

PSICOPEDAGOGIA E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Claudete Sargo; Suely Grimaldi Moreira

RESUMO – A partir de um relato de caso, propõe-se um modelo de atendimento psicopedagógico com crianças e adolescentes com Transtornos Psiquiátricos ou Distúrbios Globais do Desenvolvimento.

UNITERMOS: Transtornos de aprendizagem. Psiquiatria infantil.

INTRODUÇÃO

Nosso interesse em apresentar este tema é decorrente da observação que temos feito, em nossos consultórios, sobre a grande porcentagem de alunos, na população escolar, portadores de Transtornos Psiquiátricos, também chamados de Distúrbios Globais do Desenvolvimento. Este fato tem ocorrido, principalmente, a partir da promulgação, em 1996, da Lei 9394, segundo a qual é necessário garantir o acesso e a permanência às crianças portadoras de necessidades especiais nas escolas regulares.

Recentemente (1999), foi realizado um estudo por pesquisadores da Universidade de São Paulo e da Universidade de Londres, os quais verificaram que 12,5% de alunos entre sete e catorze anos, que freqüentam nossas escolas, apresentam um ou mais transtornos psiquiátricos que exigem tratamento imediato, mas não, necessariamente, medicamentoso.

Observamos, em nossa experiência, que os indivíduos com transtornos de aprendizagem podem, também, ser portadores de Distúrbios Globais do Desenvolvimento, uma vez que estes

produzem um impacto bastante negativo sobre o rendimento escolar, e não raro a “dificuldade na escola” ser a queixa principal. Nessa medida, é importante avaliarmos todas as possibilidades a fim de fazermos diagnósticos e intervenções apropriados.

A partir da história de Maria, contaremos como temos conduzido nosso trabalho com essas crianças.

Essa história pode ser resumida da seguinte forma: um casal não conseguia ter filhos e adotou uma menina, quando ela tinha 5 dias, a qual deram o nome de Maria. O desejo de adoção sempre foi maior por parte da mãe do que do pai. Depois de 3 anos, nasceu um filho natural do casal. Ao nascer o irmão, Maria manifestou um comportamento de muito ciúme, levando a família a tomar excessivos cuidados para que ela não agredisse o bebê.

Nessa mesma época, começou a freqüentar a escola de educação infantil. Até o início da 2ª série do ensino fundamental (8 anos), a mãe relata que ela apresentava um desempenho pedagógico e disciplinar razoável. A partir daí, começou a ter dificuldades pedagógicas e atitudinais importantes.

Claudete Sargo – Pedagoga; Psicopedagoga; Mestre em Psicologia Educacional.

Suely Grimaldi – Pedagoga; Psicóloga; Psicopedagoga; Mestre em Psicologia Educacional; Trainee da SBPA-SP.

Correspondência

Rua Claudina Silva, 69 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: (11) 3887-8500

E-mail: clausargo@uol.com.br

Na 3ª série, piorou tanto que foi preciso transferi-la para uma nova escola mas, imediatamente, começou a apresentar os mesmos comportamentos que apareciam na escola anterior. Antes mesmo do final do ano, foi afastada da nova escola e, após ficar um tempo sem estudar, o casal buscou atendimento psicopedagógico e orientação para fazer uma transferência para outra escola que pudesse contê-la. Maria já havia se submetido a um tratamento psicoterapêutico para elaborar a questão da adoção.

Além do baixo desempenho escolar, os pais relataram as seguintes queixas: era mal humorada, excessivamente irritada, malvada, vingativa, desafiava as autoridades, perdia facilmente a calma, culpava outros por suas más condutas, batia em todos, inclusive nos adultos, irritava, propositadamente, as pessoas com quem convivia e, principalmente, negava-se a atender qualquer solicitação ou instrução. Ultimamente não queria mais freqüentar a escola.

Ao conhecer a garota e iniciar a avaliação psicopedagógica, alguns desses comportamentos apareceram nas entrevistas, juntamente, com muita tristeza, desânimo e descrédito. Maria era uma menina bastante introvertida.

De posse dos dados obtidos durante a avaliação, suspeitamos que ela pudesse ser portadora de algum transtorno psiquiátrico, talvez, Distúrbio Desafiador por Oposição (ODD)¹. Fizemos algumas entrevistas com os pais que nos contaram sobre a dificuldade que tinham para colocar limites, ora colocavam limites inconsistentes, ora abusivos. Verificamos que Maria tinha perdas e ganhos desnecessários, que o ambiente doméstico era estressante, que os pais tinham entre si relações agressivas, assim como para com a criança, constantemente agrediam-na como resposta inicial a certas situações. Apresentavam ainda muita dificuldade em lidar com as emoções da criança. Sabemos que este distúrbio de comportamento acontece muitas vezes com crianças adotadas e com pais portadores de distúrbios psiquiátricos.

Antes mesmo de concluirmos a avaliação psicopedagógica, orientamos os pais para que

procurassem um psiquiatra. O diagnóstico do psiquiatra foi, realmente, o de Transtorno Desafiador Opositivo. A princípio, não foi medicada mas, foi encaminhada para psicoterapia.

A partir de nossa avaliação, concluímos que Maria não estava processando, adequadamente, sua estrutura cognitiva, pois, impunha como real o seu imaginário, utilizando-se predominantemente de fantasias com conteúdos agressivos.

Diante desses diagnósticos, elaboramos o seguinte plano de ação: a) Indicação de uma escola que pudesse contê-la em suas dificuldades; b) Indicação de um trabalho psicopedagógico com duas sessões semanais; c) Indicação de psicoterapia individual; d) Indicação de um trabalho de psicoterapia familiar; e) Indicação de um acompanhante psicopedagógico, devidamente orientado, que iria à casa dela para brincar e acompanhar nas tarefas diárias da escola; f) Planejamento de visitas, mensais ou quando necessário, à escola para orientar quanto aos procedimentos a serem adotados diante de seus comportamentos; g) Planejamento de reuniões mensais com a equipe de profissionais para trocarmos informações e direcionarmos nosso trabalho.

Nas sessões de psicopedagogia, oferecíamos atividades com assuntos associados à psicodinâmica do transtorno de oposição (recursos que nos possibilitavam trabalhar a relação pais e filhos, o sentimento de pertença, tolerância, limites, aceitação de regras, entre outros). Procurávamos estabelecer uma relação em que ela pudesse experimentar o sentimento de ser aceita, querida e confirmada. Para que não se opusesse às solicitações feitas, oferecíamos sempre duas ou três alternativas de escolha. Diante da sua produção ou do seu comportamento colocávamos poucas expectativas, dávamos instruções sempre muito claras e buscávamos fazer contratos de trabalho e de atitudes. Utilizávamos técnicas de relaxamento, com música, toques corporais, desenhos, pinturas e massinhas, conversávamos e executávamos planos sobre o que fazer quando ocorresse alguma situação de conflito no dia-a-dia, para isso utilizávamos, algumas vezes,

dramatizações. Quando aparecia algum comportamento de oposição, procurávamos compreendê-la e não confrontá-la, não demonstrando impaciência, frustração ou rigidez. Todas essas atividades eram realizadas tendo em vista a reorganização da estrutura cognitiva articulada com a estruturação afetiva. Acreditávamos que se pudessemos ajudá-la a organizar sua estrutura cognitiva, conseguiríamos facilitar, não só a aprendizagem escolar, como a elaboração dos conflitos desencadeadores do seu distúrbio.

Essas mesmas condutas foram sugeridas à escola e à família. A escola foi orientada a sentá-la num lugar estrategicamente planejado, com o intuito de poder facilitar o atendimento, quando necessário. Foi sugerido que aproveitassem o grupo classe para propiciar um processo ensino-aprendizagem cooperativo.

Esse trabalho transcorreu no decorrer de 3 anos e o resultado foi extremamente satisfatório, Maria adaptou-se bem à escola e está apresentando um bom aproveitamento pedagógico. Eventualmente, necessita de aulas de reforço nas disciplinas dissertativas, pois Matemática é seu forte. Hoje, Maria está na 5ª série, ainda continua em atendimento psiquiátrico esporádico, acompanhamento psicopedagógico e psicoterápico e logo poderá receber alta gradativa.

Com este relato procuramos demonstrar que o baixo rendimento escolar tem aspectos inespecíficos, necessitando de muita atenção e sensibilidade do profissional para entrar no mundo do paciente, uma vez que nem sempre podemos atribuir toda responsabilidade à estrutura intelectual.

Os transtornos psiquiátricos podem, com frequência, gerar desequilíbrio na estrutura cognitiva, levando a criança a não acionar ou acionar parcialmente seus esquemas de ação, ou realizar a internalização prematura dos esquemas cognitivos, que, ao invés de permitir a antecipação, faz com que a criança imponha como real o seu imaginário².

As relações sociais, também, precisam ser cuidadas, pois as crianças com esses transtornos, por serem vistas como diferentes, costumam

receber rótulos, muitas vezes pejorativos, como "louco", "burro", "agressivo", "mentiroso" entre outros. Esses rótulos ou apelidos rebaixam a auto-estima e prejudicam a construção da identidade, pois se transformam em complexos patológicos que, se não cuidados, vão acompanhá-lo durante toda sua vida. Sendo assim, se o processo educativo não for bem conduzido, uma dificuldade pode se tornar um transtorno que se perpetua³.

A presença dessa criança na escola, que na maioria das vezes apresenta um comportamento muito diferente da maioria, impacta as outras crianças de maneira diversa. Nessa medida, é preciso que a escola tenha como postura em educação, abrigar as diferenças e considerar as necessidades especiais de todas as crianças e não apenas as dos alunos que são discriminadas como especiais.

No consultório, quando suspeitamos que, além do transtorno de aprendizagem, existam outros transtornos, clinicamente significativos, e que possam estar provocando sofrimentos ou prejuízos, mesmo que não só para a aprendizagem - nosso foco de atenção - mas também, para o desenvolvimento global, devemos recorrer a um trabalho multidisciplinar, com profissionais de outras especialidades, dependendo do distúrbio, como: neurologistas, psiquiatras, psicólogos, analistas, endocrinologistas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicomotricistas, pediatras, entre outros. Observamos em nossos estudos que, ainda que o transtorno de aprendizagem possa ocorrer, paralelamente, a outros transtornos psiquiátricos, isto não garante que o primeiro seja a causa de um baixo rendimento escolar, ocasionalmente, pode ser o resultado.

Os transtornos psiquiátricos com os quais podemos nos deparar no trabalho clínico são: Transtorno Mental, de Comunicação, Autista, de Déficit de Atenção e Hiperatividade, de Conduta, Desafiador Opositivo, de Tique, Obsessivo Compulsivo, Amnésico, Psicótico, de Humor, de Ansiedade, Somatoforme, Dissociativo, de Identidade Sexual e de Gênero, Alimentares, de Sono, de Controle dos Impulsos, de Perso-

nalidade, entre outros descritos no Manual do DSM – IV⁴. Para que o psicopedagogo possa reconhecê-los é preciso que busque, antes de tudo, conhecê-los.

Ao concluir o diagnóstico diferencial e psicopedagógico, passamos a definir um plano de ação que compreende: a definição do número de sessões psicopedagógicas, a indicação de escola e especialistas para trabalhar com a criança e com a família, a postura a ser adotada com a criança, os recursos a serem utilizados, a forma de trabalhar com a família, com a escola e com outros especialistas. Para nos auxiliarem no trabalho psicopedagógico, recorreremos, também, a *personal trainers* ou aulas específicas (esporte, música, artes, etc), acompanhantes psicopedagógicos e professores particulares, dependendo das possibilidades e necessidades da criança.

No *setting* psicopedagógico, podemos utilizar o diálogo que favorece a reflexão, técnicas expressivas, técnicas dramáticas, técnicas corporais, marionetes do *self*, materiais

pedagógicos, multimídia, jogos, entre outros.

Todos esses recursos são selecionados tendo em vista as modalidades de funcionamento da estrutura cognitiva apresentadas por Piaget (1958)⁵, da tipologia (1967) e dos dinamismos psíquicos que impulsionam o desenvolvimento estruturados por Jung (1978)⁶ e das características do transtorno psiquiátrico que acomete a criança, descritos no DSM - IV⁴.

Procuramos, ainda, encaminhar a família para acompanhamento psicoterápico para trabalharem a dinâmica familiar.

Com relação à escola, buscamos esclarecer as pessoas que têm contato direto com o aluno, sobre o diagnóstico e como devem proceder no atendimento das necessidades requeridas pelo transtorno e sua psicodinâmica.

Esses são os procedimentos que sugerimos quando, nós, psicopedagogos, somos o primeiro profissional a ser procurado pela família de crianças que desconhecem que esta pode ser portadora de Transtornos Psiquiátricos.

SUMMARY

Psychopedagogie and psychiatrical disturbs

The authors propose a psychopedagogic mode attending with child and adolescents who have Psychiatric Disturbs or Global Development Disturbs.

KEY WORDS: Learning disorders. Child psychiatry.

REFERÊNCIAS

1. Wickes F. The inner world of childhood. New Jersey:Prentice Hall;1966.
2. Piaget J. Psicologia da inteligência. Rio de Janeiro:Fundo de Cultura;1958.
3. Sargo C. O berço da aprendizagem: um estudo a partir da Psicologia de Jung. São Paulo:Icone;2005.
4. First MB, Frances A, Pincus HA. Manual de diagnóstico diferencial do DSM IV – Porto Alegre:Artmed;2000.
5. Sargo C, Moreira SG. As modalidades de aprendizagem e os tipos psicológicos. Psicopedagogia 1996;15(39):6-9.
6. Jung CG. O Eu e o inconsciente. Petrópolis:Vozes;1978.