Disponível em: URL: <http://www.fisioterapia.com/publicacoes/cmctdah.asp>.
18. Umphred DA. Fisioterapia neurológica. 2 ed. São Paulo: Manole; 1995. ■