

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO – PUC/SP

LUCILA POLITY MOSS

CONTRIBUIÇÕES DO MODELO COGNITIVO
COMPORTAMENTAL PARA AS PRÁTICAS
PSICOPEDAGÓGICAS

ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA

SÃO PAULO – SP

2018

LUCILA POLITY MOSS

CONTRIBUIÇÕES DO MODELO COGNITIVO
COMPORTAMENTAL PARA AS PRÁTICAS
PSICOPEDAGÓGICAS

Monografia apresentada à banca
examinadora para conclusão do Curso
de Especialização em Psicopedagogia
da Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo, sob a orientação da Profa.
Dra. Terezinha Calil Padis Campos.

SÃO PAULO – SP

2018

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta monografia por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Data: _____

E-mail: _____

Moss, Lucila Polity

Contribuições do Modelo Cognitivo Comportamental Para as Práticas Psicopedagógicas / Lucila Polity Moss. -São Paulo: [s.n.], 2018.

40p, 29 x 21 cm

Orientador: Terezinha Calil Padis Campos. Tese (Monografia em Psicopedagogia Cogea Lato Sensu-M)-- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicopedagogia Cogea Lato Sensu-M, 2018.

1. Psicopedagogia. 2. Modelo Cognitivo Comportamental. 3. Visão Pós-Moderna.
I. Campos, Terezinha Calil Padis. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós Graduados em Cogea Lato Sensu-M. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu querido marido, Philip, e às minhas lindas filhas Sophie e Sarah, pelo apoio e compreensão, fundamentais para a conclusão deste curso.

Agradeço à minha querida mãe, Elizabeth, que percorreu este caminho ao meu lado, trocando ideias e, sobretudo, apoiando minhas iniciativas. Sinto-me privilegiada por ter essa pessoa brilhante com quem aprender.

Agradeço ao meu talentoso pai, Michel, que com muito carinho fez um belíssimo trabalho ilustrando o livro que escrevi, parte integrante deste trabalho.

Agradeço também aos meus professores e colegas da PUC com quem cresci ao longo destes anos e que me prepararam para a próxima etapa.

RESUMO

O presente trabalho é um estudo de caso que visa a compreender e descrever como as principais técnicas do Modelo Cognitivo Comportamental, proposto por Aaron Beck, podem contribuir para a prática psicopedagógica, à luz da ciência Pós-Moderna. Na fundamentação teórica são apresentados panoramas da visão da Ciência Pós-Moderna e do Modelo Cognitivo Comportamental. Este último parte do pressuposto de que os eventos são disparadores de pensamentos e que estes, por sua vez, é que vão determinar as reações emocionais, comportamentais e fisiológicas de uma pessoa. Como metodologia para este estudo foram desenvolvidos 25 atendimentos individuais com uma criança de 11 anos com déficit cognitivo, emocional e relacional, traduzidos por dificuldade de aprendizagem, agressividade, impulsividade, enurese, atitudes inadequadas e exacerbação sexual. Entre as atividades desenvolvidas destacam-se as de psicoeducação, monitoramento afetivo e treinamento de habilidades sociais, trabalhadas principalmente através de jogos e histórias. Apresenta-se ainda, como estas técnicas propostas foram adaptadas para a realidade do sujeito, considerando sua faixa etária e seu desenvolvimento cognitivo e emocional. O trabalho em rede foi contemplado na orientação parental e escolar, objetivando a integração entre os diversos contextos sociais do indivíduo. O estudo demonstra que, ao longo do processo, foi verificado importante desenvolvimento em diferentes aspectos do sujeito e que o Modelo Cognitivo Comportamental tem muito a contribuir para a prática psicopedagógica, já que possibilita que o mesmo conheça e modifique seu sistema de crenças disfuncionais, especialmente aquelas relacionadas à aprendizagem. Ao final do processo, o desempenho pedagógico do cliente apresentou considerável crescimento. Da mesma forma, o mesmo começou a perceber os momentos de maior ansiedade e impulsividade, solicitando ajuda antes de ter atitudes inadequadas ao ambiente. Este modelo, portanto, mostrou-se enriquecedor ao abordar situações disfuncionais do aqui-agora, possibilitando mudanças imediatas de comportamento e favorecendo o desenvolvimento de atitudes e crenças mais funcionais em um curto espaço de tempo.

PALAVRAS-CHAVE: Psicopedagogia. Terapia Cognitivo Comportamental. Ciência Pós-Moderna. Orientação Parental. Orientação Escolar. Trabalho em Rede.

ABSTRACT

The present work is a case study that aims to understand how the main techniques of the Behavioral Cognitive Model, proposed by Aaron Beck, can contribute to the psychopedagogical practice, in the light of Postmodern science. In the theoretical foundation are presented panoramas of the Postmodern Science and the Cognitive Behavior Model. The latter assumes that events are thought-triggers and that these, in turn, will determine a person's emotional, behavioral and physiological reactions. As a methodology for this study 25 individuals appointments were developed with an 11 year old child with cognitive, emotional and relational deficits, resulting in learning difficulties, aggressiveness, impulsivity, enuresis, inappropriate attitudes and sexual exacerbation. Among the activities developed are those of psychoeducation, affective monitoring and training of social skills, worked mainly through games and stories. It is also presented how these proposed techniques were adapted to the reality of the subject, considering their age group and their cognitive and emotional development. Networking was contemplated in parental and school orientation, aiming at the integration between the diverse social contexts of the individual. The study demonstrates that throughout the process, important development in different aspects of the subject has been verified and that the Cognitive Behavior Model has much to contribute to the psychopedagogical practice, since it enables the person to know and to modify its system of dysfunctional beliefs, especially those related to learning. At the end of the process, the pedagogical performance of the client showed considerable growth. In the same way, he began to realize moments of greater anxiety and impulsivity, requesting for help. This model, therefore, proved to be enriching in addressing here-and-now dysfunctional situations, enabling immediate changes in behavior and favoring the development of more functional attitudes and beliefs in a short period of time.

KEYWORDS: Psychopedagogy. Cognitive Behavioral Therapy. Postmodern Science. Parental Guidance. School Guidance. Social Network.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	JUSTIFICATIVA	09
3	RELEVÂNCIA	10
4	OBJETIVOS	12
	4.1 Objetivo geral	12
	4.2 Objetivos Específicos	12
5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
	5.1 A Visão Pós-Moderna	13
	5.2 A Psicopedagogia	14
	5.3 O Modelo Cognitivo Comportamental	16
	5.3.1 O modelo cognitivo comportamental para crianças	19
	5.3.2 Trabalhando com as crenças centrais	20
	5.3.3 Trabalhando com os erros de pensamento	21
	5.3.4 Trabalhando com crianças com déficits cognitivos	22
	5.3.5 Psicoeducação	23
	5.3.6 Orientação parental	23
6	ESTRATÉGIAS	24
7	ATUAÇÃO DO PESQUISADOR	26
	7.1 Breve descrição do caso	27
	7.2 Trabalhando e aprendendo com o cliente	28
	7.2.1 Falando sobre enurese	28
	7.3 Conversando com os pais	29
	7.4 Aprendendo como se aprende	32
8	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICES	36

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu da demanda do curso de especialização em psicopedagogia.

Através da minha experiência, ao longo de dez anos, em uma escola particular, especializada em atender alunos com um ritmo diferenciado na aprendizagem, pude observar que frequentemente essas queixas vêm acompanhadas de questões emocionais e comportamentais.

Para melhor compreendê-las, busquei o referido curso, entendendo que

a psicopedagogia é um campo do conhecimento que, como o próprio nome sugere, implica uma interação entre a psicologia e a pedagogia tendo como objeto de estudo o processo de aprendizagem visto como estrutural, construtivo e interacional, integrando nele aspectos cognitivos, afetivos e sociais do ser humano. A psicopedagogia tem, então, como objetivo facilitar esse processo de aprendizagem removendo os obstáculos que impedem que ele se faça. (ALMEIDA E SILVA, 1998, p. 6).

Interessa-me entender quais as contribuições que o modelo cognitivo comportamental ancorado em uma visão da ciência Pós-Moderna pode oferecer à psicopedagogia.

Essa abordagem psicológica, proposta por Aaron Beck, na década de 1960, visa a atuar em várias áreas de transtornos emocionais, como depressão, transtornos de ansiedade, fobias, entre outros. Sua terapia (TCC) objetiva a reestruturação cognitiva a fim de promover mudanças nas emoções e nos comportamentos.

Segundo SLUZKI, “existe forte evidência de que uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência (...), ou seja, é geradora de saúde” (1997, p. 67).

Tendo isso em mente, desenvolvi o presente estudo de caso em três frentes distintas: atendimento psicopedagógico clínico, orientação parental com a família do cliente e orientação escolar com o objetivo de construir, em rede, estratégias de atuação.

2 JUSTIFICATIVA

Ao desenvolver o diagnóstico psicopedagógico de um aluno do referido Colégio, deparei-me com uma criança com déficit emocional e cognitivo, traduzidos por dificuldades de aprendizagem e comportamentos inadequados. Percebi a necessidade de auxiliá-lo a, primeiramente, organizar suas emoções e comportamentos para, então, viabilizar a aprendizagem.

3 RELEVÂNCIA

1.1 Pessoal

Para compreender a relevância pessoal deste trabalho, faz-se necessário conhecer minha trajetória profissional e acadêmica e, como dizem os construcionistas sociais, de que lugar eu falo.

Há dez anos atuo como Diretora do Colégio Winnicott, onde atendemos a alunos com um ritmo diferenciado na aprendizagem, advindo de diversos fatores, como: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtornos específicos da aprendizagem, questões emocionais, déficit cognitivo, traços do transtorno do espectro autista, entre outros.

Com formação em Terapia Familiar Sistêmica pelo CEOAFE – Centro de Orientação e Aconselhamento Família-Escola, adotei a visão Pós-Moderna do Construcionismo Social e do Trabalho em Rede para a prática educacional.

No Instituto Serene, do Dr. Mauro Muzskat, participei da especialização em Perspectivas Clínicas em Neurociência Educacional, onde aprendi que muitas das questões de neurodesenvolvimento (entre elas: ansiedade, TOC, fobias, depressão, etc.) podem ser trabalhadas por meio da TCC.

Como o tema me despertou bastante interesse para minha atuação profissional, convidei a Dra. Ana Maria Serra, presidente do Instituto de Terapia Cognitiva Comportamental, para dar um curso para toda a equipe do Colégio abordando as principais características do modelo cognitivo comportamental.

Verifiquei, com isso, que muitas das técnicas apresentadas vinham ao encontro da nossa necessidade de intervenção junto aos alunos e familiares. Decidi, assim, desenvolver este trabalho inicialmente com a prática clínica, para então, em uma próxima pesquisa, ampliá-lo para a prática institucional.

1.2 Científica

A relevância científica deste trabalho está em contribuir para o campo da Psicopedagogia ampliando suas ferramentas com as diferentes técnicas do modelo cognitivo comportamental, amparada pela visão pós-moderna e baseada na articulação das teorias propostas neste recorte.

1.3 Educacional e social

A relevância educacional e social deste trabalho está na medida em que Psicopedagogos possam assistir crianças, jovens e adultos lançando mão de diferentes técnicas, entre elas as do modelo cognitivo comportamental, contribuindo para o desenvolvimento pedagógico, emocional e social desses.

Um dos principais objetivos do modelo cognitivo comportamental é ensinar ao cliente formas de questionar seus pensamentos e crenças distorcidos a fim de que possa permanecer em um bom estado emocional. Isto posto, pode-se perceber uma relevância social na medida em que essas pessoas serão capazes de aprender a ter uma postura positiva em relação ao mundo, às relações sociais e, finalmente, à aprendizagem.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Compreender e descrever se e como técnicas do modelo cognitivo comportamental contribuem para a prática Psicopedagógica Clínica.

4.2 Objetivos Específicos

Compreender e descrever:

1. um estudo de caso, utilizando o modelo cognitivo comportamental em um atendimento psicopedagógico clínico.
2. a orientação parental com a família do cliente com o objetivo de construir, em conjunto, estratégias de atuação.
3. a orientação com a escola do cliente com o objetivo de construir, em conjunto, estratégias de atuação.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 A Visão Pós-Moderna

Entendo que as diversas áreas do conhecimento vêm vivendo uma longa fase de transição entre o pensamento moderno, que busca certezas e explicações objetivas e o pensamento pós-moderno, que coloca o observador inserido no contexto e questiona a existência de uma única verdade.

O pensamento moderno apoia-se em quatro mitos, segundo Ibañez (1992): “o do conhecimento do válido como representação correta e confiável do mundo, o do objeto como constitutivo deste mundo, o da realidade independente do observador e o mito da verdade como critério decisório.” (GRANDESSO, 2000, p. 49).

Já o pensamento pós-moderno é definido por Grandesso (2000, p. 53) da seguinte forma:

Como não se apoia em um método que garanta a verdade, o pensamento pós-moderno exige que se desenvolvam meios de conhecimento que exponham a experiência conforme ela é vivida. Sem qualquer interesse na busca de leis gerais, o pensador pós-moderno coloca-se aberto para a diferença, a importância dos contextos de tempo e espaço e, ao mesmo tempo, que valoriza o simples e o único, a complexidade é considerada.

Gergen (1998, apud GRANDESSO, 2000, p. 54) diz que:

O psicólogo pós-moderno, antes de lidar com verdades históricas como determinantes do que vem a ser os fatos psicológicos e o seu funcionamento, lida, então, com as “verdades” narrativas, mudando completamente os quesitos para uma investigação psicológica. Esta já não pode assentar-se na observação neutra e fidedigna como base para as construções teóricas, mas, sim, nas múltiplas e contextualizadas convenções da linguagem, como um amplo horizonte de possibilidades para as suas construções.

Grandesso (2000, p. 55) complementa:

A psicologia da pós-modernidade valoriza o singular, o idiossincrático e o contextualmente situado, em vez das leis gerais. Antes de procurar pelos fatos, o psicólogo pós-moderno busca pelos significados, e estes nem são fatos objetivos, nem subjetividades inerentes à pessoa do psicólogo.

McNamee (1998, p. 229) afirma:

O pós-modernismo está marcado pelo foco na linguagem – ou seja, na interação entre as pessoas na construção de seus mundos. [...] o projeto pós-modernista é examinar como o processo de interação proporciona oportunidades para que surjam e se dissipem as caracterizações particulares.

A autora cita Gergen (1991) quando diz que “com sua ênfase na linguagem e na construção social, vemos que „sob condições pós-modernas, as pessoas existem em um estado de contínua construção e reconstrução“.” (MCNAMEE, 1998, p. 229)

Assim, para este trabalho posso levar em consideração minhas experiências prévias, as expectativas pessoais e as ressonâncias que foram surgindo ao longo do processo, tornando-o único.

Ao trazer a visão pós-moderna proponho que a conclusão e possíveis contribuições deste não sejam vistas como verdades absolutas, mas consideradas no contexto de sua aplicação, podendo ser ampliadas e modificadas conforme as condições que se apresentem. Da mesma forma, abro espaço para as possibilidades de mudança e para o contextualmente situado, ampliando minha rede conversacional.

No próximo capítulo trarei as contribuições de alguns autores para a definição da Psicopedagogia.

5.2 A Psicopedagogia

O Código de Ética do Psicopedagogo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOPEDAGOGIA, Capítulo I, Artigo 3º, 2011) diz:

A atividade psicopedagógica tem como objetivos:

- a) promover a aprendizagem, contribuindo para os processos de inclusão escolar e social;
- b) compreender e propor ações frente às dificuldades de aprendizagem;
- c) realizar pesquisas científicas no campo da Psicopedagogia;
- d) mediar conflitos relacionados aos processos de aprendizagem.

Segundo Sônia Salomon (SCOZ, 2004, p. 94):

O psicopedagogo se interessa pelo processo de construção do conhecimento. É este seu norte, é para este lugar que dirige o seu olhar inquietante e curioso, que a tudo observa e sobre tudo pensa: a história, as condições, as interações de fatores de ordens diversas na construção do conhecimento – *daquela* criança, *daquela* família, *daquela* professor, *daquela* instituição.

A autora (SCOZ, 2004, p. 95) descreve:

A psicopedagogia se constitui como um campo de atuação a partir de práticas de intervenção na realidade (de tentativas de entendimento e enfrentamento de problemas de aprendizagem em situações e contexto sociais e institucionais reais), construindo seu corpo teórico com a marca fundamental da articulação de conhecimento advindo de diversas áreas do conhecimento, numa totalidade dinâmica para promover o entendimento e a busca constante da apreensão do complexo fenômeno da aprendizagem.

Taís Costa Lima (PINTO, 2003, p. 10) ressalta a importância do encontro entre profissional e cliente quando diz que “o trabalho psicopedagógico se dá entre o ser em processo de construção do conhecimento e o psicopedagogo”. A mesma destaca ainda a necessidade do autoconhecimento neste processo, “que leva ao resgate da história de vida, o que possibilita ao sujeito elaborar questões emocionais conflituosas que podem provocar alguns distúrbios de aprendizagem.”

Nadia Bossa (1994, p. 14) diz que “ao psicopedagogo cabe saber como se constitui o sujeito, como este se transforma em suas diversas etapas de vida, quais os recursos de conhecimento de que ele dispõe e a forma pela qual produz conhecimento e aprende.”

Entendendo que no campo de estudo da psicopedagogia existe espaço para a contribuição do modelo cognitivo comportamental, cito Teresinha Costa (PINTO, 2003, p. 37) quando esta fala que “é fundamental para a psicopedagogia que o profissional faça uso do trabalho interdisciplinar, pois os conhecimentos específicos das diversas teorias contribuem para o resultado eficiente da intervenção ou prevenção psicopedagógica.”

Taís Costa Lima (PINTO, 2003, p. 9) corrobora ao dizer:

O objeto de estudo da psicopedagogia é a aprendizagem como uma forma que a espécie humana desenvolveu para se adaptar ao meio; pela complexidade desse mecanismo, a psicopedagogia configura-se como um campo de investigação multidisciplinar, cercado-se, para isso, de disciplinas teóricas sobre as bases orgânicas, psicológicas e sociais.

Em seguida, passarei a descrever brevemente o modelo cognitivo comportamental, com suas principais práticas de atuação e aquelas que considero úteis à psicopedagogia. Este modelo é bastante complexo e sua literatura muito ampla, alguns autores têm maior foco em linhas mais cognitivas e outros, em linhas mais comportamentais. Desta forma, foi necessário fazer um recorte para o presente trabalho.

5.3 O Modelo Cognitivo Comportamental

Para Judith Beck (2014, p. 50) o modelo cognitivo comportamental

[...] parte da hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos. Não é a situação em si que determina o que a pessoa sente, mas como ela *interpreta* uma situação.

A autora (2014, p. 23) resume esse modelo quando diz que ele

[...] propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento.

Isto é, o modelo parte do pressuposto de que os eventos são disparadores de pensamentos e que estes, por sua vez, é que vão determinar as reações emocionais, comportamentais e fisiológicas de uma pessoa.

A Terapia Cognitiva Comportamental, baseada nesse modelo, foi concebida por Aaron Beck, no início da década de 1960, nos Estados Unidos, definida como uma “psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis).” (BECK, 2014, p. 22)

Aaron Beck (BECK, 2014, p. 51) define três níveis de pensamentos:

- os pensamentos automáticos:

[...] palavras ou imagens que passam pela mente da pessoa, são específicos para as situações e podem ser considerados como o nível mais superficial da cognição. Não são resultantes de deliberação ou raciocínio. Ao contrário, esses pensamentos parecem surgir espontaneamente, eles geralmente são muito rápidos e breves. Mesmo que você esteja consciente dos seus pensamentos, é mais provável que os aceite sem nenhuma crítica, acreditando que eles são verdadeiros.

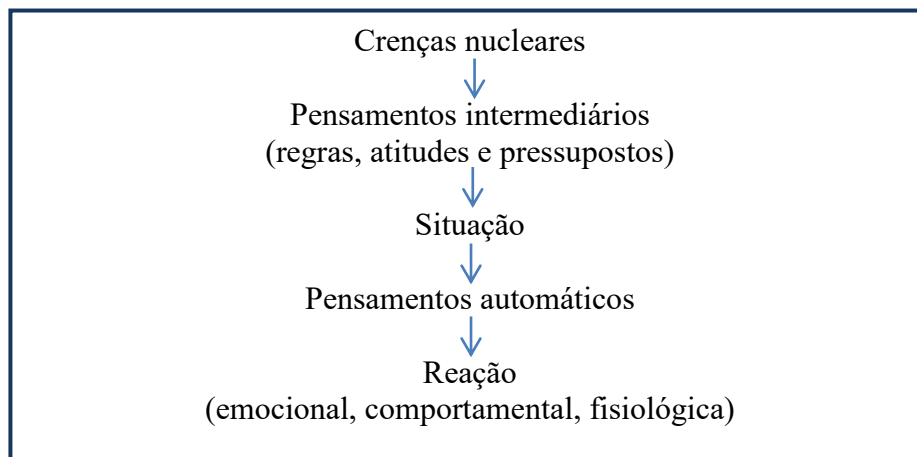
- as crenças intermediárias: influenciadas pelas crenças nucleares, “são as atitudes, as regras e os pressupostos (frequentemente não articulados)”
- as crenças nucleares: “são o nível mais fundamental da crença, elas são globais, rígidas e supergeneralizadas”

O autor (BECK, 2014, p. 52) explica que

No começo da infância, as crianças desenvolvem determinadas ideias sobre si mesmas, sobre as outras pessoas e o seu mundo. As suas crenças mais centrais, ou *crenças nucleares*, são compreensões duradouras tão fundamentais e profundas que frequentemente não são articuladas nem para si mesmo. A pessoa considera essas ideias como verdades absolutas – é como as coisas “são”.

Judith Beck ilustra a hierarquia da cognição da seguinte forma:

Figura 1 – Hierarquia da cognição



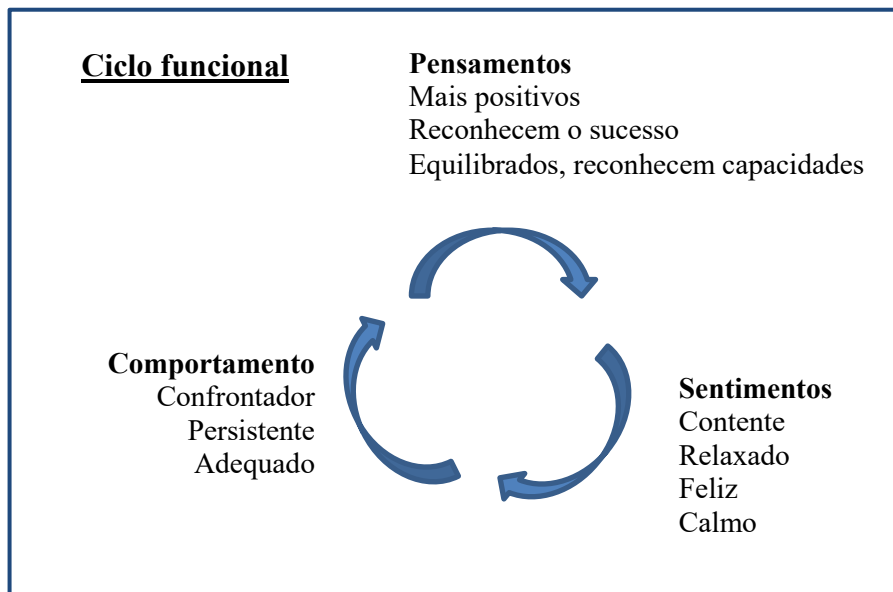
Fonte: BECK, 2014, p. 56

Para Petersen e Wainer (2011, p. 22):

A maneira como cada pessoa interpreta um evento contribui para o significado atribuído e terá consequências comportamentais e emocionais para o indivíduo. Processos e conteúdos cognitivos são envolvidos em cada ato individualizado de dar sentido aos eventos ambientais. Já as estruturas cognitivas decorrem do acúmulo de experiências na memória e servem como um filtro para as próximas.

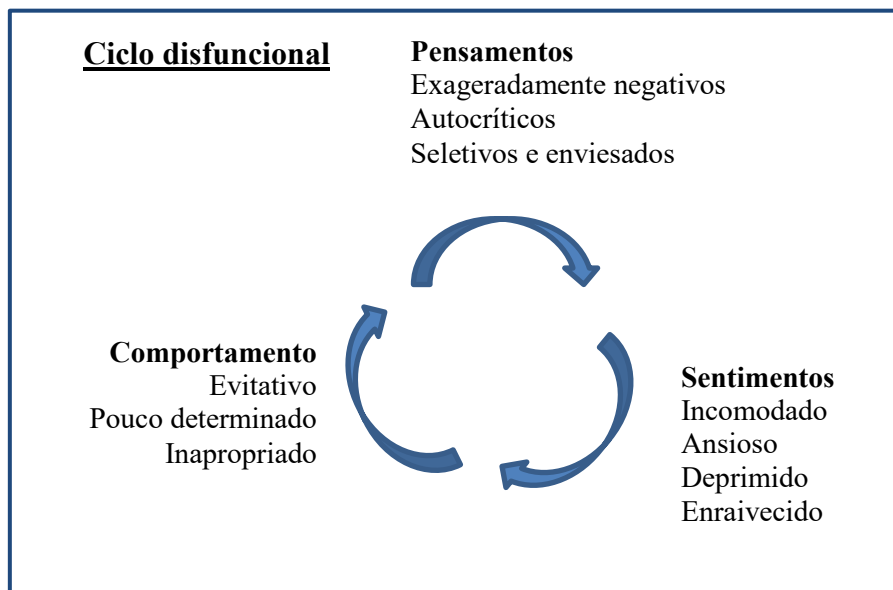
Stallard entende que os pensamentos, sentimentos e comportamentos funcionam em ciclos, podendo ser funcionais ou disfuncionais, conforme ilustram as seguintes figuras:

Figura 2 – Ciclo funcional



Fonte: STALLARD, 2004, p. 18

Figura 3 – Ciclo disfuncional



Fonte: STALLARD, 2004, p. 18

5.3.1 O Modelo Cognitivo Comportamental para Crianças

Nesta sessão, apresentarei as principais técnicas utilizadas pelo modelo cognitivo comportamental com crianças. Para trabalhar com este público são indispensáveis diversas adaptações ao modelo utilizado com adultos.

Com estes últimos, são necessários níveis complexos de abstração e assume-se que “o indivíduo tem a capacidade de diferenciar entre pensamento racional e irracional, lógico e ilógico”. Porém, as crianças não costumam ser capazes de fazer esta distinção e, dependendo da idade, “tampouco são capazes de diferenciar as emoções dos pensamentos, nem classificá-las.” (BUNGE, 2012, p. 12)

Assim, no trabalho com crianças é preciso lançar mão de recursos multisensoriais sem basear-se exclusivamente na palavra. Além disso, é fundamental adaptar as técnicas à narrativa particular e às condições cognitivas de cada indivíduo para que este se identifique.

Stallard (2004, p. 27) considera que o processo da TCC “envolve um grau de maturidade e sofisticação cognitiva e requer uma capacidade de engajar-se em tarefas abstratas, como ver os eventos a partir de perspectivas diferentes ou gerar atribuições alternativas”. O que significa que instruções claras e simples de atividades concretas são mais recomendadas para este público.

Para Kendall (2006, apud PETERSEN, 2011, p. 22):

As intervenções cognitivas oferecem um setting estruturado com atividades que desafiam as estruturas cognitivas existentes. O objetivo do tratamento é modificar a estrutura cognitiva da criança ou do adolescente para que se comporte, se sinta e pense diferente no futuro.

Petersen e Wainer (2011, p. 29) ressaltam:

[...] a importância de incorporar no tratamento os elementos essenciais nos protocolos baseados em evidências das TCCs, com flexibilidade de acordo com os problemas específicos de cada criança e suas famílias, levando em conta seu contexto social, histórico e cultural. Por outro lado, destaca-se a importância de junto com a ciência haver espaço para a arte do encontro humano, com empatia, disposição de ajuda e gosto por brincar por parte do terapeuta.

Com relação ao aprendizado, Carmem Neufeld (2015, p. 35) diz que “o refinamento da cognição atua como facilitador para o aprendizado de novos conceitos”. O conceito de autoestima ganha destaque neste modelo, já que “é a partir dele que a própria criança tem

ideia da sua capacidade para o trabalho produtivo e, assim, aprimora a noção de si como capaz de dominar habilidades e concluir tarefas.”.

5.3.2 Trabalhando com as crenças centrais

As crenças centrais, formadas na infância com base nas experiências precoces, são ideias rígidas sobre: como vemos a nós mesmos; como julgamos o que fazemos; e como vemos o futuro. (STALLARD, 2004, p. 105)

Uma das principais estratégias do modelo cognitivo comportamental é procurar identificar as crenças disfuncionais, ajudando o sujeito a também reconhecê-las. Vernon (1998) faz um levantamento das crenças comuns na infância:

- Crenças infantis básicas:
 - devo ser aprovado e amado pelas pessoas importantes para mim;
 - devo ter tudo o que quero;
 - não devo ter incômodos e devo estar sempre entretido.
- Crenças irracionais comuns:
 - é horrível que não gostem de mim;
 - sou mau ou incapaz se cometer erros;
 - tudo deve ser cômodo e prazeroso;
 - eu sempre devo fazer o que eu quero, ou ainda ter tudo o que quero;
 - é horrível estar aborrecido ou ter de esperar.
- Crenças relacionadas à vida escolar:
 - eu devo ser perfeito;
 - não posso cometer erros
 - se os outros me rejeitam é porque não faço as coisas direito;
 - eu sou um perdedor;
 - eu não posso me sentir desconfortável.

Fonte: PETERSEN, 2011, p. 19

Para trabalhar com estas crenças, Stallard (2004, p. 106) propõe os seguintes passos:

- Rastreador de pensamentos: a pessoa toma um pensamento negativo e se pergunta “E daí? Se isso fosse verdade, o que significaria a meu respeito?” e a cada resposta, repete a pergunta, buscando chegar às crenças disfuncionais.
- Desafiando as crenças centrais: a pessoa busca evidências que não apoiem determinada crença, verificando se está conseguindo ver toda a história ou se está olhando através de “óculos negativos”. Isso pode ser feito através de um diário ou de listas de evidências.
- Fale com outra pessoa: a pessoa pergunta a visão de outra sobre determinada situação, que pode não enxergar as coisas da mesma forma e fornecer uma nova perspectiva.

5.3.3 Trabalhando com os erros de pensamento

Os erros de pensamento usualmente refletem as crenças centrais e são uma forma enviesada de perceber determinada situação, geralmente negligenciando os eventos positivos e ressaltando os negativos.

Wainer e Piccoloto (PETERSEN, 2011, p. 178) apontam os principais erros de pensamento:

1. Catastrofização: inferência negativa ao extremo de situações futuras. Esse é um erro de pensamento sistemático nos quadros de humor depressivo.
2. Inferência arbitrária: deduzir fatos a partir de premissas falsas ou inexistentes.
3. Abstração seletiva: foco da atenção em informações que confirmem crenças centrais do indivíduo. Nos depressivos, tendem a ser o foco nos aspectos negativos das situações.
4. Supergeneralização: tendência a amplificar a abrangência de atos, eventos ou consequências.
5. Maximização e minimização: imposição de valorização inadequada dos estímulos. Nos depressivos, por exemplo, em geral, há a maximização do negativo ou do erro e a minimização do positivo ou dos sucessos.
6. Personalização: focalização exagerada sobre si mesmo em relação à causação de eventos ou de responsabilizações.
7. Pensamento absolutista: enclausuramento de uma ideia, demonstrando certeza absoluta quanto ao tópico. Erro de pensamento típico na distímia.

8. Pensamento dicotômico: forma de pensamento polarizado, do tipo tudo-ou-nada, gerador de ansiedade e de impulsividade.

Para bloquear os pensamentos negativos, Stallard (2004, p. 118) sugere:

- Distrair-se: mudar o foco de atenção dos pensamentos negativos atentando-se para o que está acontecendo ao redor da pessoa, fazendo quebra-cabeças mentais ou atividades interessantes (ouvir música, ler um livro, assistir a televisão, etc.) podem oferecer alívio mental em curto prazo.
- Fala interna de enfrentamento e positiva: repetir frases encorajadoras e positivas para si mesmo.
- Testar os pensamentos: por à prova as previsões negativas do que vai ocorrer e verificar se de fato correspondem com os acontecimentos.
- Jogar fora: fazer uma lista dos pensamentos negativos e jogá-la no lixo.

O autor ressalta que quanto mais treinadas forem, maior será a eficácia destas técnicas.

5.3.4 Trabalhando com crianças com déficits cognitivos

Até aqui, o trabalho apresentou formas de atuar em situações em que há distorção cognitiva, isto é, a interpretação distorcida de determinados eventos. Considerando que o indivíduo retratado neste trabalho apresenta déficit cognitivo, é importante adaptar a proposta de intervenção a esta condição.

Kendall (BUNGE, 2012, p. 13) propõe uma distinção entre distorção cognitiva – referente a transtornos internalizantes, como depressão e transtornos de ansiedade – e déficit cognitivo – referente a transtornos externalizantes, como problemas de agressividade e comportamento disruptivo.

Quando há um déficit cognitivo, o principal objetivo do trabalho estará em “prover à criança ferramentas destinadas a exercer as funções de controle executivo pouco desenvolvidas. Incluem-se estratégias de autocontrole, parar e pensar alternativas e/ou treinamento em resolução de problemas.” (idem)

Nestes casos, todas as atividades são desenvolvidas de forma mais objetiva, ajudando o indivíduo a, inicialmente, conhecer e reconhecer as emoções e reações fisiológicas provocadas pelos pensamentos. É necessário verificar constantemente a compreensão que o indivíduo tem das situações e adaptar as atividades para suas condições.

5.3.5 Psicoeducação

A psicoeducação é essencial no modelo cognitivo comportamental e tem o objetivo de educar o indivíduo sobre os aspectos principais de seu transtorno e as alternativas de tratamento.

Apresenta-se a ligação entre pensamento, sentimento e comportamento, de forma que ele possa reconhecê-los e modificá-los de forma autônoma durante e após o acompanhamento terapêutico.

Espera-se, com isso, que ele seja capaz de transpor o conhecimento adquirido para diferentes situações ao longo de toda a vida e inicia-se uma sólida relação terapêutica.

5.3.6 Orientação Parental

Outro aspecto fundamental deste trabalho é a orientação ou treinamento parental.

Para Bunge, os principais desafios no trabalho com as crianças estão relacionadas à motivação, ao desenvolvimento intelectual e à capacidade de comunicação delas. Desta forma, ele entende que a intervenção com pais se faz necessária e seu grau de interferência varia conforme o estado de desenvolvimento da criança – segundo a definição de Piaget, conforme tabela abaixo:

Estado do desenvolvimento	Grau de limitação	Assimilação das intervenções	Intervenção com os pais
Pré-operatório (de 2 a 7 anos)	Alto	Comportamentais	Indispensável
Operatório concreto (de 7 a 11 anos)	Moderado	Comportamentais, cognitivas simples	Considerável
Operatório formal (acima de 11 anos)	Baixo	Comportamentais e cognitivas	Varia com o caso

Fonte: Adaptado de BUNGE, 2008, p. 13.

Muitos autores descrevem a inserção dos pais no tratamento dos filhos, podendo ter uma participação mais ou menos ativa no processo, desde facilitadores até co-terapeutas, em um modelo sistêmico. Além disso, podem ser também participantes de programas para lidar com a ansiedade parental, onde aprendem a “reconhecer o efeito de seu próprio

comportamento sobre o desenvolvimento e a manutenção dos problemas do filho”. (STALLARD, 2004, p. 37)

A inserção dos pais no processo de modificação do comportamento dos filhos, especialmente nos casos de transtornos de comportamento, “é uma alternativa que otimiza a intervenção e aumenta as chances de manutenção dos benefícios conquistados”. (PACHECCO, in Petersen, 2011, p. 159).

Segundo Wainer e Piccoloto (PETERSEN, 2011, p. 188) os principais objetivos da orientação parental são:

- melhora dos padrões de reforço dos comportamentos assertivos da criança;
- redução de práticas punitivas;
- reinterpretação dos pais do funcionamento da criança;
- fortalecimento da rede social da criança.

Quando se fala em práticas punitivas, Guilhardi (PETERSEN, 2011, p. 162) ressalta que as mesmas “só devem ser usadas quando outras alternativas mais favoráveis não surtirem efeito” e faz algumas orientações importantes para as famílias:

- a remoção de privilégios ou de condições gratificantes deve ser temporária;
- os pais devem ser firmes no procedimento, mas não introduzir elementos agressivos: deve-se fazer o que se propôs, por exemplo, retirar a atenção, desligar a televisão, conduzir a criança para o local em que ela fará o “momento de reflexão”, etc., sem introduzir componentes desnecessários, tais como gritos, beliscões, puxões de orelha;
- é fundamental que a punição ocorra imediatamente após o comportamento indesejado;
- encerrado o procedimento de punição, a criança deve ser imediatamente reconduzida às atividades cotidianas.

6 ESTRATÉGIAS

Para desenvolver este trabalho atuei em três frentes:

- A. Atendimento psicopedagógico clínico
- B. Orientação parental.
- C. Orientação escolar.

No atendimento clínico utilizei as seguintes estratégias psicopedagógicas:

- Desenvolvimento de um livro para o cliente (Apêndice B).
- Jogos sobre emoções: Pense antes de agir¹; Bingo das emoções².
- Jogos: A Hora do Rush³, Jogo da Memória.
- Cruzadinha, caça-palavras, desafios matemáticos.
- Atividades de ordenação, seriação e classificação.
- Encenações com fantoches.
- Leitura e interpretação de histórias: Patinho Feio, O rei e o pijama azul.

Aliando-as às seguintes estratégias cognitivas comportamentais:

- Atribuição de atividades para casa.
- Elaboração de estratégias de enfrentamento: distração, relaxamento, aqui-agora e afirmativas de enfrentamento.
- Psicoeducação: monitoramento do pensamento, identificação de distorções e déficits cognitivos, desenvolvimento de processos cognitivos alternativos.
- Educação, monitoramento e controle afetivo.
- Treinamento de habilidades sociais.

¹ Editora Projeto Educa Brasil

² Idem

³ Editora Big Star

7 ATUAÇÃO DO PESQUISADOR

Com a autorização da família e para preservar a identidade do cliente, o mesmo será identificado neste trabalho como F..

Para descrever a atuação do pesquisador, é necessário fazer uma breve descrição do caso. No Apêndice A apresento informações mais detalhadas do mesmo e do processo de diagnóstico psicopedagógico desenvolvido anteriormente a este trabalho.

7.1 Breve descrição do caso

F. é o segundo filho do casal e tem uma irmã cinco anos mais velha que ele. Foi um bebê planejado e não há relatos de intercorrências na gestação e no parto. Aos oito meses de vida, por ser muito agitado, os pais procuraram um neuropediatra que o diagnosticou com epilepsia.

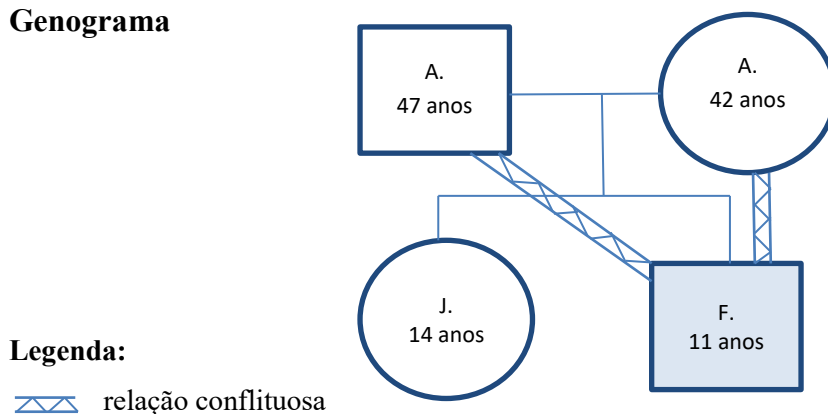
Os pais relatam que F. apresenta dificuldade de aprendizagem e de relacionamento, impulsividade, agressividade e falta de medo do perigo.

F. apresentou falta de controle vesical e anal até os nove anos e até o momento ainda tem enurese. Sua trajetória escolar foi marcada por conflitos e fracassos que resultavam para a criança em agressões físicas por parte dos pais.

A família recebeu orientação de uma terapeuta familiar por cerca de um ano e F. segue com acompanhamento neuropsiquiátrico até o momento. F. vem sendo medicado para o controle das crises epiléticas, para impulsividade, para ansiedade e para déficit de atenção. Entretanto, em alguns dias acaba ficando sem a medicação por esquecimento dos pais.

Desde agosto de 2016, por indicação da terapeuta familiar, o cliente está uma escola especializada, em uma turma de seis alunos.

Genograma



7.2 Trabalhando e aprendendo com o cliente

Foram desenvolvidos 25 atendimentos semanais entre fevereiro e novembro de 2017, com a duração de uma hora cada, em uma sala de atendimento individual do Colégio Winnicott.

Aliadas às principais técnicas psicopedagógicas – jogos, histórias e testes piagetianos – para compreender a forma de aprender do indivíduo e seus possíveis entraves, utilizei, conforme mencionado anteriormente, diferentes estratégias do modelo cognitivo comportamental.

Iniciei o trabalho com o reconhecimento das emoções, através do livro que escrevi para F., que pode ser lido no Apêndice B, onde apresento cada uma das principais emoções que todos temos: alegria, tristeza, raiva, ansiedade e medo. Pensando nas situações relatadas por F., illustrei como cada uma destas emoções aparecia, podendo estar presente mais de uma ao mesmo tempo.

Através da “roda das emoções” foi feita a verificação do humor todo início e término de sessão. Nesta roda, havia “carinhas” para representar as seguintes emoções: triste, alegre, cansado, amedrontado, zangado, chateado, envergonhado e ansioso.

Por meio de diferentes atividades, percebi que F. não se sentia confortável em lidar com outras emoções que não fosse a alegria, teve ataques de riso ao ver fotos de pessoas tristes ou bravas, por exemplo. Quando questionado sobre como estava se sentindo, apontava a seta para a carinha alegre sem sequer pensar sobre o assunto.

Por diversas vezes, coloquei a minha seta em outras carinhas, compartilhando o que eu estava sentindo e explicando a ele as razões. Aos poucos, F. foi compreendendo a naturalidade em lidar com diferentes estados emocionais, até que, em determinado encontro, foi capaz de identificar e compartilhar que estava ansioso por causa das atividades que havia programado para o final de semana.

Esta verificação do humor faz parte da educação afetiva que me propus a desenvolver com F., utilizando livros, jogos, fantoches e brinquedos para encenar e simular diferentes situações e emoções por elas despertadas.

Os jogos Bingo das Emoções e Pense Antes de Agir, contribuíram para apresentar situações em que F. precisaria identificar as emoções correspondentes e os comportamentos mais funcionais para lidar com elas. Por exemplo, para a situação: “estava assistindo à televisão, quando minha irmã mudou o canal”, F. relatou sentir raiva, porém aprendeu que contar até 10 o ajudaria a conversar com a irmã de maneira mais tranquila.

Em determinado atendimento, F. estava com grande dificuldade em controlar seus impulsos mexendo em tudo, jogando os materiais no chão e subindo nas cadeiras e até no armário. Por isso, brincando com o fantoche do lobo mau, fiz um lobo fora de controle, que agredia a todos. F. com outro fantoche ajudou o lobo a se controlar, pedindo que respirasse e contasse até 10. Esse movimento explicitou um aprendizado valioso das técnicas de autocontrole por parte de F., além de exercitar a empatia e a solidariedade.

Com o objetivo de promover a experiência do sucesso, as atividades foram desenvolvidas dentro das capacidades cognitivas de F.. Com frequência foi elogiado e teve suas habilidades valorizadas, o que o levou ao seu próprio reconhecimento.

Foram atribuídas algumas atividades para casa, a serem desenvolvidas com os pais. Inicialmente de reconhecimento das emoções em outras pessoas e, posteriormente, dos pensamentos atrelados às emoções. Em todos os casos, F. desenvolveu a atividade com o auxílio da mãe, de forma satisfatória.

Em diversas situações, F. demonstrou sinais de ansiedade, mordendo-se, batendo na própria cabeça e fazendo movimentos estereotipados. Percebi estes sinais tanto em momentos em que estávamos prestes a fazer algo que ele queria ou quando era elogiado por alguma conquista, quanto quando já estava cansado ou impaciente.

Propus que F. escolhesse um nome para esses movimentos estereotipados, para que pudesse prestar mais atenção quando eles aparecessem, tentando identificar os pensamentos e as emoções ligadas a eles. Dessa forma, em determinados momentos F. conseguiu substituir alguns movimentos por palavras, refletindo sobre o que estava ocorrendo.

7.2.1 Falando sobre a enurese

Um dos pontos trazidos pela família como mais difíceis de lidar foi a enurese. Segundo seu relato, no início dos atendimentos, F. tinha enurese de 4 a 5 vezes por semana, em média. Para trabalhar com esta questão, adaptei a história “O Rei e o Pijama Azul”, em que um reizinho, que tinha um pijama que mudava de cor quando molhado, era ridicularizado por fazer xixi na cama. Uma criança, solidária à situação do rei, ajudava-o a compreender a naturalidade do evento e a identificar diferentes formas de evitar que isso acontecesse.

Pedi que F. desse ao rei sugestões de como evitar esta situação e ele sugeriu: fazer xixi antes de dormir e tomar pouco líquido à noite. Concluímos que este evento pode acontecer com qualquer pessoa e não deve ser motivo de vergonha. Em nenhum momento F. admitiu ter a mesma questão, nem mesmo quando perguntado.

Em outra atividade, brincando com carrinhos, relatei que meu carrinho havia feito xixi nas calças (deixado o óleo escapar) e estava muito envergonhado. Simpático ao amigo, F. se ofereceu para levá-lo à oficina, explicando que isso poderia ocorrer com qualquer um e inclusive já tinha acontecido com ele.

Em determinado dia, percebi que F. estava bastante agitado, lambeu massinha de modelar, jogou-a no teto, mordeu-se e bateu na própria cabeça. Ao ser questionado sobre o que havia acontecido, não soube responder. Quando entrei em contato com a família, a mãe relatou que naquela manhã F. havia sido acordado pelo pai para se trocar por ter feito xixi na cama e que o filho ficou muito bravo com isso.

Na orientação parental, os mesmos relataram demonstrar sua insatisfação a F. quando ele acordava molhado. Expliquei que, mesmo compreendendo o trabalho que essa situação gerava – lavar lençóis e cobertores, colocar o colchão no sol e trocar o pijama – a reação dos pais ao fato contribuía para a insegurança do filho.

Além disso, o pai mencionou que costumava ameaçar contar para outras pessoas sobre a enurese de F. e o mesmo ficava com muito receio em ser exposto. Propus que a família encontrasse uma forma mais tranquila de lidar com a questão, sem tratá-la como algo vergonhoso, substituindo sua irritação por acolhimento e compreensão.

Ao final dos atendimentos, os pais relataram que gradualmente a enurese foi diminuindo até aparecer somente em situações de maior ansiedade.

7.3 Conversando com os pais

Ao longo do trabalho foram realizados cinco encontros com os pais com os objetivos de:

- compreender a dinâmica familiar e os principais desafios com a criança;
- desenvolver a psicoeducação;
- orientar os pais em como proceder em determinados momentos, criando estratégias que visassem a facilitar mudanças cognitivas e comportamentais na criança.

Na primeira orientação parental discuti com os pais os aspectos observados durante o diagnóstico psicopedagógico.

As questões comportamentais eram conhecidas para eles. Mesmo assim, senti que ficaram desapontados e desesperançosos. Mostrei a eles que F. vem se desenvolvendo no seu ritmo, ressaltando as evoluções que apresentou: controle diurno dos esfíncteres, adaptação à

nova escola, relacionamento sem agressividade com colegas e professores, ao contrário do que acontecia na escola anterior.

Trouxe para reflexão que todos esses progressos foram também reflexo do esforço familiar, que buscou ajuda e procurou modificar seu modo de se relacionar. F. está em uma curva crescente de desenvolvimento e pode progredir ainda mais com as intervenções pelas quais vem passando: atendimento psicopedagógico, escola especializada e medicação.

Procurei valorizar o empenho que a família vem fazendo para lidar com F., reconhecendo os avanços no desenvolvimento dele até aqui e apontando para um futuro passível de mais conquistas ainda, por mais difícil que seja enxergá-las no momento. Ressaltei que elas fazem parte de um processo e não ocorrem do dia para a noite.

Apresentei o livro que escrevi para F. e pedi que a família lesse com ele, buscando identificar as diferentes emoções quando elas aparecerem em F. e nos próprios pais, mostrando para o filho que são naturais e como é possível lidar com cada uma delas.

Os pais pareceram concordar com o exposto e trouxeram exemplos de como encaravam algumas situações até aqui, já se dispondo a promover mudanças.

O pai, por exemplo, relatou perceber o aborrecimento do filho toda vez que era chamado de bobo por ele. Segundo o pai, isso ocorria com frequência, ao que F. respondia bravo “não sou bobo!”. Ressaltei que os filhos tendem a acreditar naquilo que os pais falam, especialmente sobre eles (filhos) e que para se constituir um autoconceito positivo é necessária a contribuição da família.

Em seguida, apresentei a definição de autoconceito por meio do esquema abaixo e como este se constitui através das crenças.

Expliquei aos pais que o autoconceito é desenvolvido desde muito cedo, podendo ser positivo ou negativo, de acordo com as crenças do sujeito. As mesmas estão calcadas em três aspectos:

Autoconceito positivo	Autoconceito negativo
- Capacidade: <ul style="list-style-type: none"> • intelectual • para os esportes • independência 	- Incapacidade: <ul style="list-style-type: none"> • “sou incapaz intelectualmente” • “não terei autonomia”
- Adequação: <ul style="list-style-type: none"> • “sou legal” • “sou adequado / incluído” • “sou divertido” • “sou atraente” 	- Inadequação: <ul style="list-style-type: none"> • “sou chato” • “sou excluído” • “sou desinteressante” • “sou feio”
- Estima: <ul style="list-style-type: none"> • “sou amado / amável” • “reúno atributos para ser amado” 	- Não estima: <ul style="list-style-type: none"> • “não sou amado” • “não reúno atributos para ser amado”

Os pais exercem um papel muito importante em auxiliar o filho a ter um autoconceito positivo, através do poder do elogio e da modelação. Este papel não é exclusivo à família, sendo também exercido por sua rede social pessoal: escola, grupos de amigos, profissionais que acompanham o sujeito, entre outros.

Quando o indivíduo tem um autoconceito negativo, ele desenvolve uma crença de vulnerabilidade. Ele entende que o real é ameaçador e que ele não tem recursos para enfrentá-lo. Para lidar com isso, usualmente, ele utiliza estratégias compensatórias como: esquiva, perfeccionismo, oposicionismo e agressividade.

Os pais reconheceram estas características em F., exceto pelo perfeccionismo, e pareceram compreender o motivo de algumas reações do filho a determinadas situações.

Orientei-os também sobre como fazer críticas a F. de maneira temporária e específica. Por exemplo, ao invés de dizer “você é chato”, dizer “você está sendo chato”; trocar “você sempre faz bobagens” por “isso que você está fazendo é bobagem”. Dessa forma, procura-se pontuar especificamente as situações que precisam de mudanças, sem desqualificar a criança.

Entreguei à família um calendário para que pudessem registrar os principais eventos que poderiam deixar F. mais ansioso ou emocionalmente desestabilizado, com o objetivo de identificar se teriam relação com a enurese e/ou com as crises de impulsividade.

Os pais relataram utilizar também estratégias que criaram para ajudar o filho a lidar melhor com as situações. Por exemplo, contando a ele sobre um evento/viagem/passeio apenas na véspera, evitando assim muitos dias de ansiedade. Passaram também a compartilhar com ele o que estavam sentindo e pensando, o que o ajudou a ter maior clareza do que os pais esperam dele e como enfrentam diferentes situações no dia a dia.

7.4 Aprendendo como se aprende

A orientação escolar foi feita com a professora de sala, com os professores de Arte e Educação Física e com a coordenadora pedagógica.

Sugeri que fosse desenvolvido um projeto de reconhecimento das emoções, o que se mostrou muito produtivo tanto para F. quanto para seus colegas de sala, já que os mesmos passaram a reconhecer em si e a apontar nos demais as emoções conforme estas surgiam.

O trabalho acadêmico foi proposto de acordo com as condições cognitivas de F., permitindo que o mesmo experienciasse o sucesso antes de enfrentar maiores desafios.

Da mesma forma, sugeri que as tarefas para casa fossem possíveis de serem resolvidas pelo aluno com autonomia, sem que o mesmo dependesse de ajuda, evitando assim conflitos com seus pais.

O aluno foi elogiado a cada conquista e suas contribuições e opiniões para as aulas foram levadas em conta. Sua habilidade motora foi bastante valorizada nas aulas de Educação Física e F. foi convidado a auxiliar os colegas quando necessitavam de apoio.

Ao final do ano letivo, seu desempenho pedagógico apresentou considerável crescimento. F., que inicialmente apenas copiava, já é capaz de escrever e ler pequenas frases, inclusive em letra cursiva. A omissão de letras que era frequente, agora está menor.

F. vem percebendo quando está mais ansioso e impulsivo e solicita ajuda tanto dos professores quanto da coordenação antes de ter atitudes que não sejam adequadas ao ambiente escolar.

Ainda ocorrem situações em que se morde, se bate, mostra-se provocativo e contestador, entretanto, na maior parte dos casos, F. reconhece e se desculpa quando estas ocorrem.

8 CONCLUSÃO

Considerando o trabalho prático e de pesquisa teórica desenvolvidos para este projeto, entendo que o modelo cognitivo comportamental tem muito a contribuir para a prática psicopedagógica, já que possibilita que o sujeito conheça e modifique seu sistema de crenças disfuncionais, especialmente aquelas relacionadas à aprendizagem.

Este modelo mostrou-se enriquecedor ao abordar situações disfuncionais do aqui-agora, possibilitando mudanças imediatas de comportamento e favorecendo o desenvolvimento de atitudes e crenças mais funcionais em um curto espaço de tempo.

Há que se considerar que, quando se trata da aprendizagem, esta celeridade é fundamental por alguns motivos: a neurociência demonstra uma janela de oportunidade para o desenvolvimento cerebral na infância que deve ser aproveitada para a aquisição de habilidades de aprendizagem; quanto mais o indivíduo cresce acreditando em sua incompetência para a aprendizagem, mais longo será o processo de reavaliação das crenças centrais; e quanto mais tempo o aprendiz se distancia dos conteúdos escolares por qualquer razão, maior será a *gap* a ser recuperado no futuro e, em consequência, mais difícil será acompanhar o ritmo escolar.

Identificar os principais entraves para a aprendizagem foi apenas o início de um trabalho que levou em consideração os aspectos cognitivos e emocionais trazidos pelo cliente.

Minha proposta foi encontrar junto a ele o melhor equilíbrio, naquele momento, entre as linhas cognitivas e comportamentais.

As orientações aos pais e à escola, contribuíram sobremaneira para o reconhecimento da identidade e competência do sujeito, bem como com o fortalecimento desta rede social, que passou a ser mais ampla e integrada.

Na orientação parental, em muitos momentos percebi a necessidade da família em ser ouvida e compreendida. Em nossos encontros, penso que pude acolher e compartilhar com eles alguns desafios, mas principalmente muitos avanços. Notadamente a família passou a trabalhar em prol da formação de um autoconceito positivo do filho, através do elogio.

Da mesma maneira, percebo que houve importantes alterações na prática escolar através da orientação realizada, sobretudo na obtenção de sucesso nas tarefas, o que o levou a uma maior confiança do sujeito. Certamente é um trabalho que necessita ser mantido.

Pude perceber que a intervenção clínica proporcionou ao indivíduo a possibilidade de modificação em diferentes aspectos: emocional, pedagógico, relacional e social. Destacando-se o conhecimento e identificação das crenças, pensamentos e sentimentos que todos temos.

Ainda vejo, porém, a necessidade de continuidade dos atendimentos, considerando o déficit cognitivo que este cliente apresenta. Apesar das grandes mudanças relatadas, ainda há um caminho a ser percorrido por ele, especialmente no controle da ansiedade.

Houve também modificação em minha própria trajetória pessoal. Certamente o corpo de conhecimento adquirido ao longo da formação em psicopedagogia, junto com os docentes, se fez presente no atendimento clínico e em muito contribuiu para este projeto, incluindo em minha prática uma visão novo paradigmática através de um olhar próprio da Teoria Geral dos Sistemas.

Entretanto, como seria impossível abarcar no presente trabalho todos os aspectos inerentes à complexidade humana, foi necessário fazer o recorte proposto. Desta forma, pessoas com outras experiências e conhecimentos podem entender diferentemente do que conluo e ver outros aspectos aqui não explicitados.

Conforme coloquei no início do trabalho, esta foi uma experiência única, que levou em consideração os indivíduos presentes na relação e que hoje já não são mais os mesmos, assim como um mesmo homem não atravessa duas vezes o mesmo rio.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA E SILVA, Maria Cristina. **Psicopedagogia: em busca de uma fundamentação teórica.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOPEDAGOGIA. **Código de Ética do Psicopedagogo.** São Paulo, 2011. Disponível em: <www.abpp.com.br/documentos_referencias_codigo_etica.html> Acesso em: 11 maio 2017.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática.** 2. ed. Tradução Sandra Mallmann da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BOSSA, Nadia. **A psicopedagogia no Brasil: contribuições a partir da prática.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BUNGE, Eduardo; GOMAR, Martín; MANDIL, Javier. **Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: aportes técnicos.** 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- CRUZ, Helena Maffei. **Papai, mamãe, você... e eu?: conversações terapêuticas em famílias com crianças.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- GRANDESSO, Marilene. **Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- MACEDO, Rosa Maria. **Expandindo horizontes da terapia familiar.** Curitiba: CRV, 2015.
- MCNAMEE, Sheila; GERGEN, Kenneth J. **Terapia como construção social.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- NEUFELD, Carmen B. (org.) **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2015.
- PETERSEN, Circe Salcides; WAINER, Ricardo; et al. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PINTO, Maria Alice Leite (org.) **Psicopedagogia: diversas faces, múltiplos olhares.** São Paulo: Olho D'Água, 2003.
- POLITY, Elizabeth. **Dificuldade de ensinagem: que história é essa...?** São Paulo: Vetor, 2002.
- _____. **Ensinando a ensinar.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- _____. **Psicopedagogia: um enfoque sistêmico.** São Paulo: Empório do Livro, 1998.
- SAFRA, Gilberto. **Curando com histórias.** São Paulo: Edições Sobornost, 2005.
- SCOZ, Beatriz Judith Lima; et al. (org.); PINTO, Sílvia Amaral de Mello (coord.) **Psicopedagogia: contribuições para a educação pós-moderna.** 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes; São Paulo: ABPp, 2004.
- SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas.** Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- STALLARD, Paul. **Bons pensamentos, bons sentimentos: manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2004.
- ZANONATO, Adriana.; PRADO, Luiz Carlos. **A disputa dos pensamentos.** Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.
- _____. **Trabalhando com crianças e suas famílias: histórias terapêuticas.** 3. ed. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016.

APÊNDICES

Apêndice A – Informe Psicopedagógico

Dados do cliente:

Nome: F. A. L.

Data de nascimento: 20/10/2005

Idade no início da avaliação: 10 anos

Ano escolar: 5º ano do Ensino Fundamental

Histórico familiar:

F. é o segundo filho do casal e tem uma irmã cinco anos mais velha que ele. Foi um bebê planejado e não há relatos de intercorrências na gestação e no parto. Aos oito meses de vida, por ser muito agitado, os pais procuraram um neurologista que o diagnosticou com epilepsia.

Os pais relatam que F. apresenta dificuldade de aprendizagem e de relacionamento, impulsividade, agressividade e falta de medo do perigo.

F. apresentou falta de controle vesical e anal até os nove anos e até o momento ainda tem enurese. Sua trajetória escolar foi marcada por conflitos e fracassos que resultavam em agressões físicas por parte dos pais.

A família buscou a orientação de uma terapeuta familiar e permanece com o atendimento neuropediátrico. F. vem sendo medicado para o controle das crises epiléticas, para impulsividade, para ansiedade e para déficit de atenção. Entretanto, em alguns dias acaba ficando sem a medicação.

Desde agosto de 2016, o cliente está frequentando uma escola especializada em alunos com um ritmo diferenciado na aprendizagem, em uma turma de seis alunos.

O desenvolvimento de F. se deu em ritmo normal no que se refere a engatinhar, andar e falar. Já o desfralde foi iniciado pela creche aos dois anos, mas até o ano passado ele fazia suas necessidades nas calças. Nestes momentos, não demonstrava incômodo com a situação e nem chegava a avisar a família ou a escola o que havia acontecido.

A família relatou que por diversas vezes F. brincou com o cocô, sem demonstrar nojo, chegando a passá-lo até nas paredes.

Os pais contam que no último ano, ele passou a se preocupar mais com a situação quando o pai dizia: vou contar para aquela menina que você faz xixi e cocô nas calças. E então F. pedia para não contar.

F. ainda apresenta, entretanto, enurese cerca de quatro a cinco vezes na semana. Em alguns dias, ele acorda e se troca sozinho. Em outros, nem percebe.

Atualmente tem autonomia para se alimentar, tomar banho e usar o banheiro.

F. sempre foi muito agitado e requer, até hoje, atenção o tempo todo, não demonstrando ter noção do perigo e nem sentir medo. Os pais contaram que certo dia F. pôs fogo na casa ao brincar com um isqueiro na cama. A mãe diz não saber de onde surgiu o isqueiro, já que eles não tinham um em casa. Ainda observam grande curiosidade de F. com relação ao fogo, quando, por exemplo, acendem a churrasqueira.

A terapeuta familiar orientou o pai a conversar com F. sobre colocar a mão dentro da calça na frente das pessoas. O pai diz que conversou e percebe que o filho às vezes se esquece, mas logo diz: “opa... isso só pode no banheiro”.

Com relação à aprendizagem, a mãe acha que F. tem um trauma com a letra cursiva, já que no início do ano, na outra escola, o professor colocava esta letra na lousa mesmo sabendo que o aluno não a compreendia.

Considero as seguintes questões trazidas pela família como importantes de serem observadas: enurese, encoprese, brincadeira com as fezes, interesse pelo fogo e falta de noção do perigo.

Análise do processo diagnóstico psicopedagógico:

F. mostrou-se, inicialmente, simpático e aberto aos atendimentos. Ao longo das atividades, precisou ser motivado para continuá-las e, em alguns momentos, devido a sua agitação, não conseguiu realizá-las.

Através das atividades, pude perceber que F. apresenta inibição intelectual e imaturidade emocional compatíveis com crianças abaixo de sua idade. Seu desenvolvimento cognitivo encontra-se na etapa pré-operatória, do pensamento simbólico – em que ainda não é capaz de ordenar ou seriar.

Considerando a pobreza na relação com o objeto, déficit lúdico e criativo e inibição intelectual apresentados por F., entendo que suas modalidades de aprendizagem são hipo-assimilatória e hipo-acomodatória.

F. compreende que cada um dos caracteres da palavra corresponde a um valor sonoro menor do que a sílaba, faltando-lhe dominar as convenções ortográficas. Assim, encontra-se

no estágio alfabético de escrita, com letra bastão. Já sua compreensão de leitura é bastante limitada e seu entendimento do realismo nominal ainda encontra-se no estágio inicial. Por outro lado, apresenta um bom desempenho da linguagem verbal.

Sua habilidade motora fina é fragilizada e apresenta grande agitação psicomotora, batendo nas coisas, mexendo nos objetos a todo instante e com dificuldade de permanecer sentado. Sua organização espacial para os desenhos e escrita mostrou-se abaixo do esperado para sua idade.

Sua habilidade motora global, entretanto, é bem desenvolvida. Com relação à lateralidade, demonstra preferência pelo olho esquerdo e pela mão e pé direitos.

F. demonstra um início de raciocínio lógico, mas não parece neste momento ser capaz de dar continuidade ao seu pensamento. Desconhece as operações matemáticas e ainda está trabalhando com números até quinze, com apoio concreto.

As questões sexuais aparecem com frequência, seja em seus desenhos, seja nas atitudes – excitação, masturbação e tentativa de contato físico. F. demonstra grande curiosidade no assunto, mas não sabe como lidar com ela. Demonstra inibição apenas quando diretamente confrontado.

Percebi em F. alguns comportamentos que podem sugerir traços psicóticos e/ou do espectro autista, tais como: agressividade nos desenhos e relatos, não diferenciação com os objetos (vista nos momentos em que lambeu pincéis, tintas e massinha), a falta de controle dos esfíncteres, interesse pelo fogo e falta de medo do perigo. Entendo que lhe falta a repressão primária e que ele vive no princípio do prazer.

F. se esquivou todas as vezes em que questões emocionais apareceram, pedindo para não falar mais no assunto. Desenvolvi um jogo para ajudá-lo a expor seus sentimentos e, assim, conseguiu demonstrar tristeza quando relatou que apanhava do pai.

A frequente contestação das regras e a dificuldade de controlar sua impulsividade fazem com que F. não esteja atento às atividades, o que prejudica seu desempenho. Muitas vezes percebi um incômodo de sua parte em não conseguir conter seus impulsos. Dessa forma, entendo que um importante entrave para seu desenvolvimento cognitivo sejam as questões emocionais e comportamentais.

São Paulo, 13 de dezembro de 2016.

Apêndice B – História para o cliente

Era uma vez um menino, chamado Marcelo, que, como todas as outras pessoas, tinha dentro de sua cabeça várias emoções: a alegria, a tristeza, a raiva, a ansiedade e o medo. Eram elas que diziam como o menino ia agir.

Só que na cabeça de Marcelo, às vezes, essas emoções ficavam um pouco atrapalhadas. Então, cada vez que precisavam aparecer, era uma confusão. Muitas falavam ao mesmo tempo e Marcelo não conseguia entendê-las... era como se dentro dele tivesse uma explosão!

Nessas horas, ele ficava muito agitado, como um furacão: mexia em tudo (mesmo no que não era dele), não ouvia o que as pessoas falavam e até batia nos amigos! Dessa forma, nem conseguia prestar atenção nas aulas e, por isso, não era tão fácil aprender.

O problema é que quando Marcelo percebia o que tinha feito, sentia-se mal e ficava arrependido. Ainda mais vendo que seus pais e os amigos também não gostavam daquelas atitudes.

Um dia, uma moça chamada Lupa, sentou-se perto de Marcelo e começou a conversar:

- Olá, meu nome é Lupa.

- Lupa? Que nome estranho! Por que você se chama assim? – perguntou o menino

- Eu me chamo Lupa porque consigo perceber coisas que ninguém mais consegue e estou vendo que você está precisando de ajuda. O que está acontecendo?

- Não sei... Acho que sou muito atrapalhado, vivo levando bronca e, ainda mais, não consigo aprender o que os outros aprendem. Será que sou mesmo um burro?

Então, Lupa pegou sua ferramenta especial e colocou na frente da cabeça de Marcelo e, por ela, conseguiu ver todas aquelas emoções.

Ela explicou:

- Todos nós temos emoções diferentes dentro da gente: às vezes, quando acontece alguma coisa que a gente não queria, nos sentimos como o lobo mau, querendo morder todos os que passam na nossa frente, essa é a raiva.

- Quando a gente faz um gol ou aprende alguma coisa nova, sentimos a alegria e queremos sair pulando por aí.

- A tristeza aparece quando alguém faz alguma coisa de que não gostamos, quando batem na gente, por exemplo, ou quando perdemos algo ou alguém de quem gostamos.

- Se vamos viajar, participar de um jogo ou fazer alguma coisa diferente, logo a ansiedade aparece, querendo que o momento chegue logo. Ela provoca um friozinho na barriga e dá vontade de roer as unhas.

- O medo tem dois lados: um que nos faz querer nos esconder embaixo da cama e outro que nos protege e faz com que a gente pense antes de fazer alguma coisa perigosa, como brincar com fogo ou se pendurar na escada.

- Acho que o que está acontecendo com você é que essas emoções estão confusas. Veja só: a raiva, a ansiedade e a alegria estão o tempo todo discutindo para ver quem fala primeiro, cada uma se acha mais importante do que a outra. A tristeza está escondida, esperando que ninguém saiba que ela existe e o medo, mesmo com todo o barulho, está dormindo e, às vezes, você até se esquece dele.

- Por isso, você não está conseguindo saber direito o que está sentindo. Assim, sai por aí de forma impulsiva, fazendo coisas que nem gostaria de fazer.

- Nossa cabeça tem que funcionar como um time de futebol, em que todos se ajudam e jogam juntos.

- E eu serei o técnico! – disse Marcelo

- Isso mesmo! É você quem vai treinar os jogadores. Todas as emoções tem que ter seu espaço e são muito importantes – até mesmo a raiva e a tristeza. Não se esqueça de convidar para o time também a paciência, ela fará com que você tenha calma e pense antes de fazer alguma coisa.

- Se você me der uma chance, vou devagarinho ajudá-lo a organizar estas emoções e você vai entender como deve agir nas diferentes situações. Quando isso acontecer, você vai ver que é muito capaz e aprender será divertido.

Marcelo ficou feliz com a explicação. Tudo agora estava fazendo sentido. Lupa e ele, então, combinaram de se encontrar todas as semanas e a fazer muitas coisas legais juntos. Marcelo sabia que, dali em diante, as coisas iam ser melhores!

Apêndice C – Autorização para uso do nome da escola



São Paulo, 02 de fevereiro de 2017.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, por meio desta, a divulgação do nome do Colégio Winnicott no trabalho de conclusão de curso de especialização em Psicopedagogia, da PUC-SP, desenvolvido por Lucila Polity Moss.

Sem mais,

Elizabeth Polity

Diretora

Al. Campinas, 1.111 – Jardim Paulista, São Paulo/SP – CEP: 01404-001 – Telefone: (11) 3884-5235

colegio@winnicott.com.br – www.winnicott.com.br