



**X COLÓQUIO  
INTERNACIONAL**  
"Educação e Contemporaneidade"  
22 a 24 de Setembro de 2016  
São Cristóvão/SE - Brasil



ISSN: 1982-3657

## **DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM: QUANDO O BAIXO RENDIMENTO NA ESCOLA VAI PARAR NA CLÍNICA PSICOLÓGICA INFANTIL**

RAFAEL LIMA DE MATOS

EIXO: 12. PSICOLOGIA, APRENDIZAGEM E EDUCAÇÃO: ASPECTOS PSICOPEDAGÓGICOS E PSICOSSOCIAIS

**Resumo** Este artigo objetiva relatar o impacto de uma intervenção psicológica em um caso de dificuldade de aprendizagem e baixo rendimento escolar apresentado por uma criança de 10 anos, encaminhada ao serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sergipe. Dificuldades de aprendizagem referem-se a problemas no processo ensino-aprendizagem, não relacionados a fatores biológicos ou hereditários. A intervenção contou com 16 sessões, distribuídas em avaliação inicial, intervenção e avaliação final. Na avaliação inicial, verificaram-se sintomas de dificuldades de aprendizagem, especialmente no que diz respeito às competências de leitura, presença de comportamento opositor e dinâmica de funcionamento familiar disfuncional. Os resultados demonstraram que as queixas iniciais de comportamento opositor da criança diminuíram, assim como a redução da punição física. **Palavras-chave:** Intervenção psicológica; dificuldade de aprendizagem; processo ensino-aprendizagem. **Abstract** This article aims to report the impact of psychological intervention in a case of learning difficulties and poor academic performance presented by a child of 10 years, referred to the Applied Psychology Service of the Federal University of Sergipe. The current concept of learning disability refers to problems in the teaching-learning process, not related to biological or hereditary factors. The intervention included 16 sessions, distributed in initial, intervention and final evaluation assessment. At baseline, there were symptoms of learning difficulties, especially with regard to reading skills, presence of oppositional behavior and dynamics of dysfunctional family functioning. The results showed that after intervention the initial complaints of child's oppositional behavior declined, and the reduction

of physical punishment. **Key words:** Psychological intervention; learning difficulties; teaching-learning process.

**1. INTRODUÇÃO** A saúde mental de crianças e adolescentes têm ganhado notoriedade mundialmente em face da alta prevalência de transtornos psiquiátricos e comportamentais que acometem essa população (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008). Igualmente, estudos brasileiros revelam o elevado número de crianças e jovens com transtornos psicológicos e comportamentais (BORSA & BANDEIRA, 2010) (PAULA, DUARTE & BORDIN, 2007) (ANSEMI, PICCININI, BARROS & LOPES, 2004), o que justifica o aumento da demanda por atendimento infantil em clínicas psicológicas. Nesse panorama, tornam-se cada vez mais comuns estudos que buscam a caracterização do perfil sociodemográfico desse público, assim como a verificação das principais queixas/motivos. Cunha e Benetti (2009) realizaram uma pesquisa que visava descrever o perfil de crianças que se encontravam em atendimento psicoterápico, na região metropolitana de Porto Alegre. Como resultado constatou-se que 56% das crianças tinham entre 6 e 9 anos. Dessa porcentagem, 33% tinham 7 anos. A principal queixa encontrada situava-se em torno de dificuldades relacionadas ao início da escolarização. Quanto ao sexo, 67% eram do sexo masculino. Wielewick (2011) após realização de revisão de literatura acerca das principais queixas apresentadas em clínicas escolas brasileiras, pela clientela infantil, constatou que os problemas de aprendizagem, dificuldades de aprendizagem, fracasso escolar e os de comportamentos agressivos são os mais encontrados na clínica psicológica nos últimos 10 anos. Como pode ser apreendido nas pesquisas de Cunha e Benetti (2009) e Wielewick (2011), a principal queixa de crianças para atendimento psicológico geralmente está atrelada a problemas apresentados no campo da aprendizagem de competências escolares que, usualmente, são investigados em relação às questões familiares e desenvolvimentais. Considerando as informações trazidas anteriormente, este trabalho teve como proposta descrever o atendimento de uma criança com dificuldades de aprendizagem. Para tanto, está dividido da seguinte forma: inicialmente, é apresentado um panorama do sistema educacional brasileiro e do fracasso escolar, em seguida são levantadas algumas questões sobre a Dificuldade de Aprendizagem (DA) e ao final será apresentado e discutido um relato de caso sobre a DA.

**2. O sistema educacional brasileiro e o fracasso escolar** Entre os desafios da educação brasileira moderna, o fracasso escolar é considerado um dos maiores. Trata-se de um fenômeno antigo, que ainda permeia o cenário educacional atual, caracterizado por um déficit da instituição escolar em atender as necessidades do alunado, culminando em reprovação e evasão escolar (BATISTA, SOUZA & OLIVEIRA, 2009). Historicamente, o fracasso escolar sempre foi tema marcante no cenário brasileiro, sendo um fenômeno visível a nível nacional desde a década de 30, resultante da falta de uma política educacional eficiente no Brasil (PATO, 1996). A partir da década de 30 as questões sobre o

fracasso escolar vieram à tona, prova disso é a intensificação dos estudos na área, principalmente os estudos da década de 60 e 70, entre os quais pode ser citado o estudo de Freitag (1980), que apontava para o fato de que nesta década, de mil alunos que entravam na escola no ano de 1960, apenas 56 deles chegariam ao primeiro ano do ensino superior. Isso significa taxas de evasão 44% no ano primário, 22% no segundo, 17% no terceiro. Tal panorama parece ter persistido ao longo dos anos. A pouco mais que três anos, os dados de fracasso escolar no Brasil eram os seguintes segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD (2012), um em cada quatro alunos que iniciava o Ensino Fundamental abandonava a escola antes de completar o 9º ano. O Brasil tem uma taxa de aproximadamente 25% de evasão escolar, a terceira maior entre 100 países com maior Índice de Desenvolvimento Humano- IDH do mundo. Outros dados do mesmo documento também mostraram que o Brasil tem a menor média de anos de estudo entre os países da América do Sul, 7,2 anos, embora a média esperada seja de 14,2 anos. Associado a estes dados estatísticos, o PNUD também trouxe possíveis explicações para estes números, quais sejam: a precariedade de condições socioeconômicas dos alunos, visto que tais números quase não ocorrem no ensino privado, atrelado à falha da escola em atender às necessidades particulares dos alunos. Quanto a este último aspecto, o que se verifica na prática não é uma tentativa da escola em alterar sua didática de ensino, antes esta considera tais alunos como possuidores de algum problema que foge a esfera institucional, e os encaminha para acompanhamento psicológico, tornando-se, dessa forma, uma produtora de falsos positivos, ou seja, crianças que não apresentam problemas psicológicos são tratadas com se tivessem. De acordo com Santiago e Couto (2007), a escola é o lugar onde se comumente encaminha alunos à psicoterapia com a justificativa de que estes apresentam desempenho inferior esperado em seu desenvolvimento escolar, o que é verídico. Contudo, juntamente a esta prática o que se observa é uma tentativa da escola se eximir de sua parcela de responsabilidade, atribuindo o desempenho inferior a problemas familiares ou internos da criança. Segundo Marinho-Araujo e Neves(2006), a demanda para atendimento psicológico do público infanto-juvenil encaminhados por apresentarem algo tipo de dificuldade de aprendizagem escolar constitui a maior demanda da psicologia no Brasil. Na literatura é verificado que a escola é o principal detectador de crianças que apresentam alguma demanda para a clínica psicológica infantil, sobretudo quando se refere a problemas relacionados à aprendizagem. Associado a essa "avaliação", encontra-se uma postura de culpabilização da criança por não aprender. **3. Dificuldades de Aprendizagem** Uma revisão de literatura conduzida por Rocha (2004), com o objetivo de focar os diferentes termos utilizados para caracterizar os alunos que não aprendem, ou seja, os alunos com problemas de aprendizagem apontou existir falta de concordância entre os conceitos e definições empregados. O que se encontra com mais frequência na literatura para descrever o não aprendizado pelo alunado são os termos "distúrbios e dificuldade de aprendizagem". A definição mais aceita para os primeiros é a proposta por Ciasca

(1994) que caracteriza os distúrbios de aprendizagem como:

um termo genérico que se refere a um grupo heterogêneo de desordens, manifestadas por dificuldades na aquisição e no uso da audição, fala, escrita e raciocínio matemático. Essas desordens são intrínsecas ao indivíduo e presume-se serem uma disfunção do sistema nervoso central. Entretanto, o distúrbio de aprendizagem pode ocorrer concomitantemente com outras desordens, como distúrbio sensorial, retardo mental, distúrbio emocional e social, ou sofrer influências ambientais como diferenças culturais, instrucionais inapropriadas ou insuficientes, ou fatores psicogênicos. Porém, não são resultado direto destas condições ou influências (CIASCA, 1994, p. 36).

Por sua vez, diferentemente dos distúrbios de aprendizagem, as dificuldades de aprendizagem se referem a problemas no processo ensino-aprendizagem, não relacionados a fatores biológicos, resultante de disfunção do sistema nervoso central. Dessa forma, segundo Rocha (2004), tem-se na disfunção neurológica a principal característica para diferenciação desses dois conceitos. Na literatura alguns autores defendem que problemas no âmbito individual, iguais aos distúrbios de aprendizagem, só deveriam ser cogitadas quando forem esgotadas todas as informações e análises sobre a escola na qual a queixa foi produzida, e como resultado deste trabalho tenha sido verificado a adequação dessa instituição (SOUZA, 2002). Diante desse quadro, na clínica infantil, o psicólogo deve intervir de modo a contribuir para a solução dos problemas de aprendizagens, considerando o contexto escolar, familiar e da comunidade em que o aluno com DA está inserido, devendo olhar não apenas para a queixa do professor, mas considerando o todo, através do modo em que as partes se relacionam. Segundo Ferreira (2007), o psicólogo deve valorizar todas as habilidades que os alunos com DA possuem para a alfabetização e concomitante fortalecer a autoestima infantil, oportunizando novas condições para a concretização da aprendizagem. No próximo tópico abordam-se questões sobre a utilização da terapia cognitiva comportamental, por ser uma das abordagens mais utilizadas e eficazes na clínica infantil para a intervenção em casos de dificuldades de aprendizagens. **4- Terapia cognitivo-comportamental (TCC) e avaliação de demandas infantis** A terapia cognitivo-comportamental é considerada uma das abordagens teóricas

atuais mais utilizadas para o atendimento psicológico de crianças. Tal abordagem foi criada inicialmente para o atendimento de adultos, visto que a utilização das primeiras técnicas desenvolvidas por esta teoria requeria grau maior de cognição (BUNGE, GOMAR & MANDIL, 2012)(ALMEIDA & NETO, 2004). No entanto, a partir da década de 1980, trabalhos relacionados à possibilidade de utilização da TCC com crianças foram ampliados. Assim, desenvolveram-se estudos consistentes que demonstravam a importância de intervenções nas emoções e nas relações interpessoais de crianças (CAMINHA & CAMINHA, 2007). Alguns estudos realizados nos últimos anos têm demonstrado a eficácia dos tratamentos a base da abordagem da terapia cognitivo-comportamental em problemas psicológicos em crianças (ALMEIDA & NETO, 2004). Inicialmente, para realização de uma avaliação infantil pautada na abordagem cognitivo-comportamental deve investigar os dados relativos à história pregressa da criança, a gestação, parto puerpério, doenças maternas, bem como as condições do desenvolvimento neuromotor, social e da linguagem, hábitos de alimentação e história familiar, sobretudo a relação da criança com os membros de sua família. Ou seja, realizar uma anamnese (FRIEDBERG, MCCLURE & GARCIA, 2011). Em seguida, deve-se realizar a conceitualização cognitiva do caso, o que é fundamental para o entendimento e planejamento das práticas terapêuticas a serem trabalhadas com o paciente. Vale ressaltar que a conceitualização infantil na TCC difere da realizada nos adultos, haja vista que como crianças atenta-se mais para as características de seu temperamento e da etapa do desenvolvimento, e, sobretudo, necessita-se da participação ativa dos pais (NEUFELD & CANAVAGE, 2010). De posse das informações colhidas, o psicólogo deve articulá-las de maneira lógica, de modo que isso permita considerar as múltiplas interações entre os fatores ambientais, interpessoais e biológicos, ocorridos em determinado contexto, e qual a relação desses fatores no desencadeamento dos problemas apresentados pela criança. Ou seja, a premissa é que os comportamentos a serem alterados são multideterminados (FRIEDBERG, MCCLURE & GARCIA, 2011). Resumindo, no trato com a clínica infantil, o psicólogo deve identificar o conjunto de variáveis interdependentes: história e desenvolvimento, contexto cultural, estruturas cognitivas, antecedentes e consequências comportamentais, de modo a elaborar uma conceitualização abrangente, diagnóstico e plano de

atendimento. Em todos esses passos, a participação dos pais faz-se fundamental, não somente para colher informações, como também a necessidade de se realizar um programa de treino de pais, o qual consiste na investigação e modificação de comportamentos destes, no que diz respeito ao comportamento do filho. 5- Orientação e treino de pais Na Terapia Cognitivo-Comportamental, o treino de pais tem se constituído como uma estratégia utilizada para se discutir problemas familiares, questões de relacionamentos e para treinar os pais para lidarem de modo mais adequado com a educação dos filhos (PARDO & CARVALHO, 2011). O treino de pais (TP) na infância é considerado uma categoria ampla que engloba a psicoeducação e a orientação de pais e possui como objetivo ajudar e estimular os pais a manejar e conduzir crianças com dificuldades comportamentais e emocionais com prejuízo em seu funcionamento social, sobretudo escolar. Na prática clínica são observadas mudanças positivas, inclusive rápidas, no comportamento infantil quando os pais conseguem compreender os sintomas e o funcionamento da criança e atuar de forma colaborativa no processo terapêutico. Dentre os benefícios que o TP produz para a TCC infantil podem ser citados: possibilitar aos pais uma melhor compreensão de seus papéis parentais, o fornecimento de um espaço em que os pais possam falar a respeito das dificuldades em criar e educar os filhos e o aprendizado passado para gerenciar de modo mais adequado e eficaz as diversas situações que envolvem seus filhos (PETERSEN & WAINER, 2011). Dessa forma, os pais assumem o papel de coterapeuta de seus filhos. O treino de pais têm demonstrado eficácia no manejo de situações específicas no trato com crianças que apresentam comportamentos disfuncionais, tais quais: comportamento opositor, intransigência, birras, problemas no desenvolvimento de habilidades sociais e interpessoais (BUNGE, GOMAR & MANDIL, 2012)(PINHEIRO & HAASE, 2012). Ademais, o treino de pais também é aplicado em condições clínicas diversas, como: Transtornos de ansiedades, Transtornos Globais do Desenvolvimento, Transtornos Disruptivos, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Desafiador Opositor (TOP) e Dificuldades de Aprendizagem (CAMINHA, 2011)(PINHEIRO & HAASE, 2012). Tomando por base as considerações anteriormente formuladas teve-se como hipótese que a intervenção cognitivo-comportamental poderia modificar comportamentos inadequados e desenvolver habilidades, tanto na criança quando em seus

pais, frente a uma problemática familiar relacionada a uma situação de dificuldade de aprendizagem. Nesse sentido, o presente trabalho pretende apresentar, por meio de um relato de caso, a elaboração de uma proposta de intervenção frente a uma demanda de dificuldade de aprendizagem de um aluno da rede pública de ensino. O estudo foi desenvolvido de setembro de 2015 a janeiro de 2016, período em que o autor do estudo atuou como estagiário de psicologia no Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sergipe. **6- Relato de Caso** *História de vida* M., 10 anos, segundo de uma prole de três filhos, encaminhado pela sua escola ao Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sergipe (UFS), com a queixa de dificuldade de aprendizagem e G., genitor de M., autônomo, 39 anos, casado há 15 anos com a mãe de M. e responsável pelo acompanhamento durante todo o processo terapêutico. Proveniente de camada socioeconômica desfavorecida, M. tem contato esporádico com a rede familiar extensa (avós e tios maternos e paternos). M. sempre foi cuidado por sua mãe, enquanto seu pai trabalhava. M. é fruto de uma gravidez tranquila, sem qualquer complicação. Nasceu de parto normal, não apresentando histórico de uso de medicação ou doença ao longo de seu crescimento. Foi na primeira série escolar que os genitores começaram a perceber que M. apresentava dificuldades de aprendizagem, contratando aulas particulares, às tardes, por esta razão. *História familiar* Ambosos genitores de M. são provenientes de família com poucos irmãos. Apresentam bom nível de interatividade com seus familiares, cultivando vínculos afetivos entre si. Não há histórico de dificuldade de aprendizagem e nem de outros transtornos mentais, tanto na família materna quanto na paterna. Os genitores de M. mantêm um relacionamento estável por aproximadamente 15 anos. Foi na escola que M. foi “diagnosticado” com dificuldades de aprendizagem, tendo sido aconselhado pela professora a procurar um psicólogo no Serviço de Psicologia Aplicada da UFS. Na entrevista de triagem, o genitor relatou que M. apresentava baixo rendimento escolar e dificuldade de aprendizagem desde que ingressou na escola, aos 7 anos de idade, e que por esta razão, assim como por acreditar na importância da educação, colocou o filho para ter aulas particulares, há 2 anos aproximadamente. Segundo G. a professora de M. percebe este muito desatento durante as aulas, tendo lhe aconselhado a procurar um psicólogo; M. realiza as atividades escolares quando está nas aulas particulares,

contudo, na escola este fica desatento, precisando de auxílio de sua professora para a realização das atividades. Sobre isso, acredita que a professora particular realiza um trabalho melhor junto a M. uma vez que tal professora possui poucos alunos, assim como “recebe para ensinar bem” (sic). M. estuda pela manhã e vai às aulas particulares durante as tardes, de segunda à sexta (13:00 – 16:00 hrs). G. relata ainda que o baixo rendimento escolar e a dificuldade de aprendizagem pode ser fruto da hereditariedade, uma vez que julga, por intuição, sua esposa com algumas limitações cognitivas quando comparadas às suas. G. informa que M. possui uma irmã de 14 anos e outros meios irmãos, de um relacionamento anterior, que estão frequentando a seriação adequada para a idade que possuem. G. não auxilia M. na realização das atividades, contudo diz cobrar bastante de seus filhos no desempenho escolar, chegando a ameaçá-los: “Se vocês tirarem notas baixas vocês vão ver”?

(citado em conversa). Diz já ter batido em seus filhos por estes terem apresentado baixo desempenho na escola, assim como pela desobediência. Sobre este último aspecto, diz que M, ultimamente tem desafiado suas ordens. G. acredita que M. não deveria estar na série em que se encontra, sobre isso culpa os programas do governo por obrigar os professores a aprovarem os alunos mesmo que estes não apresentem desempenho adequado. Acredita que deveria existir uma segregação dos alunos, tendo por referencial, o nível intelectual. *Conceitualização/diagnóstico situacional*

Para avaliação inicial foram utilizados: entrevista semi-dirigida, contendo dados de identificação e sociodemográficos da família, motivos da consulta, história de vida e familiar, Critérios Diagnósticos para transtorno de aprendizagem e instrumentos de avaliação psicológica. Assim, verificaram-se sintomas de dificuldades de aprendizagem, especialmente no que diz respeito às competências de leitura, presença de comportamento opositor e dinâmica de funcionamento familiar disfuncional, com distanciamento da relação pai e filho. Observaram-se também repetições de comportamentos transgeracionais: utilização de castigos físicos como métodos de disciplinar os filhos. Contudo, tais achados não permitem a categorização de um diagnóstico de transtorno mental segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição, antes estes possibilitam o agrupamento dos sintomas encontrados no Eixo 4 do referido manual, a saber: problemas psicossociais e eventos da vida desencadeantes

ou associados. Desse modo, a intervenção visa à diminuição de comportamentos desadaptativos e implantação de novo repertório comportamental. No caso do paciente: extinção do comportamentopositor e estabelecimento de um horário para leitura. Para o genitor, substituição da utilização de punições físicas por métodos mais saudáveis de disciplinar e educar os filhos, estabelecendomaior diálogo. *Proposta Psicoterápica*

Realizaram-se 16 sessões (50 minutos), sendo 5 sessões individuais com a criança e as outras 11 sessões realizadas com a criança e genitor, em momentos diferentes, porém na mesma sessão, uma vez por semana, fundamentadas no Modelo Cognitivo-Comportamental. O procedimento inclui avaliação inicial (1ª a 8ª sessões), intervenção (9ª – 14ª sessões), avaliação final (15ª sessão) e encerramento da sessão (16ª sessão). **Resultados e Discussão**

*Avaliação inicial* Nas sessões de avaliação inicial foram verificados padrões de comportamentos inadequados que podem está dificultando o aprendizado de M., quais sejam: relação filial distanciada, delegação exclusiva da aprendizagem de M. às professoras, tanto da escola como a professora das aulas particulares, utilização de comportamentos punitivos, inclusive agressões físicas e verbais, quando M. não consegue realizar os deveres da Escola. Foi identificado que a presente família possui padrões interacionais reforçado pelas gerações anteriores. A existência de tais padrões está presente na fala do Genitor quando questionado sobre o uso de agressão física como modo de “educar” seus filhos: “eu apanhei quando criança e fui educado, hoje me considero um homem de bem, se eu não bater neles, a vida bate ” (citado em conversa). Foram identificadas outras queixas, além da dificuldade de aprendizagem: comportamentopositor e desobediente, falta de relação de confiança e proximidade de M. com os pais, sobretudo com o genitor. Embora o paciente apresentasse sintomas de distúrbios de aprendizagem, estes foram insuficientes para um diagnóstico conforme critérios do Código Internacional de Doenças, CID-10 (OMS, 1993) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Classificação dos Transtornos Mentais, o DSM-IV (APA, 1994). Segundo M., quando os pais perceberam que ele possuía dificuldade em aprender, os pais e a professora da escola foram pouco acolhedores, culpando-o pelo não aprendizado. Essa postura dos pais reflete uma história de funcionamento familiar instável, com muitos conflitos, especialmente em face de G. possuir filhos de outro relacionamento, o que para M. é motivo de ciúmes, haja vista sua percepção

de que é tratado de modo mais rígido pelo genitor de que seus outros meio irmãos. Tais conflitos se acirraram no momento em que os genitores perceberem que M. não possui os conhecimentos necessários para estar na seriação escolar em que se encontra, e que há fortes probabilidades de que este venha há repetir o ano. De acordo com os dados obtidos nos instrumentos de avaliação (WISC-III[1], Colúmbia[2] e nos Testes simplificados de memória) pode-se verificar que: no Columbia, M. foi avaliado no nível mais alto do teste, a saber: nível H que equivale a uma idade de 8 anos e 6 meses a 9 anos e 11 meses, obtendo um escore bruto de 32 pontos, o qual revela um índice de maturidade intelectual mediano para a faixa etária acima mencionada. Isto demonstra que o teste não foi capaz de avaliar a capacidade de raciocínio do infante, uma vez que este obteve desempenho máximo proposto pelo teste. No Wisc-III, M. apresentou desempenho inferior apenas nas escalas de resistência a distração e organização perceptiva. Fora esta exceção, M. apresentou resultados de acordo com a média de seus pares. Nos testes simplificados de memória, M. apresentou desempenho equivalente a de um adulto sem alterações de memória. *Intervenção* As queixas de dificuldades de aprendizagem foram trabalhadas com a reestruturação de crenças e reforço de comportamentos adequados acerca do comportamento de se expor em sala de aula, visto que solicitar explicação do professor em sala de aula era visto por M. como sinal de fraqueza. Esta visão distorcida foi modificada através da busca de evidências e questionamento socrático (BECK, 1997). Além disso, foi trabalhado a autonomia de M., através do reforço de comportamentos adequados visando à realização de tarefas, conversar menos e prestar mais atenção em aulas e copiar a matéria. Embora M. não apresentasse sintomas suficientes para um diagnóstico de distúrbio ou transtorno de aprendizagem, os sintomas presentes acarretavam prejuízos em seu desempenho escolar e familiar. Passaram-se tarefas de casas diárias, tanto para o genitor quanto para a criança. Para M. foi estabelecido horários específicos para estudos e brincadeiras com os colegas. Para G. foram passadas tarefas que visavam à aproximação com seu filho, tais como: assistir filmes e programas televisivos juntos, perguntar como foi o dia de M. na escola. Além disso, de modo gradativo, durante as sessões foi introduzido um novo repertório comportamental em M, o qual seguiu as segundas etapas: G. lia historinhas e/ou pequenos textos para M., em

seguida, G. lia pequenos diálogos junto com M., posteriormente, M. lei para seus pais e por último M. passou a ler sozinho, com o objetivo de implantar um repertório comportamental novo, qual seja, o comportamento de ler um pouco diariamente. A tarefa de casa é considerada uma parte integral da terapia cognitivo-comportamental (BECK, 1997). Com ela o terapeuta busca ampliar as oportunidades para a mudança cognitiva e comportamental ao longo da semana do paciente, chegando, quando bem aplicadas, a maximizar a autoeficácia do que foi aprendido em uma sessão terapêutica. De acordo com alguns pesquisadores, pacientes que cumprem suas tarefas de casa progredem mais na terapia do que àqueles que não fazem (NEIMEYER & SEIXAS, 1990). Nas quatro primeiras sessões de intervenção, o genitor referiu melhoras no comportamento opositor de M., alegando que este não tem mais apresentado comportamentos de desobediência e enftretamento, alegando não ter precisado recorrer a agressões para exigir de M. o cumprimento de tarefas, relatou também melhora na relação pai e filho. Sobre isso, foi verificado que o comportamento opositor de M. tinha por objetivo ser notado pelos genitores, sobretudo pelo seu pai, na medida em que o pai passou a se fazer mais presente na vida de M. o comportamento opositor deste deixou de ser reforçado. Pode-se perceber que cadeias funcionais de comportamentos se estabelecem por meio de esquemas de contingências reforçadoras e punição. As primeiras tendem a se manter ou elevar a probabilidade de comportamentos se repetirem. No caso de M., este se comportava de modo desafiador com o intento de conseguir se aproximar do pai, mesmo que fosse para que este lhe aplicasse castigos (GUILHARDI & MARIANNO, 2004). As análises das informações cognitivas e afetivas foram utilizadas para a conceitualização cognitiva (BECK, 1997). Dessa forma, identificou-se que M. apresentava comportamentos opositores, principalmente com seu genitor; possuía percepção distorcida acerca de sua dificuldade de aprendizagem e comportamentos de insegurança em sala de aula. Esta distorção gerou em M. sentimentos de tristeza, injustiça e raiva. Quando uma crença central é ativada, o indivíduo tende a distorcer aquelas que são contrárias a essa crença (BECK, 1997). Dessa forma, M. acreditava que para melhorar sua dificuldade em leitura e cálculo, isso somente dependia de esforço, uma vez que se considerava preguiçoso e irresponsável. Neste caso, a interpretação que M. fazia de suas dificuldades estavam associadas à sua história de vida,

na qual por diversas vezes foi chamado à atenção pelos genitores e pela professora que diziam que seu desempenho abaixo da média era sua culpa. O processo terapêutico procurou desenvolver estratégias mais adequadas para lidar com os problemas diários, que substituíssem estratégias inapropriadas para lidar com esta dificuldade. *Avaliação final* As queixas apresentadas na avaliação inicial melhoram de forma relevante. A aquisição de novo repertório cognitivo e comportamental pode ser observado com o aparecimento de estratégias mais adequadas utilizadas pelo genitor, tais como: utilização de conversa com o M. ao invés de agressões físicas e verbais. Assim como, no caso de M., o mesmo consegue lidar de modo mais adequado com sua crença de que é preguiçoso e irresponsável e de que não conseguia ler, haja vista que agora já percebe que consegue ler pequenos textos sozinhos, tendo expressado sentimentos de alegria e prazer pela leitura. O trabalho terapêutico visa promover mudanças cognitivas e comportamentais que reduzem o sofrimento e o aumento de contingências reforçadoras e o bom resultado dessa tarefa está ligado à boa qualidade da relação terapêutica, o que nesse estudo pode ser verificado, tendo em vista a boa adesão ao tratamento de M. e G., sendo ambos assíduos, pontuais e colaborativos. **Considerações Finais** Este trabalho procura relatar o impacto positivo que uma intervenção cognitivo-comportamental produziu no tratamento de uma queixa de dificuldade de aprendizagem. A dificuldade de aprendizagem queixa principal e motivo do acompanhamento psicológico, não foi um fator isolado no desencadeamento dos demais problemas apresentados, mas contribuiu para evidenciar uma estrutura de funcionamento familiar disfuncional, negligente e pouco apoiador previamente existente. Sobre este último aspecto foi verificado que tais situações favoreciam situações de vulnerabilidade aos membros dessa família, sobretudo de M. O modelo de tratamento aqui relatado possivelmente possibilitou, tanto ao paciente quanto ao responsável deste, melhoria no funcionamento psicológico e familiar, possibilitando a aquisição de novo repertório cognitivo e comportamental e modificações de crenças, assim como alterações na dinâmica familiar de M, a saber: de um ambiente relativamente punitivo para um ambiente mais aberto a utilização do diálogo entre seus membros. Cabe ressaltar que não fez parte do escopo desse estudo à abordagem sobre a participação da escola e dos professores, de suas opiniões e visões acerca da relação da estrutura escolar e educacional,

as estratégias utilizadas em sala de aula, com a dificuldade de aprendizagem de M. Essas questões poderão ser aprofundadas em estudos posteriores.

**Referências** ALMEIDA, A. M., & NETO, F. L. (2004). **Indicações e contraindicações. In P. Knapp (Org.). Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre, RS: Artmed. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV.** São Paulo: Manole, 1994. ANSEMI, L., PICCININI, C.A., BARROS, F.C. & LOPES, R.S. (2004). **Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children.** Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45, 779-788. BANDEIRA, D.R., & BORSA, J.C. (2010). **Avaliação de problemas de comportamento infantil através do Child Behavior Checklist (CBCL).** In C.S. Hutz (Org.). Avanças em Avaliação Psicológica e Neuropsicológica de crianças e adolescentes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 101-122. BATISTA, S. D., SOUZA, A. M., & OLIVEIRA, J. M. S. (2009). **A Evasão Escolar no Ensino Médio: Um estudo de caso.** Revista Profissão Docente, 9 (19), 1-20. BECK, J. (1997). **Terapia cognitiva: teoria e prática.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas. BUNGE, E., GOMAR, M., & MANDIL, J. (2012). **Terapia cognitiva com crianças e adolescentes – aportes teóricos.** São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. CAMINHA, M. G., SOARES, T., & CAMINHA, R. M. (2011). **Conceitualização cognitiva na infância.** In B. Rangé (Org.) Terapia cognitivo-comportamental: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre, RS: Artmed. CAMINHA, R. M., & CAMINHA, M.G. (2007). **A prática cognitiva na infância.** São Paulo, SP: Roca. CAMINHA, R. M (2011). **Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil.** Porto Alegre, RS: Sinopsys. CIASCA, S. M. (1994). **Distúrbios e dificuldades de aprendizagem em crianças: análise do diagnóstico interdisciplinar.** Tese de Doutorado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Neurociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. COUTO, M.C.V., DUARTE, C.S. & DELGADO, P.G.G. (2008). **A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 30(4), 390-398. CUNHA, T. R. S., & BENETTI, S. P. C. (2009). **Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia.** Boletim de Psicologia, 59 (130),

117-127. FERREIRA, H. B. G. **Aspectos familiares envolvidos no desenvolvimento de crianças com Paralisia Cerebral**. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, SP. Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, 2007. FREITAG, B. (1980). **Escola, Estado e Sociedade**. São Paulo, SP: Moraes. FRIEDBERG, R. D., MCCLURE, J. M., & GARCIA, J. H. (2011). **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: ferramentas para aprimorar a prática**. Porto Alegre, RS: Artmed. GUILHARDI, H. J., & MARIANNO, A. C. S. (2004). **Terapia por contingências de reforçamento: um estudo de caso sobre depressão infantil e "fala alucinatória"**. *Psicologia: teoria e prática*, 7 (1), 1- 18. NEIMEYER, R. A., & SEIXAS, G. (1990). **The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression**. *Behavior Therapy*, 21, 281-292. NEUFELD, C. B., & CANAVAGE, C.C. (2010). **Conceitualização cognitiva de um caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica**. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6 (2), 3-35. MARINHO-ARAÚJO, C. M. & NEVES, M. M. B. J. (2006). **Psicologia Escolar e a responsabilidade social: uma experiência de Extensão Universitária**. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, ano XXVI (1/06), pp. 57-67. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. PARDO, M. B. L.; CARVALHO, M. M. S. B. **Grupo de orientação de mães no contexto de uma clínica-escola**. *Paidéia*, v. 21, n. 48, p. 93-100, 2011. PATO, M. H. S. (1996). **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. Rio de Janeiro, RJ: Queroz. PNUD (Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento do Brasil). **Site do Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento do Brasil, 2012**.

Disponível em:

<http://>

[www.](http://www.pnud.org.br)

[pnud.org.br](http://www.pnud.org.br)

/. Acesso em setembro de 2015. PAULA, C. S., DUARTE, C. S., & BORDIN, I. A. S. (2007). **Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1),

7-11. PETERSEN, C. S., & WAINER, R. (2011). **Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes**. In C. Petersen (Org.). Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Porto Alegre, RS: Artmed. PINHEIRO, M. I. S., & HAASE, V. G. (2012) **Treinamento de pais**. In M. Batista (Org.). Psicologia de família. Teoria, avaliação e intervenções. Porto Alegre, RS: Artmed. ROCHA, E. H. (2004). **Crenças de uma professora e seus alunos sobre o processo de ensino-aprendizagem**. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. SANTIAGO, A. L., & COUTO, M. P. (2007). **Família e fracasso escolar**. A Sephallas, 2 (4), 1-5. SANTOS, M. F., LOVO, N., COELHO, R., FANTUCCI, W., & MACHADO, B. (2013). **As dificuldades de aprendizagem e o papel do psicólogo escolar na escola**. Revista Inesul/Instituto de ensino superior de Londrina, 20 (1), 1-22. SOUZA, M. P. R. (2002). Repensando a formação de psicólogos a partir da queixa escolar. WIELEWICK, A. (2011). **Problemas de comportamento infantil: importância e limitações de estudos de caracterização em clínicas-escola brasileiras**. Temas em Psicologia, 19(2), 379-389.

[1]Escala de Inteligência Wescheler, terceira edição (WISC-III) é um teste que tem por finalidade avaliar a capacidade intelectual de crianças.  
[2]Escala de Maturidade Mental Colúmbia é um teste psicológica que busca avaliar a capacidade intelectual de crianças, por meio de respostas não-verbais.

\*Graduado em Psicologia Licenciatura Plena e graduado em Psicologia Bacharelado pela Universidade Federal de Sergipe - (UFS), Departamento de Psicologia. Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso, pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, em andamento. E-mail: rafaelmattos123@hotmail.com

Recebido em: 24/07/2016

Aprovado em: 26/07/2016

Editor Responsável: Veleida Anahi / Bernard Charlort

Metodo de Avaliação: Double Blind Review

E-ISSN:1982-3657

Doi: