

ISSN 2237-8677 - Ano 4 • Nº 16 • Julho/Agosto de 2014

# síndromes

REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DESENVOLVIMENTO HUMANO



## "Transtornos Psiquiátricos na Infância: Uma Perspectiva Multidisciplinar" na página 5



"1º Congresso de Acessibilidade para pessoas com deficiência e necessidades especiais será online e gratuito" na página 69

"O sujeito que pratica o Bullying sob a ótica da Psicanálise" na página 48

"A Musicoterapia como Reorganização da Cognição aos Portadores da Doença de Alzheimer" na página 39



Nesta edição:  
Módulo 1 do  
Minicurso de  
TDAH!



# TRANSTORNOS

Identificação Precoce

# DO

e Intervenção

# DESENVOLVIMENTO



## VIII CONGRESSO PAULISTA ABENEPI

9 a 11 de outubro de 2014 - Vitória Hotel - Campinas SP

09/10/14 – Quinta feira

Curso pré-congresso

**Estratégias multissensoriais no ensino da leitura e da escrita.**

10/10/14 – Sexta-feira

Temas do dia

**Desenvolvimento Infantil**

**Identificação Precoce**

11/10/14 – Sábado

Temas do dia

**Diagnóstico e Intervenção dos Transtornos Neuropsiquiátricos**

**Diagnóstico e Intervenção dos Transtornos de Aprendizagem**

**Trabalhos e Premiações**

**Poster e Tema Livre**

Data para envio dos trabalhos no site:

**01/05/2014 a 15/07/2014**

Os melhores trabalhos serão premiados:

Prêmio Maria Valeriana Leme Moura-Ribeiro

Prêmio Sylvania Maria Clasca

CONFERENCISTAS

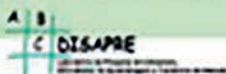
INTERNACIONAL

**Professor Dr. Charles Haynes, EdD, CCC-SLP**  
MGH Institute - Massachusetts General Hospital  
Boston, MA - EUA

NACIONAIS

**Cesar de Moraes – PUCCAMP/SP**  
**Cintia Alves Salgado Azoni – UNICAMP/SP**  
**Clay Brites – ABENEPI/PR**  
**Cleonice Bosa – UFRGS/RS**  
**Eloisa Tudella – UFSCAR/SP**  
**Erasmus Casella – USP/SP**  
**Francisco Assumpção – USP/SP**  
**Gustavo Doria – UFPR/PR**  
**Ivan Capelatto – SP**  
**José Alexandre Bastos – FMSJRP/SP**  
**Márcia Maria Toledo – UNICAMP/SP**  
**Maria de Lourdes M. Tabaquim – USP/BAURU/SP**  
**Maria Valeriana L. de Moura Ribeiro – UNICAMP/SP**  
**Mauro Muszkat – UNIFESP**  
**Patrícia Abreu Pinheiro Crenitte – USP/BAURU/SP**  
**Rudimar Riesgo – UFRGS/RS**  
**Sonia D. Rodrigues – UNICAMP/SP**  
**Sylvia Maria Clasca – UNICAMP/SP**  
**Tatiana Riechi – UFPR/PR**  
**Telma Vinha – UNICAMP/SP**

APOIO



**Diretoria:**

Ismael Robles Junior  
ismael@revistasindromes.com  
revistasindromes@yahoo.com.br

**Diretora Comercial:**

Ana Lucia Lopes Valle

**Gerente de Altaquía:**

Omarli Rubens Magalhães

Dr. Adolfo Duarte

Dra. Ledinalva o. C. Cordeiro Fabiola  
Colombani

Edinaldo Antonio da Silva Rosangela N.  
de Albuquerque

Thais Gold

Alexandre Soares

Denise Aparecida Giacheti Gillio

Rachel Schlindwein Zanini

Rita de Cássia Cordeiro Goulart

A **Revista Síndromes** é uma publicação bimestral da Editora Robles, com circulação em todo território nacional. Não é permitida a reprodução total ou parcial dos artigos, reportagens e anúncios publicados sem prévia autorização, sujeitando os infratores às penalidades legais.

**Tiragem: 10.000 exemplares**



**Robles Editorial**

(Ismael Robles Jr. ME)

Rua Campos Sales, 31, Bloco 2, Sala 23

Brás. CEP: 03041-090 São Paulo - SP

Tel.: (11) 4111-9460

**Envio de artigos para:**

artigos@revistasindromes.com

revistasindromes@yahoo.com

Enviem artigos com no máximo 400-500 palavras, consistindo somente em uma opinião embasada em pequena bibliografia (3 ou 4 citações no máximo). Podem estar na mesma página ou em páginas diferentes.

As opiniões emitidas em artigos assinados são de total responsabilidade de seus autores e não expressam, necessariamente, a opinião da **Revista Síndromes**.

## Sumário

- ▶ Editorial ..... 4
- ▶ Transtornos Psiquiátricos na Infância: Uma Perspectiva Multidisciplinar ..... 5
- ▶ Atuação da Psicopedagogia clínica e da família nas dificuldades de aprendizagem escolar ..... 13
- ▶ A comunicação de massa e a cultura da virtualidade: uma fragmentação dos vínculos familiares e sociais. .... 22
- ▶ A importância da mãe na construção da personalidade e da relação com o filho ..... 30
- ▶ TDAH e dificuldade de aprendizagem: causa ou sintoma?. 32
- ▶ Que nóia é essa?..... 34
- ▶ A Musicoterapia como Reorganização da Cognição aos Portadores da Doença de Alzheimer ..... 39
- ▶ Entre a Legislação e o Bom Senso: Os Alunos Especiais Em Período Integral ..... 46
- ▶ O sujeito que pratica o Bullying sob a ótica da Psicanálise . 48
- ▶ O luto infantil: o brincar como possibilidade de intervenção para a elaboração de perdas ..... 54
- ▶ 1º Congresso de Acessibilidade para pessoas com deficiência e necessidades especiais será online e gratuito..... 69

## Editorial

A edição 16 da Revista Síndromes aborda um importante assunto o TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO NA INFÂNCIA, um tema muito angustiante para os pais e familiares de crianças que apresentam este problema o qual é complexo tanto do ponto de vista de classificação de diagnóstico, de conduta e tratamento. Esta complexidade pode ser verificada na abrangência desse tema como transtornos de déficit de atenção/hiperatividade ou hipercinéticos, transtornos fóbicos, distúrbio de ansiedade social da infância, transtornos do humor, transtornos da alimentação, transtornos da eliminação, esquizofrenia infantil, transtornos de tique, transtornos emocionais, transtornos de aprendizagem, transtornos das habilidades motoras, transtornos de comunicação (linguagem), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

Segundo dados do MS de 10% a 20% das crianças e adolescentes sofrem de distúrbios mentais, com causa heterogênea podendo ser genéticas e ambientais, e destes cerca de 3 % a 4 % necessitam de cuidados intensivos. O atendimento para esses casos no SUS proposto pelo MS está no documento "Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil e o atendimento desses casos na rede pública pode ser considerado precário.

Transtornos ou doenças psiquiátricos não é exclusividade de adultos e assim como nos adultos parece ser um estigma para a família ter um filho com transtornos psiquiátricos que precisa de atendimento especializado de um psiquiatra ou psicólogo, reconhecer que uma criança tem

transtorno psiquiátrico é muito importante e um tratamento precoce pode melhorar em muito sua vida e influenciar sua conduta na vida adulta, pois é sabido que a maioria dos transtornos psiquiátricos começa na infância.

A saúde mental infantil vem tomando atenção especial na área de saúde praticamente em todo o mundo e diante sua complexidade e heterogeneidade o atendimento nessa área requer atuação de equipe interdisciplinar e multidisciplinar com profissionais habilitados para isso.

Os estudos e pesquisas desse tema é praticamente direcionado para o público adulto e assim essa Revista Multidisciplinar de Desenvolvimento Humano não poderia deixar de tratar de um tema tão importante e o leitor verá nessa edição assunto muito importante nessa área como:

- Transtornos psiquiátricos na infância: uma perspectiva multidisciplinar

- O luto infantil: o brincar como possibilidade de intervenção para a elaboração de perdas.

- Atuação da Psicopedagogia clínica e da família nas dificuldades de aprendizagem escolar.

- A comunicação de massa e a cultura da virtualidade: uma fragmentação dos vínculos familiares e sociais

E ainda para complementar essa abordagem sobre esse assunto, temos o prazer em anunciar que a partir do próximo número será oferecido um curso sobre TDAH - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE em cinco módulos com emissão de certificado.

*Ezequiel de Miranda*



# Transtornos Psiquiátricos na Infância: Uma Perspectiva Multidisciplinar

Rosângela Nieto de Albuquerque<sup>1</sup>

## RESUMO

A dor dos pais, familiares e das pessoas que convivem com a criança portadora de transtorno psiquiátrico perpassa muitas vezes pela sensação de impotência no que tange ao desenvolvimento e adaptação dela no contexto social. A criança desde que nasce tem a capacidade de pensar, falar, usar o raciocínio, e posteriormente utilizar a linguagem escrita, e concomitantemente ela também desenvolve os sentimentos e emoções que vão constituindo seu eu como sujeito. Certamente, este desenvolvimento se processa de forma natural para todas as crianças, entretanto as crianças com transtornos psiquiátricos necessitam que os pais ou cuidadores desenvolvam a sensibilidade de perceber o desconforto do bebê e/ou criança ao administrar os cuidados afetivos, oportunizando assim a construção integrada da condição emocional. Os transtornos psiquiátricos perpassam por várias classificações, abordaremos neste artigo alguns **transtornos da aprendizagem, das habilidades motoras, da comunicação (linguagem) e, emocionais.**



**Palavras-chave:** Transtorno Psiquiátrico; cuidados; Infantil.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos referentes à aprendizagem perpassam pela dificuldade na leitura, escrita, pela capacidade da matemática, das relações espaciais, memória visual e auditiva, que, conforme idade/grau de escolaridade é identificado através de uma avaliação diagnóstica, assim, poderão ser tratados com intervenções terapêuticas e/ou medicamentosa.

No transtorno das habilidades motoras, que comprometem as atividades diárias da criança, observa-se que o desempenho da coordenação motora está abaixo do esperado para a idade, e, muitas vezes este atraso motor já pode ser observado no período que a criança deve sentar, engatinhar, caminhar. É comum a

<sup>1</sup> Rosângela Nieto de Albuquerque - Pós-Doutora em Educação (Ph.D.), Doutoranda em Psicologia Social, Mestra em Ciências da Linguagem, Professora Universitária, Psicopedagoga Clínica e Institucional, Gestora Educacional e Pedagoga. E-mail: rosangela.nieto@gmail.com



criança deixar cair os objetos, apresentar fraco desempenho nos esportes, e a caligrafia, geralmente é insatisfatória, portanto, é possível que esta criança apresente uma disgrafia. Observa-se também que esta dificuldade motora leva a criança a tropeçar com frequência, ela não desenvolve a habilidade de abotoar as roupas, é desajeitada, e tem dificuldade de amarrar os cadarços do sapato.

Nos transtornos da comunicação há a dificuldade de verbalizar as palavras, produzir frases referentes a sua idade, há dificuldade na capacidade de articular sons e palavras, seu vocabulário é limitado, e apresenta erros na conjugação verbal.

Os transtornos emocionais perpassam pelos medos, fobias, ansiedades que a cada dia observa-se com mais intensidade nas crianças contemporâneas.

É importante enfatizar que, muitas vezes, uma criança pode apresentar mais de um transtorno de aprendizagem, e até, transtorno com comorbidade, é o que acontece com o transtorno da hiperatividade e déficit de atenção. Para a família, ter uma criança no contexto da psiquiatria infantil, é bem doloroso, e carece de cuidados especiais. A informação sobre a psicopatologia é muitas vezes desconhecida, portanto, esta falta de conhecimento faz com que os pais não procurem o tratamento adequado e o mais precoce possível. Por exemplo, o transtorno de humor, muitos pais pensam que este transtorno acomete somente adultos.

## DISCUSSÃO

### TRANSTORNOS DE HUMOR EM CRIANÇAS

O transtorno de humor é uma psicopatologia que acomete de maneira significativa o humor e os sentimentos

do indivíduo. Existem vários tipos de transtorno de humor, dentre eles a depressão (ou Transtorno Unipolar) e o Transtorno Bipolar. Certamente, as variações dependem da intensidade e forma de evolução de cada um deles.

O portador de transtorno de humor reage de forma anômala a uma variada situação que pode ocorrer independente do evento estressor, por exemplo, um indivíduo apresenta a fase de depressão, isto é, fica triste, sem aparente motivo e, geralmente, por um período mais longo de tempo, e, também, a fase da mania, de excesso de energia e alegria intensa.

A depressão, também conhecida como transtorno unipolar ou transtorno depressivo, perpassa pela mudança do humor de maneira acentuada e significativa, caracterizado pela polarização do humor deprimido, acompanhado de cansaço, tristeza, desânimo, falta de energia e de prazer, choro fácil, pensamento de desesperança, lentidão no pensamento e nas ações, dificuldade com o sono ou perda de apetite e peso. E, podem também surgir dores físicas, pensamentos de morte e tentativas de suicídio. É importante observar o tempo de duração dos sintomas, em se permanecendo por duas semanas e descartadas outras alterações físicas, há que se pensar num quadro depressivo.

O Transtorno Bipolar é uma patologia do humor, e, de gravidade mais significativa, em que o portador apresenta fases ou ciclos. Em dado momento o indivíduo está em depressão e em outros está em fase de mania. A fase da mania é constituída de uma alegria exagerada, excesso de energia, vontade de fazer tudo ao mesmo tempo, sensação de ser o melhor de todos, ele pensa e fala rápido, e pouco tempo depois apresenta a fase depressiva. Estes comportamentos ocorrem sem que nada possa justificar esses sentimentos.

Estes transtornos são comuns também em crianças, e, por serem crianças, muitas vezes são classificadas



como birra, peraltice, ou comum à criança que quer “chamar a atenção”.

Para se determinar o diagnóstico de um transtorno de humor deve-se analisar a mudança significativa do humor do indivíduo, num determinado tempo e intensidade, e de que forma este interfere em sua vida, portanto, o quanto de sofrimento.

## TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA

A ansiedade é um sentimento desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto, e derivado de uma antecipação de perigos. As crianças, em geral, sentem medos e é difícil reconhecer se são exagerados ou está dentro da normalidade. Para diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é importante avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento. Os sintomas de ansiedade podem ocorrer em várias condições, e até como depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, transtorno hipercinético, entre outros. É ainda desconhecida a causa dos transtornos ansiosos infantis, estima-se que tem características multifatorial, isto é, fatores hereditários e ambientais diversos.

É comum crianças terem medo, dos mais variados possíveis, do escuro, de ficarem sozinhas, etc. E, quanto mais novas, for identificado e analisado o motivo de apresentarem um medo mais intenso, certamente, se terá mais êxito no tratamento. Assim, a medida que se desenvolverem, vão ampliando seu mundo e se tornando mais seguras e confiantes, esses medos tendem a desaparecer.

É comum vermos em crianças vários tipos de patologias de ansiedade, e até àquelas observadas nos adultos, como ansiedade

generalizada, o pânico, agorafobia (medo de lugares com muita gente ou abertos) e, também as fobias específicas. Existe um grupo de transtornos de ansiedade que permeiam especificamente as crianças, e que muitas vezes são desconhecidos dos pais, professores, e, cuidadores, que é a fobia escolar (medo de ir para a escola) e, os transtornos da ansiedade de separação (medo de se afastarem dos pais, ou das figuras de referência).

É importante enfatizar que o medo em sua dose proporcional é uma defesa muito importante da espécie humana, até pela preservação de uma situação de perigo real, entretanto, quando o medo é exagerado e despropositado àquele estímulo aversivo, ou quando o perigo não é real, vivencia-se um transtorno de ansiedade, que é uma sensação de medo extremo, com alterações físicas, sem uma razão real e justificada.

No transtorno de ansiedade de separação, portanto, o mais comum dos transtornos de ansiedade, acometendo 4% das crianças, observa-se uma ansiedade não apropriada e excessiva em relação à separação do pais (lar) ou de figuras importantes para a criança. Assim, quando ela fica sozinha, teme que algo possa acontecer com ela ou com seus cuidadores (acidentes, sequestro, assaltos, ou doenças) que a afaste definitivamente dos entes queridos. Há um comportamento excessivo de apego aos seus pais ou cuidadores, impedindo o afastamento desses. É comum a criança ficar a todo momento telefonando, para tranquilizar-se sobre seus medos. As pesquisas demonstram que em muitos casos, os pais já foram portadores de algum transtorno de ansiedade. O tratamento pauta-se em terapia individual com orientação familiar e intervenções farmacológicas quando os sintomas são graves e incapacitantes. É importante enfatizar que quando há recusa escolar da criança acometida pelo transtorno, é necessário o retorno às aulas o mais rápido possível, para



evitar cronicidade e evasão. A sintonia entre pais, escola e terapeuta é fundamental para o sucesso do tratamento.

Na escola, as consequências de um transtorno de humor (depressão ou transtorno bipolar), ou de um transtorno de ansiedade é bastante complexo. É comum estas crianças apresentarem dificuldade de aprendizagem e socialização, o comportamento difícil pode apresentar dificuldade nos relacionamentos. A dificuldade de aprendizagem com relação a leitura, escrita, a matemática podem aparecer, e neste momento o professor tem um papel fundamental, que atento a problemática deve orientar os pais a buscarem ajuda e tratamento.

Em geral, o tratamento será instituído após uma avaliação criteriosa, por profissionais especializados (psiquiatra, psicólogos especialistas em infância), que buscarão dados para o processo de diagnóstico.

O tratamento do transtorno de humor e de ansiedade envolve medicações e psicoterapia. No transtorno bipolar a estabilização do humor dependerá de medicações simultâneas, e envolve a abordagem psicofarmacológica, psicoterápica, orientação familiar, psicoeducacional e psicopedagógica. Para resultados mais rápidos na remissão dos sintomas é necessário um acompanhamento multidisciplinar.

## FOBIAS ESPECÍFICAS E FOBIA SOCIAL

O medo excessivo e persistente quando relacionado a um determinado objeto ou uma situação está relacionado à fobias específicas. A criança, quando acometida a um estímulo fóbico ela procura alguém que lhe dê segurança e proteção. Neste caso, ela pode apresentar crises de desespero, choro incessante,

imobilidade, agitação psicomotora e até uma crise de pânico. Os medos mais frequentes na infância se relacionam a pequenos animais, medo de altura, escuridão, etc. É importante enfatizar que as fobias diferenciam-se dos medos normais da infância, por terem a características de reações excessivas, que fogem do controle.

Na fobia social, a criança julga estar exposta à avaliação dos outros, portanto, de sentir-se exposta, envergonhada e humilhada, assim, ela apresenta um medo persistente e intenso nos vínculos sociais. Essas crianças apresentam desconforto em ir a festas, comer junto com as outras crianças, falar em sala de aula, escrever na frente de outros colegas, usar banheiros públicos, e participar de eventos sociais. Muitas vezes, no momento da fobia é comum os sintomas físicos como calafrios, calores, palpitação, tremores, sudorese e náusea. O tratamento perpassa por psicoterapia cognitivo comportamental.

## TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NA INFÂNCIA

No final da década de 60 foi estabelecido o reconhecimento de transtornos depressivos na infância, assim, surgiram três vertentes:

- a sintomatologia depressiva surge mascarada por outros sintomas ou síndromes;
- a depressão manifesta-se por sintomas específicos nessa faixa etária;
- os sintomas depressivos análogos aos dos adultos não existem.

Os Transtornos depressivos ocorrem tanto em meninos quanto em meninas, e, em crianças, os sintomas de depressão podem se apresentar como: condutas auto e



hetero-agressivas, intensa busca afetiva, agitação, isolamento, calma excessiva, alternando atitudes prestativas com recusas de relacionamento. No que tange a socialização, geralmente pode haver recusa em brincar com outras crianças e dificuldade para aquisição de habilidades. Observam-se também as queixas somáticas, isto é, dificuldade do sono (despertar noturno, sonolência diurna), queixas de falta de ar, dores de cabeça, dor no estômago, suor, frio, problemas intestinais e alteração do padrão alimentar.

É importante enfatizar que a criança deprimida apresenta incapacidade para divertir-se, e algumas vezes aparenta estar aborrecida. É comum assistirem televisão em excesso, e, muitas vezes sem se importar com o programa. É relevante a sua baixa autoestima e, o sentimento de culpa excessiva, elas apresentam também muita irritabilidade, e até um aspecto de mal humorada. Certamente, devem apresentar diminuição do rendimento escolar.

Classificados em dois aspectos, os transtornos depressivos da infância apresenta a distímia, que é uma forma crônica de depressão com início insidioso, que a criança apresenta-se sempre mal-humorada e, pode até durar a vida toda. O outro aspecto é o transtorno depressivo maior, que é caracterizado por uma síndrome depressiva completa, que as crises podem durar pelo menos duas semanas, apresentando até alucinações, ideação ou condutas suicidas, causando prejuízos significativos na vida da criança. O tratamento é constituído de medicações antidepressivas e acompanhamento psicológico. Algumas vezes há necessidade de internação em situação que o paciente fica psicótico (fora da realidade), ou quando há risco de suicídio. Os transtornos depressivos, hoje em dia são tratáveis obtendo-se bons resultados.

## TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

O transtorno do déficit de atenção é comumente conhecido nas crianças que apresentam um temperamento difícil, não se concentram e prestam atenção a vários estímulos. Não conseguindo ter atenção e se concentrar em uma tarefa, geralmente, apresentam dificuldade de aprendizagem. Até mesmo em atividades lúdicas elas apresentam dificuldades de concentração e "parecem não estar escutando quando chamadas". Devido a esta "falta de concentração", muitas vezes não conseguem terminar seus deveres escolares, e, quando crescem apresentam dificuldades nas tarefas domésticas e nas atividades profissionais. A criança com este transtorno tem como característica apresentar dificuldade de organizar tarefas, não consegue realizar atividades que exijam esforço mental, e costumam perder objetos de uso pessoal. Já a hiperatividade aparece como uma inquietação, uma agitação de mãos ou pés, e, a criança não consegue permanecer parada na cadeira. Portanto, ela quase sempre corre em demasia, sai do seu lugar em momentos não apropriados, e tem dificuldade de permanecer em silêncio. Outra característica desse transtorno é a impulsividade, a criança tem dificuldade de aguardar a sua vez, intromete-se e interrompe os assuntos alheios, e respondem precipitadamente as perguntas sem terem sido completadas. É importante que o transtorno seja diagnosticado e tratado ainda na infância, pois, quando adulto, os prejuízos ao desenvolvimento interpessoal é muito significativo em nível profissional. O tratamento inclui psicoterapia individual e, às vezes, terapia familiar. Há também a possibilidade do



uso de medicação com um resultado muito satisfatório.

## TRANSTORNOS DE TIQUE

Um tique é uma produção de um movimento motor ou vocal involuntário, em geral rápido, recorrente (repetido) e não rítmico (usualmente envolvendo grupos musculares circunscritos), em geral, sem objetivo aparente, e que tem um início súbito. Os tiques motores e vocais mais simples são os primeiros a aparecer, e, posteriormente, os mais complexos. Os tiques motores simples caracterizam-se por piscar os olhos, balançar a cabeça, fazer caretas, tossir, fungar, pigarrear, e os mais complexos residem em coprolalia (uso de termos chulos), palilalia (repetição das próprias palavras), ecolalia (repetição de palavras alheias), e, o indivíduo chega a bater-se, e até saltar. O tratamento pauta-se em medicação e psicoterapia, geralmente, para diminuir o isolamento social que comumente ocorre nesse transtorno.

## TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO (ESPECTRO AUTISTA INFANTIL)

Os transtornos globais do desenvolvimento fazem parte de um grupo de transtornos que é caracterizado por severas anormalidades nas interações sociais recíprocas, nos padrões de comunicação estereotipados e repetitivos, e também, por um estreitamento nos interesses e atividades da criança. Em geral, se manifesta nos primeiros cinco anos de vida. Até a presente data não há uma forma de classificá-los. O aspecto

mais conhecido é o Autismo Infantil, definido por um desenvolvimento anormal, que geralmente se manifesta antes dos três anos de vida. As crianças com transtorno autista podem ter alto ou baixo nível de funcionamento cognitivo, e a capacidade de comunicação fica comprometida, geralmente, num grau de severidade. Segundo Ajuriaguera (1983) elas apresentam fracasso para desenvolver relacionamentos com outras crianças, ou até mesmo com seus pais; prejuízo acentuado no contato visual direto, na expressão facial, posturas corporais e outros gestos necessários para comunicar-se com outras pessoas; falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas; uso repetitivo de mesmas palavras ou sons; ausência de jogos ou brincadeiras variadas de acordo com a idade; atraso ou ausência total da fala (não acompanhado por uma tentativa para compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímicas); em crianças com fala adequada, há um acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversa; movimentos repetitivos ou complexos do corpo; preocupação persistente com partes de objetos; a criança adota uma rotina ou ritual específico em seu ambiente, com extrema dificuldade e sofrimento quando não se mantém esta rotina.

O tratamento do transtorno de espectro autista é pautado numa educação especial com estimulação precoce da criança. Certamente, a terapia de apoio familiar é muito importante, pois, os pais necessitam de orientações para aprenderem a lidar com a criança e seus irmãos. O prognóstico dos transtornos do espectro autista é muito complexo. O acompanhamento, muitas vezes, apresenta a necessidade do uso de medicações para controlar comportamentos não apropriados e agressivos.

Há portanto, outras formas



de transtornos globais do desenvolvimento, o autismo atípico, a síndrome de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância e a Síndrome de Asperger.

## TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO DISRUPTIVO

Refletir acerca dos transtornos ligados ao comportamento na infância remete aos transtorno de oposição e desafio, e ao transtorno de conduta, eles são caracterizados por um padrão repetitivo e persistente de comportamento desafiador, agressivo, que vão contra as regras de convivência social. É importante enfatizar que este comportamento é grave, e diferente das travessuras infantis ou rebeldia “normal” da criança ou adolescente.

O Transtorno de oposição e desafio (TOD) perpassa por um comportamentopositor às normas, a criança ou adolescente discute com os adultos, e, fica aborrecido, e geralmente, incomoda os outros. A maior incidência é na faixa etária dos 4 aos 12 anos, e, se apresenta mais em meninos do que em meninas.

No Transtorno de Conduta, há um padrão disfuncional de comportamento, e é mais grave que o transtorno de oposição e desafio. É mais comum em meninos, e em adolescentes do que em crianças. Estes adolescentes frequentemente agredem pessoas e animais, destroem propriedades alheias, envolvem-se em brigas, até mesmo cometem furtos, e agressão sexual, portanto, praticam sérias violações de regras. Segundo Ramires (2009) et al., este transtorno está associado ao ambiente psicossocial adverso, por exemplo, violência familiar, alcoolismo e severa perturbação dos pais, instabilidade familiar, abuso físico ou sexual, enfim, é um transtorno de grave problema social.

O tratamento envolve principalmente psicoterapia individual e familiar, e às vezes há necessidade de medicação (nos casos das comorbidades).

## TRANSTORNOS DA EXCREÇÃO

Esse transtorno perpassa pela questão da enurese e da encoprese, sendo a enurese caracterizada por eliminação de urina no período do dia e/ou da noite, e que se relaciona a idade da criança. É importante enfatizar que a enurese está presente na vida da criança desde o nascimento, e até aos cinco anos é natural o desenvolvimento do controle vesical. Após este período deve-se observar a frequência e quantas vezes por semana para que se classifique como patológica.

A encoprese caracteriza-se pela evacuação repetida em locais inadequados (roupas ou chão), involuntária ou intencional. O diagnóstico é realizado quando se observa que esse sintoma ocorre pelo menos uma vez por mês, por no mínimo três meses, em crianças com mais de quatro anos.

Segundo Belfer (2008) as causas podem ser diversas, mas, ambas as patologias podem se estabelecer por questões emocionais, separação dos pais, nascimento de um irmão, entre outros. A encoprese deliberada pode significar grave comprometimento emocional. Estes comprometimentos podem durar muitos anos, entretanto, acabam evoluindo para uma remissão espontânea.

Esses transtornos, certamente proporcionam um intenso sofrimento na criança, baixa autoestima, e podem também levar a uma estigmatização, com isso geram isolamento social, e perturbações nas relações familiares. O tratamento abrange psicoterapia e em alguns casos utilização de medicamentos.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob a perspectiva do desenvolvimento infantil, os transtornos psiquiátricos são certamente complexos para a família e para a criança, as emoções são vistas como processos adaptativos psicológicos, e têm como objetivos a sobrevivência e o bem-estar, como características marcantes. Os estudos acerca dos transtornos psiquiátricos infantil enfatizam a necessidade de potencializar o olhar na perspectiva multidisciplinar para proporcionar melhor qualidade de vida a esta criança. Alguns autores enfatizam que quando o desenvolvimento da criança não está dentro do esperado para sua faixa etária e parâmetros culturais esta criança é considerada em situação de risco. Assim, o desenvolvimento da criança em padrões normais fica definido como aquela criança que apresenta um ótimo desempenho em comparação ao desempenho real.

Muito se tem estudado acerca destes transtornos, mas, há muito a se pesquisar, buscar saídas para uma melhor qualidade de vida, estabilidade emocional e tranquilidade da família. Esta tem sido uma busca incessante dos profissionais da área, certamente numa perspectiva multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS

AJURIAGUERA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. São Paulo: Editora Masson, 1983.

Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BELFER, M. L. **Child and Adolescent Mental Disorders**: the magnitude of the problem across the globe. J. Child Psychol Psychiatry, 2008.

COLE, P.M, Hall SE. Emotion

dysregulation as a risk factor for psychopathology. In: Beauchaine TP, Hinshaw SP, Editors. **Child and Adolescent Psychopathology**. Hoboken, NJ: Wiley & Sons; 2008.p. 265-98.

FERREIRA, M. C. T.; MATURANO, E. M. **Ambiente familiar e os problemas de Comportamento Apresentados por crianças com baixo Desempenho Escolar**. Psicol Reflex Crit, 2002.

GARFINKEL, B. D. **Transtorno Psiquiátrico Infantil**. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

HUANG L.; STROUL B.; FRIENMAN R. et al. **Transforming Mental Health Care for Children and their Families**. Am Psychol, 2005.

KEENAN K. **Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology**. Clin Psychol Sci Pract. 2000.

MARSH E. J.; GRAHAM S. A. Classificação e Tratamento de Psicopatologia Infantil. In CABALLO V. E.; SIMON M. A. (Orgs). **Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente**: transtornos gerais. São Paulo: Livraria Santos. 2005.

Ministério da Saúde. Ministério da Criança. Projeto Minha Gente. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: 1991.

Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS 2001.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas Ltda, 1993. RAMIRES VRR, PASSARINI DS, FLORES GG. **Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças**. Arq Bras Psicol. 2009.



# Atuação da Psicopedagogia clínica e da família nas dificuldades de aprendizagem escolar

Lednalva Oliveira Cordeiro Batista

Bióloga/Psicopedagoga Clínica  
ABPp-758 - ABD-1332

## Resumo

A aprendizagem é uma ação integradora uma vez que acontece segundo a adequação das diferentes características que constituem o sujeito, somadas ao ambiente em que está inserido. O artigo teve como objetivo a investigação de como os pedagogos e psicopedagogos que atuam na psicopedagogia clínica, compreendem os problemas de aprendizagem em crianças, e o papel da família. Como vêem especialmente os pais nos referidos problemas. Foi utilizado o método qualitativo tendo como instrumento um roteiro semi-estruturado utilizado em entrevista individual, realizada com uma psicopedagoga clínica, quatro estagiárias de psicopedagogia, dois fonoaudiólogos e com uma estagiária de pedagogia. Para tentar responder a demandas escolares, a criança e sua família precisam empreender um processo de elaboração subjetiva que exige de ambas um grande investimento psíquico que, nem sempre, é bem sucedido. Isso fica mais evidente quando consideramos a intensidade com que a sociedade contemporânea, herdeira da modernidade, expõe os indivíduos a novas informações e conhecimentos, cobrando-lhes, com frequência, um desempenho pautado em um ideal imaginário de perfeição. Dentre as principais fontes de problemas de aprendizagem, as participantes apontaram a grande dependência da criança em relação à mãe, a não participação escolar destas na vida dos filhos e a tendência atual dos pais em delegar aos educadores e psicopedagogos os cuidados desse processo. Assim, consideramos que os conhecimentos psicopedagogos sobre as formas de

funcionamento da família contemporânea, em cada etapa de seu ciclo de vida, podem contribuir para o acompanhamento terapêutico da criança e do grupo familiar.

Palavras-chave: Aprendizagem, Família, Pedagogia, Psicopedagogia, fonoaudiologia.

## Abstract

A Learning is an integrative action as it happens according to the appropriateness of the characteristics that constitute the subject, along with the environment in which it is inserted. The article was aimed at the investigation of how the teacher and educational psychologists who work and clinical pedagogy, understand the learning problems in children, and the role of family, especially parents, in these problem. Foi used a qualitative method and instrument as a semi-structured, used in a personal interview conducted with a clinical and psycho with a teaching intern. To try to answer the demands school children and their families must undertake a process of subjective approach that requires both a great investment psychic, not always, successful. This is most apparent when we consider the extent to which contemporary society heiress of modernity, exposes individuals to new information and knowledge, charging them often perform guided imagery on an ideal of perfection. Among the main sources of learning problems, the participants pointed out the strong dependence of the child from the mother, the non-participation escolar destas the lives of children and the current trend of parents delegate to teachers



and educational psychologists care of this process. We therefore consider that the educational psychologists know about the *modus operandi* of the contemporary family, at every stage of their life cycle, may contribute to the therapeutic monitoring of child and family group.

Keywords: Learning, Family, Educators, Psychologists.

## 1 Introdução

Não podemos falar de aprendizagem humana, sem recorremos a diferentes teorias, pois estas se tornam complementares e indispensáveis. Fato que justifica a psicopedagogia fazer uso dos conhecimentos da neurociências, psicologia, pedagogia, neurologia, fonoaudiologia, psicanálise, etc. Segundo Fernandez, o sujeito aprendente é constituído por corpo, organismo, desejo e inteligência que inter-relacionam-se harmoniosamente.

Assim como em todo processo de aprendizagem estão implicados os quatro níveis (organismo, corpo inteligência e desejo), e não se poderia falar de aprendizagem excluindo algum deles, também no problema de aprendizagem, necessariamente estarão em jogo os quatro níveis em diferentes graus de compromisso (FERNANDÉZ, 1990, p.57).

A inteligência e o desejo podem ser tomados como fatores externos ao sujeito se considerarmos que têm sua existência inter-relacionada entre si e com o ambiente externo, do qual sofre constante interferência.

Para discorrermos sobre a problemática das dificuldades de aprendizagem, é fundamental, ampliar o olhar no sentido de compreender, o que de fato é considerado aprendizagem, e as variadas formas de como elas se processam. Mas não um olhar psicopedagógico institucionalizado apenas, mas, um olhar psicopedagógico sistêmico, que compreende os aspectos do desenvolvimento e os caminhos da

aprendizagem e suas relações com o todo, no contexto: escolar, familiar, e nos aspectos: cognitivos e sócio-afetivo. Onde “não aprender”, é relativo e depende do aprender o quê e para quê. Não aprende, ou não consigo ensinar?

Para entender o jogo e o interjogo das ações de cada um, e seu grau de comprometimento no processo de aprendizagem, a parceria com a família e a escola constitui fator determinante para o sucesso, e às vezes, o insucesso.

A ação Psicoopedagógica, precisa mediar a manutenção de um sistema familiar objetivando a relação saudável, e a circulação de informações, possibilitando o equilíbrio de poder entre seus membros, com clareza na definição de papéis e a colocação de limites.

Este artigo teve como objetivo apresentar a realidade vivida na clínica psicopedagógica quanto aos aspectos revelados, as insuficiências que geram as dificuldades não só de aprendizagem, bem como a das relações do indivíduo no seu entorno e no seu em torno.

A intervenção psicopedagógica clínica deve ter como proposta buscar não se limitar à compreensão das dificuldades de aprendizagem da leitura, escrita e cálculo matemático, mas, sim, trabalhar as potencialidades que possibilitam a promoção e aquisição de novos conhecimentos, favorecendo a autonomia, promovendo modificações de comportamentos que levem à superação, e a acomodação da verdadeira aprendizagem.

Alícia Fernández (2001) relata que todo sujeito tem sua modalidade de aprendizagem e os seus meios para construir o próprio conhecimento, e isso significa uma maneira muito pessoal para se dirigir e construir o saber. O objetivo básico do diagnóstico psicopedagógico clínico, é identificar os desvios e os obstáculos básicos no Modelo de Aprendizagem do sujeito que o impedem de crescer na aprendizagem



dentro do esperado pelo meio social. (WEISS,2003, p.32). É a partir do levantamento diagnóstico psicopedagógico clínico, como em nenhum outro, que ocorrem alterações no comportamento do sujeito, provocando as vezes na família sentimentos contraditórios e inquietantes, onde chegam a acreditar que o sujeito ao invés de evoluir, tornou-se agressivo e agitado, chegando a até desejar interromper o levantamento diagnóstico, e conseqüentemente, o tratamento, o que ocorre com freqüência.

Para Fernández (1991, p.91), a família que apresenta um membro com problemas de aprendizagem muito freqüentemente funciona como um quadro indissociado, onde qualquer tentativa de diferenciar-se pode ir de encontro a demanda do familiar de anulação da diferença.

Assim, a autora propõe a presença da família no diagnóstico de problemas de aprendizagem em crianças e adolescentes, o que permite observar mais rapidamente a existência de "significações sintomáticas localizadas em vínculos em relação ao aprender" (FERNÁNDEZ, 1991, p.92).

Dessa forma, o psicopedagogo precisa de conteúdos teórico-práticos, para ter condições de processar saberes de diferentes áreas do conhecimento para ter embasamento para concluir, se no momento vale à pena ou não, intervir, como intervir, ou se há necessidade de suspender ou até mesmo encerrar, o tratamento.

## 2 Método

A pesquisa foi realizada do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Capacitação e Terapias Integradas- NEPCATI, situado na AV. Maria Quitéria, nº2010, na cidade Feira de Santana-Ba, onde foram entrevistados uma psicopedagoga clínica, ma estagiária em pedagogia, e quatro estagiárias do curso de psicopedagogia institucional, clínica e hospitalar, e três

fonoaudiólogos.

O critério de tempo de atuação em Psicopedagogia clínica, visou escolher participantes com uma larga experiência clínica.

Além de entrevistar, foi permitido pesquisar e co-participar com profissionais de fonoaudiologia, e pedagogia, tendo à preocupação em não restringir nossa investigação à apenas psicopedagoga, o que possibilitou vários olhares para uma mesma situação em um único espaço. Com isso, pudemos obter reflexões teóricas-práticas mais abrangentes.

## Instrumentos

Como instrumento de coleta de dados, utilizamos um roteiro semi-estruturado, aplicado em entrevista individual com os participantes. Nesse roteiro, inicialmente, constaram as perguntas acerca dos dados sócio demográficos das entrevistadas e, em seguida, questões relacionadas aos objetivos da pesquisa, as quais foram distribuídas em blocos de pergunta.

O primeiro, composto por perguntas, que buscou caracterizar os problemas de aprendizagem na visão clínica dos participantes. Já o segundo bloco, constituído de perguntas, procurando caracterizar os procedimentos de atendimento clínico a crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem de leitura e escrita e cálculo matemático.

## Procedimentos

Antes da coleta de dados, cada uma das participantes foi contatada para que pudéssemos lhe explicar a natureza desta pesquisa, seu objetivo e método. Esclarecemos, nesse momento, que o conteúdo integral da entrevista estaria à disposição, e que haveria identificação nominal da participante ao longo do trabalho. Após o consentimento, acordamos, então, que os encontros para a



realização da pesquisa, seriam todas as quintas feiras, no NEPCATI, enfatizando que as crianças em torno das quais seriam abordadas as questões relativas aos problemas de aprendizagem deveriam fazer parte do seu universo de atendimento clínico.

Todos os participantes assinaram um “termo de consentimento livre e esclarecido”, o qual dispôs sobre os pontos acima especificados e permitiu a utilização dos dados para fins de pesquisa.

Após a transcrição das entrevistas, procedemos à sua análise, enfocando os pontos mais relevantes relacionados aos objetivos específicos da pesquisa, isto é: os indicadores para a intervenção clínica nos problemas de aprendizagem; as principais queixas em relação à leitura e à escrita das crianças e as causas atribuídas a elas; os procedimentos diagnósticos e terapêuticos com a criança e a participação da família em tais procedimentos.

Os dados obtidos foram discutidos a partir do embasamento teórico estudado, que se fundamentou, principalmente, em estudiosos da Psicopedagogia clínica, pedagogia e fonoaudiologia. Lembramos, ainda, que não tivemos o objetivo de generalizar os resultados de nossa pesquisa, uma vez que ela possui uma natureza qualitativa.

Por outro lado, isto nos permitiu tecer algumas considerações finais em relação a importantes questões observadas no conteúdo das entrevistas, que podem contribuir para o trabalho terapêutico com crianças que apresentam problemas de aprendizagem com suas famílias e escolas.

### 3 Resultados

Alguns referenciais, citados pelas participantes, como diretrizes para a decisão acerca da necessidade de tratamento psicopedagógico: referencial escolar, familiar, psicopedagógico clínico e fonoaudiológico.

O referencial escolar refere-se àquele utilizado pelos participantes tendo por base os resultados obtidos pela criança nas suas produções pedagógicas.

O tratamento, portanto, seria necessário sempre que a criança não produzisse o esperado do ponto de vista das fases do desenvolvimento segundo Piaget. Assim, a criança pode estar resistindo, com o seu sintoma, à excessiva normatização da escola, enquanto essa fracassa nas suas tentativas pedagógicas de remover o problema de aprendizagem, apelando, muitas vezes, aos especialistas em terapêuticas educativas na esperança de ver o fracasso reparado.

A esse respeito, a psicopedagoga comentou: “A escola quer uma resposta; é uma instituição que não tem muita paciência, não trabalha com o processo de forma sistêmica, por isso não compreende as etapas desse processo”.

Já no referencial psicopedagógico o que determinou a necessidade ou não de uma intervenção terapêutica sobre os problemas de aprendizagem foi a avaliação psicopedagógica realizada pelo profissional em consultório.

Assim, mesmo existindo uma queixa escolar relativa à aprendizagem, onde o diagnóstico clínico-psicopedagógico determinara, de fato, a necessidade de um tratamento, como afirmou o fonoaudiólogo, em certos casos, “algumas orientações à escola e à família são insuficientes para que problemas específicos como, falta de consciência fonológica, vocabulário pobre, troca de letras, possam ser resolvidos”, sendo necessário um acompanhamento mais intensivo, além do terapêutico, dentre outros possíveis. Não de forma isolada, mas em conjunto com o referencial escolar. Nesse caso, a indicação de tratamento psicopedagógico e fonoaudiológico é feita a partir da identificação de sentimentos de angústia da criança relacionada à aprendizagem, os quais,



segundo as entrevistadas, podem indicar conflitos psicodinâmicos, neurológicos, psicomotores, propiciadores de problemas nessa área.

Na entrevista com a psicopedagoga, alertou para a questão: «Quando o sintoma já se tornou uma angústia, uma ansiedade grande, tanto na vida escolar como na história dessa família, é maior a necessidade de uma intervenção clínica eficaz, e a intervenção terapêutica psicopedagógica de inspiração analítica, com a criança e a família».

Ainda a esse respeito, Kupfer (2001) alerta que, para além da dimensão fenomênica do sintoma, expresso por um sofrimento por parte da criança, há a dimensão inconsciente, na qual transcorrem os conflitos que originam o sintoma e movem os afetos a eles atrelados.

## Principais queixas trazidas ao consultório

Os entrevistados citaram três tipos de queixas acerca da aprendizagem da leitura e da escrita, e cálculo matemático: queixas cognitivas, pedagógicas e de ordem afetiva e relacional.

As queixas cognitivas dizem respeito às dificuldades relativas à habilidade da criança em determinadas funções, consideradas importantes para que ela possa aprender a ler, a escrever, e calcular, desenvolvendo a memória, atenção, concentração, percepção auditiva e visual, compreensão verbal, entre outras.

As queixas pedagógicas são relativas a entraves no desempenho da criança nas tarefas e avaliações escolares, envolvendo a leitura e a escrita, podendo ser consideradas como uma consequência das dificuldades cognitivas apresentadas pela criança.

Já as queixas afetivas e relacionais, embora aparentemente não se refiram à leitura e à escrita, são

identificadas pelas participantes como intimamente relacionadas aos problemas de aprendizagem.

Dentre essas queixas, os entrevistados destacaram: a recusa ou esquivas aos estudos por parte da criança, demonstrada por choros, gritos, brincadeiras, brigas, durante a execução das tarefas; a falta de limites e regras na família, dificultando a capacidade da criança para lidar com o erro e a frustração no processo de aprendizagem; a pouca autonomia para pensar e realizar tarefas, além da baixa auto-estima.

## Causas atribuídas aos problemas de aprendizagem

O papel da família no desenvolvimento e aprendizagem da criança, todos os entrevistados citaram aspectos psicodinâmicos da família como possíveis dificultadores da aprendizagem da criança. Dentre eles, salientamos a dependência afetiva da criança em relação à mãe, aliada a esporádica intervenção, intermediação e apoio do pai, causando na mãe, não raro, sentimento de superproteção, engessando o filho no lugar do não aprender.

Para os participantes, esse tipo de situação gera problemas para a resolução de alguns conflitos próprios da fase edípica do desenvolvimento da criança, além de dificultar a sua capacidade para lidar com os limites e a frustração de modo mais autônomo. Sobre isso, a psicopedagoga afirmou que “é como se a libido não estivesse disponível para fazer outros investimentos nos estudos”.

Para os entrevistados, a dependência materna evidencia-se nas questões relativas à aprendizagem porque as mães continuam, ainda hoje, assumindo grande parte do papel cultural de lidar com a responsabilidade da casa e a educação dos filhos.



Também foram ressaltados, em algumas entrevistas, determinados aspectos socioculturais que podem intervir na dinâmica familiar e transformar-se em causas para as dificuldades de aprendizagem, como, por exemplo, as pressões sociais por melhor desempenho escolar da criança e por maior eficiência dos pais na educação dos filhos. Diante dessas pressões, os participantes disseram que, muitas vezes, a criança mostra-se pouco madura para lidar com as intensas demandas de aprendizagem que lhe chegam, por acharem desinteressantes, por não serem devidamente estimuladas tanto em casa quanto na escola.

Por fim, os participantes citaram aspectos da interação entre a escola, a criança e a família como possíveis fontes de problemas para a aprendizagem. A exemplo da troca constante de escola e a falta de sintonia entre os valores da família e da escola: “Às vezes, na família, a criança tem um convívio mais aberto, mas estuda numa escola tradicional, então há um choque”. Ou vice versa.

Para a estagiária de pedagogia chamou a atenção para a relação entre professor e aluno: “A partir do momento em que essa relação, esse vínculo afetivo, não se constitui de uma forma saudável, vai influenciar certamente com um peso grande na construção das dificuldades de aprendizagem”.

Em geral, os participantes afirmaram, ainda, que a aprendizagem não pode ser uma tarefa exclusiva da escola ou do profissional que atende a criança na clínica; os pais precisam participar, acompanhando e estimulando o processo da criança.

De acordo com os fonoaudiólogos: “A pouca estimulação da família em relação à leitura, à valorização disso, é uma grande dificuldade que as crianças acabam encontrando”. Em todas as entrevistas destacou-se que “os pais precisam compreender o papel e a função de cada membro na dinâmica

familiar, entendendo por que aquele filho foi o escolhido’ para “sintomatizar problemas da família revelado na não aprendizagem. “Aí, sim, eles vão, junto com os profissionais, contribuir para que a criança saia desse lugar de não aprender”.

Vemos, assim, que, de modo geral, as entrevistadas apontaram fatores para a não aprendizagem que se aproximam daqueles propostos por Pain (1992) e Weiss (1994), isto é, fatores internos e externos ao sujeito e sua família.

## Diagnóstico psicopedagógico

Quanto ao diagnóstico dos problemas de aprendizagem da leitura e da escrita, todas as participantes indicaram a necessidade de analisar alguns dos fatores descritos no tópico anterior. Assim, realizam uma análise das condições cognitivas, pedagógicas e psicodinâmicas da criança para com a aprendizagem, investigar aspectos orgânicos, como as condições neurológicas, auditivas e visuais da criança.

Todos os entrevistados destacaram, igualmente, a investigação da dinâmica da criança na escola, particularmente sua relação com os colegas, com os professores, e com a própria escola, como parte do processo diagnóstico.

Dentre os recursos técnicos para a investigação dos problemas de aprendizagem, os entrevistados afirmaram utilizar, em geral, atividades lúdicas e pedagógicas, além de testes e exames cognitivos e projetivos, onde possibilita a criança e o adolescente se revelar em sua totalidade consciente, à partir do seu inconsciente.

Um dado a destacar é que a investigação das condições cognitivas e pedagógicas da criança para a aprendizagem foi o que mais se destacou na descrição dos procedimentos diagnósticos.



Embora todas as participantes tenham indicado os aspectos psicodinâmicos da criança e da família como possíveis causas da não aprendizagem durante a alfabetização, a análise de tais aspectos não foi um ponto enfatizado, inicialmente, pela maioria das participantes.

Apesar disso, a família participa do processo diagnóstico através de sessões que seguem, em geral, a proposta de autores como Fernández (1991), Pain (1992) e Weiss (1994), isto é, um primeiro encontro para escuta do motivo da consulta ou queixa; sessões de anamnese para o levantamento do histórico da criança em termos de desenvolvimento e, após os atendimentos à criança, sessões para apresentação à família das principais hipóteses diagnósticas e sugestões de encaminhamento.

## Tratamento psicopedagógico

Assim como no diagnóstico, os recursos utilizados pelas participantes durante o tratamento para facilitar as intervenções psicopedagógicas em torno da demanda da criança na leitura e escrita, e no campo matemático, são, em geral, atividades lúdicas e pedagógicas, as quais visam à estimulação cognitiva e afetiva da criança.

A família, por sua vez, é acompanhada tanto por meio de sessões previamente marcadas pelas profissionais, como por solicitação dos próprios pais. Nas duas situações, geralmente, tais atendimentos ocorrem de maneira alternada, ora com os pais e a criança, ora separadamente.

De modo geral, notamos que o objetivo desses encontros é orientar os pais, pontuar avanços, e trocar informações.

## 4 Discussão

Dentre os principais entraves ao tratamento psicopedagógico, observados, destacara-se a resistência dos pais em compreender a importância e a dimensão da ajuda profissional para o seu filho, o que, segundo elas, denota a dificuldade de reconhecer que por mais das vezes a falha reside neles próprios.

Em consequência disso, muitas vezes, ao iniciarem o tratamento, demonstram uma intensa ansiedade por resultados rápidos, ocasionando mais estresse sobre a criança, a ponto de dificultar o processo psicopedagógico. Sobre isto, todos os entrevistados concordam que “uma das situações mais difíceis é lidar com a ansiedade dos pais” e “desconstruir sentimentos de culpa”.

“Às vezes a escola recomenda e aponta a necessidade de acompanhamento desde a pré-escola, mas os pais não acatam a orientação, e, quando a criança está nas últimas, os pais os transferem para escolas mais fracas e trazem pra a clínica desejando que o profissional faça milagres”.

Devido às questões acima expostas, todos os participantes destacaram a importância de realizar, nos seus atendimentos, intervenções terapêuticas com a família, para estabelecer-se responsabilidades, planos de ação em casa visando a colocação de limites, respeito a individualidade do outro, para que o tratamento psicopedagógico possa alcançar melhores resultados.

As questões da dinâmica familiar, entretanto, foram apontadas de forma unânime como uma das principais fontes de problemas na aprendizagem, em especial no que se refere à dificuldade da criança para realizar suas atividades com maior autonomia, principalmente em relação à mãe, agravada pela pouca intervenção do pai na relação entre mãe e filho. Assim, muitas vezes, sua participação na educação e no processo de aprendizagem escolar dos



filhos torna-se negligente.

Ao refletirmos sobre os aspectos da dinâmica familiar, pareceu-nos significativo que os profissionais, em sua fala, que é preciso estar atentos às novas configurações de família, adequando os enquadramentos diagnósticos e terapêuticos de modo a facilitar a compreensão das particularidades de seu funcionamento e seus reflexos no desenvolvimento das aprendizagens da criança.

## 5 Considerações Finais

Na opinião dos participantes e de teóricos citados neste artigo, algumas metodologias e exigências sociais de determinadas escolas, revelam-se, distantes da realidade viva por parte da criança e de sua família, gerando sensação de transtorno, doença, naquelas que não conseguem corresponder ao que é esperado delas pela escola e, algumas vezes, até pela própria família.

Consideramos que, tanto no diagnóstico quanto no tratamento de crianças com problemas de aprendizagem, os profissionais entrevistados sentem que devem ter grande preocupação em propor análises mais detalhadas, e equipes multidisciplinar, para favorecer o ensino-aprendizagem, de forma que não permaneça, a dicotomia entre a saúde e a educação, a clínica e a escola, a família e o psicopedagogo.

Faz parte da ética profissional do psicopedagogo clínico, suas práticas na clínica, como espaço para enquadramento e ajustamento de aspectos que envolvam tanto a criança quanto o seu grupo familiar, e a escola, que ao no nosso ver encontram-se irremediavelmente entrelaçados no processo de desenvolvimento cognitivo e de aprendizagem da criança e do adolescente.

Para isso, torna-se fundamental a capacitação e o apoio psicopedagógico aos professores, além da escuta da família, de modo a facilitar reflexões entre seus membros que possam

contribuir para a construção de um espaço saudável em torno da aprendizagem humana, questão de objeto de estudo da psicopedagogia.

## Referências Bibliográficas

BARONE, L. M. C. Algumas contribuições da psicanálise para a avaliação psicopedagógica. In V. Oliveira & N. Bossa (Orgs.). Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos. 3ª ed., Petrópolis: Vozes. 1996.

BOSSA, N. A. Fracasso escolar: um olhar psicopedagógico. Porto Alegre: Artmed. 2002.

FERNÁNDEZA.. A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família . Porto Alegre: Artes Médicas.

KUPFER, M. C.. Educação para o futuro: psicanálise e educação. Vozes . São Paulo 2001.

MARQUEZAN, F. F., & Souza, C. R. S. Fracasso escolar na alfabetização: um olhar a partir da psicopedagogia. Psicopedagogia on line: educação & saúde mental. Acesso em 19 de dezembro de 2003, disponível em: <http://www.picopedagogia.com.br/artigo>

PAIN, S. Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

PINCUS, L., & Dare, C. Psicodinâmica da família (2ª ed., pp.68-89). Porto Alegre: Artes Médicas. 1987.

SALVARI, L. F. C. A aprendizagem e suas dificuldades em uma visão clínica. Interlocuções: Revista de Psicologia da Unicamp, 3 (1), p. 44-64. , 2003.

SOUZA, A. S. L.. Pensando a inibição intelectual: perspectiva psicanalítica e proposta diagnóstica (pp.35-56). São Paulo: Casa do Psicólogo. 1995.

WEISS, M. L. L. Psicopedagogia clínica: uma visão diagnóstica. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.



# VII CONGRESSO CARIOCA DA ABENEPI

III Encontro de Pais com Especialistas  
I Fórum Interdisciplinar sobre Inclusão Escolar



## NEUROCIÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO: DAS INTERVENÇÕES À PSICOFARMACOLOGIA

Data: 12 e 13 de Setembro de 2014

Local: Centro de Convenções do Colégio Brasileiro de Cirurgiões  
Rua Visconde de Silva 52 – Botafogo

Informações:  
(21) 3337-2343  
[congresso@abenepirio.com.br](mailto:congresso@abenepirio.com.br)

Inscrições:  
[www.abenepirio.com.br](http://www.abenepirio.com.br)

Apoio:





# A comunicação de massa e a cultura da virtualidade: uma fragmentação dos vínculos familiares e sociais.

Rosângela Nieto de Albuquerque<sup>1</sup>

Ednaldo Antônio da Silva<sup>2</sup>

## RESUMO

O uso destas ferramentas modificou as maneiras de transmissão, recepção e decodificação de bens simbólicos, transformando significativamente o comportamento influenciando as relações entre as pessoas, os vínculos familiares, o mercado e o consumidor, ditando regras, traçando normas e criando ideologias. Os resultados apontam que atualmente vivemos uma cultura da virtualidade, que é proporcionada pelos meios eletrônicos de comunicação, que cria e recria toda uma conjuntura de relações pessoais e de trocas simbólicas. A interação face a face, em certa medida, dá lugar à interação pelas tecnologias.

**PALAVRAS-CHAVES:** Comunicação; sociabilidade; Vínculos.

## INTRODUÇÃO

Todos os dias somos envolvidos e dominados por informações, imagens, sons, que, de uma forma ou de outra, tentam mudar, criar, ou cristalizar opiniões, ou atitudes nas pessoas, isto é a própria mediação de nossas relações sociais. Hoje a preocupação não é mais **com o que** é comunicado na nossa sociedade, mas sim, **com a maneira com** que se comunica e **qual o significado** que a comunicação tem para o ser humano.

Não há como negar a evidência de que hoje os meios de comunicação envolvem os seres humanos num novo espaço acústico (mundo retribalizado) onde eles passam a ser bombardeados, instantaneamente, por variadíssimas e inúmeras informações de todas as partes do mundo. Este espaço acústico pode assumir, muitas vezes, características de um agente revolucionário imperialista, que tem o poder de construir e moldar os seres humanos como bem entendem.

---

<sup>1</sup> Rosângela Nieto de Albuquerque - Pós-Doutora em Educação (Ph.D.), Doutoranda em Psicologia Social, Mestre em Ciências da Linguagem, Psicopedagoga Clínica e Institucional, Gestora Educacional, Pedagoga. Professora Universitária dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação, Coordenadora do Curso de Pedagogia, Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão, Coordenadora dos Cursos de Pós-Graduação em Educação. E-mail: rosangela.nieto@gmail.com

<sup>2</sup> Ednaldo Antônio da Silva - Mestrando Ciência da Educação; Especialista em Ciência da Educação com Ênfase em Gestão Escolar; Especialista em Psicologia Clínica no Hospital; Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamental; Graduado em Psicologia; Atualmente trabalha como Psicólogo do CRAS – Lagoa de Itaenga/PE; Psicólogo Voluntário no Hospital das Clínicas UFPE; Membro do Conselho M. de Direitos da Criança e do Adolescente – COMDICA – Lagoa de Itaenga/PE; Professor nos Cursos de Pós-Graduação. E-mail nicoitaenga@yahoo.com.br. CV: <http://lattes.cnpq.br/0072103608849976>



Segundo Thompson (1995) quem controla este espaço, pode determinar que tipo de ser humano quer formar. A comunicação tem sido vinculada às diversas concepções teóricas em psicologia como: comportamentalismo, o cognitivismo, a psicanálise e a teoria crítica.

Compreender o ser humano na teoria do comportamentalismo é fundamental. Para ela, o ser humano se comporta de maneiras previsíveis e regulares em respostas às forças externas, aos estímulos, que o afetam. Consequentemente, os processos básicos da personalidade estão fora do próprio indivíduo e são gerados por estímulos e reações que são observáveis (SHULTZ & SHULTZ, 1992).

No que se refere ao cognitivismo observa-se que as pessoas estão constantemente organizando partículas e pedaços de informações em padrões significativos. E, portanto, o seu grande valor posiciona-se no insight, de que o todo determina as partes, as quais contrastam com a assunção prévia de que o todo é meramente a soma total de seus elementos, segundo Wortman, Loftus & Marshal (1981).

No ser humano existem inúmeros desejos, por exemplo, o de consumo, de afeto, etc., e, a abordagem psicanalítica contribui para a compreensão fenômeno, que perpassa pelos processos mentais da ação mútua de forças que são originalmente da natureza de instintos.

Para Shultz & Shultz (1992) pautado nos estudos de Freud, os desejos são impulsos instintivos, modalidade de reação e atitudes da infância que acham-se ainda demonstravelmente presentes na maturidade e, em circunstância apropriada, podem mais uma vez surgir.

E o princípio de “prazer e desprazer”, no qual o desprazer está relacionado com um aumento de excitação, e o prazer com uma redução. Assim, como parte da satisfação das necessidades dos seres humanos é regularmente frustrada pela realidade, então, o indivíduo procura encontrar algum outro meio de manejar os impulsos insatisfeitos.

Existe uma tendência interior a buscar sempre o prazer, o que chamamos de busca da felicidade...a necessidade de ser feliz...e que a realidade não satisfaz sempre esse prazer, e, portanto, isto é perigoso, a propaganda tenta, então, suprir nossas carências de modo que o princípio do prazer sobrepuje seu rival.

De acordo com Freitag (1988) a teoria crítica ao repensar o ser humano a partir dos aspectos ideológicos e culturais da sociedade, explicam outros fenômenos dos quais as teorias anteriores não podem dar conta.

De acordo com Althusser (1995) a ideologia é a ciência das ideias. Sistema de ideias. E, a crescente importância da ideologia deve-se hoje, certamente, ao fato de nossa sociedade, tornar-se, a cada dia, mais “imateriais”, mais sustentados numa comunicação verbal e simbólica

Guareschi (1996) chama atenção para entrar na realidade da ideologia, diante de tantos significados para a ideologia ele traça duas linhas divisórias, em forma de cruz, formando quatro planos, quatro quadrantes, e assim, elabora as diversas acepções de ideologia. Neste sentido, todas as pessoas, ou grupos sociais, possuem sua ideologia, pois é impossível alguém não ter suas ideias, ou valores próprios.

Em outra perspectiva, no



sentido crítico (sentido pejorativo), poderá também ser constituída pelas ideias distorcidas, enganadoras, mistificadoras; seriam as meias-mentiras, algo que ajudam a obscurecer a realidade e a enganar as pessoas. Ela se apresenta como algo abstrato ou impraticável; como algo ilusório ou errôneo, expressando interesses dominantes e, sustentando relações de dominações.

Guareschi (1996) aponta que, a ideologia é como algo materializado, corporificado, como uma prática. Nela distingui-se outros dois grandes conjuntos de ideologias: ideologia como sendo algo materializado, quando está corporificada na própria ideia, na forma simbólica, ou mesmo concretizada numa instituição, como a escola ou família; e ideologia como modo e estratégia, onde a ideologia é vista como uma prática, que são maneiras como as formas simbólicas servem para criar e manter as relações sociais entre pessoas.

Na dimensão dinâmica, porém, a ideologia é vista como uma determinada prática, um modo de agir, uma maneira de se criar, produzir ou manter determinadas relações sociais. A função da ideologia seria também a produção, reprodução e transformação das experiências vitais, na construção de subjetividade. A ideologia apresenta a dimensão material, concreta, é ideia das classes dominante. Sim, ideias da classe dominante, pelo simples fato de serem classes dominantes, já seriam ideologia.

Deixa-se claro que ideologia possui muitos sentidos diferentes. Quando forma-se um emprego de tal conceito, deve-se, portanto dizer qual o sentido dado a esse termo. Para Guareschi (1996) à medida que se lê,

escuta, observa-se o sentido que esse autor ou locutor está abordando em seu discurso. Somente assim é possível progredir no diálogo e na investigação.

Thompson (2005) aponta que, a ideologia está aí para ser questionada e analisada, não para ser repugnante ou imoral, ou por ser falsa, por ser ilusão. Nesta desenvolvem a noção de consciência e recuperam a subjetividade, através da análise das maneiras de desenvolvimento da subjetividade e o modo como as esferas da cultura e da vida cotidiana representam um novo campo de dominação.

Ao estudar ideologia faz-se necessário examinar a maneira como as relações sociais são criadas e sustentadas por formas simbólicas que circulam na vida social, aprisionando as pessoas e orientando-as para certas direções, como enfatizou Guareschi (1996). Assim, compreende-se a forma de idealizar o mundo através da comunicação de massa, pautada também na civilização e cultura.

A civilização é o modo concreto da reprodução material, do trabalho, da necessidade e do sofrimento. Ela representa a exterioridade. A cultura representa a interioridade, o mundo das ideias, do prazer e de tudo que se refere ao espírito.

Os dois conceitos mostram-se quase como opostos, e explica, em parte, o fato das pessoas se alienarem às insatisfações e desigualdades do mundo exterior, de modo a não lutar contra a infelicidade causada pela exploração capitalista. A cisão entre sujeito/objeto, entre bom/mal, entre dominador/dominado contribui para a preservação das assimetrias sociais. Este modelo explicativo baseado nessa dicotomia, com



o passar do tempo, foi perdendo sua força no sentido de controlar o descontentamento dos trabalhadores, e, surgiu então a necessidade da criação de mecanismos mais sofisticados: a cultura passa a ser transformada em mercadoria, perdendo suas características, para ser um valor de troca.

A indústria cultural cria a ilusão de que a felicidade não precisa ser adiada, por já estar concretizada no presente. A indústria cultural, ao se vincular aos meios de comunicação encontra uma fórmula magnífica para alimentar o sistema. A primeira atitude de muitas pessoas, ao chegar a casa, cansadas e insatisfeitas, é ligar a televisão no seu canal predileto, para se desligar de uma realidade opressora como apontou Czermak (1993). Com isso, o buraco do coração é preenchido por desejos de consumo, por ideais de liberdade, pelo individualismo e por uma falsa felicidade. Para Guareschi (1996) a consequência disso é a eliminação da dimensão crítica necessária à destruição dessa cultura industrial, sem a qual não haverá emancipação.

De acordo com os estudos de Shultz & Shultz (1992) o desejo pode ser compreendido como movimento intensivo que se expressam através da subjetividade enquanto modo dos indivíduos perceberem o mundo e articularem as suas relações sociais. Ele é a produção do real e implica a noção de agenciamento, as pessoas desejam algo sempre dentro de um contexto. Desse modo, ele sempre está conectado com o exterior e a mídia transforma-se em uma das fontes mais poderosa da produção desses desejos. Ela cria o desejo de possuímos meio de transporte cada vez mais velozes, cria a necessidade de um corpo 'dialético'.

Freitag (1988) enfatiza que, a teoria crítica dá garantia para que não se engane "todo um povo, ou algumas pessoas o tempo todo!". Para que a emancipação aconteça, é importante que as pessoas se reúnam para discutir criticamente a comunicação que é veiculada, tendo consciência da possibilidade de mudança, e, de seu direito a uma comunicação ativa e não apenas passiva.

## RESULTADOS

O surgimento de novos meios comunicação de massa como o Smartfone, iPod, Tablet, Net Book, Notebook etc., e a utilização de várias ferramentas, aplicativos e sistemas de comunicação como Android, WhatsApp, Facebook, Skype oportunizando um sistema que mantém o indivíduo conectado "24 horas" pela internet, certamente, fomentou um impacto no comportamento das pessoas, interferindo nas relações pessoais, interferindo nas diversas áreas onde existem pessoas se comunicando. No campo da psicologia, várias teorias dão conta de explicar esse fenômeno vivenciado na contemporaneidade.

Segundo Shultz & Shultz (1992) para mudar, criar, aprender ou ensinar determinado tipo de comportamento recorre-se a dois tipos de condicionamento: clássico e operante. O comportamento clássico envolve o comportamento reflexo onde o organismo responde automaticamente a um estímulo. Grande parte da publicidade e propaganda é baseada neste processo, onde estímulos podem ser usados para estimular uma resposta (pretendida pelo marketing), quando uma necessidade é criada entre os consumidores.

Shultz & Shultz (1992)



apontam que, o comportamento operante abarca o processo de aprendizagem, no qual é mais provável que uma pessoa faça, ou não, certo ato, porque foi reforçada ou punida no passado. Em vez de simplesmente aprendermos pela vivência direta do reforço, aprendemos por meio da modelagem, observando outras pessoas e estabelecendo os padrões do nosso comportamento com base no delas.

No caso da comunicação a aprendizagem ocorre através da modelagem, pode ser resumida a uma pessoa que observa alguém na mídia, identifica-se com este e infere que o comportamento observado poderá produzir certo resultado desejado, se for imitado. Quando confrontada com circunstâncias relevantes, recorda-se do modelo e reproduz o comportamento. Por exemplo, escolhe-se um artista para comercial de carros; o telespectador da mesma orientação se identifica ao ator e então compra tal produto.

No aspecto cognitivismo, uma propaganda de tevê não é apenas imagem + sons + palavras. A percepção que um indivíduo terá de determinada propaganda será construída a partir de suas sensações. Há mais coisas na percepção do que enxergam nossos olhos e a percepção vai além dos elementos sensoriais. (SHULTZ & SHULTZ, 1992).

Na compreensão psicanalítica as propagandas de televisão podem auxiliar uma determinada pessoa a encontrar uma fonte de satisfação para desejos que ficaram insatisfeitos na infância. Na propaganda de carros é comum haver a associação da cor do carro e o formato do carro (símbolo fálico), a uma parte do corpo da mulher, como os pneus, que

causam a impressão de que elas formam seios (símbolos orais).

De acordo com a teoria de Freud, os comerciais que incitam o sujeito, buscam prazeres que são difíceis de ser conquistados, e, podem acarretar consequências negativas para os seres humanos.

Guareschi (1996) destaca a importância da ciência em dialogar com a representação social, visto que, esta apresenta-se dinâmica, com o seu caráter histórico, cognitivo, cultural, social. Com influência no ambiente e na mente das pessoas, isto é, ela "se constitui numa realidade presente nos objetos e nos sujeitos; é um conceito e área sempre relacional, e por isso mesmo, social". Refere-se ainda, que o social é o que constitui a teoria das representações sociais, por isso, não é visto como algo separado, já que, "o ser humano é tomado como essencialmente social".

Para Rocha (2008), a dimensão empresarial diz respeito à tendência que pode ser observada nas empresas de comunicação que vêm experimentando nos últimos anos um processo de diversificação midiática, formando grandes grupos de comunicação, compostos de vários meios que são coordenados de acordo com estratégias comerciais e interesses editoriais.

Vivemos uma "explosão das mediações" como enfatiza Gómez (2006), e essa multiplicação, também das linguagens proporcionadas pela multimídia, tem crescido em quantidade e complexidade. Há uma hibridização de meios, falas, sistemas de signos, códigos, e isso permite o desenvolvimento das linguagens, hoje perpassadas pelos mais variados referenciais e identidades.



Conforme analisa Rocha (2008), a discussão sobre a televisão, Smartphone, iPod, Tablet, Net Book, Notebook etc., precisam adquirir novos contornos, pois, hoje estão limitados fortemente por parâmetros de produção, distribuição e consumo de imagem e som, sensivelmente diferentes, incrementados pelo processo de convergência midiática. A constituição das audiências nesse vasto e crescente mercado da virtualidade está marcada pelas constantes brigas por novos patrocinadores e investidores multinacionais. Decisivamente, por mediações socioculturais e tecnológicas que organizam uma determinada trama social marcada pela passagem da massa à rede, e, isso traz a reboque uma estrutura de um tipo de sociabilidade que vai deixar suas marcas nos modos de interação entre as audiências e as mídias.

Estudos mostram que existem efeitos nocivos na cognição quando as crianças assistem à televisão por longos períodos, uma vez que são estimuladas por movimentos visuais. Isto inclui o movimento da cor, ângulos da câmera, e vista panorâmica. As propagandas infantis são direcionadas para as crianças levando-as a serem agentes multiplicadores de propagandas, por estimular o desejo. As pesquisas mostram, entretanto, que a atenção de uma criança aos comerciais, trailer, filmes, novelas, programas é de fato fragmentada antes dos dois anos, mas ela vai aumentando, à medida que crescem, até que chega ao seu ápice aos 12 anos. A compreensão de muitos conceitos se perde até os 10 anos em média, porque existe muita informação para se compreender, e assim a concentração depende puramente do divertimento.

É interessante observar

este processo na criança, ao nos colocarmos junto a uma criança diante de um computador, para uma partida de qualquer jogo eletrônico, percebe-se as diferenças entre a nossa difícil coordenação motora e mental, e a rapidez e agilidade do jovem parceiro. Neste início de século observa-se as marcas de um pensamento linear da modernidade, com velocidades e ritmos fascinantes. Desde 1950, a televisão, a mídia, a comunicação virtual vem invadindo e confundindo os espaços privados da sociedade brasileira, e a maioria das pesquisas existentes discute o tema pelo caminho da produção, dos produtos, analisando os discursos textuais ou imagéticos dos programas, ou buscam comprovar a influência da televisão na formação de valores, questionando se os comerciais midiáticos são responsáveis pela sociedade mais violenta, menos ética etc.

É importante se direcionar o olhar para a questão da comunicação de massa, que vem invadindo os lugares, o lar, o trabalho, os espaços sociais, aproximando certamente as distâncias, "diminuindo" tempos e culturas; trazendo informações, diferentes versões de fatos da realidade, textos narrativos, descritivos e histórias ficcionais e fantasias: risos, lágrimas, suspense e aventura; som, barulho, música, dança, esporte e muitas e variadas imagens, com muitas cores, movimentos com possíveis consequências a curto, longo e médio prazo (BARBERO, 2001). Para Rocha (2008) no modelo atual a mídia reproduz e alimenta o sistema capitalista predatório, globalizado e neoliberal, especialmente o norte-americano, enaltecendo os valores do mercado, do consumo, em detrimento aos valores éticos humanos.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tecnologia deve ser usada para o fortalecimento das redes sociais, dos vínculos comunitários, dos laços afetivos, resolução dos problemas humanos. Ela não deve substituir o papel do contato experimentado por duas pessoas. Atualmente a humanidade está agindo conforme o paradigma dos meios de comunicação, na escrita, no comportamento, portanto, a o uso da tecnologia e das mídias de massa foram adotadas como a única fonte de progresso. Não podemos negar que a tecnologia contribui significativamente para o desenvolvimento da humanidade, no entanto, é importante não deixá-la influir totalmente no modo de ser do sujeito.

Cabe apontar que ela enaltece os valores do mercado, do consumo, e, muitas vezes deixando de influir sobre aos valores éticos e Direitos Humanos. São muitos os depoimentos encontrados entre diferentes grupos de pessoas, que às vezes se esquecem seus filhos, sua família, porque estão "conectados", e que se deixam influenciar pela sociedade virtual.

É preciso criar políticas públicas voltadas para uma conscientização e produção de um sistema de comunicação, que promova o fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários, sociais, que permeie a diversificação dos conhecimentos, e controle os efeitos negativos. Cabe aos pais, professores, terapeutas, comunidade, sociedade em geral, educar as crianças e adolescentes para o uso consciente dos meios de comunicação.

## REFERÊNCIAS

- ALTHUSSER, L. **Escrits philosophiques et politiques**. Tome 2. Paris: Stock-mec, 1995.
- BARBERO, J. Martin. **Dos Meios às Mediações**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2001.
- FREITAG, B. **A Teoria crítica: ontem e hoje**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- GUARESCHI, P. **Representações sociais: alguns comentários oportunos**. In: NASCIMENTO-SHULZE, C. (org.). **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis: ANPEPP, 1996.
- ROCHA, L. L. **Televisão, Mediações e Sociabilidade em Rede: novos cenários e práticas de consumo**. XXXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Natal, RN: Intercom, 2008.
- OROZCO GÓMEZ, G. **Comunicação social e mudança tecnológica: um cenário de múltiplos desordenamentos**. IN: MORAES, Dênis de (Org.). **Sociedade Midiatizada**. Rio de Janeiro: Mauad, 2006.
- SANCHO, Juana M. **Para Uma Tecnologia Educacional**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.
- SCHULTZ, D. P. & SCHULTZ, S. E. **História da Psicologia moderna**. 5. ed. São Paulo: Cultrix, 1992.
- THOMPSON, J. B. **A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995
- WORTMAN, C. B.; LOFTUS, E. F. & MARSHAL, M. **Psychology**. New York: Kofi, 1981.

# II CURSO DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

## ESPECIALIDADES

# 2014

ORGANIZAÇÃO



AGOSTO A NOVEMBRO DE 2014 | CURSO PRESENCIAL OU 100% ON-LINE



Casos clínicos comentados pelos professores



Videoaulas e questões de reforço



Videoconferências com professores convidados



Indicação de leitura ou artigos relacionados



Fórum de discussão monitorado por psiquiatras



Certificação com pontuação CNA

### CURSO ESTRUTURADO EM 4 MÓDULOS:

- **MÓDULO I • INÍCIO: 09/AGO**  
PSIQUIATRIA DA **INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**
- **MÓDULO II • INÍCIO: 06/SET**  
PSIQUIATRIA **GERIÁTRICA**
- **MÓDULO III • INÍCIO: 04/OUT**  
**NEUROMODULAÇÃO EM PSIQUIATRIA**
- **MÓDULO IV • INÍCIO: 08/NOV**  
**BOM MANEJO CLÍNICO PARA O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

\*Datas sujeitas a alterações

#### Organizadores:

Euripedes Constantino Miguel  
Paulo Sallet

#### Local: Instituto de Psiquiatria (IPq)

Rua Ovídio Pires de Campos, 785  
Cerqueira César - São Paulo - SP



PROJETO REGIÃO OESTE  
ensino • pesquisa • assistência

Realização



Inscreva-se e saiba mais sobre o curso no site: [www.clinicapsiquiatrica.org.br](http://www.clinicapsiquiatrica.org.br)

Contato: [manole.zendesk.com](http://manole.zendesk.com) | (11) 4196 6006



# A importância da mãe na construção da personalidade e da relação com o filho

14/06/2012 19:04

A saúde mental do ser humano é estabelecida geralmente pela mãe, ou por outra pessoa que exerça essa função, durante o cuidado com o filho desde bebê. Freud diz que o bebê só existe porque existe a mãe.

Quanto ao desenvolvimento psíquico de uma pessoa, este tem início desde a vida intra uterina, no nascimento, e posteriormente dentro de um determinado ambiente e suas relações, que podem ser prazerosas ou não.

O indivíduo durante o seu desenvolvimento ocorre a construção de seu aparelho psíquico, o qual passa por fases designadas por Freud como fases do desenvolvimento psicosexual, que as define em três: fase oral, fase anal e fase fálica. Passando pela formação do complexo de Édipo e a formação do ego. Quando essas fases ocorrem à contento, o indivíduo atinge um estágio no processo de desenvolvimento ao qual passa gradualmente da dependência para a independência, porém esta nunca é absoluta. (Falaremos mais detalhadamente sobre estas fases em um outro momento).

Portanto, é muito importante que as mães possam ser amigas de seus filhos, porém sem deixar de ser "Mãe", onde o cuidado com a formação de seu caráter é fundamental.

Por amor a seus filhos, as mães têm o dever de educá-los, colocar limites, estabelecer regras, orientando o melhor caminho a seguir.

O que se espera de mães amigas de seus filhos, é que estas percebam inclusive o que os

próprios filhos precisam que são de mães mais próximas, mais disponíveis, abertas a escutá-los, a discutir e orientá-los naquilo que eles lhes solicitarem, ou naquilo que as mães entenderem necessário fazê-lo. Mas, precisam igualmente de mães que saibam dizer não, estabelecer o que é certo e o que é errado, e quais os limites que precisam ser seriamente respeitados.

Freud postulou que a personalidade de um indivíduo estaria essencialmente formada ao fim da terceira fase de seu desenvolvimento psicosexual por volta dos cinco a seis anos de idade, quando o indivíduo possivelmente já desenvolveu as estratégias fundamentais para a expressão dos seus impulsos, estratégias essas que estabelecem o núcleo da personalidade.

Segundo Freud, pode haver ao longo da vida a fixação em uma das fases. Fixação para Freud é a permanência do indivíduo em uma das fases, ou o retorno a uma fase anterior na vida quando a idade não justifica.

Fixado em uma das fases do desenvolvimento, acarreta no desenvolvimento de um tipo de personalidade que vai desde de caráter oral, do qual os traços fundamentais são o otimismo, a passividade e a dependência;

A fixação de caráter anal, fase onde a criança tem o desejo de controlar os movimentos esfínterianos e começa também a entrar em conflito com a exigência social de adquirir hábitos de higiene. A fixação nessa fase pode causar conflitos para o resto da vida em torno de questões de controle, de guardar



para si ou entregar.

O caráter anal é caracterizado por três traços que são: ordem, parcimônia (econômico) e teimosia;

A fixação na fase fálica pode ser considerada como a causa de grande parte das neuroses futuras.

O que se espera de mães enquanto amigas de seus filhos, são mães mais próximas, isso não significa em termos espaço-temporal, mas sim em serem disponíveis abertas a escutá-los, a discutir e orientá-los naquilo que se fizer necessário, bem como mães independentes em seus "afetos" sem transferir aos filhos seus anseios e suas frustrações pessoais.

Mães que se comportam somente como amigas de seus filhos deixa-nos uma questão a refletir: "quem então está fazendo o papel de mãe?" se os filhos precisam de orientação adequada e segura, e não apenas alguém que os ouça e os aconselhe. Quem pune? Quem valoriza e reconhece seus avanços?

Filhos precisam de mães que funcionem que sejam um porto seguro, tanto firme quanto forte o suficiente para orientá-los. Ensinando-os a respeitar a si mesmos, e aos outros, preparando-os para a vida em sociedade através de seus próprios exemplos.

Quando os filhos são colocados em tronos, redomas, ou em qualquer outra forma de "engessamento", as mães deixam de cumprir sua função de educadoras, e estas crianças crescem sem orientação, sem limites, podendo vir a se sentir sozinhas, inseguras ou desconectadas de sua própria família, construindo uma personalidade sádica, masoquista, manipuladora controladora, sem uma verdadeira identidade e sem identificação com essa mãe, pois lhes faltam um modelo forte, seguro e afetivo, que elas possam admirar seguir, amar e respeitar,

e, serem livres.

Cada filho e cada mãe são únicos em sua natureza. Todos precisam ser respeitados, e respeito se aprende em casa, assim como educação. "A educação vai à escola e retorna para casa".

Educar é também frustrar, Pois assim, será sua relação com a sociedade e com o mundo ao longo de suas vidas.

Não há quem, nem como escapar disso. Ser mãe não consiste em apenas amar e ser amada por seus filhos.

É preciso muitas vezes, suportar a frustração de ser odiada por eles nos momentos em que precisar dar os "cortes", para sua boa formação no futuro, estando atenta aos processos de transferências e contra transferências que ocorrem ao longo desse processo chamado educação "na difícil relação entre mães e filhos." Até a próxima.

lednalva@hotmail.com

GAMDRF- Grupo de apoio psicanalítico à mães com dificuldade de relacionamento com os filhos.

Leia mais: <http://psicanalisevidawebnode.com/news/importantncia-da-maena-construcao-da-personalidade-do-filho/>





## TDAH e dificuldade de aprendizagem: causa ou sintoma?

Às vezes a criança, o adolescente vai mal na escola, tem comportamentos inadequados, apresenta-se desatenta, com dificuldade de assimilar os conteúdos e não aprende. Logo são rotuladas de "preguiçosas", "não quer nada", "só presta a atenção em jogos no computador etc".

Alerta! É importante para a família e para a escola buscar compreender que por trás desses sintomas geralmente encontram-se várias causas a serem investigadas. Transtornos como o TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade) e Dislexia (dificuldade na leitura, escrita e matemática), dentre outros, são bastante complexos favorecendo incorrer em equívocos de estar tratando o sintoma pela causa, o que acabará acarretando o agravamento dos sintomas e a construção de co-morbidades futuras. É importante que a pessoa com suspeita de TDAH/Dislexia sejam diagnosticadas o mais cedo possível, inclusive para evitar punições desnecessárias, repetitivas e ineficazes; aversão aos conteúdos escolares e a aprendizagem.

Então é a hora de procurar um Profissional, de preferência um psicopedagogo preparado, e com experiência clínica para investigar tais sintomas, fazer o levantamento diagnóstico, o tratamento e os encaminhamentos multiprofissionais necessários ao caso.

Dos hiperativos que buscam tratamento especializado, um número

significativo de pacientes também podem apresentar indicativos de algum outro transtorno, como transtorno de humor, (Sintomas de depressão infantil, transtorno de aprendizagem, transtornos de ansiedade, dentre outros), requerendo cautela na condução do tratamento, bem como na terapêutica medicamentosa.

A Psicopedagogia na abordagem Sistêmica tem se mostrado muito eficiente tanto no levantamento diagnóstico, quanto nas formas de tratamentos das DA's, pela riqueza de recursos, e por não se restringir a apenas aspectos cognitivos e a defasagens de conteúdos apresentadas. Utiliza-se do conhecimento de várias áreas, (psicanálise, pedagogia, psicologia, filosofia, etc.) atendendo, além das demandas cognitivas, as emocionais e sócio afetivas apresentadas pelo paciente, através da interação com todos os sistemas onde está inserida: ou seja em seu "em torno" e no seu "entorno".

Ambientes caracterizados por traços de agressividade, impulsividade e/ou hiperatividade; com afetividade em baixa nas interações familiares, não se constitui causa de dificuldades e transtornos, porém contribui para o agravamento das dificuldades, por não favorecer a elevação da auto estima de seus membros, condição indispensável para uma Aprendizagem eficiente.



# AUGUSTO CURY

Em Salvador

**13.09.2014**

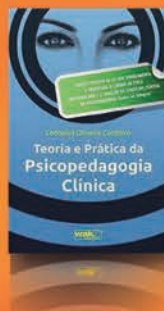
HOTEL FIESTA

às **19hs**

**Valor Promocional**

**R\$ 100,00**

**Abertura com *Dr<sup>a</sup>. Lednalva Oliveira Cordeiro*** - Bióloga, Psicopedagoga e Psicanalista Clínica. Doutoranda em Psicologia - UCES-AR - ABPP 758- ABD-1332 Autora de livros e de artigos Publicados nas Revistas Neurociência&Psicologia, Revista Síndromes e Revista Transtornos e Síndromes.



 **Saraiva**

O JORNAL DA  
**CIDADE**  
.com.br

Rita Goulart  
(71) **9134-6138 / 93332396**  
**eventosmindpsi@outlook.com**

local de vendas do ingresso:  
**CPAD**

Patrocinadores

Apoio:



[www.MINDPSI.com.br](http://www.MINDPSI.com.br)



# Que nóia é essa?

## Efeitos Neuropsicológicos causados pelo uso contínuo de substância psicoativa (Cannabis Sativa) em Adolescentes

Rosangela Nieto de Albuquerque<sup>1</sup>

Renata Evangelista de Sena Nunes<sup>2</sup>

### RESUMO

A presente proposta visa apresentar um estudo de natureza bibliográfica que teve como principal objetivo contribuir no desenvolvimento de estudos sobre os efeitos neuropsicológicos causados pelo uso contínuo de maconha em adolescentes. O conteúdo dos textos foi agrupado conforme os aportes teóricos que versavam sobre adolescência, maconha (*Cannabis sativa*) e implicações neuropsicológicas do uso desta substância psicoativa. Os resultados mostram que a maconha interfere no sistema nervoso central por possuir fortes implicações psicoativas, gerando déficits cognitivos em usuários crônicos de *Cannabis sativa* (maconha), na atenção, memória, aprendizagem, inteligência, tomada de decisões e funções psicomotoras, mesmo após 28 dias de abstinência. Vale referir que os efeitos negativos da *Cannabis sativa* (maconha) ao adolescente podem acarretar em evasão escolar, dificuldade de aprendizagem e várias reações danosas, inclusive acidentes no trânsito.

**Palavras-Chave:** Maconha. Neuropsicológicos. Adolescentes.

### INTRODUÇÃO

Visando contextualizar a pertinência da proposta, vale lembrar que para a manutenção da qualidade de vida é necessário, dentre outros inúmeros fatores, que a atividade cerebral esteja em pleno funcionamento, protegida de qualquer desordem. As diversas regiões do córtex cerebral são divididas em quatro espaços nomeados de lobos cerebrais, onde cada um é responsável por funções diversificadas e associadas, destacando a atenção, memória, linguagem, percepção, habilidade motora e inteligência como principais funções cognitivas.

Crippa et al. (2005) enfatiza que a maconha, planta nativa da Índia, denominada cientificamente de *Cannabis sativa*, assume a posição de substância psicoativa ilícita mais consumida no Brasil; considerando o baixo preço e o fácil acesso. (GOMIDE, 2012). Os efeitos gerados em todo sistema nervoso são produzidos por um elemento denominado delta9-tetrahydrocannabinol, conhecido também como THC, que é o elemento de destaque presente na maconha. Estudos relatam quem o THC está mais forte do que 20 anos atrás. (JUNGERMAN; LARANJEIRA; BRESSAN, 2005).

1 Rosangela Nieto de Albuquerque - Pós-Doutora em Educação (Ph.D.), Doutoranda em Psicologia Social, Mestre em Ciências da Linguagem, Psicopedagoga Clínica e Institucional, Gestora Educacional, Pedagoga. Professora Universitária dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação, Coordenadora do Curso de Pedagogia, Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão, Coordenadora dos Cursos de Pós-Graduação em Educação. E-mail: rosangela.nieto@gmail.com

2 Renata Evangelista de Sena Nunes - Psicóloga, Psicoterapeuta, Interprete de LIBRAS, Especialista em Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica e Neuropsicologia da Educação. Desenvolve atividades de pesquisa no Projeto Diálogos para o desenvolvimento social em Suape, pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: Renata\_e\_s@hotmail.com



A maconha tende a ser responsável por diversas implicações associadas à euforia, disforia, sedação, confusão da percepção do tempo, interferência na atenção seletiva e no tempo de reação, desordem nas funções sensoriais, dano nas funções motoras, problemas no aprendizado e lesão temporária na memória de curto prazo, acarretando também em implicações neurovegetativas como boca seca, taquicardia, dentre outros. Dentro das ocorrências adversas abrangem-se crises de ansiedade, pânico e sintomas psicóticos quando há predisposição genética. (CRIPPA, 2005). Em geral, ao se usar a maconha, o indivíduo apresenta os olhos vermelhos e alteração no apetite, estes são efeitos comuns a todos os usuários. (SENAD, s/d Apud ADROGA, s/d). O CEBRID acrescenta que o aparecimento de paranoia é intitulado de nóia pelos usuários de drogas.

Rigoni et al. (2007) expõe resultados onde adolescentes que fizeram uso de maconha demonstraram desempenho inferior, em relação às funções cognitivas, quando comparados aos adolescentes que não usam maconha, indicando que a substância tende a ocasionar lesões no funcionamento neuropsicológico dos usuários. O autor ainda acrescenta que há uma carência de pesquisas do campo neuropsicológico abordando essa problemática, o que confirma a importância do desenvolvimento de pesquisas.

Nesse sentido, o estudo aqui exposto, configurado como uma pesquisa bibliográfica teve como principal objetivo contribuir no desenvolvimento de estudos sobre os efeitos neuropsicológicos causados pelo uso contínuo da maconha em adolescentes.

## ADOLESCÊNCIA E MACONHA

O adolescente no Brasil é definido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, como a pessoa com faixa etária de 12 a 18 anos

de idade (artigo 2º). É importante enfatizar que cada cultura percebe e descreve esse fenômeno de diversas maneiras, dentro dos seus parâmetros biológicos e psicossociais. (Eisenstein, 2005). Esse período da vida engloba diversos questionamentos, aflições, busca por um grupo de aceitação, sentimentos de luto e solidão, decorrentes da perda do corpo infantil e dos pais idealizados, assim, tais elementos podem ser vistos como porta de entrada para as substâncias psicoativas. (PINSKY&BESSA 2004 apud RIGONI, 2007; LEVI, 2001).

Quando se realiza o consumo de qualquer droga ocorre uma modificação na atividade neuronal, alterando o desempenho das funções cognitivas: processo de pensamento, sensor percepção, atenção, concentração, memória, inteligência, dentre outras. (MATTOS, ALFANO E ARAÚJO, 2004 apud RIGONI et al., 2006).

Fazendo referência à maconha, ADAMS & MARTIN (1996 apud SOUBHIA, 1999) acrescentam que ela tende a provocar alterações motoras e que são semelhantes às alterações provocadas pelo uso de álcool. Os diferentes estudos mostram que os efeitos causados pelo uso da maconha podem resultar “na ocorrência de diversos acidentes, pois dificultam a realização de trabalhos que exijam coordenação, como a operação de máquinas e condução de veículos”. (PÉLISSIE e COLS., 1997 apud SOUBHIA, 1999, p. 1).

A maconha é a substância ilícita mais consumida no Brasil, tendo maior porcentagem entre alunos do ensino fundamental e médio das escolas públicas. (CEBRID, 1997). Estudos mostram que a maconha, intitulada cientificamente de cannabis sativa, é uma planta que apresenta, em média, 480 diferentes propriedades, organizadas em dezoito categorias químicas. (VOTH & SCHWARTZ, 1997). A concentração do THC é utilizada como parâmetro para as avaliações da potência da cannabis.

Ela está mais forte em relação



a décadas atrás, considerando a produção “doméstica” que foi utilizada para deixá-la mais intensa, sendo o THC responsável por grande parcela dos efeitos. (ADAMS & MARTIN, 1996; CLARKE, 1981 apud SOUBHIA, 1999). Quando fumado, o THC segue pelos pulmões e é lançado na corrente sanguínea, que se encarrega de transportar para todos os órgãos. (MELO, 2012).

Sabe-se que a fumaça produzida pelo cigarro de maconha – o alcatrão – possui 50% a mais de alguns carcinógenos do que comparada ao cigarro de tabaco sem filtro, onde cada cigarro de maconha produz alcatrão numa quantidade de, mais ou menos, 16 cigarros de tabaco sem filtro. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997; REINHARDT, 1993; INABA & COHEN, 1991 apud SOUBHIA, 1999).

Diferente do álcool, nicotina do tabaco; cocaína ou o crack; a maconha se depara com receptores que interagem com ela no cérebro, copiando a atuação dos endocanabinoides, elementos produzidos pelo organismo, compostos indispensáveis para as sinapses. (LOPES, 2012). Interferindo nas sinapses, promove alguns danos no funcionamento cerebral. Além dos efeitos no cérebro, o THC opera no aumento do ritmo cardíaco, que se relaciona com o efeito subjetivo high, podendo causar em usuários inexperientes a sensação de pânico. (SOUBHIA, 1999). Tais efeitos ocorrem de forma aguda e mostram-se reversíveis. (RIGONI, 2006).

Os dados revelam que a maconha causa prazer, e quando o indivíduo faz uso ele começa a sentir relaxamento, euforia, os cinco sentidos ficam mais acentuados e as situações tendem a se tornar mais divertidas; quanto aos efeitos negativos destaca-se a ansiedade, pânico, paranoia, redução das habilidades cognitivas e aumento do risco de ocorrerem sintomas psicóticos. (Laranjeira, Jungerman & Dunn, 1998). Para saber o período do efeito da substância no organismo é preciso identificar a forma que ela foi utilizada.

Quando fumada, o THC chega rapidamente ao cérebro, e o efeito permanece por cinco horas, em média. Se for consumido via oral, com alimentos, por exemplo, acontece um atraso no efeito de mais ou menos uma hora, no entanto, o efeito pode durar 12 horas.

O uso crônico da maconha provoca um estado de passividade, falta de motivação - síndrome amotivacional - para realizar tarefas, decorrente de uma disfunção generalizada das capacidades cognitivas, interpessoais e sociais. (RIGONI, 2006). Laranjeira et al. (1998) ainda acrescenta que o uso crônico acarreta náuseas, fadiga crônica, letargia, dor de cabeça, irritabilidade, congestão nasal, alteração no pensamento abstrato, memória, atenção, alteração visual, impotência, diminuição da libido e da satisfação sexual, ansiedade, episódios de pânico, isolamento social, entre outras consequências. Para a OMS - Organização Mundial de Saúde esses efeitos estão relacionados a uma intoxicação recorrente por THC. (GALLEGO, 2002 apud RIGONI, 2006).

As pesquisas indicam que o uso contínuo da substância provoca danos em atividades ligadas ao córtex pré-frontal, em especial quando iniciado no período da adolescência. (BOLLA, BROWN, ELDTRETH, TATE & CADET, 2002; SOLOWIJ & COLS, 2002 apud RIGONI 2007).

Diversos autores pesquisam e estudam o nível e limite de classificação quanto a definição do que seria um usuário grave, a partir da quantidade de maconha ingerida e período do uso. Rigoni et al. (2006) agrupa os resultados e mostra que:

Para Bolla e colaboradores (2002), um usuário grave consome de 78 a 117 baseados por semana, num período de 3 a 15 anos; já para Pope e colaboradores (2001), o usuário grave é aquele que fumou maconha pelo menos 5000 vezes na vida e fumou diariamente no último mês; Fried e colaboradores (2002) consideram um uso grave o consumo de mais de 5 baseados por semana; e, Solowij e colaboradores



(2002) definiram um uso de longo prazo o consumo de maconha por 23,9 anos. (p. 124).

## IMPLICAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS DO USO DA MACONHA

Como enfatizado anteriormente, o uso contínuo da substância proporciona diversos déficits cognitivos, e a avaliação destas funções é indispensável para mensurar a reversibilidade em momentos de abstinência. (RIGONI, 2006).

Em uma pesquisa realizada por Bolla e cols. (2002 apud RIGONI, 2007) tendo por finalidade medir os efeitos neuropsicológicos em pessoas que fazem uso de maconha, por meio da aplicação dos testes Wechsler Adult Intelligence Scale- revised (WAIS-R), Wechsler Memory Scales- revised (WMS-R), Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), Rey Osterreith Complex Figure, Symbol Digit Paired Associat Learning Test, Trails A e B, Stroop, Wisconsin Card Sorting Test (WCST) e Judgement Of Line Orientation, foi possível avaliar o nível de comprometimento da memória visual e verbal, atenção, destreza manual, atividade psicomotora e funções executivas; observou-se também que o uso crônico de maconha prejudicou as funções cognitivas ligadas ao lobo pré-frontal, persistindo mesmo após 28 dias de abstinência. (RIGONI, 2007).

Pope e cols. (2003 apud RIGONI, 2007) realizaram a análise dos resultados de testes neuropsicológicos em 122 pessoas que usam maconha regularmente; desse grupo, 69 fizeram uso da maconha pela primeira vez, em média, aos 17 anos de idade; os resultados mostraram um baixo desempenho nos testes que aferiam as funções verbais, como QI verbal e a memória de palavras, se confrontados aos que iniciaram o uso de maconha quando adultos, ou ainda os que faziam uso esporadicamente. O abandono escolar pode estar diretamente ligado

aos escores apresentados. Esse resultado foi exposto na pesquisa realizada por Fergusson, Horwood e Swain-Campbell (2002 apud RIGONI, 2007) onde foi possível perceber que existe uma possibilidade três vezes maior de um adolescente de 16 anos abandonar a escola, quando este iniciou o uso da substância antes dos 15 anos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas pesquisas, pode-se constatar que adolescentes usuários crônicos de maconha apresentaram déficits significativos ligados ao córtex pré-frontal, mesmo após o período de 28 dias de abstinência, quando comparados aos adolescentes que não fazem uso de maconha. Essas alterações do funcionamento cognitivo podem acarretar em falta de motivação para realizar tarefas, dificuldade no aprendizado, evasão escolar, acidentes no trânsito, agressividade, dentre muitas outras consequências.

Verificou-se que há uma carência de estudos acerca do tema na literatura, no que tange ao uso de maconha por adolescentes, e grande parte das pesquisas na comunidade científica aborda outro público usuário de maconha. Percebe-se também que há falta de definições convergentes sobre os seguintes termos: usuário grave, crônico, ou até mesmo de longo prazo. Este fator apresenta-se como uma limitação para os estudiosos da temática. Assim, a falta de dados plausíveis no campo neuropsicológico sobre o adolescente usuário de maconha reforça a necessidade da elaboração de mais pesquisas sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

ADROGA. Maconha: Informações para os adolescentes. Disponível em: <<http://adroga.casadia.org/drogas/maconha/informacoes-para-adolescentes.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

CEBRID, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.



1997. Disponível em: <[http://www.cebrid.epm.br/folhetos/maconha\\_.htm](http://www.cebrid.epm.br/folhetos/maconha_.htm)>. Acesso em: 21 mar. 2014.

CRIPPA, José Alexandre et al. Efeitos cerebrais da maconha: resultados dos estudos de neuroimagem. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000100016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000100016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 mar. 2014.

EISENSTEIN, Evelyn. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Rev. Adolescência e Saúde*. Rio de Janeiro, Vol. 2, n. 2, abr/Jun. 2005. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167). Acesso em: 20 mar. 2014.

GOMIDE, Raphael. Preço da maconha no Rio contraria economia e não sobe. *iG*, Rio de Janeiro, fev. 2012. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/rj/preco-da-maconha-no-rio-contraria-economia-e-nao-sobe/n1597613599893.html>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

Elisaldo Araujo Carlin; Solange Aparecida Nappo; José Carlos Fernandes Galduróz; Ana Regina Noto. DROGAS PSICOTRÓPICAS – O QUE SÃO E COMO AGEM. *Re. IMESC*, nº 3, 2001. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20DROGAS%20PSICOTR%C3%93PICAS%20O%20QUE%20S%C3%83O%20E%20COMO%20AGEM.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2014.

JUNGERMAN, Flavia S; LARANJEIRA, Ronaldo; BRESSAN, Rodrigo A. Maconha: qual a amplitude de seus prejuízos?. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 mar. 2014.

LARANJEIRA, R.; JUNGERMAN, F. S& DUNN, J. Drogas: maconha, cocaína e crack. São Paulo: Contexto, 1998.

LOPES, A. D. Maconha faz mal, sim. Quem afirma é a medicina. **Rev. Veja Abril. Política&Cia**. nov. 2012. Disponível em:

< <http://veja.abril.com.br/blog/ricardo-setti/politica-cia/maconha-faz-mal-sim-quem-afirma-e-a-medicina/#more-453763>>. Acesso em 21 mar. 2014.

RIGONI, Maisa dos Santos et al. O consumo de maconha na adolescência e as consequências nas funções cognitivas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 2, ago. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2014.

RIGONI, Maisa dos Santos et al. Consequências neuropsicológicas do uso da maconha em adolescentes e adultos jovens. **Rev. Ciências e Cognição**, Porto Alegre, v. 08:118-126, ago. 2006. Disponível em:

<<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/569/355>>. Acesso em: 21 mar. 2014.

SOUBHIA, P. C. Período de detecção de canabíoides urinários por imunofluorescência polarizada em população usuária de cannabis. São Paulo, 1999. In: *Dissertação do Mestrado da USP*. Disponível em: <file:///C:/Users/Anderson/Downloads/TesePaula%20(2).pdf>. Acesso em: 22 mar. 2014.

VOTH, E. A. SCHWATZ, R. H. Medicinal application of delata-9-THC and marijuana. **Ann. Intern. Med.** Philadelphia, v. 126, n. 10, p. 791-798, mar. 1997. Disponível em: <<https://services.oregon.gov/pharmacy/Imports/Marijuana/StaffReview/MedicinalApplicationsOfDelta9THCandMarijuana.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2014



# A Musicoterapia como Reorganização da Cognição aos Portadores da Doença de Alzheimer

Rosângela Nieto de Albuquerque<sup>1</sup>

Vilma Pereira de Souza Peixe<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente artigo pautado em uma revisão bibliográfica tem por objetivo suscitar uma reflexão sobre os elementos conceituais da prática da musicoterapia e seus efeitos sobre os portadores da Doença de Alzheimer. Pretende-se através do levantamento de informações compreender como a psicoterapia não verbal, através da música e dos instrumentos corpo-sonoro-musicais podem criar novos canais de comunicação com o paciente que sofre de Alzheimer, estimulando assim, a espontaneidade corporal pelos ritmos, pelos elementos de som, melodia e harmonia, desenvolvendo a oportunidade de uma reorganização da cognição, e desse modo proporcionar uma melhor qualidade de vida.

**Palavra-Chave:** Alzheimer. Musicoterapia. Música.

## INTRODUÇÃO

Entre os idosos, a forma mais comum de demência é a Doença de Alzheimer. Descrita como um déficit progressivo de memória, com o comprometimento de outras funções cognitivas. A doença de Alzheimer foi estudada pelo médico Alois Alzheimer, em 1907, que detectou a presença de placas neuríticas, antes conhecidas como depósitos anormais, ou novos neurofibrilares no cérebro que se apresentava acometido pela doença (CUNHA, 2007).

Neste trabalho busca-se suscitar a reflexão, através de pesquisas, os efeitos que a musicoterapia pode proporcionar aos portadores da Doença de Alzheimer (DA), com a lembrança de emoções e sentimentos que fizeram parte da história de vida do idoso, percebendo significados das suas experiências vivenciadas e reorganizando os elementos estruturais das funções cognitivas, através dos estímulos proporcionados pela música em encontros individuais ou em grupo, em sessões planejadas pelo musicoterapeuta, oportunizando ao portador da DA um maior convívio social.

---

1 Rosângela Nieto de Albuquerque – Pós-Doutora em Educação (Ph.D.), Doutoranda em Psicologia Social, Mestre em Ciências da Linguagem, Psicopedagoga Clínica e Institucional, Gestora Educacional, Pedagoga, Professora Universitária dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação, Coordenadora dos Cursos de Pós-Graduação e Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão. E-mail: rosangela.nieto@gmail.com

2 Vilma Pereira de Souza Peixe - Formada em Psicologia pela Faculdade de Ciências Humanas - ESUDA. Cursando Pós-Graduação em Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica e Neuropsicologia da Educação na Faculdade ESUDA. E-mail: vilmaantony@hotmail.com



## A Demência

Para os pesquisadores Caramegli e Nitri (1997) a demência constitui-se uma síndrome, isto significa que não diz respeito a uma única doença, mas a um conjunto de sintomas. Assim, é de fundamental importância saber a história clínica e as alterações nas atividades profissionais e sociais do indivíduo, para então, se suspeitar acerca deste diagnóstico. Um dos meios utilizados para a realização do diagnóstico é a avaliação das funções cognitivas. Os autores relatam que há diferentes tipos de demência, mas, na DA há uma diferença em seu aspecto avaliatório, pois, se refere ao comprometimento do Sistema Nervoso Central (degeneração). A DA tem como manifestação clínica principal a demência.

## A Doença de Alzheimer

É identificada como a principal causa entre 50 a 70% dos casos de demência. Os sintomas comportamentais mais frequentes são a apatia, a depressão e agitação/agressividade (TEIXEIRA e CAMELLI, 2006 apud FUENTES). Trata-se de uma doença degenerativa.

A progressão da DA é influenciada por elementos como a idade, nível educacional e tem influência genética ou biológica, ela é observada logo no início dos sintomas (BRUCKI, 2000 apud FUENTES). No primeiro estágio, a doença apresenta perda de memória de fatos recentes, e preservação da memória de fatos remotos. Há esquecimento de nomes, dos locais onde guardou os objetos pessoais, e há repetição de tarefas em vários momentos. Antes dos 65 anos a linguagem poderá estar alterada, apresentando discurso vazio, com diminuição da fluência verbal. No segundo estágio da doença as funções cognitivas mostram evidências de deterioração. E no estágio final, todas as funções cognitivas estão intensamente danificadas (FUENTES, 2008).

Os portadores de DA têm dificuldade de lembrar como se faz as atividades básicas, por exemplo, como abrir uma porta, como se vestir e até de segurar talheres. Por vezes, não se recordam dos nomes de familiares. Os estudiosos ainda não descobriram a cura para a DA, no entanto, pode-se proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente, por isso, é necessário todo o apoio familiar, e de cuidadores preparados para o acompanhamento ao portador de DA (RIBEIRO, 2010).

A vida social dos pacientes de DA passa por uma transformação, em geral, perde-se a autonomia sobre sua vida, e eles são tratados como pessoas infantis, e passam por repreensões. A depressão é contínua, há um retraimento e desprezo ao meio ambiente, e, é comum o caminhar constante este é um sintoma que os portadores de DA desenvolvem. Diante desses fatos se faz necessário o cuidado adequado para proteger o paciente, pois, eles deixam de ter o controle sob seu futuro (LÉGER et al, 1994 apud CUNHA, 2007).

As áreas do cérebro mais afetadas envolvem as regiões responsáveis pela memória, aprendizagem e coordenação motora. Às vezes os primeiros sintomas são confundidos com problemas de estresse ou de idade. O avanço da doença leva o paciente ao desligamento da realidade. Para os geriatras Sayes e Gorzoni o desenvolvimento da doença perpassa por três fases:

Fase preliminar – Prolonga-se de dois a quatro anos, a perda lenta e gradual da memória recente. Na área comportamental o indivíduo apresenta apatia, desinteresse em algum momento, e em outro, pode se mostrar agressivo, irritado, e intolerante.

Segunda fase – Prolonga-se entre três e cinco anos, observando as ações instrumentais e operativas prejudicadas pelo comprometimento das áreas corticais do lobo temporal. Os impedimentos motores são iniciados, incluem-se assim as afasias, apraxias e



as agnosias. Os delírios, as alucinações e a agitação psicomotora tornam-se frequentes.

Terceira fase – Há uma indiferença ao meio. A recordação de longo prazo é lesada, bem como a aptidão intelectual. O indivíduo fica sonolento e apático. A forma de alimentar-se passa a ser por sonda ou sucção.

Na DA há evidências de perda sináptica e morte neuronal, que são verificadas nas regiões cerebrais correspondentes às funções cognitivas, incluindo o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e o estriado ventral. Histopatologicamente há depósitos fibrilares amiloides nas paredes dos vasos sanguíneos. Há uma integração de uma variedade de diferentes tipos de placas senis, acúmulo de filamentos anormais da proteína tau. (SERENIKI et VITAL, 2008).

O diagnóstico da DA depende de exame histopatológico do cérebro post-mortem. Ainda não há tratamentos capazes de promover a cura da DA. São intensas as pesquisas científicas quanto às bases bioquímicas e celulares dos sinais cognitivos e comportamentais da perda de memória na Doença de Alzheimer, o que fornece um ponto de partida para o entendimento das modificações que surgem durante o envelhecimento normal ou patológico do ser humano. (PRADO et VITAL, 2007).

### Os caminhos da Música

Os ritmos e melodias fazem companhia ao ser humano desde a pré-história. A música é mística. Na antiguidade a música foi ciência, quando utilizada por sábios gregos que acreditavam no princípio numérico e escutavam o som das estrelas, e assim realizavam a cura de seus seguidores.

Em determinado período da Idade média a Igreja tomou posse da música para definir as regras para a execução das melodias. Praticava-se a religiosidade, a contemplação e a adoção através da música. No século XVI

a música aparece como uma forma de expressar os sentimentos individuais e subjetivos do ser humano (STEHMAN, 1964 apud CUNHA, 2007).

Presente na vida do homem ao longo do tempo, a música registra encontros e desencontros, os momentos históricos, remetendo a um acontecimento passado. A doença para os povos gregos era declarada como um desequilíbrio na constituição do ser humano, que através da música se proporcionava uma ordem e harmonia no estado emocional das pessoas (VARGAS, 2012).

Portanto, a música reproduz o meio cultural onde as pessoas vivem. Um determinado aprendizado musical pode ter interpretações e comportamentos semelhantes em indivíduos que pertencem a uma mesma cultura.

Nos estudos de Maheirrie (2001), a autora enfatiza que quando as pessoas vivem em coletividade, se comunicam por meio do som, que são formas de expressão de si com o mundo, criando uma linguagem representativa e transformadora do contexto social em que vivem (CUNHA, 2007). Para Benenson (1998) desde que a pessoa é concebido já tem uma identidade sonora.

A música pode nos fazer recordar de momentos agradáveis, provocando emoções, portanto a melodia pode trazer prazer, e, nos transmitir significados concretos de experiências vivenciadas na vida. Schaller (2013) enfatiza que o cérebro já nasce com a habilidade em atentar para compreender os acordes musicais. Ele observou que a música e a fala trabalham na mesma região cerebral, e com a ajuda de uma ressonância magnética funcional detectou a ativação dos dois hemisférios cerebrais.

O autor se refere especificamente as áreas cerebrais de Broca e Wernick, e o hemisfério direito. A música quando desenvolvida de modo correto é capaz de ativar o cérebro, e



proporcionar sensação de recompensa, de prazer, por exemplo, a sensação de saborear uma comida gostosa (SCHALLER, 2013).

Barbiset & Duizado (1985) consideram que a música é uma atividade neuropsicológica, por ativar as funções cerebrais multimodais, pois, se escuta e aprecia-se a música pela função auditiva, visual, para ler a partitura, e a motora, para manusear o instrumento, e, na questão interpretativa musical utiliza-se um conjunto de funções cognitivas.

Os Neurocientistas enfatizam a importância do cérebro no comportamento musical. Os estudos mostram que a música contribui como função terapêutica nas questões médicas, educacionais e até estética (CORREIA, 2006). Portanto, é pela capacidade de seduzir o ser humano em atividades psicológicas e físicas que tem contemplado a música como possibilidade terapêutica (CUNHA, 2007).

## A Musicoterapia

A música, no século XVI, foi utilizada no tratamento de doentes mentais. Já no século XIX houve grandes mudanças com as ideias de Pinel no que tange a doença mental e o tratamento dos pacientes. Neste período, foi sugerido o uso da música, que certamente também era indicado como mais um instrumento de tratamento em clínicas. Graças ao desenvolvimento tecnológico e científico do século XX, a música volta a ser utilizada no tratamento de neuróticos de guerra, nos Estados Unidos, e os resultados incentivaram a formação de musicoterapeutas naquele país (VARGAS, 2012).

Em 1944, em Michigan State University, nasce o primeiro curso universitário de musicoterapia. Em 1985, é criada a World Federation of Music Therapy, a única organização internacional que se dedica na divulgação da musicoterapia em todo o mundo.

A musicoterapia é a utilização

da música, através de seus elementos, som, ritmo, melodia e harmonia, por um profissional qualificado, num processo de técnicas, a fim de promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão, e a organização de processos psíquicos, de um ou mais indivíduos, com o objetivo de recuperar as funções emocionais, e, assim se tenha melhor qualidade de vida.

Pode-se então “pensar” na musicoterapia como a “aplicação científica do som, da música e do movimento, que através da escuta e execução, contribui para agregar os aspectos cognitivos, afetivos e motores, ampliando a consciência e revigorando o processo criativo”(BRUSCIA, 1998 apud CUNHA, 2007).

Toda expressão não verbal e corporal produzidos pelo som, considera-se como fazendo parte dos significados individuais de cada pessoa. Para a estimulação de novos comportamentos a música e as atividades musicais estão apontadas como métodos eficazes. Assim, a música pode dar meios para a expressão, estimulando a verbalização. A abordagem narrativa musical de história de vida, tem sido adotada na prática musicoterapêutica, pois, as biografias musicais das pessoas são inseridas de significados e sentidos, e ao expressarem as sonoridades estarão comunicando suas intenções, crenças e vivências (CUNHA, 2003).

## A terapêutica da Musicoterapia e a Doença de Alzheimer

Ao se realizar um trabalho com uma pessoa que sofre de DA, é necessário vê-la como alguém que está inserido em um contexto cultural, social, e principalmente a sua individualidade, e, portanto, que suas sensações e sentimentos devem ser considerados, mesmo com os déficits que a doença



acarreta (BENZON, 2008 apud PASSARINI, 2009).

Zatorre (2005) enfatiza que as funções cognitivas cerebrais, tais como, a atenção, planejamento, armazenamento e recordação, funções da memória, estão envolvidas nos atos de tocar, ouvir, portanto, na criação de uma melodia (ZATORRE, 2005 apud MOREIRA).

Nos estudos clínicos através das pesquisas sobre o cérebro, a musicoterapia neurológica apresenta-se como uma forma terapêutica dentro do modelo da neurociência, portanto, um instrumento de reabilitação cognitiva (THAUT, 2008 apud MOREIRA).

Para Sacks (2007) a sensibilização musical, oportuniza suscitar a emoção ao entrar em contato com a música, assim, a memória é trabalhada e pode permanecer, mesmo depois que as outras formas de memória tenham desaparecido (SACKS, 2007 apud PASSARINI, 2009).

O sistema perceptivo global do ser humano é influenciado pela comunicação não verbal, com o dinamismo da linguagem e mensagens, fazendo a pessoa perceber o que lhe rodeia, isto é, o que está no seu ambiente, efetivando sua identificação. Os gestos, o corpo, o som e a música, integram a memória não verbal do ser humano, portanto, o paradigma da musicoterapia é esta comunicação não verbal. Neste contexto, a musicoterapia beneficia o paciente de Alzheimer na atividade sensorio-motora, estimulando a espontaneidade corporal, pelos movimentos rítmicos, e o induz a sair do estado de desorientação e delírio (BENZON, 2008 apud, PASSARINI, 2009).

Durante uma sessão de musicoterapia, todos os elementos são considerados, a música, o som, isto é, tudo é observado de forma individual. Os odores, as sensações, as emoções e lembranças estão inseridos na vivência do contexto musical. Através da descarga afetivo-emocional, o portador

da Doença de Alzheimer é conduzido a um estado de equilíbrio energético (PASSARINI, 2009).

Para um acompanhamento eficaz é importante que o musicoterapeuta identifique as vontades individuais de cada paciente. O modo de tocar determinado instrumento pode auxiliar o terapeuta em sua avaliação inicial. A relação entre o terapeuta e o paciente nas primeiras sessões é fator fundamental para o sucesso do tratamento. Nesse contexto, em busca deste objetivo, o terapeuta improvisa através do instrumento preferido do paciente, relaxando-o e incentivando-o à imaginação.

Na abordagem de Bakhtin, citada em Freitas (2000), a musicoterapia pode oferecer um maior convívio social aos portadores da doença de Alzheimer. Durante a sessão terapêutica com a música o paciente de DA tem a oportunidade de uma reorganização da cognição, através da comunicação pelas canções, dos movimentos e da percussão.

É de fundamental importância que o musicoterapeuta conheça a história de vida das pessoas com quem irá trabalhar. Alguns aspectos da vida do portador de DA servirá para iniciar suas atividades de motivação durante a sessão. A prática da musicoterapia consiste em utilizar instrumentos de som, como os discos, CDs, e instrumentos musicais, como pandeiros, chocalhos, maracás, atabaques e outros que agradem aos pacientes. O falar e cantar olhando nos seus olhos, o toque nas mãos são necessidades do portador da Doença de Alzheimer, e são atitudes fundamentais para que haja estimulação no início das atividades (CUNHA, 1999). O envolvimento em conjunto beneficia o portador da DA no momento mais avançado da doença, através das sessões de musicoterapia (VARGAS, 1983).

A terapêutica musical contribui para uma possível diminuição dos níveis de delírio, da confusão mental e do isolamento social, e a utilização de



técnicas de improviso, e recriação certamente, facilitará o direcionamento para a realidade, segundo Weiner, Brock e Snadwsky (DAVIS, 1995).

O processo de reabilitação do portador de Alzheimer pode acontecer através do vínculo com o musicoterapeuta e com o grupo do qual participa, quando as identidades musicais se fazem presentes. É através desta relação terapêutica que as energias sonoro-musicais presentes na esfera psíquica são movimentadas e novas oportunidades de comunicação são disponibilizadas (FRANÇA PASSARINI, 2008 apud PASSARINI, 2009).

Toda terapêutica da musicoterapia baseia-se nas possibilidades do paciente, nos elementos que constituem a Identidade Sonora (ISO) Universal, Gestáltica, Cultural e Familiar. Os sons da natureza, como vento e água, os ritmos dos batimentos cardíacos produzidos pela inspiração e expiração fazem parte do ISO Universal. Os sons particulares do período da gestação, como os do corpo da mãe, os que chegam pelo líquido amniótico são componentes do ISO Gestáltica.

O momento musical das canções infantis, o seu ritmo, sua sonoridade e as melodias cantadas pela cultura da mãe, da família correspondem ao ISO Familiar. Assim como, as canções do meio sócio-cultural onde o paciente vive ou viveu fazem parte do ISO Cultural. Toda essa manifestação energética faz parte da memória não verbal dos portadores de Alzheimer, mesmo nos estágios mais avançados da doença. E, certamente, possibilita o paciente reaver sua identidade individual e social, e em consequência relacionar-se com o outro e o meio que o cerca (BENENZON, 2008 apud PASSARINI, 2009).

É necessário que o terapeuta possua um conhecimento das atividades cognitivas e motoras para uma correta avaliação e compreensão dos meios pelos quais o cérebro se organiza, para então ter subsídios para um

planejamento do tratamento a ser seguido (CORREIA, 1998).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos e pesquisas acerca do tema oportunizaram uma reflexão e análise das possibilidades referentes às várias alternativas que a prática da musicoterapia pode proporcionar aos pacientes com Doença de Alzheimer.

A musicoterapia é reconhecida pelos especialistas como um método de tratamento para pacientes com problemas emocionais, cognitivos ou mentais. Verificam-se assim as descobertas pelos estudiosos, da ampla relação da música e o cérebro, intensificando a busca da melhor compreensão do funcionamento cerebral mediante estímulos sonoro-musicais.

Os achados teóricos estudados oportunizam maior segurança e fundamentação teórica para a aplicabilidade na prática clínica com a musicoterapia aos portadores da Doença de Alzheimer.

A pesquisa contribuiu com um novo elemento de estudo, que é a importância da musicoterapia como instrumento de reorganização cognitiva, desenvolvendo os aspectos neurocognitivos, emocionais e sociais, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes com a Doença de Alzheimer.

## REFERÊNCIAS

- BARBIZET, J. & Duizabo Ph. **Manual de Neuropsicologia**. Trad. Silvia Levy e Ruth Rissin Josef, Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1985.
- BRUSCIA, Kenneth.E. **Definindo musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1998.
- CORREIA, C.M.F. **Lateralização das funções musicais na epilepsia**



- parcial. *ArqNeuropsiquiatr*, 1998; 56 (4): 747-755.
- CORREIA, Cléo M. França. **Musicoterapia e Neurociência**. XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Goiânia-GO, 2006.
- CUNHA, Rosemyriam. **Jovens no espaço interativo da musicoterapia: o que objetivam por meio da linguagem musical**. Universidade Federal do Paraná, 2003.
- . **Musicoterapia na abordagem do idoso**. Universidade Tuiuti do Paraná, 1999.
- FUENTES, Daniel et al. **Neuropsicologia: Teoria e Prática**. Porto alegre: Artmed, 2008.
- <http://musicoterapiam.blogspot.com.br/2009/05/o-que-e-musicoterapia.html>.
- <http://www.minhavidacom.br/bem-estar/materias/807-musicoterapia-cura-doencas-e-promove-o-bemestar>.
- MAHEIRIE, Kátia. **Sete mares numa ilha**. A mediação do trabalho acústico na construção da identidade coletiva. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.
- McKhann, G., et al. **Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease**. *Neurology*, 43, 939-944.
- MOREIRA, Shirlene Vianna. **O efeito da musicoterapia em pacientes com demência**. Disponível em: [http://www.vilaviver.com.br/mural\\_de\\_recados/o\\_efeito\\_da\\_musicoterapia\\_em\\_pacientes\\_com\\_demencia](http://www.vilaviver.com.br/mural_de_recados/o_efeito_da_musicoterapia_em_pacientes_com_demencia).
- PASSARINI, Luisiana B. França. **Musicoterapia como tratamento complementar no mal de Alzheimer** – III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia – PUC – São Paulo, 2009.
- PRADO, Marco A. et al. **Envelhecimento e memória na Doença de Alzheimer**. *Revista USP*, São Paulo, n 75, p.42-49, 2007.
- RIBEIRO, Cléris Ferreira. **Doença de Alzheimer: a principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores**. Belo Horizonte-MG, 2010.
- SACKS, Oliver. **Alucinações musicais – relatos sobre a música e o cérebro**. Companhia das Letras, São Paulo, 2007.
- SAYEG, Norton; GORZONI, Milton. **Doença de Alzheimer**. In: *Revista Brasileira de Medicina*. vol. 50, n. 11. nov. 1993.
- SCHALLER, Katrin. **SCIENTIFIC AMERICAN – Mente e Cérebro – Psicologia – Psicanálise – Neurociência**, Edição Especial, nº 41 – 2013, ISSN 1807943, p. 28-31.
- SERENIKI, Adriana. VITAL, Maria Aparecida Barbato Frazão. **A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos**. *Rev. Psiquiatr RS*. 2008; 30(1 supl).
- TAYLOR, D.B. **Biomedical Foundation of Music as Therapy**. Saint Louis, MMB Music, Inc., 1999.
- THAUT, M. **Rhythm, Music and Brain**. New York: T&F. 2008.
- VARGAS, Herber Soares. **Psicologia do envelhecimento**. São Paulo: Byk-Prociencx, 1983.
- VARGAS, Maryléa Elizabeth Ramos. **Influência da música no comportamento humano: explicações da neurociência e psicologia**. Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 1, 2012. | p.944-956.
- ZATORRE, R. **Music, the food of neuroscience?** Nature Publishing Group. 2005.



## Entre a Legislação e o Bom Senso: Os Alunos Especiais Em Período Integral

Se estudar meio período já é algo extremamente cansativo (claro, para quem realmente vai a escola para estudar), imaginemos então, ficar o dia todo na escola!

Na tevê, a propaganda da Secretaria de Educação de São Paulo pode até ser atraente, com depoimentos de alunos dizendo que “é muito legal estudar em período integral, pois parece que estão em sua segunda casa” de tão familiar que o ambiente lhes parece!

Mas, não nos deixemos nos enganar pois propagandas de governo nem sempre condizem com a verdade, pois além de oferecerem puro marketing, tratam-se ainda de questões meramente eleitoreiras e partidárias.

Claro que existem boas escolas na Rede Oficial de São Paulo e mesmo nas redes municipais de ensino espalhadas por todo o Estado de São Paulo, porém, são exceções!

Isso porque, infelizmente falta de tudo, desde professores para poder ministrar aulas e/ou oficinas, aderindo assim ao período integral, passando pela falta de organização administrativa e pedagógica dessas escolas até mesmo a estrutura física da mesma, as quais não tem condições sequer e oferecer qualidade em meio período!

Então, diante deste quadro, não podemos esperar que os alunos considerados especiais (portadores de necessidades especiais) possuam de fato uma atenção, um

atendimento de qualidade durante o período integral nessas instituições de ensino. A grande questão neste caso é, como conciliar o que a Lei de Diretrizes de Bases (LDB) estabelece ao afirmar que o aluno portador de necessidades especiais deve freqüentar preferencialmente a rede regular e ensino e que de certo modo, tem contribuído e muito para confundir muitos pais desses alunos especiais pois, se por um lado a escola tenta convence-los de que o correto é que esses alunos especiais freqüentem não mais que meio período ou até mesmo um pouco menos do que isso (devido as suas locomoções, desconfortos posturais e/ou desgastes físicos e emocionais), registrando as poucas atividades produzidas e colocando-as em um portfólio para fins de registro e avaliação, do outro há os pais (tomados pela sensibilidade, do protecionismo e emoção de saber que sim, seus filhos são diferentes seja fisicamente ou intelectualmente porém capazes), exigem um tempo igual ou maior de seus filhos na escola e que é direito deles!

Quando se pede para que a escola diminua o tempo de permanência de uma criança especial na escola, a escola não está cerceando o direito desta criança estudar ou de não se misturar as outras crianças integrando-a, mas sim, se preocupando com a qualidade nos estudos da mesma e que inclusive há uma lei a qual defende a escola sob este aspecto. Já os pais, por saberem



que a sociedade aos poucos vem se abrindo para a inclusão e que ainda existem muitas barreiras e preconceitos, posicionam-se da seguinte maneira:

-Vamos defender os direitos de nossos filhos custe o que custar! Ao pensar assim, cria-se uma espécie de “queda de braços” entre os pais (com sua superproteção) e a escola (tentando seguir adaptações sugeridas por especialistas no assunto) O lado ruim dessa história é a inflexibilidade de ambas as posições, aonde os pais trazem consigo o seguinte lema:

-É a lei e ela deve ser cumprida e faremos com que ela seja de fato cumprida! E a escola por sua vez, defende a seguinte tese:

A emoção e a interpretação única da lei fazem com que por vezes, muitos pais esqueçam de que em se tratando de crianças portadoras de necessidades especiais, o importante é a qualidade e não a quantidade das atividades propostas pelo professor juntamente com especialistas em educação especial, como também do respeito ao tempo de permanência na diária desses alunos na escola.

**Alexandre Soares**

Mestrando em

Educação pela Faculdade Humanística de Portugal; Especialista em Educação Empreendedora - Universidade Federal de São João Del Rei-UFSJ; Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional-UNIESP; Graduado em Letras-UNIESP Atualmente é professor efetivo na UNIESP São Roque, FAPEC Ibiúna, Orientador Educacional na Prefeitura Municipal de Mairinque e Professor Tutor EAD do IFSP-São Roque. Autor de 16 livros e colunista do Guia São Roque e Jornal da Economia.





# O sujeito que pratica o Bullying sob a ótica da Psicanálise

Thaís Cristina Negrisoli Velecico<sup>1</sup>; Carina Elisabet Velozo<sup>2</sup>

A palavra bullying descreve diversos tipos de comportamentos agressivos que vão desde ações desrespeitosas, isolamento de um indivíduo ou de um grupo social ou de simplesmente ignorá-lo, aos ataques e sérios abusos. Os principais protagonistas do bullying escolar são as vítimas, os agressores e os expectadores. O presente estudo teve como objetivo principal investigar sobre os fatores que levam o sujeito agressor a praticar o bullying no ambiente escolar a partir da literatura psicanalítica. Incluímos no trabalho a investigação do perfil e a dinâmica familiar do agressor, mecanismos de defesa presentes e a existência do sentimento de inveja.

**Palavras-chave:** psicanálise; bullying; agressor; mecanismos de defesa; inveja.

## INTRODUÇÃO:

Os comportamentos violentos em ambiente escolar caracterizam um fenômeno em crescente e alarmante preocupação: bullying. O termo foi criado por Dan Olweus em 1993 e significa: mau-trato sistemático e continuado entre pares. Em outras palavras, agressões, assédios, ações desrespeitosas e utilizadas intencionalmente por parte do sujeito agressor, compõem o chamado bullying.

O massacre perpetrado na cidade de Rio de Janeiro na escola Tasso da Silveira revela que a violência nas escolas se constituiu nos últimos tempos num sintoma social que projeta o desafio de pensar um novo real em jogo no âmbito

escolar. A escola não somente se converteu num cenário mediático de matanças: Columbine, Virginia Tech, Beslan, Carmen de Patagones e agora Rio, senão também temos fenômenos novos como o bullying ou assédio escolar entre alunos e professores, agressão a professores, de pais a professores.

De acordo com Kaplan & Sadock (1993) o termo agressão é qualquer forma de conduta direcionada visando prejudicar ou ferir outra pessoa. Eisenstein & Souza (1993) apontam que a violência pode ser considerada toda ação danosa à vida e à saúde do indivíduo, caracterizada por maus tratos, cerceamento da liberdade ou imposição da força.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou inquéritos transversais com a população escolar em mais de quarenta países, pesquisando situações sobre a saúde dos adolescentes e incluindo temas como a violência. Entre adolescentes de 13 anos, 14% referiram ter sofrido bullying em um intervalo de dois meses (publicação em 2009).

As pesquisas sobre Bullying são recentes e ganharam destaque a partir dos anos 1990, principalmente com *Olweus* (1993), *Smith & Sharp* (1994), *Ross* (1996), *Rigby* (1996). Estudos indicaram que a prevalência de estudantes vitimizados variava de 8 a 46%, e de agressores, de 5 a 30%.

O objetivo principal deste trabalho foi o de investigar sobre o sujeito agressor e quais são fatores que o levam a praticar o bullying no ambiente escolar, sob a ótica da Psicanálise. Incluímos no trabalho a investigação do perfil e a dinâmica



familiar do agressor, mecanismos de defesa presentes e a existência do sentimento de inveja. Quem é o sujeito que pratica bullying?

## REFERENCIAL TEÓRICO

Os principais protagonistas do bullying escolar, que são: a (s) vítima (s), expectador (es) e agressor (es).

A vítima de bullying geralmente é pouco sociável, sofre repetidamente as consequências dos comportamentos agressivos de outros; este sujeito não dispõe de recursos, status ou habilidades para reagir ou fazer cesar as condutas prejudiciais. Suas características mais comuns são: aspecto físico frágil, extrema sensibilidade, timidez, passividade, submissão, insegurança, baixa auto-estima, alguma dificuldade de aprendizado, ansiedade e aspectos depressivos.

O expectador geralmente é o aluno que presencia o bullying, mas não sofre e nem o pratica. Representa a grande maioria dos alunos que convive com o problema e adota a lei do silêncio por temer se transformar em alvo para o agressor (Cleo Fante, 2001).

O agressor é aquele indivíduo que possui em sua personalidade, traços de desrespeito e maldade; em alguns momentos, associado a um perigoso poder de liderança que, em geral, é legitimado através da força física ou de intenso assédio psicológico. Pode agir sozinho ou em grupo. Apresentam, desde muito cedo, aversão às normas, não aceitam serem contrariados ou frustrados, geralmente estão envolvidos em atos de pequenos delitos, como furtos, roubos ou vandalismos. O desempenho escolar do jovem agressor costuma ser regular

ou deficitário não configurando, em hipótese alguma, uma deficiência intelectual ou de aprendizagem por parte deles.

Malta (2010) explica Bullying como uma prática que compreende comportamentos com diversos níveis de violência que vão desde chateações inoportunas ou hostis até fatos francamente agressivos, em forma verbal ou não, intencional e repetido, sem motivação aparente, provocados por um ou mais estudantes em relação a outros, causando dor, angústia, exclusão, humilhação e discriminação.

O sujeito que pratica bullying comumente é popular na escola, tende a envolver-se em comportamentos anti-sociais, é agressivo e impulsivo, geralmente é mais forte que seu alvo (vítima), sente prazer e satisfação em dominar, controlar e causar danos a outros. Todavia, o autor de bullying é menos satisfeito com a escola e a família, a evasão escolar e absenteísmo fazem parte, são mais propensos a comportamentos de risco, tais como consumo de cigarro, drogas, álcool, portar armas, etc.

## Bullying - fatores que podem provocar a agressão

Muitos são os motivos pelos quais as crianças são violentas; pode ser parte de sua natureza e pode ser parte das pulsões inconscientes, é thánatos inerente à condição humana. A violência e maldade pode surgir em crianças consideradas "normais" se o contexto for propício. A agressividade inerente pode ser incentivada e concretizada em ações violentas indesejáveis por uma série de fatores que caracterizam seu entorno. Um deles é a situação familiar de violência física ou



psíquica, de tensão, de falta de amor e compreensão, dentre outros. Este contexto muito presente em muitas famílias no Brasil faz com que a criança sinta raiva e culpa, emoções que a criança deve reprimir na infância, mas, o ambiente familiar não facilita a expressão adequada e articulada. A criança então ofende e maltrata a um colega, liberando dessa maneira sua raiva. Quando a criança ou adolescente agride, projeta o ódio sentido, não podendo reprimir aquilo que sente.

Já num ambiente escolar onde existe violência, entram em cena outros fatores que fazem com que as crianças não violentas se juntem aos mais fortes por insegurança ou outros fatores de personalidade que de alguma maneira fazem com que essas crianças antes tidas como tranqüilas comecem a se comportar de maneira cruel com os outros.

Como dito anteriormente, as condições familiares adversas que favorecem o desenvolvimento da agressividade nas crianças são: desestruturação familiar, relacionamento afetivo pobre, excesso de tolerância ou de permissividade, maus-tratos físicos ou psíquicos.

Outro aspecto sujeito a controvérsias refere-se à distribuição sócio-econômica da violência. Para alguns pesquisadores, a maior prevalência do problema está entre as classes menos favorecidas (Pelton, 1980). Outros, porém, afirmam que pessoas de qualquer classe social podem apresentar condutas violentas e que os mais favorecidos socialmente escondem seus comportamentos abusivos.

## Agressividade na adolescência e escola

Malta (2010) ressalta a necessidade de se conhecer e estudar

esse fenômeno dentro da escola. A contínua exposição ao bullying pode acarretar problemas comportamentais e emocionais, destacando-se o estresse, a diminuição ou a perda da auto-estima, a ansiedade e a depressão; baixo rendimento escolar e, em casos mais severos, o suicídio.

Segundo Chess & Hassibi (1982) e Osório (1982) existem aspectos determinantes da agressividade na adolescência: o problema acontece devido a uma carência emocional experimentada pela criança que se sente ferida; ou porque a criança não teve fixados os seus limites. Perceberam que crianças e adolescentes em desvantagem, expostos ao abandono, morte ou doença dos pais, ou submetidos à intensa ansiedade gerada pelo ambiente das ruas, podem apresentar conduta agressiva (Fagan & Wexler, 1987). Quando os pais ferem-se mutuamente, abandonam as famílias ou ameaçam suicidar-se, a ansiedade dos filhos é esmagadora. Eles podem desenvolver um padrão crescentemente agressivo em suas relações familiares, escolares e sociais (Wolff, 1985). Foi encontrada associação entre privação emocional na infância – agressão física entre os pais, depressão materna, quebra precoce do vínculo mãe-filho, negligência ou rejeição materna, número elevado de substitutos maternos, abuso físico e sexual com a conduta agressiva em adolescentes (Forchand, 1991).

De acordo com a autora Cleo Fante (2001) existem alguns determinantes do comportamento agressivo ou violento na escola, entendendo que este comportamento é o mais difícil de compreender, por afetar a sociedade como um todo. Todavia, explica que fatores externos são decisivos na formação da personalidade do aluno, pela influência que recebe no seu contexto familiar, social e pelos meios de comunicação. A escola não dispõe de



recursos e de meios para impedir a influência dos fatores externos sobre a vida dos seus alunos, mas torna-se alvo de muitos casos de violência. Os fatores externos referem-se à explicações de ordem socioeconômica, ao agravamento das exclusões sociais, raciais e de gênero, à perda de referencial entre os jovens, ao surgimento das 'galeras', 'gangues', 'tráfico de drogas', desestruturação familiar e perda de espaços de sociabilidade.

## Bullying e a Psicanálise

Os Psicanalistas Klein (1970) e Winnicott (1939 – 1987) esclareceram que a existência dos impulsos agressivos são inerentes à constituição do ser humano.

Para Klein (1970), a criança começa desde cedo a vivenciar os conflitos com suas pulsões destrutivas. Final do primeiro ano de vida e início do segundo. Pode ser considerada como uma experiência dolorosa, marcada por tensão, angústia, culpa e medo. Quanto menor a capacidade da criança em tolerar esses sentimentos, maior torna-se a necessidade de bani-los de seu mundo interno, projetando-os para fora.

Winnicott por sua vez aprofunda as observações Kleinianas, salientando a importância do ambiente para permitir a expressão e transformação da agressividade infantil. Considerando que a agressividade, no início da vida, não traz consigo a intenção de destruir, Winnicott enfatiza a função da mãe na criação das condições para que a criança possa tolerar a ansiedade e culpa proveniente de pulsões destrutivas. Essas condições podem ser observadas quando a mãe demonstra confiança, disponibilidade, tolerância e constância. Uma mãe preocupada não apenas com alimentação e conforto,

mas também com a segurança emocional da criança. Quando não existem condições para a formação de um vínculo seguro e estável com a figura materna, a criança não consegue alcançar uma organização interna madura o suficiente para integrar a própria destrutividade, necessitando cada vez mais da continência ambiental a fim de controlar os seus impulsos.

Ainda de acordo com Winnicott, as crianças que manifestam tendência anti-social são aquelas cujo desenvolvimento vinha caminhando bem até que, por algum motivo, foi perdido algo que nutria sua segurança psíquica. A agressividade constitui, então, um pedido ao ambiente para o retorno ao ponto em que houve a falha no desenvolvimento, a fim de dar curso ao que foi interrompido. Seja na mentira, seja no furto ou na depredação, a manifestação da tendência anti-social revela a necessidade de reconhecimento externo daquilo que faltou e do suprimento dessa falta. Deve-se considerar que uma criança agressiva não o é o tempo inteiro. Seus impulsos de agressividade surgem nos momentos de "esperança", ou seja, quando o meio lhe transmite elementos de confiabilidade. E a escola é um ambiente propício à manifestação agressiva.

## Bullying e Psicanálise, mecanismos de defesa

Na Psicanálise, mecanismos de defesa (Laplanche e Pontalis, 1991) são os diferentes tipos de operações em que a defesa pode ser especificada.

De acordo com Anna Freud (1970) o mecanismo de identificação ocorre quando existe a personificação do agressor, ao assumir



seus atributos ou imitar a sua agressão. Desta forma, a criança transforma-se de pessoa ameaçada em pessoa que ameaça. Quando ocorre a 'identificação com o agressor', a criança internaliza as críticas de outras pessoas ao seu comportamento. Quando uma criança repete constantemente esse processo de internalização, introjeta as qualidades dos que são responsáveis pela sua criação, tornando suas características e as opiniões dessas pessoas. A crítica internalizada não é ainda transformada, imediatamente, em autocrítica. É dissociada da atividade repreensível da criança e dirigida para o mundo exterior. Mediante um novo processo defensivo, a identificação com o agressor é sucedida por um ataque ativo ao mundo exterior.

O bebê não distingue entre ele e sua mãe (Zimmerman, 2010) e diante das situações de frio, fome ou "solidão", ele "deduz" que no mundo não há mais leite, bem estar e nem prazer. Da mesma forma, provavelmente quando ele é atormentado pelo choro intolerável e sufocante, todo o seu mundo é sentido como sendo um vale de sofrimento. Tais experiências de privação despertam na criança o conhecimento da dependência, sob a forma de necessidades básicas, assim como o posterior conhecimento do amor, sob a forma de desejos que, quando excessivos, constituem-se como demandas.

Joan Rivière (1957) assinala que na criança, uma necessidade ou desejo insatisfeito vai dar origem a uma sensação similar a de uma privação injuriosa, suscitando a mesma agressão que lhe provocaria um real ataque dessa natureza. Mesmo no adulto, o afastamento de alguém ardentemente necessitado, desejado e amado não se produz sem ódio, despeito e espírito de vingança. Decorre de tudo isso que a dependência

é sentida como algo perigoso, pois ela implica na possibilidade de vir a sofrer privações muito dolorosas. É contra essa 'dependência nociva' que a inveja se organiza.

Na lógica do invejoso David Zimmerman (2010) não existe um objeto que seja análogo. O que há é um objeto único e incompartilhável. A inveja é uma reação secundária, de destrutividade e avidez, em decorrência das frustrações impostas pela realidade exterior.

O despeito para o autor David Zimmerman (2010) é um sentimento mesclado à inveja. É um sentimento de raiva e pesar devido à decepção pelo objeto necessitado ter preferido outrem. Sentimentos como deslealdade, maldade e traição são derivados do despeito.

Estudos adicionais realizados por Einarsen, Zapf e Cooper (2003) têm mostrado que inveja e ressentimento podem ser motivos para a prática do assédio escolar.

Da mesma maneira, a identificação (mecanismo de defesa) também faz parte do perfil do agressor, praticante do bullying.

## Considerações finais

A Psicanálise vem pesquisando este assunto desde vários aspectos e autores, certamente sua contribuição resulta necessária na hora de apreender sobre bullying, sobre as características clínicas da violência, dos mecanismos subjetivos e seus efeitos.

A Psicanálise permite reconhecer as próprias partes refletidas desde o outro, partes das quais nós não percebemos. Nesse sentido, quando o sujeito que pratica bullying agride ou disse alguma coisa sobre outro, esse outro está implicado nele, pois *ele* se formou de outro. Ao se divertir e gozar atacando a outro,



se ataca a isso do que (mim) ego também participa, enquanto que humanos todos, sujeito aos mesmos avatares do sofrimento, da debilidade, ignorância.

O tema é muito amplo e ainda precisamos de mais estudos que certamente apontarão aspectos que necessitem de intervenção e resposta para este fenômeno. Parafraseando a autora Stela Nazareth Meneghel (1998): "A lágrima na pele branca, na pele escura", o cinto que corre, a culpa, os preconceitos do lado de lá, do lado de cá, as tramas, a impotência e o começar de novo, porque, sem dúvida, chega-se à parede dos próprios limites. Limites que são o novo ponto de partida. Movidos pela força que "move o sol e as estrelas".

## Referências Bibliográficas

BARBOSA, S. A.B. *Bullying - Mentas Perigosas nas escolas*. São Paulo, SP. Ed. Fontanar, 2010.

EINARSEN, S. et al (2003). The concept of bullying at work: The European tradition. En S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf y C. L. Cooper (eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor and Francis.

FANTE, C. *Fenômeno bullying: Como prevenira violência nas escolas e educar para a paz*. Campinas. SP. VERUS Editora, 2005.

FREUD, A. (2007). *O Ego e os Mecanismos de Defesa*. Porto Alegre: Artmed.

KAPLAN, H. & SADOCK, B., 1993. Condições não atribuíveis a um transtorno mental. In: *Compêndio de Psiquiatria* (H. Kaplan & B. Sadock, eds), 6ª. Ed., pp. 557-587. Porto

Alegre; Artes Médicas.

LAPLANCHE J., & PONTALIS, J.-B. (1992). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

MALTA, Deborah Carvalho et al. *Bullying in Brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE), 2009*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.2, pp. 3065-3076. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800011>.

MENEGHEL, Stela Nazareth; GIUGLIANI, Elsa J. and FALCETO, Olga. *Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência*. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1998, vol.14, n.2, pp. 327-335. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000200017>.

PALACIOS, Marisa and REGO, Sergio. *Bullying: mais uma epidemia invisível?*. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2006, vol.30, n.1, pp. 3-5. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000100001>.

SOUZA, Maria Abigail de and CASTRO, Rebeca Eugênia Fernandes de. *Agressividade infantil no ambiente escolar: concepções e atitudes do professor*. *Psicol. estud.* [online]. 2008, vol.13, n.4, pp. 837-845. ISSN 1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000400022>.

ZIMERMAN, D. E. *Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento, reconhecimento, na psicanálise e em nossas vidas*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos psicanalíticos & – teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre, RS: Artmed, 1999.



# O luto infantil: o brincar como possibilidade de intervenção para a elaboração de perdas

Rosangela Nieto de Albuquerque<sup>1</sup>

Rebeca Duarte de Oliveira Guerreiro<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente artigo tem por objetivo refletir acerca da importância do brincar infantil como ferramenta do psicólogo na elaboração do luto de crianças que sofreram perdas parentais. Para tal, considera-se a criança influenciada pelo contexto social ocidental e influenciada pela cultura no que tange ao enfrentamento da morte. Observa-se então o sentimento de onipotência do ser humano e a presente negação da mesma. Assim, enfatiza-se a importância do psicólogo numa perspectiva de debruçar-se sobre o brincar da criança, ancorado na psicanálise e na teoria de Winnicott, para portanto articular-se a temática do luto infantil, em prol de obter mais instrumentos para intervir junto a estas crianças sofredoras, que ainda não possuem uma fala e reconhecimento estruturados sobre os seus conteúdos e que precisam dar continuidade ao seu processo de desenvolvimento.

Palavras-chave: Luto Infantil; Brincar Infantil; Psicologia.

## LUTO INFANTIL NA CONTEMPORANEIDADE

Remetendo-se ao curso da História, tem-se que as atitudes dos sujeitos das sociedades ocidentais, no que se refere ao enfrentamento da morte, modificaram-se. Assim, observa-se que na contemporaneidade existe uma dificuldade para lidar com a morte e com as questões que dela decorrem, havendo até mesmo uma busca pela sua negação. Neste panorama, como uma criança elabora o seu luto?

Torres (1999, apud LIMA; KOVÁČ, 2011, p.391) afirma que o silêncio em virtude da morte pode gerar “perturbações no desenvolvimento da criança”. Kübler-Ross (1998) enfatiza que atualmente há um distanciamento da morte, ele revela que, em nível inconsciente, o homem é impossibilitado de aceitar a finitude e a própria morte como decorrente de causa natural, reconhecendo-a, somente, como consequência das ações de outros, exercidas contra si.

---

1 Rosangela Nieto de Albuquerque – Pós-Doutora em Educação (Ph.D.), Doutoranda em Psicologia Social, Mestre em Ciências da Linguagem, Psicopedagoga Clínica e Institucional, Gestora Educacional, Pedagoga e Professora dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão, Coordenadora dos Cursos de Pós-Graduação, Coordenadora do Curso de Graduação em Pedagogia. E-mail: rosangela.nieto@gmail.com

2 Rebeca Duarte de Oliveira Guerreiro - Psicóloga Clínica e Escolar. Especialista em Psicologia da Educação. Consultório Clínico. Psicóloga atuante em Educação Básica, atualmente em Educação Infantil e Ensino Fundamental. Especializada em Orientação Profissional. E-mail: rebeca\_doliveira@hotmail.com



Nesta questão, salienta-se que este estilo de vida cultivado na sociedade vigente crê que a privação da criança sobre o acontecimento da morte é sinônimo de proteção, e que através desta se está contribuindo para o conforto psíquico da mesma.

Pondera-se que a permissão para que as crianças permaneçam em suas casas, onde aconteceu uma perda, compartilhem das conversas e dos receios, possibilitam-nas não se sentirem sozinhas na dor. Deste modo, acredita-se que a responsabilidade e o luto dividido faz com que a criança passe por um processo de percepção gradual, uma trajetória na qual esta interpreta a morte como inerente à vida, como uma experiência que pode ajudá-la a crescer e amadurecer.

Pedro, et al. (2001, p.2), realçam o contraste entre a necessidade de aproximar as crianças dos questionamentos acerca da morte e as atitudes contemporâneas relacionadas a esta, o autor alerta sobre a urgência de uma "educação para a morte", onde exista uma discussão, de uma forma natural, junto à criança para que a mesma construa competências para lidar com as futuras perdas que terá que ultrapassar.

Franco [s.d.] chama atenção para o fato de que desde o período infantil, na atualidade, o sujeito é cobrado, condicionado a não sofrer perdas. Esta autora enfatiza que: "A dificuldade de encarar o fim da vida, como parte da existência, é o que faz do luto uma experiência tão assustadora", ela reafirma sobre a necessidade de refletirmos acerca da postura contemporânea de educar crianças para o enfrentamento de perdas, que ao invés de incentivarmos as mesmas a sempre ganhar e acumular; devemos investir no sentido da perda como inerente à vida. Ora vencemos ora perdemos.

Continuando com a colocação sobre a sociedade atual, privar a criança das questões referentes à morte, perpassa pela colocação de Franco ([s.d.], p.2), que enfatiza a possibilidade de ajuda à criança para o enfrentamento menos traumático da morte, e, acerca da tentativa dos pais em afastar as crianças de qualquer tipo de frustração, pois acredita que "perder é essencial para entender que na vida nada é permanente". Assim, na infância a criança pode se deparar com perdas em jogos, de objetos e de pessoas.

Visto isso, a aludida autora, sem negar a ocorrência do sofrimento, defende que a reflexão sobre a finitude, com as crianças, auxilia que as mesmas objetivem a existência e reduzam a angústia proveniente desta temática. A perda de uma pessoa com muita significação para a criança, certamente demandará um redemoinho de sentimentos, portanto, ela ainda não tem os mecanismos necessários para o entendimento, e certamente, o enfrentamento desta perda. Ressalta-se, contudo, a essencialidade dos adultos que acompanharão a criança, a partir da perda, acompanhando-as nestes momentos de dor e incompreensão.

## CONCEITO DE LUTO

Para entender o conceito de luto, Louzette e Gatti (2007, p.77) e Mazorra (2001) ressaltam que "... o luto é o processo de reconstrução, de reorganização, diante da morte, desafio emocional e cognitivo com o qual o sujeito tem de lidar", ou seja, são processos mentais, derivados da experiência da morte, com os quais o sujeito necessita lidar, e enfrentar para dar continuidade a sua vida.

Franco e Mazorra (2007) reportando-se a Freud, em Luto e Melancolia (1917; 1915; 1996) definem



a elaboração do luto como um processo identificatório com o objeto perdido, no qual o ego necessita adaptar-se a perda deste objeto amado. Neste processo, para a psicanálise, diante da percepção da perda, não existe um desligamento por completo em relação ao objeto perdido, o que há é um desinvestimento gradativo da libido que era destinada a este objeto, e um investimento libidinal em objetos novos, visto que é a ligação com este objeto que demanda afeto que será resignificada e possibilitará a elaboração do luto.

Ainda na teoria psicanalítica, o conceito de trabalho do luto é retratado como um percurso elaborativo subordinado à atividade do sujeito que pode ou não ser satisfatório/bem-sucedido. "É uma forma de elaboração psíquica que consiste na ligação no aparelho psíquico de impressões traumatizantes, integração de excitações e estabelecimento de conexões associativas entre elas" (FRANCO; MAZORRA, 2007, p.505).

As referidas autoras (2007) adicionam a ideia de Bowlby (1960; 1993) que caracteriza o sentimento de pesar com a dor experienciada pelo sujeito que perde uma pessoa querida, e com a sucessão dos momentos subjetivos do enlutado. Para Santos (2008) e Bowlby (1985) a dor sentida por uma pessoa que perde alguém que ama é a mais intensa que um ser humano pode vivenciar.

No que diz respeito às atitudes contemporâneas de encarar o luto, Bromberg (2000, apud SANTOS, 2008) confirma que a morte de um ente querido acarreta sofrimento, porém alega, com veemência, que negar, ignorar ou sufocar esta dor é o pior modo de enfrentar este processo. Louzette e Gatti (2007, p.77) enfatizam que se um adulto, considerando-o como possuidor de vínculos e tarefas com o mundo externo, possui dificuldade em lidar

com a morte, ou com a separação de alguém a quem tem afeto, "como a criança cujo mundo está centrado e limitado aos pais e, quando muito, a escola" concebe este fato?

Para Bowlby (1990, apud PEDRO, et al., 2011, p.2) o luto está relacionado a um rompimento no vínculo com o objeto querido e está associado a sentimentos de abandono e dor, os quais podem "desencadear ansiedade de separação e pânico". Portanto, a maneira como a criança vive o luto é influenciada, em especial, por dois aspectos. O primeiro em torno das relações familiares de base, anteriores a perda, e o segundo acerca da nova configuração desta após o falecimento do ente querido.

Neste contexto, a elaboração do luto infantil tanto pode ser fomentada positivo como negativamente, pois se estrutura na força e no padrão da vinculação familiar; neste aspecto, inclui-se a comunicação existente pelos consanguíneos. Tem-se, ainda, que a visão do autor (Ibidem, p.3) perpassa pela compreensão psicanalítica quando se refere ao desinvestimento, seguido pela resignificação, no objeto perdido: "... uma fase de protesto e tentativa de recuperar a figura de vinculação perdida é precedida de uma forma de desespero e depressão e, finalmente, uma desvinculação emocional da figura de apego".

## PSICANÁLISE INFANTIL E PENSAMENTO WINNICOTTIANO: ORIGEM DA TEORIA DO BRINCAR E CONTRIBUIÇÕES PARA A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO



De posse do explanado sobre os conceitos e o luto infantil na época vigente, busca-se à teoria do brincar de Winnicott, esta baseada na psicanálise, para alargar a discussão e propiciar à práxis da Psicologia ferramentas para a leitura e o acesso aos conteúdos das crianças, que ainda não possuem uma fala elaborada, contundente, acerca dos seus sentimentos. Sobretudo, diante de uma situação de perda, a qual pode gerar, por demasiado, sofrimento.

Com isso, observa-se que a psicoterapia infantil hoje é certificada como um modo de tratamento dotado de peculiaridades, o qual exige desenvolvimentos técnicos e teóricos também particulares. Diferente deste panorama, em época outrora, cuidados específicos direcionados à infância não existiam, pois nenhum conceito relacionado a esta etapa da vida existia. Assim, somente com a separação conceitual entre crianças e adultos, que emergiram necessidades educacionais para os pequenos, e consequentemente, estabeleceram-se especialidades médicas, psiquiátricas e psicanalíticas destinadas à criança.

Freud, em 1918, postulou que “a neurose do adulto poderia ser evitada caso se pudesse atender à neurose da criança”; entretanto, levantou a dificuldade, ou mesmo a impossibilidade, de se acessar a psique da criança (ZAVASCHI, et al., 1998, p. 441).

Assim, constata-se que até o século XX as intervenções nos transtornos emocionais e mentais infantis, quando detectados, permearam o formato de aconselhamento a pais ou outra maneira de manipulação do ambiente. Frisa-se que o tido como primeiro atendimento psicológico infantil, o qual aconteceu neste enquadramento de aconselhamentos, através de cartas aos pais da criança, é o conhecido caso do pequeno Hans revelado por Freud. Com

isso, diante deste caso, é creditada, ao próprio Freud a observação de que o jogo infantil possui sentido inconsciente.

Andrade (2004, p. 58) revela que, em “Além do Princípio do Prazer”, Freud (1920) vislumbra a “primeira brincadeira” infantil, executada por um menino de um ano e meio de idade. Destaca-se, ainda, que este brincar foi descoberto, inventado pela criança. Esta situação se deu, quando a criança jogava um carretel de madeira enrolado com cordão pelo berço onde se encontrava. O berço, encortinado, fazia desaparecer o carretel quando este o arremessava, e a criança proferia, enfaticamente um “o – o – o – o” “(fort – ir embora)”. Em seguida, quando do movimento de puxar o objeto e este aparecer, o recepcionava com um saudoso “dá” “(ali)”. Sob esta configuração, encontra-se a “brincadeira completa: desaparecimento e retorno” (idem).

Esta análise pioneira obteve grande relevância pelo fato de revelar que a teoria e os métodos psicanalíticos poderiam ser incorporados também às crianças. No entanto, Freud acenava que a criança diferia psicologicamente do adulto, que não tinha ainda o superego totalmente estruturado; “as resistências internas que combatemos no adulto ficam substituídas na criança por dificuldades externas” (1909, apud SILVA; SANTOS, 2008, p.12). Visto isso, ressalta-se que apesar deste movimento de ampliar a psicanálise à prática com crianças, o investimento na psicoterapia infantil só se efetivou com os teóricos pós-freudianos.

Com isso, referendando o pensamento Winnicottiano:

Embora a obra de D. Winnicott seja uma continuação das obras de seus mestres (Freud e Melanie Klein), o fato é que ele rejeitou a metapsicologia freudiana. Nota-se, que



ele preservava a tradição de uma maneira um tanto curiosa, isso por que, em grande parte, ele a distorce; vindo a desenvolver idéias muito pessoais sobre a natureza humana (SILVA; SANTOS, 2008, p.24).

Desta forma, segundo Winnicott (1975), o sujeito se desenvolve a partir da relação com o outro, através de vivências baseadas na mutualidade. Este autor orientou suas pesquisas na direção de pacientes que experienciaram faltas no ambiente primário e preocupou-se no auxílio da busca e encontro do self verdadeiro. Silva e Santos (2008, p. 24), contribuindo com esta discussão, salientam que Winnicott concluiu que não se pode falar do sujeito sem se falar na mãe, "por que, usando os termos da fase madura da sua teorização, a mãe é um objeto subjetivo [...] e, portanto, seu comportamento faz realmente parte do bebê".

Ainda no que se refere aos estudos e as conclusões de Winnicott, as autoras acima (2008, p.25), ressaltam a relação primeira da mãe com seu bebê da seguinte forma:

Qualquer tentativa de descrever o complexo de Édipo em termos de duas pessoas está fadada ao fracasso. No entanto, os relacionamentos do tipo dois corpos realmente existem, e pertencem aos estágios relativamente mais primitivos da história do indivíduo. O relacionamento original do tipo dois corpos é o que acontece entre o bebê e a mãe ou o substituto da mãe, antes que qualquer propriedade da mãe tenha sido identificada e transformada na idéia de um pai. (p.25)

A teoria de Winnicott, vislumbrando a relação do bebê com os seus cuidadores, acredita que, no início, a figura paterna também pode substituir a mãe. Se este for o caso, sua presença perante o bebê será a de alguém imbricado de potencialidades assim como a mãe, ou seja,

toda a representatividade que a mãe possui frente ao seu bebê, o pai, enquanto substituto, também a terá. Entretanto, o pai começa a ser reconhecido em uma função distinta da mãe quando o sujeito "passa a se tornar uma nova unidade, a partir de um novo modelo de identificação" (SILVA; SANTOS, 2008, p.25).

Assim, nos trabalhos e pesquisas de Winnicott, o paradigma de Freud foi fortemente confrontado e a possibilidade de um novo paradigma surgiu devido ao grande número de dilemas clínicos acumulados. Winnicott (2008) assevera que o brincar é muito mais do que uma simplória atividade lúdica; na perspectiva Winnicottiana, este movimento é imbricado de significados e sentidos. Corroborando a esta ideia, Torres (2002, p.76) adiciona "que ao brincar toda criança se comporta como um escritor criativo", construindo não somente um mundo particular, mas, sobretudo, "reajustando os elementos de seu mundo de uma nova forma que lhe agrade".

Contrariando o pensar comum, que brincadeira não é atividade relevante, firma-se que a criança no seu brincar canaliza tanto suas energias, pulsões, como as suas emoções. Desta forma, Winnicott (2008, p. 162) afirma que:

Conquanto seja fácil perceber que as crianças brincam por prazer, é muito mais difícil para as pessoas verem que as crianças brincam para dominar angústias, controlar idéias ou impulsos que conduzem a angústia se não forem dominados. (p.162)



## O BRINCAR COMO RECURSO DE EXPRESSÃO DA CRIANÇA

No percurso histórico, como já iniciado no tópico anterior, na década de 20, Melanie Klein elaborou uma nova ferramenta de trabalho. Esta, que na psicanálise infantil adquiriu forma e sentido, passou a ser um importante instrumento para se aproximar dos conteúdos recalçados da criança e ajudá-la em sua estruturação. Denominada de ludoterapia, objetivou resgatar a palavra e o brincar infantil na sua autenticidade. Para Silva e Santos (2008, p.31) “essa abordagem vai além da concepção cronológica e, objetiva revelar o que há de específico no infantil e na criança”.

Desta maneira, a psicoterapia infantil passou a ajudar às crianças a elaborarem fixações, frustrações, traumas, perdas, etc., oriundos de seus desenvolvimentos. Neste pensamento, Silva e Santos (2008, p.31) descreve as possibilidades de intervenção no universo infantil por intermédio do brincar:

A análise através do brincar mostra que o simbolismo possibilita à criança transferir não apenas interesses, mas também fantasias, ansiedades e culpa a outros objetos além de pessoas, ou seja, muito alívio é possibilitado através do brincar... Podemos assim pensar que a criação, o uso da criatividade através do brincar seria um viés sublimatório; forma encontrada pela criança de colocar suas pulsões à mostra, expostas via objetos socialmente valorizados ou não.(p.31)

As autoras referendadas (2008) apontam para a percepção de Melanie Klein acerca do brincar da criança como ferramenta

para expressão, compressão e elaboração dos conteúdos infantis, contudo postulam que Winnicott foi o primeiro pós-freudiano a inclinar-se, especificamente, sobre esta temática.

Winnicott (1975) prezando pela valoração do brincar, enfatiza que é apenas por este que o sujeito pode revelar-se criativo e descobrir seu self. Seguindo com a mesma obra e indo além, este autor (p.63) na afirmação de que é somente através desta técnica que a comunicação se faz possível, considera que esta ferramenta está “a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros”; acentua, ainda, que se uma criança não possuir a capacidade para brincar, o adulto necessita direcionar o seu trabalho no sentido de levá-lo a conseguir o fazer.

Frisando a importância do brincar, Winnicott sanciona o brincar como uma terapia, e levanta a possibilidade de, na psicoterapia infantil, ocorrer um aprofundamento nos conteúdos infantis através da intersecção das duas capacidades de brincar; a do paciente e a do terapeuta. Assim sendo, Winnicott (1975, p.83-84), com relação à psicoterapia infantil, aconselha que o momento do brincar ganhe mais relevância que o instante das “argutas interpretações”, apela:

Minha descrição equivale a um pedido a todo terapeuta para que permita a manifestação da capacidade que o paciente tem de brincar, isto é, de ser criativo no trabalho analítico. A criatividade do paciente pode ser facilmente frustrada por um terapeuta que saiba demais. Naturalmente, não importa, na realidade, quanto o terapeuta saiba, desde que possa ocultar esse conhecimento ou abster-se de anunciar o que sabe.(p.83-84)

Rememorando à prática médica de Winnicott, salienta-se que o



brincar, formulado por este teórico, tem origem do chamado 'jogo da espátula' que ocorre no relacionamento de mães com seus bebês. Para um melhor entendimento, Felice (2003) discorre que Winnicott (1982a), em um processo observatório, verificou que este jogo, de modo natural, permeava três períodos subsequentes: "hesitação, apropriação e desinvestimento do objeto" (p.73).

Nesta perspectiva, Winnicott constatou que se fazia necessário proporcionar a criança o caminhar por estas três etapas, a fim de investir em sua vida psíquica. No entanto, vale frisar que toda criança possui um tempo único, individual em seu desenvolvimento, e, assim, discorre a essencialidade da paciência, a fim de se permitir a criança perpassar por estas três etapas. Winnicott postula devemos estar sensíveis ao tempo da criança (idem).

Deste modo, é fundamental refletir sobre o respeito ao tempo de uma criança que se encontra diante de uma situação de perda, morte de um de seus cuidadores. De acordo com a teoria, ainda na fase de apropriação do objeto, e sobre o papel do psicólogo de acompanhá-la em sua caminhada, sem pressa, a fim de investir em sua psique, e no processo de facilitação para que a criança alcance a fase de desinvestimento neste objeto perdido e encontre outro no qual investir. Contribui-se, também, a este pensamento, com a analogia da quebra do já descrito jogo do "fort-da (polaridade da ausência e presença materna)", visto que com a morte de quem exercia funções parentais o carretel não irá voltar (ANDRADE, 2004, p. 56). Assim, a paciência para a possível repetição do brincar, ou o resgate deste, é indispensável para a resolução de uma neurose de abandono, bem como para o entendimento dos conceitos de "irreversibilidade, não funcionalidade e universalidade"

pela criança (SPEECE; BRENT, 1984, apud PEDRO, et al., 2011, p.3).

No entanto, prosseguindo com "O Brincar e a Realidade" de Winnicott (1975), constata-se que a teoria do brincar, decorre da brincadeira primária da criança e não "da sublimação dos instintos", como relata Felice (2003, p.73). É uma maneira básica de experienciar a vida, que, compreendendo a todos, fomenta o desenvolvimento e direciona a relacionamentos grupais.

Winnicott (1975) afirma que a brincadeira se dá, também, na sobreposição entre a realidade externa e interna da criança. Portanto, a realidade interna pode ser revelada, vislumbrada através de objetos ou fenômenos provenientes da realidade externa; o sofrimento originário da perda parental se apresenta na brincadeira infantil, possibilitando-os emergir, a partir do brincar e do falar sobre, facilitando o enfrentamento e a elaboração da perda.

Contudo, no olhar de Felice (2003), a teoria do brincar concebida por Winnicott (1975; 1982a) foi uma das vertentes que desencadeou mudanças na atuação da Psicologia, nos moldes contemporâneo, frente ao infantil. O interjogo pessoal passou a ser consequência de um espaço, momento entre duas pessoas com potencialidades para brincar juntas.

Oliveira (2000, apud SILVA; SANTOS, 2008, p.33) realça que através deste as crianças introjetam regras sociais, que "brincando a criança se humaniza, aprendendo a conciliar de forma efetiva a afirmação de si mesma à criação de vínculos afetivos duradouros." No brincar a criança possui a possibilidade de elaborar lutos, como o da perda dos cuidados maternos, bem como achar mecanismos para o enfrentamento das situações da vida, responsabilizando-se por suas escolhas.



Desta forma, “o brincar se constitui na ferramenta por excelência que a criança dispõe para aprender a viver” (Ibidem, p.34).

Destacando que uma criança, diante de uma morte parental, pode desenvolver conteúdos agressivos, afirma-se que o brincar é uma importante ferramenta para a manifestação destas atitudes, visto que é indispensável ao sujeito criança o aprendizado sobre a canalização do potencial agressivo, devido ao fato deste, quando mal administrado, poder ser desencadeado de forma prejudicial à criança, e deste já o ser inerente e imprescindível, em determinadas situações, ao humano.

Nesta lógica, a agressividade infantil, para Broering e França (2007), pode sobressair-se como sintoma de um Transtorno de Conduta, manifestada por meio de ataques físicos a outras pessoas (bater, arremessar objetos, morder, beliscar, puxar cabelo, etc.) ou mesmo, desempenhar caráter destrutivo (rasgar, dilacerar e jogar objetos particulares ou alheios pela janela).

Soifer (1992, apud BROERING; FRANÇA, 2007, p.8) torna firme a necessidade de ajudar-se a criança no aprendizado da canalização de seu potencial agressivo, pois admite que esta agressividade esta ligada a uma mistura entre a ansiedade de perda e a paranoia que se originam “dos sentimentos de impotência e raiva, inveja e ciúme, que ocorrem frente a situações carenciais, nas quais a criança não pode resolver a problemática que lhe propõe as circunstâncias que está vivendo”. Prosseguindo, verifica-se que esta autora considera a expressão, pelo brincar, de materiais amedrontadores a criança, como favorável à progressiva identificação e controle destes.

Deste modo, salienta-se que o mapeamento de situações e

circunstâncias que a criança esteja vivendo, é de fundamental importância para entender-se a origem dos sintomas expressados por ela, bem como em qual intensidade se encontram. Porém, não esquecendo que este ser está em processo, construção, dotado de habilidades para serem trabalhadas em prol de transpor as dificuldades. Contudo, no caso de crianças que sofrem perdas parentais, deliberando que estas afetam de maneira global a criança, alega-se que o entendimento das repercussões desta morte para a criança faz compreender, também, a tristeza, a agressividade, o retraimento, a culpabilidade, a enurese noturna, etc., que podem vir a ser revelados.

Woscoboinik (apud BROERING; FRANÇA, 2007, p. 4-5), acrescenta, com relação à manifestação simbólica do ego, que “cada sujeito estrutura o seu brincar de acordo com uma modalidade que lhe é peculiar, e que lhe implica num traço caracterológico”. No tema em voga, colhe-se que as crianças podem apresentar dificuldades em expressar sentimentos e apresentar uma brincadeira ‘empobrecida’.

Nesta característica, obteve-se nas literaturas pesquisadas, que nas brincadeiras onde se fazia necessário à escolha de papéis, personagens, para o manejo de fantoches e bonecos, a criança vitimada pela perda dos que exerciam a função parental, tenderam a apresentar uma carência na habilidade de assumir e delegar funções.

Este fato pode ser entendido pelo estado de abandono e retraimento em que se encontra a criança. Woscoboinik (Ibidem, p. 5) esclarecendo, afirma que “no brincar de pré-púberes observa-se uma inibição desta capacidade porque se torna possível a atuação real de suas fantasias”. Neste raciocínio, constata-se que a criança que está vivenciando uma



perda parental, por motivo de morte, vai possuir conteúdos referentes a esta, e, desta forma, fantasiar e assumir papéis, na brincadeira, pode vir a ser sofrido pelo fato do infante entender-se, sentir-se revivendo a morte na sua concretude.

Sobre este panorama, analisa-se que as intervenções do psicólogo devem permear o estímulo à criatividade, à capacidade para a brincadeira, para “unir ou relacionar elementos dispersos num elemento novo e diferente” (BROERING; FRANÇA, 2007, p. 5). Pois, o fortalecimento de um ego elástico, com capacidade para abarcar experiências novas e que seja tolerante à frustração é de suma importância para à expressão de sentimentos pela criança, conseqüente elaboração do luto e prosseguimento da vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trazendo à luz a temática que norteou este artigo, verificou-se que o mesmo tem como pretensão angariar contribuições para as intervenções da Psicologia, no que tange a elaboração do luto infantil.

Destaca-se, de início, que a coleta de materiais, estudos em torno da questão da morte não foi de fácil acesso, visto que se constatou ser uma problemática a qual todos nós buscamos negar. Este fato, é compreendido pelo, supõe-se, não expressivo número de psicólogos que se inclinam sobre este assunto, posto que para que o profissional se proponha a ajudar o sujeito a transpor suas vivências, fases de luto, precisa considerar, aceitar a morte e, sobretudo, que a morte possa atingir a si e a sua família.

Kübler-Ross (1998), advoga que a modalidade atual de se lidar com a morte prejudica o sujeito e,

sobretudo, as crianças, pois inviabiliza o falar a respeito e o desinvestir no objeto perdido, bem como investir em um novo objeto. Prosseguindo neste sentido, a autora supramencionada assegura que é de suma importância que as crianças, diante da morte de um familiar, participem de conversas onde o falecido seja protagonista.

Assim sendo, justificando a essencialidade do luto infantil ser trabalhado, elaborado, sondou-se acerca das repercussões de um luto não transposto e concluiu-se que este pode direcionar a criança a retroceder seu desenvolvimento e a incapacidade, inadequação frente à realidade. No entanto, descobriu-se, também, acerca da continuidade da vida infantil sem a presença do cuidador significativo, que esta pode desencadear sintomas como baixa autoestima, baixo desempenho escolar, enurese, depressão e, até mesmo, pensamentos e tentativas suicidas.

Contudo, no que se refere ao brincar psicoterápico, como ferramenta para a elaboração do luto da criança, entendeu-se que este, originalmente próprio do infantil, permite, fomentar a comunicação entre o mundo externo e o interno da criança. Que, através deste e da utilização de objetos reais (citam-se os brinquedos), o interior da criança, com seus sofrimentos, poderia ser acessado e, esta, poderia vislumbrar a revelação de suas fantasias e resignificá-las.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Fernanda. “No Meu Brincar, Eu Te Digo Quem Eu Sou”. Cadernos FAFIRE. Recife, v.3, n. 9, p. 55-61, jan./fev. 2004. Bimestral. ISSN 1676-7349.

BROERING, Camilla Volpato; FRANÇA, Grazielle Rocha. Caso Clínicó: avaliação psicológica de uma criança com capacidade lúdica inibida. 2007. p. 1-17. Disponível em: < [http://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo](http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo).



- php?codigo=A0360>. Acesso em: 13 set 2011.
- FELICE, Eliana Marcello de. O Lugar do Brincar na Psicanálise de Crianças. *Psicologia: teoria e prática*. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 71-79, jun. 2003. ISSN 1516-3687. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872003000100006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872003000100006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 jul. 2011.
- FRANCO, Ana. O Luto na Infância – “A vida de quem fica”. [s.d.]. p. 1-10. Disponível em: <<http://www.csericeira.org/ficheiros/79luto.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2011.
- FRANCO, Maria Helena Pereira; MAZORRA, Luciana. Criança e Luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v.24, n. 4. p. 503-511. out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a09.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2011.
- FREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud - Vol. XVIII: Psicologia de Grupo e Análise do Ego. (p.79-145) In: FREUD, Sigmund. Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos (1920 – 1922). Tradução do alemão para o inglês por Jayme Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1996c. 317 p.
- KUBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 299 p.
- LIMA, Vanessa Rodrigues de; KOVÁCS, Maria Júlia. Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação à criança. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v.31, n.2, p.390-405, abr.2011. Trimestral. ISSN 1414-9893.
- LOUZETTE, Fernanda Lucena; GATTI, Ana Lúcia. Luto na Infância e as suas Conseqüências no Desenvolvimento Psicológico. *Revista Eletrônica*. n. 1. p. 77-79. Ago. 2007. Disponível em: <[ftp://ftp.usjt.br/pub/revistaic/pag77\\_edi01.pdf](ftp://ftp.usjt.br/pub/revistaic/pag77_edi01.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2011.
- PEDRO, Ana. et. al. A Vivência da Morte na Criança e o Luto na Infância. p. 1-15. 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0226.pdf>>. Acesso em: 23 set.2011.
- SANTOS, Jania Alves dos. Psicodrama: uma intervenção na elaboração do luto. 2008. 46 f. Monografia (Especialista em Psicodrama Terapêutico). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2008. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/HUMANAS/8%20-%20Psicodrama%20Uma%20Intervencao%20na%20Elaboracao%20do%20Luto.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2011.
- SILVA, Jeane Kátia dos Santos; SANTOS, Izaura Moraes. Psicoterapia Infantil: um segredo da Psicanálise. 2008. 50 f. Monografia (Especialização em Psicanálise Clínica). Faculdade Teológica Útil do Saber, Serra, 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/4807272/MONOGRAFIAPSICANALISE-INFANTIL-UM-SEGMENTO-DA-PSICANALISE>>. Acesso em: 25 jul. 2011.
- TORRES, Wilma da Costa. O Conceito de Morte em Crianças Portadoras de Doenças Crônicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 18, n. 2. p. 221-229. mai./ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n2/a12v18n2.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2011.
- WINNICOTT, D.W. O Brincar e a Realidade. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu; Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1975. 203 p.
- WINNICOTT, D.W. A criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- ZAVASCHI, Maria Lucrecia S. et. al. Psicoterapia de Orientação Analítica na Infância. In: CORDIOLI, Aristides Volpato (Org.). *Psicoterapias: abordagens atuais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 441-457.



# síndromes

REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

**MINICURSO** **TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Conceito  
História  
Causas  
Consequências  
Sintomas  
Hiperatividade  
Características Gerais do TDAH

## **MÓDULO 1**

### **Introdução ao TDAH**

Lednalva Oliveira Cordeiro Batista  
Serrinha-BA 2011

# TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Ele é chamado às vezes de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção). Em inglês, também é chamado de ADD, ADHD ou de AD/HD. Os principais sintomas são: falta de atenção, impulsividade e excesso de atividade. Apesar de não haver exames de imagem que comprovem a existência do transtorno, é consenso da comunidade científica a existência do mesmo. Podemos dizer que ainda não há um consenso científico sobre as causas do TDAH. Considerando o fato que o fenótipo dessa patologia é complexo e variado, pode-se inferir que sua causa também o seja, sendo múltiplas as causas e



fatores de risco implicados.

No aspecto neuroquímico, o TDAH é concebido como um transtorno no qual os neurotransmissores catecolaminérgicos funcionam em baixa atividade. A ênfase está na desregulação central dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos que controlam a atenção, organização, planejamento, motivação, cognição, atividade motora, funções executivas e também o sistema emocional de recompensa (Solanto et al, 2001).

Existem outras hipóteses científicas sobre os mecanismos anatômicos, fisiopatológicos e bioquímicos (Biederman et al. 2007; Spencer 2007). Estudos

usando metodologias clínicas (Still 1902; Grattan and Eslinger 1992; Barkley 1998), neurobiológicas (Alexander, 2000), neuroquímicas (Himelstein, 2000), neuropsicológicas (Halperin, 1991), neurofisiológicas (Tannock, 1998; Himelstein 2000), psiconeurofarmacológicas (Himelstein, 2000) e neuroimageológicas (Sieg et al. 1995; Gustafsson, 2000; Schweitzer et al. 2000), concordam que o TDAH parece ser uma doença de origem multifatorial, com componentes genéticos e ambientais, onde provavelmente vários genes anômalos de pequeno efeito em combinação com um ambiente hostil, formatariam um cérebro alterado em sua estrutura química e anatômica. Os circuitos cerebrais envolvidos são os relacionados ao controle da atenção e dos impulsos – fronto-estriatais, límbicos e cerebelares – e as estruturas neuroquímicas são os sistemas dopaminérgico e noradrenérgico (Barkley 1998, 2002; Biederman 2005)

## HISTÓRICO:

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV) da Associação Psiquiátrica Americana-APA o TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é resultado de estudos científicos realizados desde o início do século XX. O TDAH antigamente

era conhecido como “Disfunção Cerebral Mínima”, mais tarde passou a chamar-se “Síndrome Infantil da Hiperatividade” e então nos anos 70 com o reconhecimento da ausência de controle de impulsos e do componente deficit de atenção passou então a ter a denominação a qual perdura até os dias de hoje: Transtorno de

Déficit de Atenção e Hiperatividade. Denominação que passou a englobar tanto a hiperatividade como a impulsividade, que podem ter origem na maturação ou imaturação do sistema nervoso central tais como: comprometimento da coordenação motora grossa e/ou fina, disfunções de fala, distúrbios de comportamento.

George Frederic Still, em 1902, fez alguns estudos com grupos de crianças que apresentavam características agitadas, desafiadoras, agressivas, passionais, com a finalidade de obter

delas um comportamento mais aceitável. Descobriu que, por não existirem maus tratos pelos pais, os problemas deveriam ser de origem biológica, pois alguns membros da família possuíam

problemas psiquiátricos como depressão, problemas de conduta, alcoolismo, dentre outros (HALLOWELL, 1994, p. 271).

## CAUSAS

Causas ambientais, tais como, desvantagem social, famílias numerosas e superlotação também já foram apontadas.

“As chances de uma criança sofrer de hiperatividade e Déficit de Atenção aumenta se a mãe fumar na gravidez. Médicos da Universidade de Harvard notaram que 22% dos pacientes estudados eram filhos de fumantes” (VEJA, 1996, p. 18)



Sua origem é genética e seus portadores apresentam uma taxa menor de dopamina, um neurotransmissor responsável pelo controle motor e atenção, tendo como consequência a falta de concentração, característica primordial do hiperativo, e o esquecimento daquilo que lhe é pedido.

A incidência é maior em meninos, chegando a 80% dos casos, do que em meninas, e por esse motivo pode estar relacionado ao hormônio masculino, a testosterona. Em alguns casos, meninas com TDAH apresentam gestos masculinos e fala grossa como consequência de um aumento nessa taxa de hormônio.

Porém são muitos os casos de crianças com suspeita de TDAH, em que a falta de disciplina, regras, limites e estimulação, seja confundido com Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

## SINTOMAS:

O principal sintoma é a dificuldade em manter o foco da atenção e/ou manter-se quieta, estes sintomas podem se manifestar de diversas formas:

- Têm dificuldades para manter atenção em atividades muito longas, repetitivas ou que não lhes sejam interessantes.
- Esquecem recados, material escolar ou até mesmo o que estudaram na véspera da prova.
- As crianças com TDAH, em especial os meninos, são agitadas ou inquietas, frequentemente ganham apelidos e ficam estigmatizados
- Na idade pré-escolar, estas crianças mostram-se agitadas, movendo-se incessantemente, mexendo em vários objetos.
- Mexem pés e mãos, não param quietas na cadeira.
- Falam muito e constantemente, frequentemente pedem para sair de sala ou da mesa de jantar.
- São facilmente distraídas por estímulos do ambiente externo, mas também se distraem com pensamentos “internos”, dando a impressão de estarem “voando”.
- Nas provas, são visíveis os erros por distração (erram sinais, vírgulas, acentos, etc.).
- Seu desempenho sempre parece inferior ao esperado para a sua capacidade intelectual.
- Tendem a ser impulsivas (não esperam a vez, não lêem a pergunta até o final e já respondem, interrompem os outros, agem antes de pensar).
- Dificuldades com relação a horários, frequentemente não os cumprem.
- É comum apresentarem dificuldades em se organizar e planejar aquilo que querem ou precisam fazer.
- Dificuldades com relação a escala de prioridades

# HIPERATIVIDADE

Para caracterizar um hiperativo é importante se levar em conta o tempo que a pessoa começou a apresentar os sintomas. Segundo o DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) os sintomas deverão ser ininterruptos e com duração mínima de seis meses e em mais de uma situação, em casa, escola, trabalho etc.



É importante que seja observado com muito cuidado porque existem crianças que apresentam algumas destas características, mas não são hiperativas,

são crianças agitadas devido a alguma situação pela qual esteja passando, ou consequência de uma educação ineficaz quanto a regras, limites ou até mesmo a alguma condição de saúde a ser investigada.

É importante considerar que a atividade verbal e motora, varia de pessoa para pessoa, bem como as características de personalidade. Nem todas as pessoas são capazes de exercer o auto-controle de regulação e adaptação de acordo com o ambiente e a situação. Quando se fala de hiperatividade, deve-se levar em conta a quantidade excessiva de atividade motora ou verbal, usando como parâmetro o meio onde está inserida a pessoa, a sua situação vivida e a idade. A atividade pode ser classificada em três níveis:

**Normal:** Comportamentos e opiniões adaptados as

situações.

**Alta:** Frequência excessiva ao executar comportamentos, alcançar objetivos emitir opiniões, sem dificuldades de adaptação as situações

**Baixo:** Pouca frequência na execução de comportamentos, emissão de opiniões, porém sem dificuldades para adaptá-las as situações.

Porém nenhum dos três níveis pode ser considerado hiperatividade, pois somente será levado em conta se considerado outros fatores como:

- Capacidade de persistência na atividade
- Capacidade de inibi-la e controlá-la, ajustando-a ao contexto inserido
- Frequência, duração e intensidade da atividade motora e/ou verbal.

## Formas de manifestação

- O indivíduo parece estar em constante movimento: movimentação com frequência mãos, pés e/ou balançam o corpo de alguma maneira.
- Dificuldades de se manter quieto ou sentado por muito tempo e mudam de posição frequentemente.
- Tocam tudo com as mãos.
- Atividade por atividade sem motivo que explique a ação.
- Verborragia, ou seja falam demais.
- Assobiam, cantam ou criam diferentes sons com a boca.
- Menos necessidade de dormir e parecem nunca se cansar.

## Possíveis consequências

- São indivíduos tidos como “estabanados”, pouco cuidadosos, quebram e derrubam coisas com muita frequência e fazem muito barulho.
- Estão sempre envolvidos com atividades perigosas.
- Maior frequência de acidentes.
- Atrapalham o ritmo da classe na qual estão inseridos.
- São incontroláveis e inoportunos.
- Despertam rejeição dos colegas.
- O comportamento impacta no nível de aprendizado.

## Características Gerais:

Uma criança ou um adulto hiperativo pode estar em qualquer lugar; batendo os pés, sentando e levantando a todo o momento, cantando sem parar, associando em horas impróprias, distraíndo-se com facilidade, impacientes em filas, não se mantêm sentado durante as refeições, não se concentra em um canal de televisão mudando sempre, faz movimentos desnecessários com o corpo, possui gestos bruscos, tem sono agitado, perde-se no tempo.

O hiperativo apresenta certa incoordenação motora. Possui dificuldade para andar de bicicletas, patins, pular cordas, subir em árvores, abotoar roupas, amarrar sapatos, fazer recortes com tesoura, arremessar bola etc.

Conforme Golfeto, a criança hiperativa apresenta dificuldade em distinguir direita de esquerda, alterações de memória visual e auditiva, em orientar-se no espaço, fazer discriminações auditivas, em elaborar sínteses auditivas, além de possuir má estruturação do esquema corporal (1992, p. 12).

Em geral, é desorganizada, distraída, esquecida, bagunceira, não gosta de limites, possui dificuldades em completar tarefas, e nos relacionamentos com colegas.

Estas características ficam mais evidentes e perceptivas no período escolar cujo nível de concentração deve aumentar para que ocorra a aprendizagem.

Na escola é a criança problema, respondendo aos professores com agressão, não respeitando limites, xingando e batendo nos colegas, não se concentrando e atrapalhando as aulas, o que prejudica seu rendimento escolar.

Geralmente é apontada como desorganizada pelos professores. Quando começa uma atividade quase sempre não a faz ou deixa pela metade, interessando-se por outra e depois por outra e assim nunca conclui o que começou, não registra as atividades para casa na agenda escolar, prejudicando sua aprendizagem.

Por não conseguir terminar suas tarefas, não parar quieto na sala, mexer com todo mundo atrapalhando a aula, é bombardeada por palavras desagradáveis seja por partes dos professores ou colegas. Esta atitude tende a baixar sua auto-estima.

Em casa deixa os pais desorientados. Bagunça o quarto, não senta à mesa para refeições, não obedece. Os pais devem estar atentos para quando perceber um comportamento excessivamente agitado e unido às queixas escolares, procurar um especialista, de preferência o Psicopedagogo Clínico, para uma avaliação através do levantamento diagnóstico, e encaminhamentos multiprofissionais que julgar necessário, como neurologista, psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo etc. Uma vez que não é possível a nenhum especialista conseguir sozinho fechar um diagnóstico de TDAH.

É importante que as queixas não sejam somente em casa, mas que se apresentem em outros lugares também, assim descarta-se a hipótese de querer aborrecer os pais por algum motivo que lhe esteja incomodando como o nascimento de um irmão, os pais trabalharem fora muito tempo e não lhes dar atenção etc.

ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção – Como diagnosticar crianças e adolescentes – <http://www.tdah.org.br/diag01.php>  
ALMEIDA, Geraldo Peçanha de. Teoria prática em psicomotricidade. Curitiba G. P. 2004.

ARAÚJO, Mônica; SILVA, Sheila Aparecida Pereira dos Santos – Comportamentos indicativos do Indisciplinado ou hiperativo. In: NOVA escola. São Paulo. Fundação Victor Civita. 2000; n.º 132; pp 30-32.  
LOPES, Maria Glória. Jogos na Educação: Criar, Fazer, Jogar. 5ª ed. São Paulo, Cortez, 2002.

MACHADO, Nilson José. Epistemologia e Didática: as concepções de conhecimento e inteligência e a prática docente. São Paulo: Cortez, 1995.

PERRENOUD, Philippe. Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas. Porto Alegre; Artmed, 1999.

KISHIMOTO. Tisuko M. (Org); Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação, 5 ed, São Paulo Cortez, 2001

SACRISTÁN, J. G. e Pérez Gómez, A.I. Compreender e transformar o ensino. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

NECATI-Núcleo de Estudos Capacitação e Terapias Integradas – TDAH – e Diagnósticos Precipitados <http://www.webartigos.com/authors/33986/Lednalva-Oliveira-Cordeiro-Batista>



# 1º Congresso de Acessibilidade para pessoas com deficiência e necessidades especiais será online e gratuito

O Congresso de Acessibilidade, idealizado pela consultora em acessibilidade e inclusão Dolores Afonso, será o primeiro congresso nacional da área a ser realizado de forma totalmente gratuita pela internet. O evento acontecerá entre os dias 21 e 27 de setembro de 2014, coincidindo com a comemoração do Dia Nacional de Luta pela Inclusão das Pessoas com Deficiência.

Tendo nascido de um sonho de um mundo melhor - mais inclusivo -, contará com mais de 30 renomados especialistas de diversas áreas: inclusão, diversidade, acessibilidade, saúde, relacionamento, carreira, empreendedorismo, direitos humanos, tecnologias de informação e comunicação, assistivas e para reabilitação, entre outros. Eles trazem informações, conhecimentos e oportunidades que podem mudar a vida das pessoas com deficiência ou necessidades especiais. O evento poderá ser assistido por computadores, tablets e celulares.

As palestras serão veiculadas com legenda, audiodescrição e tradução em Libras para ser acessível a todos.

O site do congresso também é acessível, oferecendo opções de aumento de fonte e de tradução de todo o conteúdo em Libras,

além de, é claro, poder ser acessado pelos leitores de telas.

“Este será um evento sem precedentes no país, muito esperado pelos mais de 45 milhões de brasileiros com deficiência e pelos outros milhões com necessidades especiais que lutam por uma vida digna no Brasil. Tenho certeza de que este evento mudará a vida de milhares, quem sabe milhões de pessoas por todo Brasil. Ficar de fora é o mesmo que desistir da sua vida e de seus sonhos!”, diz





Dolores Affonso, Diretora Executiva da Affonso e Araujo Consultoria, deficiente visual e idealizadora do Congresso de Acessibilidade.

O evento contará com palestras, como a da própria Dolores Affonso, que ensina os 5 passos para superar a deficiência e mudar de vida, alcançando autonomia e liberdade; a do Fernando Lemos, sobre tecnologias para inclusão; a do Prof. Neivaldo Zovico da FENEIS, sobre a comunicação dos surdos; a da Laramara, sobre tecnologias assistivas e mobilidade, entre tantas outras e entrevistas, como a de Lars Graef, contando sua história de superação.

Além de mais de 30 especialistas, o evento também trará representantes dos projetos e políticas públicas de inclusão e entidades de apoio aos deficientes explicando sobre os direitos das pessoas com deficiência, programas, projetos e eventos, e muito mais.

O congresso contará ainda com um espaço virtual para parceiros, com informações de contato de diversas organizações de apoio ao deficiente; empresas de recolocação, formação e capacitação profissional; empresas desenvolvedoras de tecnologias de informação e comunicação, assistivas e para reabilitação, sites de relacionamento, agências de turismo acessível, projetos de esporte adaptado, cultura acessível, arquitetura humanista, moda inclusiva e muito mais.

## Público

O evento foi pensado para atender as necessidades de todos: pessoas com e sem deficiência e/ou necessidades especiais, pais, amigos e demais interessados no tema; educadores, instituições de ensino e empresas que precisam se tornar acessíveis e inclusivas; organizações não governamentais, órgãos e entidades públicas de apoio, profissionais da saúde, arquitetos, web designers,

cuidadores, enfermeiros, profissionais da área de cultura, esporte e todos que precisam conhecer as necessidades especiais, expectativas, capacidades e potencial das pessoas com deficiência e suas reais possibilidades de participação na sociedade, para realizarem melhor suas atividades pessoais e profissionais.

As pessoas, empresas e instituições que se interessarem em transformar vidas podem participar do congresso como parceiros, apoiadores, patrocinadores, fornecedores de brindes, divulgadores de produtos, entre outros. Para isso, entrem em contato com a idealizadora do evento Dolores Affonso (contato@congressodeacessibilidade.com).

Acesse nosso site [www.congressodeacessibilidade.com](http://www.congressodeacessibilidade.com) e conheça os palestrantes e temas que serão abordados durante o congresso.

## Serviço

Evento: Congresso de Acessibilidade  
Datas: De 21 a 27 de setembro de 2014

Local: Online

Preço: Gratuito

Inscrições e mais informações: [www.congressodeacessibilidade.com](http://www.congressodeacessibilidade.com) e [contato@congressodeacessibilidade.com](mailto:contato@congressodeacessibilidade.com)

## Atendimento à imprensa

**Patrícia Arantes**  
**Assessora de Imprensa**

RZT Comunicação

[www.rztcomunicacao.com.br](http://www.rztcomunicacao.com.br)

Fones: (11) 5051-8142 e (11) 99873-6008

[patricia@rztcomunicacao.com.br](mailto:patricia@rztcomunicacao.com.br)



# Conhecer 2014 ES

Apresentação  
de trabalhos  
científicos

## PREPARE-SE PARA O MAIOR CONGRESSO EDUCACIONAL DO ESTADO

19 a 21 de setembro de 2014 | SESC Praia Formosa - Aracruz- ES

### MINI CONGRESSOS

Dificuldade de aprendizagem | Psicomotricidade | Gestão na Escola Pública  
Gestão na Escola Particular | Escola de Palestrantes | Música na Escola | Inclusão  
Creches e Berçário - 0 a 3 anos | Educação Infantil - 4 e 5 anos | Família e Escola

Tema central:

**Formação de Professores:**  
O despertar de uma nova prática pedagógica.

Mais informações:

Tel.: 27 3183-6500 / 99901-0145  
[www.maxima.art.br](http://www.maxima.art.br)



Realização:



**Instituto**  
Conhecer

Organização:

**máxima**  
EVENTOS  
FORMATURAS



**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS  
DE ENSINO E PESQUISA**

II CONGRESSO E XI JORNADA DE

# PSICOLOGIA DA SAÚDE

DO HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

## COORDENAÇÃO

Cristiane Ferraz Prade  
Daniela Achette  
Fernanda Rizzo di Lione  
Francisco Carlos Gomes dos Santos

## PÚBLICO-ALVO

Profissionais e acadêmicos da área de psicologia  
e demais profissionais da área da saúde

## OBJETIVOS

Propiciar o desenvolvimento de conhecimento científico e reflexões sobre a atuação do psicólogo da saúde. Oferecer espaço de troca de experiências e discussão sobre as diferentes possibilidades de atuação do psicólogo

## INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES

Pelo site: [www.hospitalsiriolibanes.org.br/ensino](http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/ensino)  
telefone: 11 3155-8800 ou e-mail: [iep@hsl.org.br](mailto:iep@hsl.org.br)

## LOCAL

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa  
Rua Coronel Nicolau dos Santos, 69  
Bela Vista - São Paulo - SP

## AMPLIE SUA PARTICIPAÇÃO

Envie seu trabalho para análise até 08/08,  
consulte as orientações em nosso site

5<sup>a</sup>7  
SET  
2014



## WORKSHOPS - 05/09



Práticas integrativas  
no Hospital Geral



Psicologia e ginecologia



Cuidados paliativos:  
da criança ao adulto



Intervenção em grupo  
nas instituições de saúde



Neuropsicologia:  
avaliação e reabilitação



Psicologia  
e cardiologia

VAGAS  
LIMITADAS

[WWW.HOSPITALSIRIOLIBANES.ORG.BR/ENSINO](http://WWW.HOSPITALSIRIOLIBANES.ORG.BR/ENSINO)

CONHEÇA TAMBÉM: CURSOS • CONGRESSOS E SIMPÓSIOS • PÓS-GRADUAÇÃO • RESIDÊNCIA • REUNIÕES CIENTÍFICAS