

ESTUDO DE CASO: A CLÍNICA PSICOPEDAGÓGICA EM BUSCA DE UM BOM DESEMPENHO ESCOLAR

Rosimeire ZEPPONE*

RESUMO: Esse trabalho apresenta resultados de um estudo de caso desenvolvido com uma criança com dificuldades de aprendizagem. A queixa principal foi a de que a criança tinha dificuldade de acompanhar texto, de escrever ditado, produzir texto independente, realizava trocas na escrita (f/v), não conseguia fazer ditado, confundia m e n, era lento na aprendizagem e desligado. Tinha um diagnóstico de TDAH e dislexia. A criança frequentou uma sala de Educação Especial e foi encaminhada para uma sala comum. A avaliação psicopedagógica da criança situou os recursos e as dificuldades de aprendizagem da criança por meio da avaliação de aspectos cognitivos, afetivos, psicolinguísticos e comportamentais. Pretendeu-se obter uma compreensão global da forma do aprender da criança, bem como, dos desvios que estavam ocorrendo no processo de aprendizagem e de adaptação escolar. A avaliação por meio das técnicas de avaliação psicopedagógica, proporcionou uma estratégia diagnóstica de intervenção com o objetivo de prevenir ou de re-significar o aprender, possibilitando traçar diretrizes para uma intervenção envolvendo sujeito, família e escola. Assim pode-se afirmar que, de acordo com os aspectos analisados e apontados a criança se beneficiou com o trabalho

* UFSCAR – Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Psicologia. São Carlos – SP – Brasil. 13565-905 – rosimeirezeppone@terra.com.br

psicopedagógico, utilizando os recursos disponíveis e resgatando seu potencial, agora despertado para o aprender com sucesso.

PALAVRAS-CHAVE: Aprendizagem. Dificuldades de aprendizagem. Dislexia. TDAH. Inclusão escolar. Educação especial.

PSICOPEDAGOGIA E APRENDIZAGEM HUMANA

Embora a preocupação com a aprendizagem humana seja antiga, na atualidade, certamente muitos já ouviram falar, outros vivenciam e muitos ainda temem o assunto, quando se trata de problemas escolares ou dificuldades na escola.

De acordo com Parreira et al. (2005) a psicopedagogia teve sua origem, provavelmente, a partir da necessidade que surgiu de se compreender o processo de aprendizagem humana e também as dificuldades que advêm.

É pelo fato do processo de aprendizagem humana ser complexo que a psicopedagogia apresenta um caráter multidisciplinar, bebendo em outras fontes do conhecimento, como por exemplo a linguística, a neurologia, a filosofia e a sociologia, além dos conhecimentos provenientes das áreas da pedagogia e da psicologia.

Assim, como bem pontua Parreira et al. (2005) o objeto de estudo da psicopedagogia está relacionado ao processo de aprendizagem humana, seus padrões evolutivos normais e patológicos, bem como a influência do meio em seu desenvolvimento.

Em termos de Brasil, a psicopedagogia tem sido fortemente influenciada pela experiência Argentina, devido ao aprofundamento dos conhecimentos da área, nesse país.

Embora esta profissão ainda não seja regulamentada pela legislação nacional, a procura pelo profissional é cada vez maior, devido ao crescente número de crianças que estão sendo encaminhadas para o serviço público e que apresentam problemas de aprendizagem. (SCOZ et al., apud PARREIRA et al., 2005).

A atuação psicopedagógica antes da década de 80 era baseada principalmente nas habilidades que a criança não possuía, enfatizando os testes de prontidão para a aprendizagem. A partir da década de 80, as teorias do desenvolvimento, sobretudo o construtivismo, são retomados e a criança com problemas de aprendizagem começa a ser vista diferentemente, de um modo mais individualizado, dentro de um contexto de desenvolvimento.

Para Fernández (1991) além do problema de aprendizagem ser considerado como um sintoma, as dificuldades para com o aprender são tidas como fraturas no processo de aprendizagem em três dimensões sempre presentes: a do corpo, a da inteligência e a do desejo.

A autora sabiamente se apropria do termo inteligência aprisionada, para enfatizar que o problema de aprendizagem não é outra coisa senão a anulação das capacidades e bloqueios das possibilidades do indivíduo. Evitar o conhecer, tentar inibi-lo e/ou ocultá-lo, dão significância ao termo inteligência aprisionada.

Para a referida autora, o aprender ocorre no seio de um vínculo humano e essa matriz toma forma nos primeiros vínculos estabelecidos entre mãe-pai-filho-irmão, assim, a aprendizagem é tida como um processo cuja matriz é vincular e lúdica e sua raiz corporal e para que possamos dar conta das fraturas no aprender, é preciso atender aos processos e não aos resultados ou rendimentos. Esclarece que, observando como a criança aprende, como joga, em seguida qual é a originalidade de seu fracasso (a partir do qual se diferencia como sujeito), estaremos no caminho de descobrir porque ela não aprende. Assim, o problema de aprendizagem anula as capacidades do sujeito, bloqueia as suas possibilidades, aprisionando sua inteligência, como aponta ao utilizar o termo “inteligência aprisionada.”

Sendo assim, destaca que a ação curativa deve conter um grupo de tratamento psicopedagógico à criança, um grupo paralelo de orientação aos pais, o tratamento psicopedagógico individual, oficina de trabalho, recreação e expressão com destacados objetivos terapêuticos e entrevistas familiares. Tais fato-

res são postos em destaque, porque têm como objetivo, libertar a inteligência e mobilizar a circulação patológica do conhecimento em seu grupo familiar, já que a capacidade de resignificar o problema por parte dos pais, favorece à criança adquirir maiores capacidades para lidar com seus problemas. Enfim, “[...] a libertação da inteligência aprisionada, somente poderá dar-se através do encontro com o perdido prazer de aprender.” (FERNÁNDEZ, 1991, p.18).

A autora dá um destaque importante – e aqui nesse estudo de caso se coloca de suma importância – ao fato da família ser protagonista no diagnóstico dos problemas de aprendizagem, já que a origem dos problemas de aprendizagem não se encontra na estrutura individual da criança. O sintoma (dificuldade de aprendizagem) aparece nos vínculos familiares que se entrecruzam e também na estrutura individual da criança. A família é colocada como protagonista para o diagnóstico dos problemas de aprendizagem.

Ao se tratar do diagnóstico dos problemas de aprendizagem, a autora põe destaque na relação entre o que denomina de aprendiz (aluno) e o ensinante (professor ou a instituição escolar), já que quando desvendada essa relação, irá permitir o acesso à relação que o sujeito mantém com o conhecimento, levando em consideração os aspectos corporais, intelectuais e afetivos.

Quando Fernández (1991) diferencia as características dos problemas de aprendizagem de acordo com o que predomina em sua etiologia, traz à tona dados que nos permite fundamentar a discussão desse estudo de caso, já que pode ser ligada a fatores internos ao grupo familiar e à criança, problema considerado sintoma e inibição; e também fatores de ordem educativa, considerado problema de aprendizagem reativo, quando a instituição educativa despreza ou até mesmo desconhece a capacidade intelectual e lúdica, a corporidade, a criatividade, a linguagem e a liberdade da criança. São considerados em menor número a modalidade de pensamento derivada da estrutura psicótica, em menor número e os fatores de deficiência orgânica, em casos mais raros.

De qualquer forma, segundo Parreira et al. (2005, p.32) pode-se afirmar que o sintoma emerge de um longo processo e da mesma forma que a aprendizagem, é também resultado de uma construção.

Consequentemente, se o sintoma é uma construção podemos teoricamente desmontá-la, o que é feito pelo trabalho psicopedagógico, não por uma atuação direta sobre ele, mas através da reconstrução do que não ficou bem construído no processo evolutivo.

Cabe ao psicopedagogo clínico se debruçar sobre o “porque” a criança não aprende, delimitando suas dificuldades por meio de avaliação psicopedagógica, dando destaque aos recursos, os aspectos preservados, que a criança dispõe para aprender, pois servirão de ponto de partida para resgatar seu vínculo com o aprender conservando um olhar amplo sobre o conceito de aprendizagem e planejando sua intervenção.

Assim, o diagnóstico da criança com dificuldade de aprendizagem requer uma investigação cuidadosa da história de desenvolvimento da criança, de exames físicos e neurológicos, avaliação da dinâmica familiar e de suas relações na escola.

Durante o seu processo de aquisição de conhecimentos escolares, as dificuldades encontradas pelas crianças em seu processo desenvolvimento, são trazidas pela família ou pela escola como queixas, principalmente a partir de seu ingresso na escola.

De qualquer forma, o profissional que trabalha com aprendizagem em especial com crianças e adolescentes, precisa conhecer e estudar profundamente os períodos de desenvolvimento da personalidade e o desenvolvimento cognitivo e da aprendizagem, para oportunizar melhores condições de trabalho com a criança ou adolescente com queixa de dificuldade de aprendizagem e outros transtornos do desenvolvimento.

Uma discussão importante de se colocar nesse trabalho, como aponta Capovilla (2004) é sobre a questão dos métodos de alfabetização trabalhados no Brasil, que apontados nos PCNs de alfabe-

tização e baseados no método ideovisual, mantêm nosso país estagnado em velhas fórmulas que o mundo todo já abandonou. Países como a Inglaterra, França e Estados Unidos, descobriram que sua educação ia de mal a pior, deram a volta por cima e por meio de profunda revisão bibliográfica, descobriram que as suas diretrizes curriculares estavam profundamente erradas e reuniram coragem suficiente para mudar. Como bem destaca,

A lição dura baseada na experiência internacional e na evidência científica, é que a competência de leitura do aluno brasileiro vai de muito mal a pior ainda, sendo que a orientação pedagógica nacional quanto à alfabetização entronizada nos PCNs sobre alfabetização está terrivelmente equivocada e é grandemente responsável pelo fracasso escolar do estudante brasileiro. (CAPOVILLA, 2004).

Dentre os transtornos¹ de aprendizagem que são descritos, atualmente dois deles merecem destaque nesse trabalho: o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e a dislexia.

Para Degani (2005), a dislexia é um distúrbio bem mais complexo do que a dificuldade de aprendizagem, se caracteriza por uma disfunção neurológica que apresenta como conseqüência uma dificuldade na leitura e na escrita, geralmente no processo de alfabetização e não é tão freqüente aparecer.

Para Davis (2004) ao se ouvir falar em dislexia, costuma-se pensar apenas em problemas que as crianças estariam tendo na escola com a leitura, escrita, ortografia e matemática, ou a associam apenas a troca de letras ou palavras ou à lentidão de aprendizagem, a consideram uma forma de transtorno de aprendizagem, mas isso, na verdade é apenas um aspecto da dislexia.

Cypel (2004, p.33) coloca a discussão de que a função mental que causa a dislexia ser um dom, “uma habilidade mental, um

¹ O termo transtorno é usado para descrever a incompatibilidade entre os desafios que enfrentamos e a convicção em nossa habilidade para lidar com eles. Os transtornos são cumulativos e podem gerar emoções prejudiciais, (DEGANI, 2005).

talento”. Ele põe em destaque algumas habilidades básicas que se não forem suprimidas, anuladas ou destruídas pelos pais ou pelo processo educacional, resultarão em duas características: inteligência acima do normal e extraordinária criatividade. As características são oito:

- São capazes de utilizar seu dom mental para alterar ou criar percepções (a habilidade primária).
- São altamente conscientes do meio ambiente.
- São mais curiosos que a média.
- Pensam principalmente em imagens, em vez de palavras.
- São altamente intuitivos e capazes de muitos insights.
- Pensam e percebem de forma multidimensional (utilizando todos os sentidos).
- Podem vivenciar o pensamento como realidade.
- São capazes de criar imagens muito vívidas.

De acordo com Degani (2005) a dislexia existe em vários níveis e pode estar ligada a um a vários canais, como o visual, o auditivo, o verbal, o das imagens mentais, desde um grau mais leve até um mais grave. Dentro desses tipos existem variações, fazendo com que cada caso seja único.

A dislexia pode ser congênita ou inata (nasce com o indivíduo), pode ser adquirida (como consequência de um acidente qualquer: anoxia perinatal, acidente vascular cerebral etc) e ocasional (causada por fatores externos e que pode aparecer em situações de estresse ou excesso de atividades).

O diagnóstico da dislexia não é fácil e da mesma forma que do de TDAH exige ampla experiência clínica. De acordo com Nico (2005) deve ser feito por uma equipe interdisciplinar (psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo e neurologista) e simplesmente encontrar um rótulo não é o caminho correto, mas sim, tentar estabelecer um prognóstico e encontrar elementos significativos para a intervenção.

Assim, tem-se que atentar para o relativo exagero e descuido que se tem encontrado ao diagnosticar tanto a dislexia quanto o TDAH e que tem colaborado no aumento da incidência de diagnósticos que temos encontrado.

Para Cypel (2003), o TDAH é uma desordem comportamental mais comum em meninos e chama a atenção à polêmica existente quanto ao conceito e ao critério de diagnóstico, pois são necessários certa cautela e critérios rigorosos na adoção de novos conceitos para não se repetirem equívocos acontecidos em outras épocas.

Isso pode ser determinado pela heterogeneidade dos casos, pela imprecisão da conceituação e das causas que estão implicadas na determinação da desatenção e da hiperatividade.

Para Cypel (2003) o que pode ser mais provável é que o quadro se manifeste num indivíduo determinado por um somatório de fatores desencadeantes.

Alguns trabalhos apontam possíveis determinantes genéticos nas discussões das causas do TDAH, mas mesmo que haja a possibilidade de um fator genético, é provável que outros familiares e ambientais tenham sua participação.

Lesões cerebrais e disfunções neuroquímicas também são apontadas como causas do TDAH, mas de acordo com Cypel (2003), existem poucas evidências para confirmar ou rejeitar as teorias propostas até o momento.

Outros fatores como intoxicação, radiações e traumatismos cranianos, também são apontados nos estudos como causadores do transtornos, mas o autor dá ênfase aos fatores emocionais na determinação e continuidade nos quadros de TDAH.

Aponta o contexto familiar como de extrema importância nesse caso, sendo fundamental conhecer como está se dando a relação da criança com seus pais e irmãos. As alterações comportamentais da criança dependem de uma conjunção de fatores ambientais, familiares e da própria criança.

Para Jacobina (2005), o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade pode ser considerada uma nuance do comportamento

de crianças e adolescentes um pouco mais complicada. O que muitas vezes parecia mais rebeldia e falta de interesse foi identificado como transtorno provocado por uma anomalia no desenvolvimento. É certo que o transtorno vem cada vez mais sendo estudado.

Cypel (2003) assinala que o diagnóstico do déficit de atenção associado ou não à hiperatividade, na prática não é uma tarefa nada fácil, e como o conceito está bastante difundido o diagnóstico vem sendo feito por profissionais e leigos com certa facilidade e exagero.

O transtorno requer, em muitos casos, tratamento medicamentoso com estimulantes, mas de acordo com dados obtidos por meio do site² os tratamentos que integram o uso de medicamentos com terapias comportamentais apresentam resultados que melhoram significativamente a qualidade de vida de quem tem este transtorno, segundo estudos da área. Apresenta, também, algumas dicas que colaboram para a manutenção da qualidade de vida desses pacientes, mas não substitui a necessidade dos medicamentos apropriados.

Afirmam, assim, que há condições ambientais que favorecem o aparecimento das formas mais graves do transtorno. Assim, um tratamento integrado deve intervir simultaneamente sobre a base orgânica (com a medicação adequada, quando necessário), bem como sobre a estrutura ambiental na qual a pessoa vive e sobre seus padrões de comportamento (com terapia, coach comportamental e neurofeedback). Alerta para o cuidado com o diagnóstico, já que nem toda agitação ou desatenção é sinônimo de TDAH.

É comum, cita o autor Cypel (2003) encontrar no consultório, mães extenuadas, cansadas e fragilizadas, solicitando ajuda. E por outro lado, o pai não tem consciência de sua importância no desenvolvimento da criança. Afirma:

Sua presença e participação são fundamentais para com a mãe estabelecer limites, incentivar, motivar, valorizar e manter uma relação com o filho que promova seu crescimento emocional. A falta desse vínculo, estabelecido de maneira sólida e

² Confira <www.tdah.org.br>. Acesso em: 27 jun. 2005.

harmônica, favorece distorções no desenvolvimento da criança, expondo-a a distúrbios afetivos, podendo gerar ansiedade, depressão e comportamentos de tipo desatenção e/ou hiperatividade. (CYPEL, 2003, p.38).

Enfim, é a compreensão adequada dessas particularidades que contribuirá para um trabalho de orientação psicopedagógica mais coerente, não esquecendo que a questão do diagnóstico é um dos pontos mais difíceis e cruciais que vem sendo apontado na área.

De acordo com Tófoli (2006), no Brasil, nos últimos anos, tem ocorrido uma explosão no uso do que denomina “droga da obediência.” Apresenta dados que apontam que em quatro anos, a venda dos medicamentos para déficit de atenção e hiperatividade, aumentou 940%. A droga acalma crianças agitadas e faz com que as que têm dificuldades de concentração se fixem no que fazem. O crescimento nas vendas é polêmico entre os médicos, mas se justifica pelo aumento do diagnóstico equivocado do transtorno, já que muitas vezes pais e professores não têm conseguido colocar limites e as crianças ficam hiperativas, fato que não quer dizer que sejam portadoras de TDAH.

Moyses (apud TÓFOLI, 2006) também condena essa prescrição absurda sem critérios justificáveis e lembra que boa parte das crianças diagnosticadas com TDAH nem sequer têm o transtorno, e aponta um estudo da Faculdade Ruy Barbosa que demonstrou que de 101 portadores, 58% tomavam a medicação, mas só apenas 20% tinham o transtorno, dando indícios da ocorrência de diagnósticos equivocados.

Para Fernández (2001), nos Estados Unidos, o número de crianças de 2 a 4 anos que usa Ritalina, nos últimos quatro anos duplicou, e a realidade no Brasil e na Argentina, não foge à essa regra. Com esse dado alarmante, cabe refletir sobre o tipo de pensamento, o modo de pensar que aceita como válidos os argumentos em que se fundamentam aqueles que determinaram a suposta existência de um tal transtorno chamado ADD ou ADHA, de seres de uma sociedade hipercinética e desatenta que medica o que produz.

Diante desse quadro, pode-se colocar sérios questionamentos, diante do presente estudo de caso: Como são trabalhadas essas crianças que são rotuladas por um diagnóstico equivocado? Qual o destino dessas crianças? Essa hiperatividade realmente existe? Todas as crianças diagnosticadas, de fato, são portadoras desse transtorno?

É certo que, diagnósticos apressados ou equivocados e metodologia de alfabetização inapropriada, podem gerar sérios problemas e dificuldades nas crianças em ambientes escolares diversos.

De qualquer forma, temos que nos preocupar com essas crianças, pois precisam ser compreendidas e trabalhadas, senão para curá-las, mas pelo menos para minimizar suas dificuldades, e é nessa direção que o presente estudo de caso se encaminha.

A CRIANÇA COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM: HISTÓRIA OBTIDA MEDIANTE AS INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA

A criança em foco, era do sexo masculino, tinha 12 anos de idade e frequentava o 3º ano (2ª série) de uma escola pública. Os pais tinham 30 anos e eram desquitados. Moravam na mesma residência a mãe, a criança e uma irmã de 10 anos. A mãe trabalhava o dia todo e as crianças ficam sozinhas em casa, até a mãe retornar. As atividades do dia-a-dia, quando podia, eram acompanhadas pela mãe quando chegava do trabalho.

Segundo dados fornecidos pela mãe, desde a educação infantil, aos 4 anos, a criança já apresentava dificuldades, dormia muito durante as aulas e constantemente ela recebia reclamações por esse fato e conseqüentemente não acompanhava a classe, nessa fase a criança chorava muito e não queria ficar longe da mãe. Aos 6 anos quando cursou a pré-escola, a queixa era a de que a criança também dormia na sala de aula e se distraía facilmente.

Quando foi para a 1ª série, aos 7 anos, a mãe trouxe o dado de que a criança não gostava de ir para a escola, era inquieto na sala de aula, afirmando não gostar de lá e de que a professora não gostava dele. Para ela a criança fez uma pré-escola que ela considerou mui-

to fraco, pois brincava muito, assim, sua passagem para a antiga 1ª série foi difícil por conta da adaptação e as novas exigências dessa série.

Quando foi para a 2ª série, aos 8 anos, a mãe resolveu matriculá-lo em uma escola especial particular. A criança ficou nessa escola por dois anos, daí por problemas financeiros, e por conta da separação dos pais, a mãe colocou-a em uma classe especial de escola pública, que sob avaliação da professora especialista, verificou que esta não deveria estar no ensino especial, trabalhou alguns conceitos importantes durante um ano com a criança e a encaminhou para uma 2ª série (3º ano) comum, que é a classe que aos 11 anos, a criança cursava.

De acordo com os dados fornecidos pela mãe, o pai nunca se envolveu com a escolarização da criança, que sempre ficou por conta dela. Ela sentava ao lado da criança e tentava ensiná-la, mas esta abaixava a cabeça, chorava e não conseguia prosseguir nas tarefas. Afirmou que seu medo sempre foi de a criança não aprender.

A gravidez da mãe foi muito desejada por ela, mas não pelo pai. Na época, ambos tinham 18 anos e já eram casados, a mãe fez acompanhamento pré-natal a partir do segundo mês de gravidez. Mencionou não ter tido nenhum tipo de doença ou necessidade de fazer radiologia, não levou nenhum tombo, nem tomou remédio, nem fumou ou usou alguma bebida alcoólica ou drogas, durante a gestação.

O parto da criança foi realizado no hospital, foi normal, mas nasceu prematuro de 8 meses, com 2250 Kg. A mãe não se lembra com nitidez, mas acha que a criança demorou a chorar e nasceu roxo, mas quando trouxeram para que ela visse, já estava bem.

Logo após o nascimento, a criança não precisou de oxigênio, nem ficou em incubadora, ou teve convulsões ou precisou de remédios. Teve icterícia, que se resolveu com banho de sol.

O nascimento da criança foi realizado por uma parteira, que afirmou para a mãe que a criança estava bem, já que não havia médico disponível no hospital. Somente no dia seguinte, recebeu

a visita do pediatra, que informou a mãe sobre o estado da criança e que por estarem bem, sairiam do hospital juntos, mas o médico frisou que a criança havia nascido com um dedo a mais no pé. Nesse momento a mãe informou que desde a gravidez tinha certeza de que seria um menino e que nasceria com um problema e com a informação do pediatra ela confirmou sua hipótese.

Segundo a mãe a prematuridade era um grande problema, pois considerava a criança muito pequena, que havia sustentado a cabeça por volta do 3/4 mês, sorrido a partir dos 5/6 meses e aos 8 já dava gargalhadas. Aos 6 meses sentou-se com apoio e aos 7/8 meses já ficava em pé no berço. Engatinhou com 8 para 9 meses e andou com 1 ano e três meses. Todo esse desenvolvimento é considerado anormal pela mãe, fato que fazia com que ela periodicamente procurasse um médico, que apesar de considerar normal o desenvolvimento da criança, ela reafirmava como anormal.

A criança usou fraldas até os 2 anos. Controlou os esfínteres anal noturno e diurno com essa idade. O esfíntere uretral diurno também foi nessa idade e o noturno aos 3 anos.

Com 3 anos já tomava banho e se vestia sozinha, a mãe não se lembra quando começou a abotoar a roupa, mas afirma que a criança não tinha roupas com botão, só camiseta e shorts com elástico. Com 4 anos conseguia amarrar sozinha os sapatos. Com essa idade a criança já se alimentava sozinha, embora a mãe não gostasse porque fazia sujeira; somente depois dos 8/9 anos é que começou a usar garfo e faca, sempre com a mãe ensinando.

Afirmou que na pré-escola a professora dizia que a criança não tinha boa coordenação motora e não sabia pegar direito no lápis, só aprendeu quando foi para a escola especial aos 8 anos. A mãe não soube informar como a escola lidava com essa dificuldade, mas da parte dela, tentava conversar com a criança e algumas vezes fazia uso de violência física. Citou que na pré-escola tentava pegar tesoura e caderno para passar atividades para a criança, mas esta chorava e não queria fazê-la.

Relatou que a criança trocava letras na fala, tinha dificuldade em pronunciar as palavras e uma fala confusa. Aos 4 anos falava

tudo enrolado e quando a mãe não entedia, se jogava no chão, era nervoso e fazia birra. A mãe procurou um neurologista, que após realizar exame constatou que a criança era normal e a orientou para que colocasse mais limites no comportamento desta.

Aos 9 meses quando fez a cirurgia para extração do dedo a mais que tinha em seu pé, ficou em observação e saiu no mesmo dia.

A criança tinha hora certa para acordar, dormir, comer, tomar banho e fazer a lição de casa e cumpria os horários determinados pela mãe sem problemas.

A criança demonstrava desejo de ser independente e a mãe colaborava para isso.

Aos 8 anos, juntamente com a ida para a Escola Especial, a separação dos pais provocou situações de choro e de isolamento da criança. Aos 11 anos, para a mãe a situação era mais natural (não reclamava, não pedia para os pais voltarem, não reclamava de saudades), no entanto, a criança ainda dormia com a foto do pai embaixo do travesseiro.

Durante a entrevista foi enfatizado pela mãe dados sobre o desenvolvimento da criança, como se não fosse compatível com sua idade, palavras como atrasado, lento, desligado, sabia que ia me dar problema, demorou para andar, para falar, expressaram uma constante necessidade de estar “cuidando” da criança. Esses foram os conteúdos mais enfatizados pela mãe.

A CRIANÇA COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM: INFORMAÇÕES OBTIDAS PELA ESCOLA

Para a professora a criança não falava corretamente, trocando sons, não era capaz de expor suas idéias verbalmente de forma clara e não sabia a utilidade da escrita. Na matemática não tinha bom rendimento. Afirmou que seu ritmo até era compatível com a média da classe, sendo lento na leitura e no aprendizado e esquecia rapidamente o que havia aprendido. Uma outra dificuldade que a professora apontou foram as conversas paralelas durante as explicações. No aspecto cognitivo, relatou que a criança fazia as atividades

com atenção, com falhas momentâneas, qualquer estímulo o distraía, percebia estímulos visuais e auditivos, conhecia o nome da cidade onde vivia e sabia informar o nome das professoras e funcionários.

De acordo com os dados fornecidos pela professora, a criança não indicava problemas de comportamento, mas apareciam dados que se aplicavam à criança, como concentração pobre ou curto período de atenção e ficar amedrontado frente às situações novas.

Quanto ao comportamento em sala de aula, citou o fato de ficar desanimado frente ao estresse de uma prova, distrair-se com facilidade e ser excessivamente sensível, mas, apresentava-se como uma área preservada, sem problemas, de acordo com a visão da professora. Quanto à participação em grupos, de acordo com os dados fornecidos pela professora, a criança nessa área não apresentava nenhum problema ou dificuldade, dando destaque ao fato de ser capaz de respeitar as regras do jogo e conviver com crianças do mesmo sexo e do sexo oposto.

Quanto às atitudes com relação à autoridade, apresentava-se como uma área também preservada, dando destaque a fato de ser cooperativo.

Assim, podemos inferir que de acordo com a professora, as áreas avaliadas (comportamento de sala de aula, participação em grupos e atitude em relação à autoridade) não eram comprometidas. Sendo assim, essas áreas acima citadas foram consideradas como as mais preservadas na criança, de acordo com a visão da professora responsável pela criança.

A AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA DA CRIANÇA

A avaliação psicopedagógica da criança teve como objetivo situar os recursos e as dificuldades de aprendizagem da criança por meio da avaliação de aspectos cognitivos, afetivos, psicomotores, psicolinguísticos e comportamentais. Pretendeu-se assim, obter uma compreensão global da forma do aprender da criança,

bem como, dos desvios que estavam ocorrendo no seu processo de aprendizagem e de adaptação escolar.

A observação clínica da criança dentro do processo diagnóstico teve como objetivo ajudar a ter uma visão global desta e formular as primeiras hipóteses sobre o seu desenvolvimento e sua capacidade, antes de iniciar a fase de aplicação de testes e provas que avaliaram os aspectos específicos do seu funcionamento. Embora essa avaliação global inicial possa ainda ter sido imprecisa, ela foi muito importante para não se correr o risco de ter uma impressão fragmentada da criança.

Assim, segundo observação clínica da criança durante a aplicação das técnicas avaliativas, verificou-se aspectos positivos no que diz respeito à coordenação motora grossa e fina, já que apresentou movimentos integrados, um bom tônus muscular, letra cursiva de fácil entendimento e bom manejo da tesoura e em dobradura de papel.

A criança demonstrou um padrão de relacionamento estável. Durante todas as sessões estabeleceu um bom contato tanto visual quanto verbal com o examinador, apontando um bom vínculo. Fez comentários sobre os amigos da escola e a professora apontando uma boa capacidade para relacionamentos.

Na maior parte das sessões não demonstrou instabilidade ou mudança brusca de humor. Nos momentos que apresentou mais dificuldade em realizar a atividade proposta se mostrou persistente sem alteração no tom emocional.

No que diz respeito aos itens: funcionamento físico, padrão de relacionamento e humor ou tom emocional, aos afetos, ansiedades e medos, reações subjetivas e desenvolvimento temático, foram compatíveis com a idade da criança.

É importante ressaltar ainda, que a criança apresentou um tom de voz adequado, bem articulado, não sendo observado nenhuma troca ou gagueira. Não foi observado, também, falta de concentração na realização das atividades propostas, ou alguma zona de ansiedade em relação ao medo de fracassar ou errar.

Algumas características observadas favoreceram o contato da criança com a aprendizagem, como uma boa capacidade no relacionamento com os outros, uma comunicação verbal, uma boa coordenação motora grossa e fina e viso-motora e a presença de um humor mais estável. São importantes também seu interesse pelas atividades escolares, tanto na área da matemática como de português ou artes; tais itens refletiram aspectos preservados de que ela dispõe para aprender. A criança mostrou uma produção relativamente rica, verbalizou o processo do fazer de várias atividades, e manifestou vínculo com a escola, a aprendizagem, a professora e os amigos, através das atividades que aprendeu com cada um.

A criança apresentou dificuldades na leitura e na matemática. Tais fatos vieram caracterizar uma limitação que podia levar às dificuldades de aprendizagem que a criança vinha apresentando. Para sua idade estava imaturo, mas o elo afetivo com o aprender parecia estar estabelecido.

Para uma criança que estava cursando a 2ª série (3º ano), alguns comportamentos eram compatíveis com a série que cursava, como por exemplo, dificuldades com a tabuada, a correspondência quantidade numeral, ou a produção de palavras mais complexas, a confiança em si mesmo e a independência na realização das atividades que lhe eram propostas. Por outro lado, alguns pareciam incompatíveis, como a dificuldade na compreensão das classes da unidade, dezena e centena.

Assim, a avaliação por meio das técnicas de avaliação psicopedagógica clínica, proporcionou uma estratégia diagnóstica de intervenção psicopedagógica com o objetivo de prevenir ou de reeducar, possibilitando traçar diretrizes para uma intervenção envolvendo sujeito, família e escola.

De acordo com os aspectos acima apontados, os recursos, ou fatores internos, mais que as dificuldades ou fatores de risco, presentes no desenvolvimento desta criança, apontaram para o direcionamento de um trabalho psicopedagógico que podia ser positivo em termos de melhoria de sua qualidade de vida e em con-

seqüência melhor aproveitamento escolar, gerando uma prevenção de maiores dificuldades no futuro.

TIPO DE INTERVENÇÃO OU ENCAMINHAMENTO PARA O CASO

Plano de orientação psicopedagógica com a criança

Terminada a fase de avaliação diagnóstica com a criança e dos contatos realizados com a mãe e a escola, chegou-se à conclusão da necessidade e importância de um acompanhamento psicopedagógico clínico.

Por conta da avaliação realizada, pôde-se levantar as seguintes hipóteses:

- Recursos cognitivos em transição para o seu nível de desenvolvimento (pré-operacional para o operacional concreto).
- Empobrecimento das habilidades psicomotores e cognitivas básicas para a alfabetização.
- “Profecias” negativas da mãe em relação à criança, separação dos pais e ausência da figura paterna.
- Elo afetivo com a aprendizagem estava garantido.
- Empobrecimento da habilidade fonológica, sobretudo segmentação frasal.

Diante do quadro proposto e da avaliação realizada com a criança, propôs-se um seguimento psicopedagógico com sessões semanais que:

- Desenvolvessem a auto-estima, a valorização do eu, a capacidade e a competência através de técnicas expressivas.
- Estimulassem e desenvolvessem as atividades psicomotoras, por meio de jogos, brincadeiras e cd rom educativos.

- Estimulassem o raciocínio, através de operações lógicas e concretas que ajudassem a criança a trabalhar o pensar.
- Orientassem a mãe acerca da normalidade da criança, acompanhamento das tarefas escolares e valorização de sua produção e manutenção do elo afetivo com o pai, apesar da separação.
- Trabalhassem a consciência fonológica com atividades de oralidade, produção de livros, de jornal, poesia, rimas etc.
- Produção de textos por meio de confecção de jornal, de livros, de poesia, projetos e pesquisas.

Sendo a intervenção um processo de mediação, com o objetivo de introduzir novos elementos para que o sujeito possa pensar, ampliar e criar novas formas de perceber o mundo, quebrando seus antigos padrões de relacionamento com a aprendizagem, as diferentes técnicas trabalhadas com a criança tiveram o objetivo de promover o seu desenvolvimento cognitivo, emocional, psicolinguístico, psicomotor e social, na tentativa de suprir suas lacunas e colocar suas potencialidade em nível real.

A criança foi atendida com sessões semanais.

Plano de orientação psicopedagógica com a família.

Durante o período de acompanhamento da criança, percebeu-se a imprescindível necessidade da construção de um roteiro para orientação psicopedagógica, sobretudo com a família.

Com a mãe.

- Explicitou-se a importância da manutenção do vínculo positivo que a mãe estabeleceu com a criança para o desenvolvimento escolar desta.
- Trabalhou-se com a mãe a idéia de que seu filho não apresentava problemas no desenvolvimento e nem problemas escolares que não podiam ser superados.

- Resignificou-se o conceito de normalidade.
- Fortaleceu a mãe para que “sobrevivesse” sem o filho que idealizou como “doente”.
- Sugeriu-se o acompanhamento psicológico.
- Sugeriu-se o acompanhamento diário das atividades escolares.
- Trabalhou-se a importância de elogiar e reconhecer as produções da criança.

Tais temas foram sugeridos pelo fato da mãe, apesar de manter um vínculo positivo com a criança, “fantasiar” um filho problema desde a gestação.

Com o pai.

- Sugeriu-se que o participasse de uma sessão, já que nunca manteve algum contato para saber sobre o desenvolvimento do filho.
- Recuperou-se a necessidade e importância de seu vínculo com a criança para sua aprendizagem escolar.
- Sugeriu-se que se interessasse pelas atividades escolares da criança, olhando as tarefas, dando mais atenção às suas produções, conversando sobre o que acontecia na escola.

Tais temas foram sugeridos pelo fato da figura paterna ser ausente e manter um vínculo fragilizado entre pai e filho, depois da separação do casal e do pai se unir em novo matrimônio.

Com essas orientações acredito que foram atingidos com a mãe o objetivo de fortalecer a manutenção do vínculo com o filho e conviver com a idéia de um filho normal.

Com o pai o objetivo foi de recuperar ou reconstruir uma vinculação fraternal com a criança, apesar da separação do casal.

Tais objetivos tiveram como meta o melhor desenvolvimento escolar da criança e uma convivência mais feliz com os pais, para que compreendessem melhor o que estava se passando com a criança, proporcionando condições para ajudá-la a superar as dificuldades escolares.

Nesse caso, a orientação psicopedagógica seguiu-se um direcionamento tanto focal quanto um suporte social.

Orientação focal, no sentido de que havia a necessidade de se trabalhar com os pais de uma forma individual e tratar os problemas diretamente relacionados com as dificuldades escolares da criança e o modo como abordam as dificuldades de aprendizagem da criança e as expectativas (baixa) quanto ao rendimento escolar desta, valorizando sempre que possível a produção da criança e estimulando a sua aprendizagem dos conteúdos (ver tarefas, dar mais atenção, oferecer livros de leituras etc).

E, orientação de suporte social, já que houve a necessidade de focar além dos problemas escolares, algumas situações de crise familiar, como o relacionamento conflituoso familiar, sobretudo as desavenças conjugais e ausência paterna que vinha afetando o desempenho escolar da criança.

Dando prosseguimento ao atendimento no trabalho de orientação à mãe, além da sugestão de acompanhamento psicológico, para tratar das questões escolares relacionadas à criança, sessões quinzenais intercalando o pai e a mãe (sempre que possível), no decorrer do período de intervenção com a criança demonstraram ser suficientes.

Plano de orientação psicopedagógica com a escola.

Por conta dos encontros realizados com a professora e dos dados que a criança trouxe para as sessões e de visitas realizada à escola, não houve necessidade de um programa de orientação psicopedagógica nesse sentido.

A criança sentia prazer em estar na escola e gostava muito da professora, que tinha domínio dos conteúdos e didática na trans-

missão desses. Tinha sensibilidade e sabia lidar de forma satisfatória com as dificuldades escolares da criança, daí, então, no momento, não se sentiu necessidade de orientação psicopedagógica nessa direção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresentou resultados de um estudo de caso desenvolvido com uma criança com dificuldades de aprendizagem.

Inicialmente foram apresentados dados referentes aos encontros realizados com a mãe e a professora, com o objetivo de realizar um levantamento detalhado dos problemas de aprendizagem da criança, a partir da visão da família e da professora, delineando assim o sintoma na e para a família.

Posteriormente, realizou-se a avaliação psicopedagógica da criança, através de procedimentos e técnicas, as análises e sínteses dos resultados alcançados, bem como a conclusão da avaliação.

Por fim, apresentou-se o tipo de intervenção ou encaminhamento indicado para o caso, com os planos de intervenção com a criança, a família e a escola.

Refletindo sobre os vários aspectos aqui apresentados e discutidos, foi possível inferir alguns resultados.

Durante os encontros realizados com a criança para realização do processo de avaliação, esta se mostrou receptiva às orientações que recebeu. Em nenhum momento apresentou sinais de negação, resistência ou dispersão, teve um bom ritmo de trabalho, não demonstrando cansaço. Demonstrou capacidade para vínculos afetivos em vários momentos, sendo sempre carinhosa e atenciosa; por outro lado, sua interação se deu através de um vocabulário restrito, marcado pela oralidade, apresentou também recursos cognitivos como reflexão (pensar ao dar as respostas), embora se situasse na fase concreta. Ou seja, de modo geral, pode-se dizer que a criança encontrava-se em transição do nível pré-operacional (2 a 6 anos) ao período operacional concreto (6 a 12 anos), já que demonstrou ter

adquirido esquemas internos importantes (conservação e inclusão de classe) e reversibilidade de pensamento, embora não tivesse tido êxito na mudança de critério ou dicotomia, mostrando uma noção inicial deste conceito e de seriação, tão importantes para a alfabetização. Assim, foi possível dizer que para essa criança de 11 anos, seu desenvolvimento cognitivo estava incompatível com sua idade cronológica, havendo necessidade talvez de intervenção no sentido de aquisição do conceito de mudança de critério.

A criança em atendimento esteve alegre e bem disposta, apresentou uma curiosidade dosada para as atividades que lhe foram propostas, aceitando os elogios e respondendo bem aos estímulos, ou seja, seu temperamento era de fácil manejo, era uma criança agradável e sociável.

Observou-se a presença de fatores de proteção como recursos internos de auto-persistência e esforço, presentes principalmente nas atividades de aritmética. Demonstrou interesse pelas atividades que lhe foram propostas e boa disposição em sua realização. Conheceu todo o alfabeto e distinguiu letra de palavra, relacionou letra cursiva e de imprensa, tentou decodificar atribuindo sentido e reconheceu os algarismos adequadamente.

De modo geral, com o atendimento prestado durante um ano letivo, a criança pareceu desenvolver um bom auto-conceito, sobretudo em matemática, pois fazia várias afirmações que permitiram observar que era um tipo de conteúdo que gostava, embora tivesse algumas dificuldades. Sentia prazer em realizar as atividades, se achava competente e sentia orgulho ao afirmar que estava aprendendo.

Na leitura e escrita passou a sentir-se mais segura, dizendo gostar. Seu desempenho tanto na leitura quanto na escrita foram considerados satisfatórios. Tudo indicou que a criança apresentava um estilo cognitivo mais reflexivo que impulsivo, já que parecia refletir na maioria de suas respostas, sendo estas baseadas em suas escolhas.

A criança parecia utilizar algumas habilidades e operações cognitivas ao abordar as atividades propostas, sobretudo na aritmética, que foram despertadas.

Para uma criança de 11 anos que estava cursando a 2ª série (3º ano), por ter sido considerada com atraso cognitivo e ter frequentado uma escola especial e posteriormente uma classe especial, alguns comportamentos e habilidades adquiridas foram consideradas importantes no desenvolvimento dela.

Assim pode-se afirmar que, de acordo com os aspectos analisados e apontados esta criança se beneficiou com o trabalho psicopedagógico, utilizando os seus recursos disponíveis e resgatando seu potencial, agora despertado em busca de uma melhor aquisição dos conteúdos escolares.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente à criança e sua mãe que fizeram parte desse processo de trocas e construção de conhecimentos. À escola pública que permitiu as visitas e trocas de informações e à professora especialista e a da classe comum, exemplos de profissionais que se dedicam ao que faz.

CASE STUDY: THE PSYCHOPEDAGOGICAL CLINIC IN SEARCH OF A GOOD SCHOOL PERFORMANCE

ABSTRACT: *This Project shows results of the analysis of the case of a child who had difficulties to learn. The main problems were the child's difficulty on following the text and on writing dictations, besides exchange of the letters f and v, confusion with the letters m and n and slow velocity of learning. The child had been diagnosed with ADHD and dyslexia. Firstly, the child frequented special education classes, then, went to a common class. The psychopedagogical evaluation of the child analyzed the learning difficulties based on cognitive, fond, behavioral and psycholinguistical aspects. The intention was to obtain a global comprehension of the way of learning of the child as well as*

the detours on learning process and scholar adaptation. The goal of the evaluation was to diagnose and create an intervention strategy to rebuilt the meaning of learning, what allows the determination of an intervention that involves the child, the family and the school. Thus, the psychopedagogical analysis broght many benefits for the child as the rescue of the learning potential and the awakening for the learning success.

KEYWORDS: *Learning. Learning difficulties. Dyslexia. ADHD. Scholar inclusion. Special education.*

REFERÊNCIAS

CAPOVILLA, A. G. S. **Alfabetização: método fônico.** 3.ed. São Paulo: Memnon, 2004. Paginação irregular.

CYPEL, S. **A criança com déficit de atenção e hiperatividade:** atualização para pais, professores e profissionais da saúde. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

DAVIS, R. D. **O dom da dislexia:** porque algumas das pessoas mais brilhantes não conseguem ler e como podem aprender. Tradução de Ana Lima e Gracia B. Massad. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

DEGANI, I. C. C. **Dificuldades de aprendizagem e outros transtornos do desenvolvimento:** apostila para o curso de aprendizagem: abordagem clínica dos problemas de aprendizagem. Batatais: CEUCLAR, 2005.

FERNÁNDEZ, A. **Os idiomas do aprendente:** análise de modalidades ensinantes em famílias, escolas e meios de comunicação. Tradução de Neusa Hickel e Regina Orgler Sordi. Porto Alegre: Artmed, 2001.

_____. **A inteligência aprisionada.** Tradução de Iara Rodrigues. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

JACOBINA, P. **Desatenção e hiperatividade afetam muitas crianças.** Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id+19>>. Acesso em: 27 jun. 2005.

NICO, M. A. N. **Métodos de alfabetização e a dislexia.** Disponível em: <http://www.dislexia.org.br/artigos_2.htm>. Acesso em: 27 jun. 2005.

PARREIRA, V. L. et al. **Psicologias: desenvolvimento e aprendizagem em contexto psicopedagógico.** Batatais: CEUCLAR, 2005. Apostila para o curso de aprendizagem: abordagem clínica dos problemas de aprendizagem.

TÓFOLI, D. País vive febre da 'droga da obediência'. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, p.C5, 15 jan. 2006. Domingo.