



AGRESSIVIDADE, PÂNICO E FOBIAS NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Fone: (61) 3031-1900 – 9.9992-0708
www.ibedf.com.br

BEM-VINDO AO IBE!

Você terá à sua disposição, um bloco didático (MÓDULO + CADERNO DE AVALIAÇÃO) estruturado para a sua autoaprendizagem que contém a totalidade da matéria que incidirá sobre a Avaliação Final. O estudo inclui o Apoio Tutorial a distância e/ou presencial, sempre que necessário.

COMO ESTUDAR?

- É importante a leitura atenciosa dos conteúdos, a fim de observar o modo como cada unidade está construída, o objetivo do estudo, os títulos e subtítulos, para se obter uma visão de conjunto e revisar conhecimentos já adquiridos.
- Leitura compreensiva rápida - permitirá uma primeira abordagem;
- Leitura reflexiva – para identificar as ideias principais;
- Consolidação da aprendizagem - caracterizada pela revisão da matéria; fase da resolução das atividades para facilitar a compreensão dos conteúdos.

AVALIAÇÃO FINAL:

Constituída por uma Prova escrita e individual, cujas respostas devem revelar compreensão e assimilação dos conteúdos. A Prova deve ser feita somente com caneta preta ou azul. E entregue ao IBEDF.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO RENDIMENTO:

7,0 a 7,9 – BOM; 8,0 a 8,9 – MUITO BOM; 9,0 a 9,9 – ÓTIMO-
10 - EXCELENTE

Para melhor aproveitamento é necessário:

- Ser auto motivado;
- Ser capaz de organizar o seu tempo de estudo;
- Ser responsável por seu próprio aprendizado;
- Estar consciente da necessidade de aprendizagem continuada.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO:	5
UNIDADE I:	6
PROBLEMAS EMOCIONAIS NA ESCOLA	6
1. A VOLTA ÀS AULAS	6
2. CRIANÇAS INQUIETAS	7
3. DISTÚRBO AFETA 4% DAS CRIANÇAS	7
4. GENÉTICA.....	7
5. EDUCAÇÃO INFANTIL: PREVENÇÃO DE PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM .	9
6. FATORES EXTRÍNSECOS CAPAZES DE CAUSAR TRANSTORNOS EMOCIONAIS.....	11
7. O MEDO DA CRIANÇA	14
UNIDADE II:.....	17
DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM.....	17
1. DIFICULDADES ESCOLARES	17
2. PROBLEMA DA ESCOLA.....	19
2.1. Quais seriam os critérios dos pais ao decidirem por esta ou aquela escola?	20
UNIDADE III:.....	23
DEPRESSÃO INFANTIL.....	23
1. INTRODUÇÃO	23
2. INCIDÊNCIA.....	24
3. SINTOMAS	25
4. OUTROS SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESSÃO INFANTIL	26
5. DIAGNÓSTICO.....	27
DEPRESSÃO/SUICÍDIO NO ADOLESCENTE.....	34
UNIDADE IV:	35
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	35
1. INTRODUÇÃO	35
1. QUADRO CLÍNICO DO TDAH.....	37
Sintomas do TDAH	38
Como se origina o TDAH?.....	40



UNIDADE V:.....	42
ANSIEDADE/FOBIA ESCOLAR.....	42
FOBIA ESCOLAR.....	42
Causas da Fobia Escolar	43
Evolução Prevista	43
Indisciplina na Escola.....	44
Causas da Indisciplina na Escola:.....	46
1. Família	46
2. Alunos	46
3. Grupos e Turmas.....	47
4. Escola.....	48
5. Regulamentos Disciplinares.....	50
6. Professores	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	56



APRESENTAÇÃO:

Mau comportamento, mau rendimento escolar, violência, hiperatividade, adoecimentos constantes, transtornos alimentares, timidez ...quem convive com crianças (pais, professores, etc.). Já estão acostumados com esses e outros problemas em casa e/ou na escola. Alguns são mais constantes em determinadas faixas etárias, mas, às vezes, surgem “sem mais nem menos” em qualquer idade. Manha?

Ajudar os educadores e todos os envolvidos na ação escolar, para uma ação ágil na solução das questões abordadas e para propor formas de lidar com crianças violentas, hiperativas, agressivas ou com outras situações difíceis, onde o educador muitas vezes, não se encontra preparado para isto, é um imperativo da escola.

Este CURSO sugere a necessidade de análise e reflexão desses problemas que normalmente enfrentamos com crianças na prática educacional. Vale dizer que para isso é extremamente relevante e imprescindível a formação do educador, seja no conhecimento, nos fundamentos, seja na construção da sua própria imagem.



UNIDADE I:

PROBLEMAS EMOCIONAIS NA ESCOLA

1. A VOLTA ÀS AULAS

Na véspera de voltar à escola, a criança fica ansiosa e não consegue dormir. Na hora de vestir o uniforme, passa mal. Já perto do colégio, começa a transpirar, fica com as mãos frias e o coração dispara. São os sintomas de uma síndrome muitas vezes confundida pelos pais com manha: **pânico de escola**.

Com o início das aulas, os problemas de adaptação ficam mais evidentes e podem até exigir a intervenção de um especialista. Segundo a psiquiatra infantil Adriana Suplicy, o medo não é fabricado pelas crianças como um artifício para matar as aulas. Ele é absolutamente autêntico.

Na verdade, existe uma perda de controle da criança sobre a situação. Adriana explica que esse quadro é totalmente diferente do caso em que a criança arma todo um esquema para "cabular" as aulas e que, em geral, executa seus movimentos sem o conhecimento dos pais.

As causas mais comuns da fobia escolar são ansiedade de separação e depressão.

Nos casos mais severos, se alguma intervenção não for feita, a criança sente vergonha dos colegas, acaba tendo um empobrecimento de contatos sociais e pode acabar com prejuízos no rendimento escolar. Adriana diz que, ao contrário de outras fobias, a exposição da criança à situação geradora de ansiedade (no caso, a escola) rapidamente reverte a situação.

Na chegada à aula, entrar em contato com colegas e professores faz a criança superar suas dificuldades. O medo só volta a se manifestar no dia seguinte.

Segundo Adriana, a fobia é mais comum em crianças na faixa dos 10 aos 11 anos. As crianças menores (4 a 7 anos) têm, muitas vezes, um quadro de choro ao ir para a escola pela primeira vez, o que demonstra medo de enfrentar uma situação nova. Jornal Folha de São Paulo - 07/02/99 - JAIRO BOUER



2. CRIANÇAS INQUIETAS

Outro problema na volta às aulas são as crianças que não conseguem manter a atenção nas atividades desenvolvidas, não param quietas e são impulsivas (agem sem pensar). Elas podem ter um quadro conhecido com distúrbio de déficit atencional e hiperatividade.

As crianças ficam extremamente agitadas, não conseguem finalizar tarefas, têm dificuldades de reter informações e frequentemente tomam atitudes pouco refletidas, como xingar, chutar ou responder mal aos professores. Para o diagnóstico do distúrbio, alguns dos sintomas já devem existir antes dos 7 anos.

3. DISTÚRBIO AFETA 4% DAS CRIANÇAS

O distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade (DDAH) é mais comum do que se imagina. Cerca de 4% das crianças podem ter esse problema. É mais frequente em garotos.

A proporção é de três meninos para uma menina. O baixo rendimento escolar é um dos principais indicadores. A criança não é, em geral, muito popular na escola. Ela vai se tornando uma pessoa de convívio bastante difícil e com problemas de autoestima. O resíduo dos sintomas na vida adulta também é mais comum do que se imagina.

Cerca de 5% das crianças hiperativas acabam se tornando adultos hiperativos e mais de 40% deles têm, pelo menos, outras dificuldades psíquicas: ansiedade, abuso de drogas, comportamentos impulsivos etc.

4. GENÉTICA

A ciência aponta que existe uma base genética para o transtorno, que pode estar associada a algumas alterações neurológicas.

A psiquiatra Adriana Suplicy explica que todas as repercussões negativas que a DDAH traz para a vida da criança e possivelmente para a do adulto, justificam o tratamento dessa condição. Medicamentos muitas vezes se tornam necessários, pois só o tratamento com terapia se mostra insuficiente para controlar os prejuízos e as dificuldades enfrentadas pela criança.



O tratamento, na maioria das vezes, é prescrito pelo próprio pediatra da criança, e não por um psiquiatra. É importante que o diagnóstico seja preciso.

Uma criança pequena - que muitas vezes é naturalmente agitada - não tem necessariamente esse transtorno.

A escola oferece um ambiente propício para a avaliação emocional das crianças, por ser um espaço social relativamente fechado, intermediário entre a família e a sociedade.

É na escola onde a performance dos alunos pode ser avaliada e onde eles podem ser comparados estatisticamente com seus pares, com seu grupo etário e social.

Com algum preparo e sensibilidade, o professor poderá dispor de maior oportunidade para detectar problemas cruciais na vida e no desenvolvimento das crianças.

Dentro da sala de aula há situações psíquicas significativas, nas quais os professores podem atuar tanto beneficentemente quanto consciente ou inconscientemente, agravando condições emocionais problemáticas dos alunos.

Os alunos trazem consigo um conjunto de situações emocionais intrínsecas ou extrínsecas, ou seja, podem trazer para a escola alguns problemas de sua própria constituição emocional (ou personalidade) e, extrinsecamente, podem apresentar as consequências emocionais de suas vivências sociais e familiares.

Como exemplo da condição emocional intrínseca, estão os problemas psíquicos inerentes à própria pessoa, próprias do desenvolvimento da personalidade, dos traços herdados e das características pessoais de cada um.

Incluem-se aqui os quadros associados aos traços ansiosos da personalidade, como, por exemplo, a Ansiedade de Separação na Infância, os Transtornos Obsessivo-Compulsivos, o Autismo Infantil, a Deficiência Mental e o Déficit de Atenção.

Incluem-se também os quadros associados aos traços depressivos da personalidade como é o caso da Depressão Infantil, e outros mais sérios, associados à propensão aos quadros psicóticos, como a Psicose Infantil e associados aos transtornos da personalidade, a exemplo dos Transtornos de Conduta, entre outros.

Entre as questões externas à personalidade, capazes de se traduzirem em problemas emocionais, encontram-se as dificuldades adaptativas da Adolescência e Puberdade, do Abuso Sexual Infantil, os problemas relativos à Criança Adotada, à Gravidez na



adolescência, à Violência Doméstica, aos problemas das separações conjugais dos pais, morte na família, doenças graves, etc. O preparo técnico e o bom senso do professor é o elemento chave para que essas questões possam ser melhor abordadas.

A problemática varia de acordo com cada etapa da escolarização e, principalmente, de acordo com os traços pessoais da personalidade de cada aluno.

5. EDUCAÇÃO INFANTIL: PREVENÇÃO DE PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM

Os estímulos auditivos, visuais e perceptivos (táteis, gustativos, olfativos) na vida da criança são de importância fundamental como pré-requisitos para o desenvolvimento da aprendizagem.

Chocalhos, móveis, bichinhos musicais, cores, massinha de modelagem, etc. ajudarão no desenvolvimento desses sentidos. Enquanto a criança explora, aprende a utilizar seus sentidos se divertindo e despertando a curiosidade.

Esses estímulos ajudam no desenvolvimento da atenção principalmente se conduzidos por um adulto que possa utilizar palavras como: “olha, veja”, etc. (para estimular a visualização), “ouça, escute, etc” (para o auditivo), “sinta, pegue, gostoso, cheirinho, etc.” (para estimular a percepção). Isto fará com que a criança coloque a atenção no estímulo desejado. O equilíbrio dos três sentidos faz com que a criança se atente a cada um deles de maneira natural.

O ideal é procurar dar à criança brinquedos pedagógicos de acordo com sua idade (procure informação nas lojas especializadas ou livros) e conduzi-la nas brincadeiras, quando possível.

Além dos brinquedos, esses estímulos dos sentidos podem ser explorados a qualquer momento, quando estiver andando com a criança na calçada, ou num passeio e “chamar a atenção” da criança para olhar, ouvir e sentir algo no contexto, onde estarão sendo aproveitados os três sentidos de maneira natural e agradável, o que muito ajudará na aprendizagem.

“Estamos sempre aprendendo algo, a todo o momento, e quando direcionada à aprendizagem chega-se ao objetivo com maior facilidade”.



A criança que recebe esses estímulos desde cedo com ajuda dos pais, costuma se desenvolver muito bem e dificilmente apresentará grandes problemas na aprendizagem relativos à falta de estímulos, salvo exceções que envolvem problemas mais complexos, envolvendo o funcionamento do cérebro e problemas emocionais relativos à família, professor ou escola.

Em geral, uma criança bem estimulada e equilibrada emocionalmente “caminha” facilmente durante a aprendizagem escolar porque aprendeu a atentar, manipular objetos, coordenar a parte motora, concentrar-se, enfim, aprendeu criar, pensar e desenvolver a autoconfiança desde cedo.

Tudo isso pode e deve ser trabalhado nos primeiros anos de vida pelos pais e pela escola de Educação Infantil.

Chamamos isto de tratamento preventivo para os problemas de aprendizagem que deve ser uma das propostas de qualquer escola infantil, porém nem sempre esta proposta é atendida pela falta de pessoal especializado na área.

De um modo geral, há momentos muito estressantes na vida de qualquer criança, como por exemplo, as mudanças de cidades, as grandes novidades, as exigências adaptativas, uma nova escola ou, simplesmente, a adaptação à adolescência.

As crianças e adolescentes, como ocorre em qualquer outra faixa etária, reagem diferentemente diante das adversidades e necessidades adaptativas e são diferentes na maneira de lidar com as tensões da vida.

É exatamente nessas fases de provação afetiva e emocional que vêm à tona as características da personalidade de cada um, as fragilidades e dificuldades adaptativas.

Erra aquele professor menos avisado, ao considerar que todas as crianças devem sentir e reagir da mesma maneira aos estímulos e às situações ou, o que é pior, acreditar que submetendo indistintamente todos os alunos às mais diversas situações, quaisquer dificuldades adaptativas, sensibilidades afetivas, traços de retraimento e introversão se corrigiriam diante desses “desafios” ou diante da possibilidade do ridículo.

Na realidade podem piorar muito o sentimento de inferioridade, a ponto de a criança não mais querer frequentar aquela classe ou, em casos mais graves, não querer mais ir à escola.

Para as crianças menores, por exemplo, existem as ameaças e a ridicularização por parte das crianças mais velhas, e esse sentimento de ridicularização é tão mais contundente quanto mais retraída e introvertida for a criança.

Já, para os adolescentes, as ameaças de ansiedade geradas em ambiente intraclasse, são o desempenho aquém da média nos times esportivos, nos trabalhos em grupo, as diferenças sócio-econômicas entre os colegas, as diferenças no estilo e nas possibilidades de vida, no vestuário, etc.

Como se sabe, a escola é um universo de circunstâncias pessoais e existenciais que requerem do educador (professor, dirigente ou staff escolar), além de uma boa dose de bom senso, uma abordagem direta com alunos que acabam demandando uma atuação muito além do posicionamento pedagógico e metodológico da prática escolar.

O tão mal afamado “aluno-problema”, pode ser reflexo de algum transtorno emocional, muitas vezes advindo de relações familiares conturbadas, de situações trágicas ou transtornos do desenvolvimento, e esse tipo de estigmatização docente, passa a ser um fardo a mais, mais um dilema e aflição emocional agravante.

Para esses casos, o conhecimento e a sensibilidade dos professores podem se constituir em um bálsamo para corações e mentes conturbados.

6. FATORES EXTRÍNSECOS CAPAZES DE CAUSAR TRANSTORNOS EMOCIONAIS

Jane Madders (1987) trabalhou com uma classe do Ensino Fundamental e com seus colegas, na elaboração de uma lista de fatos e acontecimentos importantes capazes de produzir transtornos emocionais.

A partir de tais eventos, Madders elaborou uma lista de gravidade relativamente decrescente, pois, o grau de importância desses eventos pode variar de acordo com a faixa etária:

Relação dos eventos, considerados importantes:

- 1) Perda de um dos pais (morte ou divórcio);
- 2) Urinar na sala de aula;
- 3) Perder-se; ser deixado sozinho;
- 4) Ser ameaçado por crianças mais velhas;



- 5) Ser o último do time;
- 6) Ser ridicularizado na classe;
- 7) Brigas dos pais;
- 8) Mudar de classe ou de escola;
- 9) Ir ao dentista/hospital;
- 10) Testes e exames;
- 11) Levar um boletim ruim para casa;
- 12) Quebrar ou perder coisas;
- 13) Ser diferente (sotaque ou roupas);
- 14) Novo bebê na família;
- 15) Apresentar-se em público;
- 16) Chegar atrasado na escola.

A partir dessa lista, podemos ver alguns fatores aflitivos do dia-a-dia dos alunos. Por exemplo, observe-se que urinar na sala de aula é a segunda maior preocupação e, por comparação, um novo bebê na família aparece em 14º. lugar. Isso sugere que, para uma criança ou adolescente em idade escolar, as coisas que a depreciam diante de seus colegas, podem provocar níveis mais elevados de frustração, estresse, ansiedade ou depressão.

O mesmo fenômeno pode acontecer com as minorias étnicas ou com os alunos culturalmente diferentes, como por exemplo, portadoras de sotaque, gagueira, etc.

Evidentemente não devemos nunca esquecer que algumas crianças são mais vulneráveis a transtornos emocionais do que outras.

As variáveis ambientais, particularmente aquelas que dizem respeito ao funcionamento familiar, também podem influenciar muito a resposta das crianças e adolescentes aos estressores escolares e, conseqüentemente, ao surgimento de algum transtorno emocional. Há uma espécie de efeito de proteção exercido pelos bons relacionamentos familiares que se estende até a adolescência.

A ansiedade para as crianças, assim como para os adultos, é um sentimento desagradável derivado de uma ameaça potencial ou real, iminente ou remota.



As crianças por não se conhecerem tão bem como os adultos se conhecem, podem não saber descrever esse sentimento ou podem nem mesmo identificar que existe algo errado, o que é verificado por quem convive com elas através das alterações de comportamento da criança.

Quando a criança reconhece a ansiedade, pode não perceber se tratar de algo exagerado ou anormal.

Cada pessoa adulta, por ter passado por várias experiências de vida, sabe identificar a correspondência que há entre os eventos ameaçadores externos e o grau de ansiedade gerado. As crianças ainda não tiveram a oportunidade de viver diversas situações ansiogênicas por isso podem não reconhecer o exagero de suas respostas, não percebendo que algo não está bem consigo mesmas.

A maneira básica de diferenciar uma ansiedade normal da patológica é pela intensidade e duração da resposta de ansiedade ao estímulo. As respostas normais são passageiras e sua intensidade varia de acordo com a gravidade das ameaças; já a resposta patológica, a criança está permanentemente alterada ou quando ocorre um estímulo realmente provocador de ansiedade, a resposta da criança é exagerada. Bem mais intensa do que ocorre para outras crianças da mesma faixa etária e condições sociais.

Os transtornos de ansiedade são caracterizados por não serem derivados de nada: nem de acontecimentos nem de outros transtornos mentais.

Quando a criança apresenta mais de um diagnóstico psiquiátrico, sendo um deles a ansiedade, pode se tornar confuso se essa ansiedade é primária ou derivada de outro transtorno. Essa condição não é incomum.

Como nos adultos, a prevalência dos transtornos da ansiedade na criança é elevada, embora um pouco menos que nos adultos.

Os mais comuns são o de ansiedade de separação com 4% das crianças, transtorno de ansiedade excessiva com aproximadamente 4% também, as fobias específicas em torno de 3%, a fobia social 1% e o pânico 0,6%. Esses problemas incidem igualmente em meninos e meninas. Nos adultos é mais comum nas mulheres.

Tanto nas crianças como nos adolescentes, esses transtornos apresentam flutuações, isto é, há épocas em que melhoram e épocas em que pioram. As pioras sempre são justificadas pelos pais por algum acontecimento externo.

Assim, a visita ao profissional da área é adiada deixando que o paciente sofra desnecessariamente, podendo inclusive ter a formação da personalidade influenciada por isso, desenvolvendo-se um adulto inseguro e medroso.

7. O MEDO DA CRIANÇA

O universo infantil é repleto de monstros e fantasmas, e há uma série de situações em que eles aparecem para amedrontar a criança. Normalmente esses bichos imaginários despertam o medo na criança durante a noite, outras vezes no meio de uma brincadeira, na piscina ou no carrossel.

Como as fantasias e esses medos são praticamente normais nas crianças, os pais devem procurar ajuda no caso do medo começar a provocar alterações na rotina, na atividade social, escolar ou na personalidade da criança.

Calcula-se que, no máximo, 5% das crianças que têm pesadelos ou manifestações constantes de medo necessitam de algum tipo de tratamento.

A maioria das crianças, quando acometida por crises de medo noturno, corre para o quarto dos pais no meio da noite. Algumas, portadoras de um medo mais intenso e constante, juntamente com a sensação de insegurança, nem se atrevem a começar a dormir sozinhas. Antes de qualquer coisa, já começam as noites no quarto dos pais.

Alguma parte desse medo pode ser atribuída ao comportamento dos pais. Quando a mãe tem pavor de barata ou lagarta e faz um escândalo quando se depara com esses animais, ou quando o pai manifesta sólida convicção nas coisas do além, será muito provável que o filho faça o mesmo.

8. SEPARAÇÃO DOS PAIS

Uma das mais comuns experiências ambientais, hoje em dia, capazes de determinar alterações emocionais nos alunos é a separação conjugal dos pais. Na escala de Madders vem em primeiro lugar.

Durante os momentos difíceis da separação conjugal, tanto os pais, quanto de um modo geral, a própria criança (um pouco menos, em relação aos adolescentes) esperam que os professores assumam uma atitude mais incisiva e uma maneira mais compreensiva e afetuosa ao lidar com o aluno emocionalmente abalado.



Mesmo quando os pais finalmente se separam, as crianças geralmente precisam de algum tempo (2 anos ou mais) para se adaptar à nova situação.

Tudo leva a crer ser preferível que os pais que estão se separando, deixem claro o rompimento, apesar desta atitude ser muito angustiante para os filhos, procurando sempre oferecer explicações compatíveis com o grau de entendimento das crianças.

As pesquisas sugerem que quanto menores forem os filhos, menos desejam a separação dos pais, ainda que o relacionamento entre eles seja bastante problemático.

A maioria dos filhos pequenos prefere que os pais permaneçam juntos e, mesmo após o divórcio ou o novo casamento, ainda fantasiam a possibilidade de uma reconciliação. Elas passam por um processo semelhante ao da perda e do luto.

As crianças em idade escolar são perfeitamente capazes de observar e vivenciar qualquer clima de hostilidade e animosidade entre seus pais.

Ainda que na fase pré-separação, a tática dos pais seja do tipo “agressão pelo silêncio”, dependendo da idade da criança, haverá percepção sobre o tipo de clima que existe entre o casal e que o casamento está atravessando dificuldades.

A autoestima da criança é fortemente beneficiada pelo sentimento de fazer parte de uma identidade herdada dos pais (de ambos). Suas características geralmente são comentadas por amigos e parentes, comparando-a com os pais, e tornam-se parte da identidade pessoal da criança.

Durante a separação e depois dela, as críticas que os pais fazem um ao outro, podem levar a criança a sentir que parte da sua própria identidade também é ruim e sem valor.

Frequentemente há uma dramática perda de auto-estima durante a separação e o divórcio e isso pode levar ao isolamento social, revolta, agressividade, desatenção, enfim, alterações comportamentais próprias de um estado depressivo (típico ou atípico).

Essas alterações no comportamento do aluno, podem ser consideradas um aviso sobre a necessidade de ajuda e apoio.

O que pode melhorar a afetividade das crianças na separação conjugal dos pais são informações claras e honestas sobre o futuro.

Mas nem sempre os próprios pais sabem muito a esse respeito, tornando a iniciativa dos professores nesse sentido, muito mais difícil.



Algumas crianças consideram a escola como um refúgio dos problemas familiares, pois, tanto o ambiente escolar, quanto os professores, continuam constantes em sua vida durante esse período de grande reviravolta existencial.

Mesmo assim, nem sempre esses alunos aceitarão conversar a respeito das dificuldades que enfrentam em casa (neste caso, a separação). Novamente, serão as alterações em seu desempenho e comportamento, que denunciarão a existência de problemas emocionais.

A sensação de solidão, tristeza e a dificuldade de concentração na escola, tudo isso contribui para uma depressão infantil ou da adolescência, complicando muito o inter-relacionamento pessoal e o rendimento escolar.

Pode haver dificuldade de concentração, motivação insuficiente para completar tarefas, comportamentos agressivos com os colegas e faltas em excesso. Não se afasta, nesses casos, a necessidade dos professores orientarem algum ou ambos os pais para a procura de ajuda especializada para o aluno.

ATIVIDADE:

1. Descreva, resumidamente, as influências **Extrínsecas** e **Intrínsecas**, geradoras de transtornos emocionais na criança.



UNIDADE II:

DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

1. DIFICULDADES ESCOLARES

A atribuição multifatorial para as causas dos problemas psiquiátricos, é bastante ilustrada na questão da criança que começa a frequentar a escola. Ela traz consigo, invariavelmente, as características do seu aspecto biológico, psicológico e social. Estudaremos as **Dificuldades Escolares**, considerando as alterações e os distúrbios em qualquer um desses aspectos.

Embora haja boas tentativas de definir e especificar o que, de fato, seria uma dificuldade de aprendizagem escolar, não existe ainda uma definição consensual acerca dos critérios e nem mesmo do termo. De modo acadêmico, vamos chamar esse quadro de Dificuldades da Aprendizagem (DA).

Parece ser parcialmente sensata a definição da Lei Pública Americana, P.L. 94 - 142, que diz: “Dificuldade de aprendizagem específica, significa uma perturbação em um ou mais processos psicológicos básicos, envolvidos na compreensão ou na utilização da linguagem falada ou escrita, que pode manifestar-se por uma aptidão imperfeita de escutar, pensar, ler, escrever ou fazer cálculos matemáticos”.

O termo inclui condições como deficiências perceptivas, lesão cerebral, disfunção cerebral mínima, dislexia e afasia de desenvolvimento. O termo não engloba as crianças que têm problemas de aprendizagem resultantes principalmente de deficiência visual, auditiva ou motora, de deficiência mental, de perturbação emocional ou de desvantagens ambientais, culturais ou econômicas” (Federal Register, 1977).

Evidentemente, é difícil concordar com a segunda parte da definição americana, excluindo situações clínicas atreladas à DA. Não se vê justificativa plausível para essa exclusão das causas da DA.

“Os transtornos da aprendizagem são diagnosticados quando os resultados do indivíduo em testes padronizados e individualmente administrados de leitura, matemática ou expressão escrita, estão substancialmente abaixo do esperado para sua idade, escolarização e nível de inteligência”.



Transtorno do Desenvolvimento das Habilidades Escolares é descrito como “transtornos nos quais as modalidades habituais de aprendizado, estão alteradas desde as primeiras etapas do desenvolvimento.

O comprometimento não é somente a consequência da falta de oportunidade de aprendizagem ou de um retardo mental e não é devido a um traumatismo ou doenças cerebrais”. Enfim, não devemos tratar as Deficiências de Aprendizagem como se fossem problemas insolúveis, mas, antes disso, como desafios que fazem parte do próprio processo da Aprendizagem, a qual pode ser normal ou não.

Também parece ser consensual a necessidade imperiosa de se identificar e prevenir o mais precocemente possível as dificuldades de aprendizagem dos alunos.

É muito importante a avaliação global da criança ou adolescente, considerando as diversas possibilidades de alterações que resultam nas DA, para que o tratamento seja o mais específico e objetivo possível.

Para facilitar, existem outras classificações quanto a origem das DA. Alguns autores dividem as DA em Primárias e Secundárias, de acordo com sua origem.

As DA consideradas primárias, seriam aquelas cujas causas não podem ainda ser atribuídas à elementos psico-neurológicos bem estabelecidos ou esclarecidos.

Esses casos englobam, principalmente, as chamadas disfunções cerebrais e, dentro dessas disfunções, teríamos os Transtornos da Leitura, Transtorno da Matemática e Transtorno da Expressão Escrita, bem como os transtornos da linguagem falada, os quais englobam o Transtorno da Linguagem Expressiva e o Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva.

As DA consideradas secundárias seriam aquelas consequentes à alterações biológicas específicas e bem estabelecidas e alterações comportamentais e emocionais bem esclarecidas.

Em relação às alterações biológicas (neurológicas) teríamos as Lesões Cerebrais, Paralisia Cerebral, Epilepsia e Deficiência Mental. Envolvem também os sistemas sensoriais, através da Deficiência Auditiva, hipoacusia, deficiência visual e ambliopia.

Teríamos ainda, dentro das causas biológicas, as situações de DA consequentes a outros problemas perceptivos que afetam a discriminação, síntese, memória e relação espacial e visualização.

Em relação aos problemas de comportamento, um dos fatores mais marcantes para o desenvolvimento de DA são os quadros classificados como Comportamento Disruptivo e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e o Transtorno Desafiador e Opositivo.

Quanto aos problemas emocionais que favorecem as DA, nos principais itens temos a Depressão Infantil e a Ansiedade (de Separação) na Infância.

Muito embora as crianças estejam sujeitas à maioria dos transtornos emocionais encontrados nos adultos, na maioria das vezes seu diagnóstico é pobremente realizado, e isto, quando realizado.

A maioria das pessoas ainda acredita que criança não fica “nervosa”, porque criança não tem problemas, ou coisas assim.

Outros, infelizmente mais ignorantes ainda, acham que “criança nervosa” é falta de correção enérgica, porque quando eram crianças apanhavam se não se comportassem adequadamente.

Enfim, a falta de informação sobre psiquiatria infantil é a responsável pela maioria das dificuldades de relacionamento escolares e sociais das crianças bem como, responsável por inúmeras sequelas emocionais no futuro, por falta de tratamento adequado.

2. PROBLEMA DA ESCOLA

Não é lícito estabelecer uma regra geral e inflexível atribuindo a todos os casos de DA um mesmo diagnóstico ou um enfoque generalizador. Nem sempre existem provas clínicas de que as causas para DA possam ser identificadas objetivamente.

Muitas vezes, as tentativas de se estabelecer diagnósticos para avaliar esses problemas servem para encobrir incompetências pedagógicas.

Muitas vezes o diagnóstico pouco criterioso de “hiperatividade” e “fobia escolar”, serve como atenuante para alguma comodidade ou incapacidade da escola para lidar com processos e métodos de aprendizagem.

Não é segredo que a maioria das escolas, está longe de cumprir bem sua tarefa de instruir e educar, envolvidas que estão por ditames políticos demagógicos ou técnicos utilitaristas.



Percebe-se, com certa facilidade, que algo está errado e que, nem sempre, o erro é exatamente das crianças. Por isso, cada caso deve ser avaliado particularmente, incluindo na avaliação o entorno familiar e escolar.

Se as DA estão presentes no ambiente escolar e ausentes nos outros lugares, o problema deve estar no ambiente de aprendizado e não em algum “distúrbio neurológico” misterioso e não-detectável.

Essa dificuldade, digamos, seletiva para o ambiente escolar, é detectada quando a criança aprende bem em outros cursos (inglês, música...), aprende manipular aparelhos eletro-eletrônicos com facilidade, tem boa performance em atividades lúdicas, enfim, quando ela mostra fora da escola que pode aprender como as demais.

2.1. Quais seriam os critérios dos pais ao decidirem por esta ou aquela escola?

Excluindo-se a imensa maioria que não pode escolher, aceitando a escola pública onde seu filho deve obrigatoriamente estudar, alguns outros podem escolher a escola, motivados por razões sociais; porque querem seus filhos junto com os filhos de outras proeminências sociais, porque é chique dizer onde eles estudam, por alívio de consciência, já que podem sentir-se omissos em outras áreas, pelo preço, enfim, nem sempre o critério é pedagógico.

John Holt (Teach Your Own - “Ensine a Si Mesmo”) alerta aos pais de crianças em idade escolar, para serem “extremamente cépticos em relação a qualquer coisa que as escolas e seus especialistas dizem sobre a condição e as necessidades de seus filhos”.

Recomenda, com certo exagero, que eles devem compreender ser quase certo que a própria escola, com todas as suas fontes de tensão e ansiedade, esteja agravando ou causando essas dificuldades e que o melhor tratamento provavelmente seja tirar o filho da escola de uma vez por todas.

Muitas vezes as DA são reações compreensíveis de crianças neurologicamente normais, porém, obrigadas a adequar-se às condições adversas das salas de aula.

Podemos ver em clínicas, muitas crianças sensíveis e emocionalmente retraídas que passam a apresentar DA depois de submetidas à alguma situação constrangedora não percebida pelos demais. Trata-se de uma situação corriqueira agindo sobre uma criança



afetivamente diferenciada, que nem sempre a escola, incluindo a professora, orientadora, coordenadora e demais colegas de classe, percebem.

Normalmente, as crianças que apresentam dificuldades específicas no início da escolarização, embora não tenham nenhum problema neuropsiquiátrico, provavelmente são aquelas que precisarão de maior atenção. São crianças que terão dificuldades de desenvolver suas habilidades de apreensão daquilo que é ensinado.

Portanto, cada uma delas precisa ser investigada e compreendida particularmente em suas dificuldades.

Quando o problema é da escola, uma exagerada restrição de atividade pode favorecer falsos diagnósticos de Crianças Hiperativas se as aulas carecem de atrativos pedagógicos, podem surgir falsos diagnósticos de Déficit de Atenção”, se a criança é assediada, se apanha de grupos delinquentes, se é submetida a situações vexatórias (para ela, especificamente), podemos observar falsos diagnósticos de Fobia Escolar e assim por diante.

Dois extremos podem comprometer a escola em relação às DA: ou a escola superestima a questão, acreditando comodamente que a criança é um problema, logo deve ter algum comprometimento neuropsiquiátrico quando, de fato, o problema é de relacionamento ou de adequação difícil às normas da escola ou, ao contrário, subestima um verdadeiro comprometimento neuropsiquiátrico levando à DA, pensando tratar-se de algum problema disciplinar, de método de ensino, de má vontade.

Primeiramente devemos questionar se, de fato, a criança apresenta DA ou se o seu rendimento não satisfaz apenas as expectativas do professor.

Um desenvolvimento incomum nem sempre denuncia alguma patologia, podendo refletir dificuldades pessoais eminentemente circunstanciais.

Convém sempre lembrar que a medicina é apenas uma das muitas maneiras de avaliar o ser humano, o qual pode ser arguido pela Sociologia, Psicologia, Antropologia, pela Religião, pela Pedagogia e assim por diante.

Mas a Medicina, por sua vez, funciona na base da avaliação, diagnóstico e tratamento e, havendo um diagnóstico MÉDICO, a medicina não abre mão do tratamento.

Portanto, é demagógico o discurso que fala em “rotular pacientes” e coisas do gênero; a medicina diagnostica pacientes, ela não rotula pessoas.



Profissionais completamente desfamiliarizados com o diagnóstico médico, até por uma questão de conforto emocional, preferem considerar o diagnóstico uma inutilidade ou um mecanismo de discriminação.

Na realidade, temos visto que a família só é mobilizada a procurar ajuda especializada para suas crianças, quando fica evidente ou ameaçado o rendimento escolar e a aprendizagem.

Infelizmente, na maioria das vezes, essa ajuda é procurada incorretamente, pois, na medida em que a família se sente ameaçada por algum estigma cultural, qualquer profissional parece servir desde que não seja o psiquiatra. Serve o Neurologista, o Psicólogo, Terapeutas e Pedagogos, mas Psiquiatra, decididamente não.

Não pretendemos dizer que tais profissionais sejam indevidos para os casos onde a emoção esteja fortemente presente, mas nem sempre o caso será mais adequadamente tratado exclusivamente por eles.

De fato, o real motivo para a procura de todos esses profissionais, menos o Psiquiatra, é o receio de ter um filho tratado por Psiquiatras. Uma vez esclarecido que Psiquiatras não são médicos que só tratam de loucos, as providências podem ser tomadas imediatamente.

ATIVIDADES PARA FACILITAR A COMPREENSÃO DO TEXTO:

1. Quais são os indicadores mais comuns para considerar que a criança é portadora de Deficiência de Aprendizagem (DA)?
2. Como os educadores devem tratar os casos de Dificuldades de Aprendizagem na escola?



UNIDADE III:

DEPRESSÃO INFANTIL

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Infantil é um transtorno do humor, capaz de comprometer o desenvolvimento da criança ou do adolescente e interferir no seu processo de maturidade psicológica e social. São diferentes as manifestações da depressão infantil e dos adultos, possivelmente devido ao processo de desenvolvimento que existe na infância e na adolescência.

A depressão foi considerada a principal doença psiquiátrica do século, afetando aproximadamente oito milhões de pessoas só na América do Norte (onde são feitas as principais pesquisas).

A morbidade da depressão se reflete no fato de que os adultos deprimidos são 20 vezes mais propensos a morrer de acidentes ou de suicídio do que adultos sem transtorno psiquiátrico.

Tanto os quadros de Distímia quanto de Transtorno Afetivo Bipolar, podem surgir pela primeira vez durante a adolescência e o reconhecimento precoce de um estado depressivo poderá ter profundos efeitos na futura evolução da doença.

Apesar da tamanha importância da Depressão na Infância e na Adolescência em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares e pediatras e nem adequadamente diagnosticado.

Embora na maioria das crianças, a sintomatologia da Depressão seja atípica, alguns podem apresentar sintomas clássicos de Depressão, tais como tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças no hábito alimentar e no sono ou, por outro lado, problemas físicos, como dores inespecíficas, fraqueza, tonturas, mal-estar geral que não respondem ao tratamento médico habitual.

Na criança e no adolescente, a depressão, em sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade, hiperatividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido a falta de habilidade para uma



comunicação que demonstre seu verdadeiro estado emocional, também manifestam a Depressão atípica, notadamente com hiperatividade.

A depressão na criança e/ou adolescente pode ter início com a perda de interesse pelas atividades que habitualmente eram interessantes, manifestando-se como uma espécie de aborrecimento constante diante dos jogos, brincadeiras, esportes, sair com os amigos, etc.

De forma complementar aparece diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa autoestima, ideias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtornos do sono e da alimentação e, dependendo da gravidade, ideação suicida.

2. INCIDÊNCIA

O reconhecimento de um quadro depressivo infantil e da adolescência como um transtorno que pode afetar pessoas desse grupo etário, reivindicada há mais de 30 anos pelo IV Congresso da União dos Psiquiatras Europeus, de 1971 em Estocolmo (Anell, 1972), resultou na elaboração de critérios de diagnóstico para esse quadro, denominando-o de Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência.

Os dados de prevalência do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência, não são unânimes entre os pesquisadores. Devido à diversidade dos locais onde os estudos são realizados e das populações observadas, vários índices de prevalência têm sido estabelecidos para a depressão na infância. Talvez as dificuldades se devam às discrepâncias de diagnóstico, já que alguns consideram como Depressão alguns casos atípicos, como por exemplo, a Fobia Escolar, a Hiperatividade, etc.

Estudos norte-americanos revelam uma incidência de depressão em aproximadamente 0,9% entre os pré-escolares; 1,9% nos escolares das séries iniciais e 4,7% nos adolescentes (Kashani, 1988 Apud Weller, 1991). Mas esses números são demasiadamente otimistas.

Há mais de 30 anos, os estudos de Rutter, Tizarde e Whitmore (1970) começaram a aportar uma prevalência da Depressão Infantil em aproximadamente 1% das crianças de até 10 anos.



Dezesseis anos depois, Rutter (1986) volta a pesquisar e considera que os quadros depressivos são muito mais frequentes na adolescência do que na infância.

Essas suspeitas foram confirmadas mais tarde por Cicchetti, em 1995. Nesse ano Goodyar situa a prevalência do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência entre o índice de 1,8% a 8,9%.

3. SINTOMAS

A depressão Infantil não se traduz, invariavelmente, por tristeza e outros sintomas típicos. A diferença entre os momentos nos quais as crianças podem estar tristes ou aborrecidas com quaisquer fatores vivenciais que as molestem e a depressão verdadeira está, principalmente, no tempo e na motivação para esse sentimento.

A Depressão Infantil tem sido cada vez mais observada, devido, em parte, à atualização conceitual e a atenção médica crescente sobre esta doença.

Apesar da Depressão tanto no adulto quanto na criança, ter como modelo de diagnóstico a conhecida constelação de sintomas, decorrentes da tríade sofrimento moral, a inibição psíquica global e no estreitamento do campo vivencial, as diferentes características pessoais e as diferentes situações vivenciais entre o adulto e a criança, farão com que os sintomas secundários decorrentes dos sintomas básicos sejam bem diferentes.

O sofrimento moral, por exemplo, responsável pela baixa auto-estima, no adulto pode se apresentar como um sentimento de culpa e, na criança, como ciúme patológico do irmão mais novo.

Nas crianças e adolescentes, é comum a Depressão ser acompanhada também de sintomas físicos, tais como fadiga, perda de apetite, diminuição de atividade, queixas inespecíficas, tais como cefaleias, lombalgia, dor nas pernas, náuseas, vômitos, cólicas intestinais, vista escura, tonturas, etc.

Na esfera do comportamento, a Depressão na Infância e na Adolescência, pode causar deterioração nas relações com os demais familiares e colegas, perda de interesse por pessoas e isolamento. As alterações cognitivas da Depressão infantil, principalmente relacionadas à atenção, raciocínio e memória, interferem sobremaneira no rendimento escolar.



Os sintomas mais frequentes da Depressão na Infância e na Adolescência costumam ser os seguintes:

- Insônia, choro, baixa concentração;
- Fadiga, irritabilidade, rebeldia;
- Tiques, medos, lentidão psicomotora;
- Anorexia, problemas de memória;
- Desesperança, ideações e tentativas de suicídio;
- A tristeza pode ou não estar presente.

Hoje em dia, a ampliação da constelação sintomática atribuída à depressão infantil, tem contribuído, sobremaneira, para a elaboração do diagnóstico e, por causa disso, cada vez mais os distúrbios do comportamento da criança estão sendo relacionados a uma maneira depressiva de viver.

4. OUTROS SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESSÃO INFANTIL

- Mudanças significativa de humor;
- Diminuição da atividade e do interesse;
- Queda no rendimento escolar, perda da atenção;
- Distúrbios do sono;
- Aparecimento de condutas agressivas;
- Auto depreciação;
- Perda de energia física e mental;
- Queixas somáticas;
- Fobia escolar;
- Perda ou aumento de peso;
- Cansaço matinal;
- Aumento da sensibilidade (irritação ou choro fácil);
- Negativismo e Pessimismo;
- Sentimento de rejeição;
- Ideias mórbidas sobre a vida;
- Enurese e encoprese (urina ou defeca na cama);



- Condutas antissociais e destrutivas;
- Ansiedade e hipocondria.

Não é obrigatório que a criança depressiva complete todos os itens da lista acima para se fazer o diagnóstico. Ela deve satisfazer um número suficientemente importante de itens para despertar a necessidade de atenção especializada.

Dependendo da intensidade da Depressão, pode haver substancial desinteresse pelas atividades rotineiras, queda no rendimento escolar, diminuição da atenção e hipersensibilidade emocional.

Surgem ainda preocupações típicas dos adultos, a respeito da saúde e quanto a estabilidade dos pais - medo da separação e da morte e grande ansiedade.

Além disso, tendo em vista a característica atípica da maioria das depressões na infância, alguns autores começam a pensar nesse diagnóstico para outras patologias bem definidas, como é o caso do Déficit de Atenção por Hiperatividade, para certos casos de Distúrbios de Conduta (notadamente a rebeldia, oposição e agressividade) e para os Transtornos Fóbico-Ansioso.

Supõe-se haver uma íntima relação entre todos esses quadros citados e, principalmente na ansiedade da infância, quer seja como co-morbidade ou como manifestações clínicas atípicas da Depressão Infantil.

5. DIAGNÓSTICO

O Transtorno Depressivo na Infância e na Adolescência, caracteriza-se por uma sintomatologia afetiva de longa duração e está associado a vários outros sinais e sintomas vistos acima, tais como, insônia, irritabilidade, rebeldia, medo, tiques, mudanças nos hábitos alimentares, problemas na escola, na vida social e familiar.

Alguns outros sintomas podem acompanhar o Transtorno Depressivo na infância e na adolescência em idade escolar, tais como, apatia, tristeza, agressividade, choro, hiperatividade, queixas físicas, medo da morte dele próprio ou dos familiares, frustração, desespero, distração, baixa autoestima, recusa em ir à escola, problemas de aprendizagem e perda de interesse por atividades que antes gostava.



É tão comum o Transtorno Depressivo na Infância e na Adolescência, a ponto de alguns autores recomendarem que, sempre que a criança manifestar tais alterações por um tempo prolongado, deve-se considerar a possibilidade desse diagnóstico.

Entretanto, é muito importante determinar se esses sintomas estão, de fato, relacionados com um quadro depressivo ou se são parte das ebulições emocionais normais do desenvolvimento.

E, tendo em mente o fato de ser possível que muitos sintomas incluídos na relação, apareçam naturalmente como parte das etapas normais de desenvolvimento da infância e da adolescência, para se estabelecer um diagnóstico correto de depressão na criança, é necessário avaliar também sua situação familiar existencial, seu nível de maturidade emocional e, principalmente, sua autoestima.

Além das entrevistas com a criança, é muito importante observar sua conduta e coletar informações dos pais, professores e outros colegas, médicos e/ou psicólogos, atribuindo pesos adequados a cada uma das informações obtidas. As mudanças de comportamento na criança são de extrema importância, tão mais importantes quanto mais súbitas forem.

Assim, crianças anteriormente bem adaptadas socialmente, passam a apresentar condutas irritáveis, destrutivas, agressivas, com a violação de regras sociais anteriormente aceitas, oposição à autoridade, preocupações e questionamentos de adultos. Esses comportamentos podem ser decorrentes de alterações depressivas.

Quando essas alterações não são graves o suficiente para serem consideradas Episódios Depressivos, podemos chamá-las de Disforias.

As Disforias, que são alterações do humor, são encontradas comumente no cotidiano e não têm, obrigatoriamente, uma conotação de doença.

Trata-se de respostas afetivas aos eventos diários, caracterizando-se pela brevidade do quadro emocional sem comprometimento das condutas adaptativas, sociais, escolares e familiares.

Na realidade, as Disforias seriam apenas momentos de tristeza, angústia e abatimento moral, que surgem em decorrência da problemática existencial normal e cotidiana, tais como as correções dos pais, conflitos com irmãos, aborrecimentos na escola, etc.

A diferença entre as Disforias e a Depressão seria em relação à evolução benigna das Disforias, o que não acontece quando há importante componente depressivo. A recuperação das vivências traumáticas e estressoras é mais demorada e sempre há algum prejuízo da adaptação.

Grosso modo, podemos dizer que as Disforias são mais ou menos fisiológicas na lida com as adversidades diárias, enquanto a Depressão seria uma maneira patológica de reagir à vida.

Os quadros que se apresentam como Fobia Escolar, caracterizada pela evitação da escola, por dores inespecíficas, febre sem causa aparente, e outros sintomas obscuros para fugir das aulas, podem refletir altos índices de ansiedade e depressão.

Deve-se avaliar a presença de baixa autoestima, perda de prazer e, muitas vezes, até ideação suicida.

Podem ser encontradas também, nesses casos, expectativas negativas e pessimistas da vida, mas como a criança tem grandes dificuldades para expressar esses aspectos vivenciais de sua vida ou de seu mundo, essa investigação tem sido muito difícil.

Os sintomas físicos e somatizados, também podem ocorrer na criança depressiva. Cerca de 30% dos pacientes deprimidos apresentam diminuição de apetite e 30% se refere ao aumento, principalmente nas meninas. Insônia inicial (dificuldade para começar a dormir) também está frequentemente presente (60%) e, um pouco menos frequente, a clássica insônia terminal, que é caracterizada pelo despertar muito cedo.

Na fase pré-verbal, a criança deprimida pode manifestar o humor rebaixado através de expressões mímicas e do comportamento. A inquietação, o retraimento social, o choro frequente, recusa alimentar, apatia e alterações do sono, podem ser indícios de Depressão nesta fase.

Na fase pré-escolar, as crianças podem somatizar o transtorno afetivo, o qual se manifesta através de dor abdominal, falta de ganho de peso, retardo no desenvolvimento físico esperado para a idade, além da fisionomia triste, irritabilidade, alteração do apetite, hiperatividade e medos inespecíficos.

Dos 2-3 anos, até a idade escolar, a Depressão Infantil pode se manifestar ainda com um quadro de Ansiedade de Separação, onde existe sólida aderência da criança à

figura de maior contato (normalmente a mãe), ou até sinais sugestivos de regressão psicoemocional, como trejeitos mais atrasados da linguagem, encoprese e enurese.

Na fase escolar, o cansaço, a dificuldade de concentração, as alterações da memória, a astenia e adinamia, são as complicações da Depressão Infantil que comprometem muito o rendimento escolar e a aprendizagem.

Essa confrontação continuada com o fracasso, acaba fazendo com que o nível de autoestima também se comprometa, podendo levar a criança a apresentar desde isolamento social até Transtornos de Conduta (pseudo Transtorno de Conduta, na realidade).

Para essas alterações afetivas possíveis na primeira infância, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou critérios de observação.

Foi um grande passo na descrição das manifestações de transtornos psicológicos nesta faixa etária, dividindo-os em duas categorias:

- **Reação de Abandono** (ou de Dor e Aflição Prolongadas), que é específica das situações onde falta a figura materna ou de um cuidador afetivamente adequado.
- **Depressão da Infância Precoce.** A socialização da criança em idade escolar com Depressão Infantil, pode estar comprometida e se manifesta através do isolamento social, das dificuldades de relação interpessoal, com sintomas de alteração afetiva (irritabilidade).

Na primeira infância, entretanto, se detectam estas alterações quando o lactente é pouco comunicativo, confundido normalmente com um bebê muito bonzinho ou, por outro lado, pode manifestar a depressão com irritabilidade (bebês irritáveis, com tendência à hiperexcitabilidade), ou ainda, com aversão à estranhos (bebês que estranham demasiado as mínimas mudanças em seu entorno).

O bebê afetivamente sensível pode ter dificuldades em relação ao apego. O apego é um impulso primário como parte de um processo de seleção natural, portanto, inato.

Existem importantes diferenças individuais no estabelecimento das condutas de apego e na elaboração dos vínculos. O apego é uma resposta de busca de proteção necessária à sobrevivência da espécie.

Quando os lactentes são separados bruscamente de sua figura de apego, como é o caso de uma hospitalização precoce, ou mesmo um abandono, suas reações tendem a seguir um

padrão semelhante ao processo de luto do adulto. Assim, em uma primeira fase, o lactente bruscamente separado pode manifestar ira e desespero.

Na segunda fase dessa separação, a criança tende a ficar apática, quase imóvel. É a fase de desapego ou indiferença. Nessa etapa, a criança não manifesta mais emoções diante do reencontro com a figura com a qual antes era apegado. Essa experiência de perda não se relaciona com as necessidades de alimento, mas de calor, carinho ou contato.

Dois fatores têm especial significado para estabelecer as características da separação:

a) Temperamento da criança

• Características pessoais da figura materna

Quanto mais sensível afetivamente for a criança, maiores os prejuízos futuros que a separação ou abandono proporcionarão.

Veja abaixo a sucessão de acontecimentos de Dor e Aflição que podem ocorrer durante a separação ou abandono:

- Reação de dor e aflição prolongadas; este estado pode se manifestar por qualquer etapa da sequência: protesto e desinteresse;
- A criança chora, chama e busca o progenitor ausente, recusando quaisquer tentativas de consolo por outras pessoas;
- Retraimento emocional que se manifesta por letargia, expressão facial de tristeza e falta de interesse nas atividades apropriadas para a idade;
- Desorganização dos horários de comer e dormir;
- Regressão ou perda de hábitos já adquiridos, como por exemplo, fazer xixi e/ou cocô na roupa (ou cama), falar como se fosse mais novo.
- Desinteresse paradoxal, que se manifesta por indiferença às recordações da figura cuidadora (fotografia ou menção do nome), ou mesmo uma espécie de “ouvido seletivo”, que parece não reconhecer essas pessoas.

Como comportamento alternativo, a criança pode mostrar-se exatamente ao contrário das características acima; torna-se extremamente sensível a qualquer recordação do (a) cuidador (a), apresentando mal-estar agudo diante de qualquer estímulo que a faz lembrar da pessoa.



b) Luto da Criança

Para entender o impacto que causa na criança a perda por morte de uma figura de forte apego afetivo (mãe, pai, irmãos), é preciso entender a teoria do apego.

Existem três fases do luto, assim caracterizadas:

- 1) **Busca ou protesto:** O intenso desejo de recuperação da pessoa amada e perdida, que leva a comportamentos de busca inócua, produz uma forte reação de protesto pela impossibilidade de se alcançar o objetivo desejado.
- 2) **Desespero e desorganização:** O conflito permanente entre o desejo e sua frustração leva ao desespero, pois não se abdica do vínculo estabelecido com facilidade e sem sofrimento. O pensamento, constantemente concentrado nessa tarefa, deixa pouca possibilidade para dedicar-se a outras atividades, revelando o quanto é importante o trabalho de busca de uma resolução para o conflito; o mundo parece estar fora de contexto para o enlutado, tanto quanto este parece estar fora de contexto para o mundo.
- 3) **Recuperação e Restituição:** O conflito pode ser solucionado a partir de uma nova construção do vínculo com o falecido, o que preserva a relação em um outro patamar; o sofrimento diminui gradualmente, permitindo um retorno da atenção para o mundo e trazendo a possibilidade do estabelecimento de novas relações. Em casos de luto complicado, esses aspectos podem apresentar-se com intensidade ou duração alteradas, apontando para a impossibilidade de se caminhar dentro do processo esperado e constituindo-se em um indicativo da não resolução do luto.

Nesse caso, as pessoas geralmente apresentam os seguintes sintomas:

- Choque, entorpecimento e dificuldade de acreditar na realidade;
- Pesar e tristeza, acompanhados por dor mental e sofrimento;
- Senso de perda devido ao reconhecimento da ausência e da impossibilidade de recuperação;
- Raiva é comum e pode se voltar contra a pessoa falecida, familiares, médicos, amigos e mesmo contra o próprio ego;
- Culpa e arrependimento, que aparecem sob as formas: culpa por sobreviver, pela responsabilidade da morte ou pelo sofrimento que ela trouxe e, ainda, pela deslealdade do falecido;



- Ansiedade e receios que aparecem sob a forma de insegurança, medos ou crises de angústia;
- Imagens repetitivas da pessoa falecida próxima da morte, da doença, com caráter intrusivo e fora de controle;
- Desorganização mental, apresentando graus variados de distração, confusão, esquecimento ou falta de coerência;
- Sobrecarga de tarefas e dificuldades para sua realização, que trazem a sensação de estar perdendo o controle, de desamparo e de sentir-se incapaz de enfrentar a realidade;
- Alívio, especialmente após doença longa e sofrida, pelo término do sofrimento;
- Solidão, que se expressa como sentir-se só mesmo quando em grupo e com picos de sentimentos intensos de isolamento;
- Sentimentos positivos também aparecem, em meio ao pesar.

Sintomas de Depressão da Infância Precoce:

- Estado de ânimo deprimido ou irritável;
- Interesse e prazer diminuídos nas atividades apropriadas para seu desenvolvimento;
- Capacidade reduzida para protestar;
- Repertório diminuído de interações sociais e de iniciativas;
- Perturbações no sono e/ou na alimentação;
- Perda de peso;
- Sintomas presentes durante um período de pelo menos duas semanas.

Em crianças com idade dos 6 aos 12 anos, podemos encontrar quadros de base depressiva mais típicos, mas nem sempre.

Quando a depressão é muito grave, o que felizmente não é tão comum, sintomas francamente psicóticos também podem aparecer, tais como ideias delirantes, alucinações e severo prejuízo das atividades sócio-familiares, incluindo a escola.

As ideias suicidas também não são raras, embora dificilmente antes dos 10 anos de idade.



Dentro da Depressão Infantil atípica, a mais comum, podemos ainda encontrar crianças erroneamente tomadas por delinquentes e, não raro, crianças que chegam de fato ao suicídio.

Tendo em vista a elevada incidência da Depressão Infantil registrada por inúmeros autores, será lícito e sensato pensar sempre na possibilidade depressiva diante de qualquer criança problemática.

DEPRESSÃO/SUICÍDIO NO ADOLESCENTE

No adolescente a relação depressão-suicídio é bastante significativa. A grande maioria dos adolescentes suicidas (94%) apresenta problemas psiquiátricos, sendo a Depressão o mais importante deles (51%).

O suicídio de adolescentes é, atualmente, o responsável mais importante que doenças cardiovasculares ou o câncer pelas mortes de jovens de 15 a 19 anos.

A taxa do suicídio para adolescentes aumentou mais do que 200% na última década. Os estudos recentes mostram que mais de 20% dos adolescentes na população geral, tenha problemas emocionais e um terço dos adolescentes que procuram clínicas psiquiátricas, sofrem de depressão.

A grande maioria das depressões em adolescentes pode ser muito bem controlada ambulatorialmente e com a sustentação da família. Os atos suicidas geralmente estão associados com uma crise depressiva aguda e significativa na vida do adolescente.

É importante reforçar que a crise pode parecer insignificante aos adultos ao redor, mas é sempre muito significativa ao adolescente.

A perda de um namoro, de uma nota na escola ou a constatação de uma crítica pejorativa de um adulto significativo, especialmente o pai ou um professor, pode precipitar um ato suicida no paciente depressivo.

ATIVIDADES PARA FACILITAR A COMPREENSÃO DO TEXTO:

1. O que significa Transtorno Depressivo Infantil?
2. Quais são os sintomas da Depressão Infantil?
3. Quais os cuidados que o professor deve ter com crianças com sintomas de Depressão Infantil?



UNIDADE IV:

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

1. INTRODUÇÃO

Desde pequeno já é inquieto. Em casa, corre daqui para lá o dia todo, sem que nada o detenha, nem sequer o perigo. Tira brinquedos do seu lugar, espalha todos pelo chão e, quase sem usá-los, pega outros e outros, sem deter-se em nenhum. Interrompe permanentemente os adultos e as outras crianças, respondendo impulsivamente e de forma exagerada àqueles que o molestam.

Seus companheiros de escola o evitam, mesmo assim ele sempre termina chamando-os para pedir-lhes ajuda nas lições que não consegue copiar a tempo.

Essa criança sempre perde os objetos, é desordenada, tendo que cobrá-la o tempo todo, não só para que complete as tarefas, mas também porque, distraído, se esquece de que é hora de almoçar, de jantar ou de banhar-se.

Quando começa a fazer alguma coisa, se esquece de terminar, pára na metade. Quando vai a algum lugar pára no caminho, se detém para falar com alguém, para entreter-se numa brincadeira, com algum animal ou passarinho que passa voando.

Criança com tais comportamentos, pode ser portadora de Transtorno de Déficit de Atenção por Hiperatividade (TDAH). Trata-se de um dos transtornos mentais mais frequentes nas crianças em idade escolar, atingindo 3 a 5% delas.

Apesar disso, o TDAH continua sendo um dos transtornos menos conhecidos por profissionais da área de educação e mesmo entre os profissionais de saúde. Há ainda muita desinformação sobre esse problema.

O desconhecimento desse quadro frequentemente acaba levando à demora no diagnóstico e no tratamento dos portadores do TDAH, os quais acabam sofrendo por vários anos sem saber que a sua situação pode ser (facilmente) tratada.

Na realidade, determinar qual o nível de atividade normal de uma criança é um assunto polêmico.



A maioria dos pais tem uma certa expectativa em relação ao comportamento de seus filhos e, normalmente, esta expectativa inclui um certo grau de agitação, bagunça e desobediência.

Algumas vezes podemos estar diante de um quadro de Hiperatividade Infantil, que foge da simples questão de comportamento. É um transtorno que vive a desafiar a teimosia dos avós, os quais continuam achando que “crianças são assim mesmo” (eles não vivem 24h por dia com essas crianças), ou que os pais delas também eram assim quando crianças, ou que esses pais de hoje em dia não têm paciência.

Não. Decididamente não se trata de crianças que têm energia demais, como dizem algumas pessoas mal informadas, elas têm uma doença perfeitamente conhecida pela medicina - A Hiperatividade, mais precisamente Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), não é um problema neuropsiquiátrico que dá apenas nos filhos dos outros.

O TDAH não tratado pode ser responsável por enorme frustração dos pais e prejuízo para a criança.

Uma das angústias experimentadas por eles é que os pacientes diagnosticados com TDAH são frequentemente rotulados de “problemáticos”, “desmotivados”, “avoados”, “malcriados”, “indisciplinados”, “irresponsáveis” ou, até mesmo, “pouco inteligentes”.

Devido à série de problemas psicológicos, sociais, educacionais e até mesmo criminais que podem ocorrer como consequência do não tratamento do TDAH, é muito importante que os profissionais da área de saúde mental e educação, além das famílias, estejam pelo menos informados sobre a existência do TDAH e os seus principais sintomas.

As crianças portadoras de TDAH ultrapassam a festiva barreira das travessuras engraçadinhas, deixam de ser adoráveis diabinhos e se transformam em um verdadeiro transtorno na vida dos pais, professores e de todos que estiverem em sua volta. Elas parecem ignorar as regras de convívio social e, devido ao incômodo que causam, acabam sendo consideradas de má índole, caráter ou coisa parecida.

No entanto, é preciso deixar claro que as crianças hiperativas não são, de forma nenhuma, más. Além disso, elas não se convencem facilmente e não conseguem se concentrar na argumentação lógica dos pais já que essas crianças têm extrema dificuldade

em sentar-se e dialogar. Por outro lado, ainda é comum encontrar entre leigos, a noção de que a criança hiperativa seja apenas malcriada, ou mal-educada pelos pais.

Esse tipo de acusação frequentemente resulta em sensação de fracasso pelos pais. Por isso, é muito importante que os profissionais estejam preparados para suportar e desfazer esse mito.

Devido às dificuldades culturais para esse diagnóstico, principalmente devido ao fato da cultura não acreditar que crianças possam ter algum problema emocional, por muito tempo se duvidou que existisse um transtorno com as características do TDAH.

Quando a medicina detectou que, de fato, crianças com esse tipo de problema pudessem ter um diagnóstico clínico, este conjunto de sintomas ganhou o nome de Disfunção Cerebral Mínima.

1. QUADRO CLÍNICO DO TDAH

O Transtorno de Déficit de Atenção é caracterizado primariamente por:

- Dificuldade de atenção e concentração, característica que pode estar presente desde os primeiros anos de vida do paciente;
- A criança (ou adulto quando for o caso) tende a se mostrar “desligada”, tem dificuldade de se organizar e, muitas vezes, comete erros em suas tarefas devido à desatenção. Estas características tendem a ser mais notadas por pessoas que convivem com o paciente;
- Constantemente, esses pacientes esquecem informações, compromissos, datas, tarefas, etc.;
- Costumam perder ou não se lembrar onde colocaram suas coisas;
- Têm dificuldades para seguir regras, normas e instruções que lhes são dadas;
- Têm aversão aos deveres que requerem muita concentração e atenção, como lições de casa e tarefas escolares.

Em cerca de metade dos casos, pode ainda apresentar hiperatividade, como movimento incessante de mãos e pés, dificuldade de permanecer sentado ou dentro da sala de aula, fala muito, se mexe muito e tem dificuldade em realizar qualquer tarefa de maneira quieta e recatada.



Em alguns casos, pode acontecer também a impulsividade caracterizada pela incapacidade de esperar a sua vez, interrompendo ou cortando outras pessoas durante uma conversa e também pelo impulso de falar as respostas antes que as perguntas sejam terminadas.

Sintomas do TDAH

1) Observa-se seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção e persistência por pelo menos 6 (seis) meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança.

Desatenção:

- a) Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outros;
- b) Com frequência, tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- c) Com frequência, parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- d) Com frequência, não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- e) Com frequência, tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- f) Com frequência, evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- g) Com frequência, perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- h) É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- i) Com frequência, apresenta esquecimento em atividades diárias.



Hiperatividade

Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade e persistência por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

- a) Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
- b) Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- c) Frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
- d) Com frequência, tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- e) Está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;
- f) Frequentemente fala em demasia.

Impulsividade:

- a) Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
- b) Com frequência, tem dificuldade para aguardar sua vez;
- c) Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).

É importante observar que:

1. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos sete anos de idade.
2. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).
3. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
4. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não



são bem explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

A idade e a forma do surgimento dos sintomas também são importantes, devendo ser investigados, já que no TDAH, a maioria dos sintomas está presente na vida da pessoa há muito tempo, normalmente desde a infância.

Portanto, por se tratar de um transtorno de natureza crônica e atrelado à constituição da pessoa, os sintomas de dificuldade de atenção/concentração ou hiperatividade semelhantes ao TDAH mas que apareçam de repente, de uma hora para outra, têm uma grande possibilidade de NÃO serem TDAH.

Como se origina o TDAH?

Muitos pais se perguntam:

“O que fizemos de errado para que isso acontecesse”?

Cada vez há mais evidência de que o TDAH não se origina de um problema ambiental ou da relação familiar, senão que tem bases neurobiológicas, ou seja, provavelmente se transmite de forma genética e se dá através de um desequilíbrio das substâncias químicas do cérebro ou de neurotransmissores que regulam a conduta.

Esse desequilíbrio bioquímico impede essas crianças de focar a atenção numa determinada tarefa, prestando igual atenção a todos os estímulos do ambiente, inclusive naqueles que não são úteis, portanto, não podendo manter a concentração naquilo que se está resolvendo.

É como se estivéssemos numa casa cheia de gente, falamos com uma pessoa, mas não podemos deixar de ouvir as conversas de todos os outros, além dos outros sons, as luzes e tudo o que se move.

Também não está provado que a hiperatividade e o déficit de atenção sejam produzidos por assistir demasiadamente a TV, consumir determinados alimentos como açúcares, nem por problemas familiares.

Sabe-se que as crianças com TDAH têm mais frequentemente antecedentes de mães que fumavam muito durante a gravidez, ou consumiam álcool, drogas ou outros tóxicos.



Atualmente, as pesquisas sobre o TDAH sugerem haver um fator genético, juntamente com algum tipo de influência ambiental para que esse transtorno se desenvolva.

O fator genético é cogitado devido à grande concordância que existe entre gêmeos homocigóticos com o TDAH, mesmo quando submetidos à ambientes diferentes.

Tratamento

Sabe-se que só o tratamento que combine três desses aspectos pode ser efetivo a longo prazo.

Adequação das opções educativas:

Existem várias técnicas para melhorar a aprendizagem, mas fundamentalmente mencionaremos as seguintes:

- Um ambiente muito bem estruturado ajuda a criança a ordenar-se; favorecer ambientes onde tenha a menor distração possível;
- Supervisionar pessoalmente as tarefas; estabelecer um tempo extra e fixo para que copie seu trabalho, lembrando que quando o tempo se esgotar deve parar e não deixar passar do limite;
- Fracionar as tarefas em intervalos curtos de tempo, com descansos entre uma e outra;
- Usar ajuda visual como imagens em livros, em quadros, ou favorecer a aprendizagem por computador, para manter-lhe a atenção.
- Ser positivo e gratificante com cada sucesso cotidiano por menor que seja, para estimular o esforço em manter a atenção e reduzir o estado de frustração e cansaço;
- Usar métodos que permitam o autocontrole, como cronogramas, agendas, listas.

ATIVIDADES:

1. Quais são os comportamentos típicos da criança com TDAH?
2. Como é possível tratar crianças com TDAH?



UNIDADE V:

ANSIEDADE/FOBIA ESCOLAR

O medo é um sentimento de ansiedade frente a situações externas de perigo eminente e imediato. Uma certa dose de ansiedade também é necessária para manter a prontidão para atividades diárias.

Em certos casos, porém, o sujeito sofre sensação de medo, mesmo quando não existem perigos externos, causando desgaste biopsíquico: *são as chamadas crises de ansiedade.*

Os transtornos de ansiedade ocorrem quando, por algum fator desencadeante particular, o sujeito começa, sem perceber, ter atitudes defensivas não contra perigos externos imediatos, mas contra supostos perigos intra-psíquicos: pensamentos, sentimentos, lembranças, desejos rejeitados pelo sujeito inconscientemente.

O sujeito não percebe a sensação de medo como algo interno, mas como um perigo externo real, com reações fisiológicas e psicológicas típicas desse quadro.

As manifestações de ansiedade são específicas para cada caso, sendo as mais comuns:

1. A fobia: o sujeito passa a apresentar medo de situações ou objetos específicos (lugares, pessoas, animais, situações);
2. A chamada “síndrome do pânico”, na qual as crises de ansiedade surgem repentinamente sem relação com nenhum fator específico;
3. Sintomas físicos: vertigens, problemas gastrointestinais, musculares, respiratórios, etc., sem identificar como medo e ainda muitas outras formas de manifestação.

FOBIA ESCOLAR

Uma criança com fobia escolar é aquela que falta muito à escola por sintomas físicos vagos. Quando não está na escola, está em casa, quer dizer, não “mata aula”.

Os sintomas geralmente são do tipo que as pessoas têm quando estão preocupadas ou doentes, tais como dor de estômago, dor de cabeça, náuseas, vômitos, diarreia, fadiga ou enjoos.



Esses sintomas físicos ocorrem principalmente pela manhã, e pioram à hora de ir para a escola. Afora isto, seu filho parece estar sadio e vigoroso.

A fobia escolar é muito comum e afeta pelo menos 5% das crianças das séries iniciais e 2% dos adolescentes.

Causas da Fobia Escolar

Uma criança com fobia escolar geralmente tem medo de sair de casa em geral, em vez de temer algo em particular na escola. Por exemplo, pode estranhar quando fica para dormir na casa de um amigo.

Frequentemente a primeira prova de independência para uma criança vem quando ela deve ir à escola diariamente. Exceto por serem infrequentes, estas crianças geralmente são bons alunos e têm bom comportamento na escola.

Geralmente, os pais são muito meticulosos e proporcionam amor o suficiente a seus filhos.

Algumas vezes, esses pais são exageradamente protetores e carinhosos e a criança encontra dificuldade em separar-se deles (ansiedade de separação).

A criança não tem confiança em si mesma, que é resultado do controle das tensões normais da vida, sem assistência de seus pais. Às vezes, uma mudança de escola, um professor rigoroso, as provas difíceis, um problema de aprendizado ou um colega brigão ou abusador, podem ser considerados como causas do medo que a criança tem de ir à escola.

Mas estes fatores podem ser apenas parte do problema e o aluno deve continuar frequentando as aulas enquanto esses problemas são solucionados.

Evolução Prevista

Se a família cumprir a regra de levar a criança à escola diariamente, o problema da fobia escolar melhorará de forma notável em uma ou duas semanas.

Em contraposição, se não exigir que seu filho frequente a escola diariamente, os sintomas físicos e o desejo de ficar em casa se tornarão mais frequentes.



Quanto mais tempo a criança ficar em casa, mais difícil será retornar à escola. Podem estar em jogo a vida social e a educação futura da criança.

Como superar a Fobia Escolar:

- Insista para que ele retorne imediatamente à escola;
- Seja particularmente firme nas manhãs dos dias de aula;
- Marque um horário para consulta médica na mesma manhã que ele ficar em casa.
- Se seu filho tem um sintoma novo ou parece estar muito doente, é melhor que ele fique em casa. Se tiver dúvidas, provavelmente seu médico poderá determinar a causa da doença de seu filho. Se o sintoma for causado por uma doença, você poderá iniciar o tratamento adequado. Se o sintoma for causado por ansiedade, seu filho deve ir para a escola antes do meio dia.
- A colaboração entre você e seu médico irá resolver inclusive os problemas mais difíceis de fobia escolar;
- Solicite assistência do pessoal da escola, ao invés de mandá-lo para casa;
- Fale com a criança a respeito de seu medo da escola;
- Ajude a criança a passar mais tempo com outras crianças de sua idade. Estas sugestões se referem às ações de pais e professores.

Procure ajuda médica se:

- A fobia escolar não se resolver com estas recomendações em 2 semanas;
- A fobia escolar voltar a apresentar-se;
- Pensar que a causa dos sintomas pode ser mais física do que emocional;
- A criança continuar tendo outros temores ou problemas de separação;
- A criança apresenta comportamento retraído ou parecer estar deprimido.

Indisciplina na Escola

Esse é um tema que hoje suscita polêmicas entre pais e educadores. O número de casos de indisciplina em todo o país atinge proporções no mínimo inquietantes. O conceito de indisciplina é susceptível de múltiplas interpretações.



Um aluno ou professor indisciplinado é em princípio alguém que possui um comportamento desviante em relação a uma norma explícita ou implícita, sancionada em termos escolares e sociais.

Esses desvios são, todavia, denominados de forma diferente conforme se trate de alunos ou de professores. Os primeiros são apelidados de indisciplinados, os segundos de incompetentes.

Nessas anotações, vamos apenas abordar os comportamentos desviantes dos primeiros. A indisciplina pode implicar em violência, mas não é necessário que esta ocorra. É neste sentido que alguns autores distinguem vários níveis de indisciplina, tais como:

- Perturbação pontual que afeta o funcionamento das aulas ou mesmo da escola;
- Conflitos que afetam as relações formais e informais entre os alunos, que podem atingir alguma agressividade e violência, envolvendo por vezes, atos de extorsão, violência física ou verbal, roubo, vandalismo, etc.;
- Conflitos que afetam a relação professor-aluno, e que em geral colocam em causa a autoridade e o regimento da escola;
- Vandalismo contra a instituição escolar, que muitas vezes procura atingir tudo aquilo que ela significa.

Essa hierarquia tem sido contestada, na medida em que conduz à naturalização das formas mais elementares de indisciplina (as perturbações), assumindo-as como inevitáveis.

A ideia que acaba por passar é que só se coloca o problema da indisciplina quando existem agressões a colegas ou professores, destruição ou roubo, etc. Apenas de uma forma negativa.

No entanto, a indisciplina pode assumir uma função criativa e renovadora das práticas instituídas. Os célebres acontecimentos de maio de 1968, na França, estão aí para demonstrar todo o potencial criativo que pode estar contido nos atos de indisciplina dos jovens.

Os educadores e pais estão sempre em busca de informações para poderem realizar com êxito, a educação das crianças e dos jovens, objetivando a formação saudável, o sucesso escolar e a diminuição da violência nas escolas.



Causas da Indisciplina na Escola:

1. Família

As causas familiares da indisciplina estão à cabeça. É onde os alunos adquirem os modelos de comportamento que exteriorizam nas aulas. A pobreza, a violência doméstica e o alcoolismo são apontados por muitos pesquisadores, como as principais causas que minam o ambiente familiar.

Hoje, aponta-se também a desagregação dos casais, droga, ausência de valores, permissividade, omissão dos pais na educação dos filhos, etc. Quase sempre os alunos com maiores problemas de indisciplina, provém de famílias onde existem estas evidências.

A novidade está, contudo, na participação direta dos pais, na violência que ocorre nas escolas. Impotentes para lidar com a violência dos próprios filhos, muitos pais apontam os professores e os acusam de não saberem “domesticar” os alunos.

Frequentemente, estimulam e legitimam a indisciplina nas escolas. Alguns vão mais longe e agredem professores e funcionários.

2. Alunos

É preciso dizer que muitas vezes as razões de fundo não são do foro da educação. Em muitos casos, trata-se de questões que deveriam ser tratadas no âmbito da saúde mental infantil e dos adolescentes, da proteção social ou até do foro jurídico.

O grande problema é que muitas vezes as escolas não conseguem fazer esta triagem. Tentam resolver problemas para os quais não estão preparadas ou nem sequer são da sua competência.

Todos os alunos são potencialmente indisciplinados, porque a escola é sempre sentida como uma imposição por parte do Estado ou da família. É por isso que as aulas são locais de constrangimentos e de repressão de desejos.

Nesta perspectiva, o que acaba por diferenciar os alunos entre si é a atitude que assumem perante estas obrigações.

Numa classificação de inspiração weberiana são distinguidos três tipos de alunos:

- **Obrigados-satisfeitos:** uma minoria que se conforma às exigências que a escola lhes impõe;

- **Obrigados-resignados:** A maioria se adapta ao sistema, procurando tirar partido da situação, atingindo dois objetivos supremos: “gozar a vida” e “passar de ano”;
- **Obrigados-revoltados:** uma minoria inconformada (ou maioria conforme as circunstâncias sócio-econômicas do meio). Da família à escola e desta à sociedade, colocam tudo nestas causas: valores, normas estabelecidas, autoridade, etc.

Não é fácil explicar as razões que levam uns a assumirem-se como “conformistas” e outros como “revoltados”. A “falta de afeto” ou a “vontade de poder” são, por exemplo, duas destas motivações.

Há quem aponte também as tendências próprias de cada idade que transformam uns em “revoltados” e outros em “conformistas”.

3. Grupos e Turmas

O grupo, enquanto conjunto estruturado de pessoas, tem uma enorme importância nos processos de socialização e de aprendizagem dos adolescentes. A sua influência acaba por ser decisiva para explicar certos comportamentos que os jovens demonstram e que são resultado de processos de imitação de outros membros do grupo.

Certas manifestações de indisciplina, não passam muitas vezes, de meras manifestações públicas de identificação com modelo de comportamento característico de certos grupos.

Através deles, os jovens procuram obter a segurança e a força que lhes é dada pelos respectivos grupos, adquirindo certo prestígio no seio da comunidade escolar. Nada que os professores não conheçam.

A turma é também um grupo, sem que, todavia, faça desaparecer todos os outros aos quais os alunos se encontram ligados dentro e fora da escola.

Numa sociedade em que muitos grupos familiares estão desagregados, o seu espaço é cada vez mais preenchido por estes grupos formados a partir de interesses e motivações muito diversas.

O sistema de educação no Brasil também é, atualmente, uma das principais promotoras da indisciplina nas escolas. Não apenas através da regulamentação que produz sobre a matéria, mas também das medidas avulsas que toma ou da morosidade dos

processos que aprecia. A ineficácia do sistema é neste domínio um poderoso estímulo à generalização de práticas desviantes.

Mas esta não é a única questão a considerar. As equipes que têm dirigido o sistema escolar, são também responsáveis pela promoção de uma cultura de irresponsabilidade, na medida em que:

a) As sucessivas mudanças realizadas no sistema educativo em geral são de forma atribulada e inconsequente.

Como é de conhecimento de todos nós, a máquina do Estado caracteriza-se há muito por ser ineficaz e ineficiente, sem que se apurem responsabilidades pelo que quer que seja.

O Ministério da Educação não é exceção, pelo contrário, é um dos exemplos paradigmáticos desta situação. A imagem que passa é de uma “casa” em convulsão permanente.

Cada novo ministro procura deixar a sua “marca” numa nova reforma que nunca é concluída, nem sequer avaliada. A mudança contínua de dirigentes, aliada à ausência de uma avaliação do seu desempenho, permite o constante improvisado das atividades. Os serviços do próprio sistema não funcionam e dificilmente são reformulados. Tudo isso acaba por veicular as escolas à idéia de que a educação é um domínio pouco sério;

b) A prática decorrente do discurso que responsabiliza os dirigentes e os serviços do sistema educacional e que acaba sempre por imputar aos professores, a responsabilidade pela pouca eficácia do sistema.

Ao escamotear-se dessa forma outros atores do processo, cria-se zonas cinzentas em todo o sistema. Desmotivam-se uns e fomenta-se a impunidade de outros. O resultado final só pode ser o aumento da permissividade no cumprimento das normas mais elementares.

4. Escola

A organização da escola está longe de ser um modelo de virtudes. Funciona em geral de modo pouco eficaz e eficiente. A excessiva dependência burocrática, tende a reduzir os que nela trabalham a meros executantes, sem capacidade de resposta para a multiplicidade dos problemas que enfrentam.



No passado, a contribuição dada pelas escolas para o estudo da indisciplina, assentava na questão da seleção que operavam. As escolas eram acusadas de discriminarem os alunos à entrada e na constituição das turmas.

Ao fazê-lo, criavam focos de revolta por parte daqueles que legitimamente se sentiam marginalizados. A questão ainda é colocada, mas não como no passado. As contribuições agora, para a análise desta questão são outras.

Há muito que a escola deixou de ter um papel integrador dos alunos. Embora seja um espaço onde estes passam grande parte do seu tempo, nem sempre nela chegam a perceber quais são os seus valores, seus princípios e as suas regras de funcionamento.

Na verdade, as escolas estão mal preparadas para enfrentar a complexidade dos problemas atuais, nomeadamente os que se prendem com a gestão das suas tensões internas.

A crescente participação dos alunos, pais, entidades públicas e privadas nas decisões tomadas nas escolas, tornou-se uma fonte de conflitos, que não raro, acabam por gerar um clima propício para a instalação da indisciplina.

Repetem-se por todo o país os casos de membros das Associações de Pais que, tirando partido da sua posição, exercem pressão junto aos professores para beneficiarem os seus filhos.

Segundo o professor e pesquisador Bazílio, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a autoridade da escola diante do aluno está em crise, o que seria mais um fator de tensão. “Ao longo do tempo, as relações se tornaram mais informais”.

A relação professor-aluno e a relação direção-aluno, na verdade, têm que se caracterizar como relações assimétricas em alguns momentos. Não dá para ser “coleguinha” sempre, afirma o professor. Há também um esvaziamento do apoio pedagógico ao professor.

Hoje o professor está mais sozinho diante do aluno. Por outro lado, falta à classe docente um diálogo maior entre si sobre a problemática vivida na escola. O mais importante é sair do desabafo, para o enfrentamento do problema em si.

Segundo Bazílio, parte dessa crise de autoridade vivida pela escola enquanto Instituição e pelos educadores, deve-se a má interpretação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tanto por alunos, quanto por profissionais da educação.



5. Regulamentos Disciplinares

Um regimento escolar é tudo e não é nada. As direções imaginam que com esse documento, estão a salvo de muitos problemas disciplinares, e por isso procuram torná-lo o mais completo possível.

O aumento da sua extensão cresce na mesma proporção direta da sua inaplicabilidade. A questão é, todavia, meramente ilusória. Os professores partem do pressuposto de que o mesmo será acatado pelos alunos e, desta maneira, se conformarão ao que nele estiver prescrito.

Para os alunos, contudo, o regulamento não existe. O que impera na escola é a vontade dos professores e da direção. O regulamento será sempre mais um instrumento sem prática coerente.

6. Professores

Há professores que provocam mais indisciplina do que outros. As razões porque isto acontece são muito variáveis, mas quatro delas são frequentemente citadas:

- Falta de capacidade para motivar os alunos através da utilização de métodos e técnicas adequadas;
- Falta de preparo para lidar com situações de conflito;
- A forma agressiva como tratam os alunos, estimulando reações violentas;
- A estigmatização e a rotulagem dos alunos.

A essas razões, junta-se uma outra mais recente: a crescente feminização do corpo docente. Se ela não estimula, certamente não facilita a questão da indisciplina, afirmam os especialistas.

Os rapazes seriam os mais afetados, pela falta de identificação e de alguém com quem possam conversar abertamente.

Há séculos que se aponta uma série de influências socialmente nefastas para explicar certos comportamentos violentos dos jovens.

As práticas de diversão estão em geral encabeçando este inventário das fontes de uma cultura da violência.



No passado, referiam-se aos combates e às touradas, hoje apontam-se o cinema, mas, sobretudo, a televisão e certos grupos de gêneros musicais.

Furto em sala de aula: o que fazer?

Juridicamente, existe uma diferença. *Grosso modo*, pode-se dizer que “Roubo” é uma ação praticada com violência ou por meio do uso de arma com ameaça. Quando há roubo seguido de morte, chama-se “Latrocínio”.

O “Furto”, por sua vez, pode ser dividido de duas formas: Furto Simples, quando há a subtração sem escaladas ou arrombamentos, e sem violência.

Em resumo, é a ação em que alguém (um indivíduo) pratica a retirada de algo de outrem sem que ninguém veja; e Furto Qualificado, quando há arrombamentos ou quando a ação é executada por duas ou mais pessoas. Conforme certa lógica das leis, para que haja um furto é preciso haver uma vítima, aquela que sofre a ação de ser furtada.

As escolas enfrentam diariamente uma série de problemas relacionados à conduta das crianças. São episódios de briga, indisciplina, falta de motivação, etc., que muitas vezes deixam professores e diretores sem saber qual atitude tomar.

Esses problemas também afetam os pais, já que, na maioria das vezes, a escola se vê obrigada a entrar em contato com eles para uma resolução conjunta do problema.

Um dos comportamentos que costumam inquietar pais e professores é o roubo. Esse problema não é exclusivo de escolas frequentadas por crianças que passam por sérias privações econômicas e sociais. Ocorre também em escolas particulares, onde os alunos não teriam motivos financeiros para praticar tais atos.

Nesses casos, os adultos costumam se perguntar por que crianças que aparentemente não passam por nenhuma dificuldade financeira, furtam pequenos objetos dos colegas ou até mesmo dinheiro.

Muitas vezes, a primeira hipótese dos membros da escola é que a atitude do aluno é um sinal de delinquência, mas, na imensa maioria dos casos, ela não se revela verdadeira. Ainda assim, o furto costuma assustar os educadores e surge a dúvida: o que fazer nesse tipo de situação? Antes de discutir ações, é necessário inicialmente entender o comportamento do aluno.

Crianças e adolescentes não furtam por um único motivo, portanto não existe uma explicação-padrão que possa ser generalizada a todos os casos.

Há circunstâncias em que o furto pode ser sinal de uma patologia mais grave em que a pessoa se sente compelida a se apropriar de coisas que não lhe pertencem, ainda que tenha condições de adquiri-las.

Esses casos, porém, são raros e não representam a maioria das ocorrências desse gênero nas escolas. Daí a importância de os educadores saberem analisar caso a caso, buscando as razões que levam cada aluno a se comportar dessa forma. Em geral, essa razão só será encontrada com a ajuda dos pais.

Para proceder a essa análise, em primeiro lugar é necessário verificar o que foi roubado e que tipo de utilização o objeto pode ter. É essa verificação que mostrará aos pais e professores qual a atitude mais adequada a tomar.

Há casos em que a criança furta um objeto que o colega tem e que ela também gostaria de possuir, mas que, por algum motivo, não possui.

Nessas circunstâncias, a criança furta levada pelo prazer imediato de ter aquilo que deseja, sem avaliar as consequências a longo prazo, nem para si mesma, nem para a criança de quem subtraiu o objeto. Para ela, parece ser a única forma, ou a mais fácil, de usufruir de algo que quer.

Casos dessa natureza requerem uma atuação dos pais no sentido de explicar para a criança que se apossar daquilo que os outros têm, não é a melhor forma de conseguir o que se deseja.

Uma boa medida seria os pais ajudarem a criança a encontrar uma forma de ganhar o objeto: economizando a mesada, fazendo uma tarefa extra em casa ou outra solução que valorize o esforço da criança para obter o que quer.

Também é importante que a criança devolva para o colega aquilo que pegou. Esse tipo de situação geralmente envolve crianças pequenas, ainda em idade pré-escolar, por isso pais e professores devem agir de maneira clara, mostrando à criança as consequências de seus atos para que ela aprenda a forma adequada de agir.

Diferentes são as situações em que o aluno furta um objeto movido pelo prazer de burlar uma regra. Para algumas crianças e adolescentes, o furto pode representar uma



demonstração de poder sobre a autoridade (professores, pais, diretores), não importando o valor ou a utilidade do objeto furtado.

Em geral, pode-se descobrir se foi essa a motivação quando se conversa com o aluno sobre o ocorrido, pois ele pode deixar transparecê-la em suas explicações.

Nesses casos, a melhor atitude a ser tomada é encaminhar o aluno para um acompanhamento psicológico, que não só ajudará o aluno, mas também a seus pais a lidarem melhor com a situação. Solução semelhante é indicada quando o aluno furta dinheiro dos colegas com o objetivo de adquirir algum objeto.

Crianças e adolescentes dependentes e que não conseguem mais dinheiro suficiente dos pais para sustentar algum vício, podem recorrer a esse tipo de artifício.

Atitudes como essa, em geral, vêm acompanhadas de uma série de outros sinais, e o furto pode ser o ápice de uma situação que já se arrasta por um bom tempo.

Nesses casos, o acompanhamento médico e psicológico é imprescindível.

Essas são algumas das situações que podem motivar uma criança ou adolescente a cometer pequenos furtos na escola, mas possivelmente pode haver outros motivos para essas ações, desde os mais ingênuos, que não envolvem uma intenção clara de prejudicar a pessoa furtada, até os mais complexos, como os que envolvem a aquisição de drogas, por exemplo.

Por causa dessa diversidade de fatores, é muito importante que os professores sejam capazes de, com a colaboração dos pais, encontrar os motivos das ações dos alunos. Para isso, inicialmente é necessário que a escola identifique com um bom grau de certeza quem é o autor dos furtos.

Em segundo lugar, sempre se deve comunicar aos pais do ocorrido (daí a importância da certeza na identificação do autor), mas sem tumulto ou alarde.

Esse tipo de atitude pode deixar os pais desnecessariamente em pânico ou na defensiva e dificultar a discussão de uma solução adequada.

A escola, sozinha, não pode fazer nada e a participação dos pais é fundamental para decidir qual a atitude mais correta a ser tomada. É sempre bom lembrar que o objetivo, tanto dos pais quanto da escola, deve ser educativo, visando ao bem-estar do aluno e não à pura e simples punição do ato. Em decorrência disso, ambos devem ser aliados na resolução do problema.



Esse assunto me faz lembrar de um poema (fragmento) de **Eduardo Alves da Costa**, que se chama *No caminho com Maiakovski*

No caminho com Maiakovski

**Tu sabes,
Conheces melhor do que eu
A velha história.
Na primeira noite eles se aproximam
E roubam uma flor do nosso jardim.
E não dizemos nada.
Na segunda noite, já não se escondem:
Pisam nas flores, matam nosso cão,
E não dizemos nada.
Até que um dia,
O mais frágil deles
Entra sozinho em nossa casa,
Rouba-nos a luz, e,
Conhecendo nosso medo,
Arranca-nos a voz da garganta.
E já não podemos dizer nada.**

O furto de pequenos objetos em sala de aula não é o mais grave, tampouco é o mais importante. O que merece nossa atenção é o que fazemos socialmente a partir do fato.

O que acontece na sala de aula é uma extensão do que acontece ou pode acontecer fora da escola. O furto na escola deve servir de reflexão para todos nós, como alerta para que não nos calemos enquanto há tempo de educar nossos alunos.

Entre jovens adolescentes, essas questões relacionais também estão presentes. Mas, nessa fase, a busca de afirmação e a difícil relação com as regras sociais os levam a testar os adultos e sua autoridade o tempo todo.

Os limites podem e devem ser estabelecidos, mas, sobretudo, é preciso que haja um olhar atento e afetivo em cada situação. Fórmulas, nesses casos, dificilmente funcionam.



Na verdade, essas situações nos revelam conflitos individuais, de grupo e até mesmo familiares, que nem sempre podem ser resolvidos ou eliminados imediatamente, mas nos levam à criação de estratégias para lidarmos com eles durante o tempo necessário para que possamos equacioná-los e principalmente educar.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. AQUINO, J.G. Confrontos na sala de aula: Uma leitura institucional da relação professor-aluno. São Paulo: Summus, 1996
2. GORODSCY, R.C. A Criança Hiperativa. São Paulo: Summus, 1997
3. ÉTICA NA ESCOLA: A diferença que faz diferença: Alternativas teóricas e práticas. São Paulo, 1997.
4. GUIMARÃES, A, M. A dinâmica da violência escolar: Autores associados, 1996.
4. AQUINO, J. G. Psicanálise e análise do discurso: Matrizes Institucionais do sujeito psicótico. São Paulo: Summus, 1997.
5. ARIES, Philippe. A criança e a vida familiar. Relógio D'Água Editores, 1998.
6. DELORS, Jacques. Educação: Um Tesouro a descobrir. UNESCO.
7. ASSUMPÇÃO, Francisco. Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Editora Santos, 2001.

