

TRANSTORNOS DO APRENDIZADO ESCOLAR

1. Introdução

O desenvolvimento, em nossa espécie, de determinadas estruturas cerebrais, permitiu ao homem processar, rapidamente, todo tipo de informações passando a ser capaz de resolver os problemas que se apresentavam independentemente de sua presença, manipulando mentalmente símbolos de tal forma que, nessa resolução de problemas sua velocidade passou a ser o fator principal na sua eficácia adaptativa e de sobrevivência.

Essa adaptação teve um preço alto, pois ao lhe proporcionar maleabilidade e uma adaptação fantástica, também proporcionou uma complexidade tal que durante muito tempo, após o processo de nascimento, ele é obrigado a viver sob proteção uma vez que grandes são sua heteronomia e dependência bem como sua extrema fragilidade.

Com todas essas características referentes à plasticidade e maleabilidade o homem conseguiu se adaptar ao meio ambiente biológico e, como um animal gregário e social, passou a se agrupar em bandos cada vez maiores, de modo que, com o passar do tempo, essa adaptação, inicialmente biológica, passou a ser social.

Assim, as deficiências ou transtornos, sempre serão abordados dentro de uma visão adaptativa que caracteriza o normal, não só enquanto comportamento mais frequente, mas também enquanto o comportamento mais adaptado visando-se a sobrevivência em um ambiente hostil, seja ele biológico ou social.

Considerando-se que os indivíduos de uma espécie estão sempre sujeitos à seleção natural e que na espécie humana, mesmo com os fatores limitantes gradualmente minimizados, temos que pensar que os recursos disponíveis para ela são, a princípio, limitados podemos deduzir que existe uma extrema competição na forma de luta pela sobrevivência, entre os seus membros e, como não existem dois indivíduos iguais em uma população, temos que deduzir que não existem dois indivíduos em uma mesma população que tenham as mesmas probabilidades de sobrevivência, o que caracteriza o próprio processo de seleção.

Assim, qualquer comportamento, ou habilidade, que implica numa vantagem evolutiva é reforçado pela própria seleção de determinantes genéticos de tal comportamento (Efeito Baldwin).

Na espécie humana, no que diz respeito ao comportamento pós-natal, o filhote humano só pode contar, inicialmente, com as informações contidas em seu DNA, informações essas restritas enquanto especificidade e que proporcionam poucas possibilidades adaptativas. Seu aprendizado durante sua vida é limitado e, só é transmitido à prole a partir do contato com os pais com as informações sendo passadas através das gerações de forma que se acrescente tudo aquilo que se aprende com os pais à herança genética.

Entretanto, no homem, essa transmissão de informações é sofisticada em função do desenvolvimento da linguagem o que faz com que se estabeleça a cultura e a partir da qual, a transmissão de informações se processe através do tempo de forma a se somar o conhecimento, criticando-o e modificando-o.

Dessa forma, à medida que os grupos humanos se tornam mais complexos e sofisticados essa questão da transmissão de conhecimentos passa a ser de fundamental importância no processo adaptativo o que leva a que, em nosso momento histórico, crianças e adolescentes passem grande parte de seu tempo em uma situação de aprendizado formal que caracteriza o processo de escolaridade. Entretanto, ao ser a escola adaptada às exigências do ambiente, considerando-se as características adaptativas que descrevemos acima e que são aplicáveis a qualquer agrupamento de indivíduos, as exigências do ensino formal vão colocar parte das crianças em uma situação de fracasso uma vez que apresentam dificuldades para ler, escrever ou calcular mesmo sem comprometimento de suas capacidades intelectuais e/ou sociais.

Como a espécie humana apresenta, entre outras características, um padrão de conduta antiseletivo a preocupação com essas dificuldades existe e, quando essas dificuldades persistem apesar dos recursos didáticos empregados e do apoio do meio, diagnosticamos então um "Transtorno de Aprendizagem".



FRANCISCO B. ASSUMPÇÃO JR

Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Professor Livre Docente em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Membro da Academia Paulista de Psicologia (cad.17)

2. Conceito

Variados são os conceitos de transtorno de aprendizagem apresentados ao longo do tempo, assim, podemos pensar de modo simples em:

“condição crônica de suposta origem neurológica que interfere seletivamente no desenvolvimento, integração e/ou demonstração de habilidades verbais e/ou não verbais.” (1986 – Association of Children with Learning Disabilities)

“termo genérico que se refere a um grupo heterogêneo de transtornos manifestados por dificuldades significativas na aquisição e uso da recepção, fala, leitura, escrita, raciocínio, habilidades matemáticas ou sociais. São intrínsecos ao indivíduo e presume-se que sejam devidos a disfunção do SNC.” (1987 – Interagency Committee on Learning Disabilities)

“centram-se em dificuldades nos processos implicados na linguagem e nos rendimentos acadêmicos independentemente da idade das pessoas e cuja causa seria uma disfunção cerebral ou uma alteração emocional ou de conduta.” (1988 – Silver apud Garcia, 1988)

“Grupo heterogêneo de transtornos que se manifestam por Dificuldades significativas na aquisição e uso de escuta, fala, leitura, escrita, raciocínio ou habilidades matemáticas. São intrínsecos ao indivíduo, supondo-se à disfunção do SNC e podem ocorrer ao longo do ciclo vital.” (Garcia, 1988)

“funcionamento acadêmico substancialmente abaixo do esperado, tendo em vista a idade cronológica, medidas de inteligência e educação apropriadas à idade.” (CID 10a.)

Observamos assim que os conceitos se alteram embora sejam relacionados, cada vez de maneira mais marcante, a disfunções no equipamento neurológico e avaliados comparativamente a idade e oportunidades educacionais, desvinculando-se de alterações ligadas especificamente aos conceitos de inteligência global e de comprometimentos afetivos.

Entretanto, em que pese essa evolução, duas perspectivas de abordagem do fenômeno continuam a ser feitas cotidianamente, privilegiando-se, por questões meramente ideológicas, algumas idéias. Temos então um discurso frequente de que a criança com

dificuldades na escola é sempre uma criança desviante ou doente, ou então a noção de que a estrutura escolar inadequada à criança é sempre a responsável pelas dificuldades escolares.

As duas visões são lineares e reducionistas e o conceito de Transtorno de Aprendizado, se limita às dificuldades da criança, não enquanto doença propriamente dita, mas enquanto um deficit operacional que dificulta o processo adaptativo naquilo que se exige para um indivíduo no que se refere a sua sobrevivência em um ambiente, conforme já falamos, complexo e sofisticado.

Podemos estabelecer então, considerando-se sua avaliação, o seguinte algoritmo:

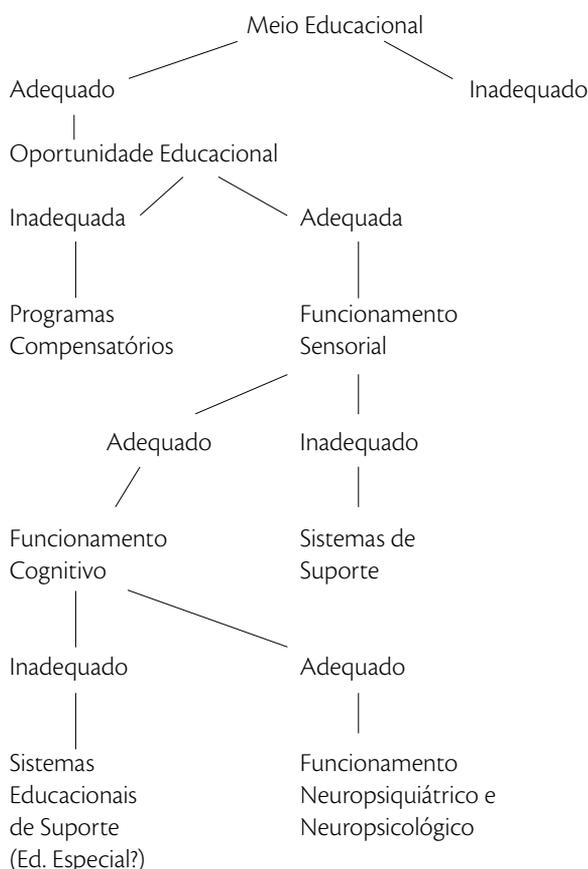


Fig.1 – Rastreamento dos problemas escolares na infância

ARTIGO //

por FRANCISCO B. ASSUMÇÃO JR
e EVELYN KUCZYNSKI

Eventuais problemas escolares são avaliados a partir da adequação da instituição escolar e, a partir disso é que se estabelecem as estratégias diagnósticas, sempre da mais simples em direção a mais complexa. Somente a partir desse rastreamento é que começaremos a considerar a questão Transtorno de Aprendizado.

Temos ainda que pensar que o processo de aprendizado é complexo e dependente da própria criança que tem que ter a possibilidade de aprender e para isso, exame cuidadoso de suas capacidades físicas, cognitivas, sensoriais e psíquicas é fundamental. Paralelamente, temos que observar seu desejo de aprender, desejo esse que possui origem individual com base familiar através dos estímulos parentais (por exemplo no hábito de leitura) e uma origem social observada na valorização social do conhecimento.

Esse processo de motivação evolui com a idade passando de exterior à interior e assim, numa criança menor ele procede dos pais que a estimulam passando, no adolescente, a ser próprio dependente de seu projeto existencial e dos valores que irão caracterizar sua existência.

A dinâmica familiar pode permitir o afastamento da criança da escola assim como o nível cultural distante dos professores ou um padrão de trocas linguísticas ou motivação familiar com hipo (caso) ou hiperinvestimento (expectativa muito elevada).

Analisando-se a escola é importante que a percebamos como uma outra forma de indústria de produção de bens que se preocupa pouco com as especificidades das populações infantis que supre, simplesmente, uma demanda populacional e de consumo. Assim, ela não respeita os ritmos próprios da criança e sua preocupação é mais uma demanda social (com a preocupação de uma aparência politicamente correta) e familiar (de pais que querem um filho “vencedor” mais do que “educado”).

Em consequência, ela agrupa um grande número de crianças por classe, despreocupa-se com a motivação e evolução do professor e seus modelos de progressão escolar são frequentemente, manipulados para que, estatisticamente, resultados mais alentadores sejam apresentados com objetivos políticos e ideológicos, no intuito que, como refere Althusser (s/d), se configure como um dos mais efetivos aparelhos ideológicos. Assim, desconsidera-se sua função social e as populações por ela atendidas.

3. Delimitação dos quadros clínicos de Transtornos de Aprendizado

Segundo Dumas (2010), temos os seguintes subtipos de Transtornos de Aprendizagem:

Área da Leitura-Escrita

T. Leitura – dificuldades de decifração e/ou da atenção e da memória

T. Leitura – dificuldades de compreensão

T. Leitura e/ou escrita – dificuldades de linguagem, fluência, ortografia ou motricidade.

Área do Cálculo

T. Cálculo – dificuldades verbais

T. Cálculo – dificuldades não verbais

T. Não verbal de aprendizagem – mais amplo que um transtorno de cálculo isolado (organização e percepção espacial, compreensão, táteis e psicomotoras)

Considerando-se as atuais Classificações Diagnósticas da CID 10 e do DSM IV-TR, podemos descrever os Transtornos de Aprendizado como

a) Transtorno de leitura – compreende as dificuldades da criança em decifrar e reconhecer palavras, ler corretamente e compreender e considerando-se, especificamente a CID 10^a, seus critérios diagnósticos compreendem

a) Nota obtida em prova de exatidão ou compreensão da leitura se situa, no mínimo, dois desvios padrão abaixo do nível esperado, considerando-se a idade e a inteligência da criança; a avaliação das performances em leitura e QI deve ser feita com testes individuais e padronizados em função da cultura e do sistema escolar;

b) As dificuldades descritas interferem na performance escolar ou nas atividades de vida cotidiana relacionadas a leitura;

c) O transtorno não é decorrente de déficit visual, auditivo ou neurológico;

d) Escolarização de acordo com as normas habituais

e) Critério de exclusão: QI < 70 através de testes padronizados

Abrange os quadros descritos como Dislexia e que se referem a dificuldades de aquisição de leitura na idade habitual, em ausência de retardo mental ou deficiência sensorial. Quando a ela se associam dificuldades de ortografia, a denominamos dislexia-disortografia.

Pensando descritivamente verificamos a confusão de grafemas cuja correspondência fonética é grande (p.ex.: a-na; x-ch) ou cuja forma é similar (p - q; d - b), inversões (or - ro, cri - cir), omissões (

Pediatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Doutora em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Psiquiatra do Centro de Atenção Integral à Saúde da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo. Psiquiatra Interconsultora do Instituto de Tratamento do Câncer Infantil (ITACI).



bar – ba;arvore – arve) ou ainda adições ou substituições. Ao nível frasal observamos dificuldades no ritmo e a compreensão pode ser superior ao que se acharia viável, às vezes, apreendendo-se toda a mensagem.

Sua incidência é de 5 a 15 % e não podemos considerá-la antes da idade de 7 a 7,5 anos uma vez que as dificuldades nessa área são normais anteriormente (Marcelli,2007). Assim, antes de estabelecermos esse diagnóstico, temos que considerar o desenvolvimento infantil para que evitemos diagnosticar crianças com idades menores que “não se mostram aptas” ao aprendizado de leitura e escrita, conforme observamos cotidianamente.

Frequentemente encontramos enquanto fatores associados, o retardo de linguagem, muitas vezes inaparente, que ocasiona dificuldades de compreensão. Também são encontrados os transtornos de lateralização como o sinistrismo e a má lateralização, referidos tanto nas esferas visual como auditiva. A frequência de sinistrismo e de deficits de lateralidade nessa população chega a ser descrita como sendo ao redor de 30 a 50% com um sinistrismo contrário bastante freqüente. Devem ainda ser considerados os transtornos de organização têmporo-espacial com confusão entre letras de formas idênticas mas invertidas (p – q), dificuldades quanto ao ritmo espontâneo da frase com origem na perturbação espaço-temporal e dificuldades na reprodução de estruturas rítmicas.

Podem ser observados ainda, memória verbal de curto prazo limitada associada a dificuldades em compreender instruções, repetir ordens; dificuldades de expressão verbal (com aumento do tempo na procura de palavras), problemas de enunciado, principalmente quando se usam palavras longas ou complicadas; dificuldades em memorizar acontecimentos sucessivos e circunscrevê-los no tempo e espaço; aquisição precária de vocabulário, vocabulário técnico ou de língua estrangeira (Dumas, 2010).

Portanto, essas crianças, habitualmente, aprendem a falar tardiamente, sua linguagem é difícil de ser compreendida (e costuma ser “traduzida” pelos pais ou pelos irmãos, compreendem o que lhes dizem com mais facilidade do que se expressam oralmente, tem dificuldades em aprender o alfabeto (e, às vezes, as cores e as formas) e, quando cantam, lembram-se mais e melhor da melodia que da letra e não se interessam pela leitura ou pelo desenho (Dumas, 2010).

b) Transtorno de expressão escrita – compreende as dificuldades da criança em escrever a mão e as limitações de vocabulário, grafia e produção textual. Considerando-se os critérios encontrados na CID 10ª a caracterizamos a partir de:

- a) Nota obtida em prova padronizada de ortografia se situa, no mínimo, dois desvios padrão abaixo do nível esperado, considerando-se a idade e a inteligência da criança;
- b) As notas obtidas em provas de exatidão e compreensão de leitura e de cálculo situam-se nos limites da normalidade;
- c) Ausência de dificuldades significativas de leitura;
- d) Escolarização de acordo com as normas habituais;
- e) Presença desde o início da aprendizagem da ortografia;
- f) A dificuldade descrita interfere na performance escolar ou nas atividades cotidianas;
- g) Critério de exclusão: QI < 70 através de testes padronizados;

Ainda consideramos a disortografia como a presença de erros frequentes ao início da aprendizagem, similares aos observados na leitura, com confusão, inversão, omissão, dificuldades na transcrição dos homófonos, confusão de gêneros e número e erros sintáticos grosseiros. Essas crianças habitualmente apresentam dificuldades em tomar notas na sala de aula ou no trabalho, dificuldades de planejamento e de organização, atraso geral no ritmo de trabalho (quase sempre por causa de dificuldades de leitura que acompanham o transtorno), medo enorme de provas e avaliações escritas, baixa autoestima acompanhada de temor de ser “descoberto” e de ser reprovado ou, quando adulto, de perder o emprego (Dumas, 2010).

c) Transtorno do cálculo – compreende as dificuldades da criança em efetuar operações básicas (adição, subtração, multiplicação, divisão) e resolver problemas matemáticos e, considerando-se os critérios propostos pela CID 10ª. As identificamos a partir de:

- a) Nota obtida em prova padronizada de cálculo se situa, no mínimo, dois desvios padrão abaixo do nível esperado, considerando-se a idade e a inteligência da criança;
- b) As notas obtidas em provas de exatidão e compreensão de leitura se situam nos limites da normalidade;
- c) Ausência de dificuldades significativas de leitura ou ortografia;
- d) Escolarização de acordo com as normas habituais;
- e) Presença de dificuldades em aritmética, desde o início da aprendizagem;
- f) A dificuldade descrita interfere na performance escolar ou nas atividades cotidianas relativas a aritmética;
- g) Critério de exclusão: QI < 70 através de testes padronizados;

A discalculia é mais rara que a dislexia, sendo conceituada como falha no aprendizado dos primeiros elementos do cálculo, com

ARTIGO //

por **FRANCISCO B. ASSUMÇÃO JR**
e **EVELYN KUCZYNSKI**

dificuldades em realizar operações elementares. Em sua forma mais completa denomina-se de Síndrome de Gerstmann e associa transtornos na aquisição de cálculo, indistinção direita-esquerda, disgrafia e apraxia construtiva.

Parece ser, frequentemente, associada a uma disgnosia digital e a uma apraxia construtiva, observando-se dificuldades em todas as ordens de cálculo (ordinal, cardinal, operatividade matemática), com defasagem, às provas cognitivas, entre os testes verbais (melhores) e os de performance (ou de execução).

O aparecimento de discalculia verdadeira ocorre em idade precoce com dispraxia digital importante. Usualmente se associa a transtornos de organização espacial e tem um aparecimento mais tardio, não se estabelecendo sobre a aquisição de números, mas sim sobre as provas operativas (manejo de quantidades contínuas como superfície, comprimento, volume)

Para estabelecermos uma sequência diagnóstica confiável dos Transtornos de Aprendizado podemos considerar o seguinte algoritmo:

TAprendizado: algoritmo diagnóstico

1. Queixa inicial referida pela escola ou família
2. Início com observação professor- pais – criança através de instrumento padronizado (p.ex., Esc. Conners, escala de sinais disléxicos, etc)
3. Avaliação pediátrica e psiquiátrica
Exame físico completo incluindo:
 - a) screening para intoxicações por chumbo;
 - b) screening para outras deficiências nutricionais;
 - c) exame neurológico detalhado, inclusive exclusão de quadros focais e utilização de testes motores e perceptuais;
 - d) avaliação tireoideana;
 - e) história completa, inclusive antecedentes pré- e perinatais, desenvolvimento, sono, história social e familiar, história escolar com dados de desempenho, traumas, infecções, alergias;
4. Uso de testes cognitivos visando à avaliação da inteligência ou das habilidades específicas, bem como para síndromes mentais orgânicas:
p. ex.: Weschler Intelligence Scale for Children-Revised
5. Testes Psicométricos
p. ex.: Wisconsin card sorting test

Teste de performance contínua
Stroop test
Figura de Rey

6. Avaliação da situação familiar, no que se refere a regras ou outros fatores ambientais.

4. Diagnóstico Diferencial

Esses transtornos de aprendizado devem ser diferenciados de outros quadros psicopatológicos que também apresentam dificuldades escolares por motivos diferentes daqueles estabelecidos nas definições anteriores. Assim, devem ser diferenciados de:

a) Retardo Mental, que não corresponde a uma entidade simples mas inclui um grupo heterogêneo de indivíduos com variado espectro de funcionamento, características, capacidades e possibilidades sendo esses parâmetros de natureza geral, tendendo a adaptar-se de acordo com as necessidades pessoais. (J Am Acad Child Adolesc suppl. 1999) e que se refere a um substancial limite no funcionamento presente e se caracteriza por um funcionamento intelectual subnormal concomitante com dois ou mais comprometimentos nas áreas de linguagem, autocuidado, independência, vida social e comunitária, rendimento escolar e profissional, iniciando-se antes dos 18 anos de idade (OMS; 1993).

b) Transtornos Abrangentes de Desenvolvimento, descritos atualmente por Gillberg (1990) como uma síndrome comportamental, de base biológica e curso de um transtorno de desenvolvimento, apresentando prejuízos cognitivos e caracterizada por alterações de sociabilidade, linguagem e motilidade.

Neste grupo, as dificuldades escolares, quando em presença de inteligência normal, são mais frequentemente decorrentes dos déficits sociais e de linguagem.

c) Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) – descritos como um transtorno onde se observam padrões persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade, mais frequentes e graves que aqueles observados em indivíduos com nível de desenvolvimento similar (Silver, 1999). Sua prevalência varia de 2% a 17%, aventando a questão da variabilidade diagnóstica, porém representa de 30% e 50% dos pacientes avaliados por profissionais de Saúde Mental (Silver, 1999).

Além desses três principais diagnósticos diferenciais para os Transtornos de Aprendizado, não podemos deixar de explorar e descartar:



d) Transtornos Orgânicos

- Intoxicações
- Transtornos sensoriais (surdez)
- Abcessos de lobo frontal
- Déficit de atenção induzido por medicamentos
- Abuso de substâncias
- Convulsões

e) Transtornos Funcionais

- Transtornos de Conduta
- Transtorno Oposicional Desafiante
- Transtornos Afetivos com características Maníacas
- Síndrome de Tourette
- Transtorno de Ajustamento
- Transtornos de Personalidade
- Transtornos de Ansiedade
- Transtorno Obsessivo Compulsivo

f) Hiperatividade própria da idade

g) Problemas situacionais, ambientais ou familiares

Além de fatores indiretos que afetam diretamente o desempenho escolar como escolas inadequadas, ambiente familiar caótico e abuso ou negligência. Isso porque é também bastante difícil a diferença entre diagnóstico diferencial e comorbidade uma vez que, muitas vezes várias são as condições responsáveis pela apresentação clínica.

5. Evolução dos Transtornos de Aprendizado

Existem trajetórias diferentes quando pensamos na evolução desses transtornos, trajetórias essas que não se refletem somente em uma questão educacional ou de aprendizagem e sim relacionar-se diretamente com questões conductuais.

Assim, as alterações no equipamento genético constitucional podem levar a dificuldades de comunicação e aprendizagem e a alterações de comportamento, todas contribuindo de maneira marcante para as dificuldades escolares e adaptativas.

Outra possibilidade de evolução consiste em as dificuldades de equipamento genético-constitucional acarretarem deficits adaptativos na esfera do aprendizado e da escolaridade que levam, de forma indireta, às dificuldades adaptativas e sociais.

Finalmente, podemos pensar que as dificuldades de equipamento genético-constitucional acarretam deficits adaptativos na sociabilidade e na adaptação com os outros levando, de maneira indireta, às dificuldades escolares e de aprendizado. Isso porque, conforme já dissemos inicialmente, na espécie humana, a adaptação social é diretamente ligada às questões de aprendizado e, nas sociedades modernas, ao processo de aprendizado realizado de maneira formal e padronizada.

5.1 Etiologia

Os modelos etiológicos considerados são vários e podemos considerar que, mesmo com essa diversidade, as dificuldades de aprendizado da criança devem envolver aspectos multifatoriais que não devem ser ignorados, evitando-se abordagens e visões unidimensionais, com valor didático e ideológico, porém não prático. Temos que considerar então os fatores genéticos representados por uma vulnerabilidade aos T. Aprendizagem, usualmente de natureza fonológica. Na dislexia, esses fatores podem ser visualizados através de dados empíricos que mostram seu predomínio em meninos, casos familiares (em ascendentes ou colaterais) e concordância em gêmeos monozigóticos.

Consideramos ainda fatores neurobiológicos e neuropsicológicos representados pela dificuldades na sequência de análises de lateralização (percepção dicótica), dificuldades perceptuais, cognitivas e motoras finas associadas a hemisfério direito, coordenação de atividades visuais, cognitivas e motoras; memória de trabalho e implícita.

Também fatores familiares e socioculturais devem ser considerados e observados através de escolas e sistemas de aprendizado que não concedem tempo suficiente a maioria dos estudantes para compreensão em profundidade dos conceitos, não organizam o ensino de maneira que facilite a atenção e lhes permita compreender o conceito, não dando oportunidade para que eles se exercitem na aplicação dos conceitos.

Finalmente, é impossível desconsiderarmos o equilíbrio psicoafetivo que também joga um papel importante em relação às dificuldades de aprendizado e em transtornos de comportamento tipo impulsividade. Também o meio socio-cultural mostra ligação com o fenômeno uma vez que observamos correlação com nível baixo, não simples e diferentes fatores sociais de compensação e/ou agravo (Dumas, 2010).

ARTIGO //

por FRANCISCO B. ASSUMPÇÃO JR
e EVELYN KUCZYNSKI

6. Terapêutica

A abordagem terapêutica dos Transtornos de Aprendizagem utiliza pouco as drogas devendo, na maior parte das vezes ser realizada através de abordagens ambientais ou de treinos de habilidades específicas sendo representadas, no esquema de White (1977) a partir da ideia de psicoterapia e/ou programas de reabilitação utilizados primariamente e, eventualmente, associados a terapia farmacológica (os Transtornos Específicos são paradigmáticos dessa abordagem). Assim, para a sua abordagem, passam a ser necessários a organização do ambiente escolar, de fundamental importância quando consideramos a tendência atual de inclusão de crianças com dificuldades em ambientes sem qualquer adaptação. Assim, para a eficácia dessa abordagem temos que considerar utilizar mesas para trabalho pessoal evitando múltiplos alunos em volta de uma mesma mesa, permitir ao professor se deslocar por toda a classe, assistindo a todos os alunos; instalar os alunos-alvo mais próximos do professor, colocar esses alunos longe das janelas ou corredores evitando estímulos sonoros e visuais, limitar estímulos visuais da classe ou de partes dela, colocar uma criança tranquila próxima ao aluno-alvo, colocar-se ao lado do aluno para fornecer as instruções requeridas para as lições e adequar a luminosidade.

Essas questões físicas acompanham-se de aspectos de organização caracterizados pela organização das atividades em classe, estabelecendo-se, a cada dia, um programa e uma rotina para a classe insistindo-se sobre a importância da ordem nas coisas e recompensando o material mais arrumado.

Devem ser utilizados índices auditivos e visuais antes de se mudar de exercício e fragmentar os exercícios muito longos ou muito cansativos e demorados determinando os momentos nos quais a criança é autorizada a sair da classe e quando não o é.

Da mesma forma devem ser organizadas as atividades em casa, e, na discalculia, uma reeducação psicomotora, centrada na organização do esquema corporal deve ser estruturada.

Os Transtornos de Aprendizagem preveem portanto, uma abordagem global que exige a participação da família havendo a necessidade de delimitação do tempo dedicado aos deveres, ainda que segmentado, intervalando-o com tempo dedicado a atividades prazerosas. Essas atividades devem ser realizadas em lugar tranquilo com limitado número de estímulos e distratores e com planificação da ordem na qual será feita a tarefa, controlando-se sua progressão e autorizando-se pausas, com duração combinada para manutenção da atenção, retornando logo após seu término.

Finalmente, é de fundamental importância a questão da reedu-

cação, representada por atividades específicas como, por exemplo, nas discalculias, a diferenciação das gnosias digitais com posteriores movimentos de contagem, manipulação de seriações, agrupamento, correspondências ponto a ponto a partir de material concreto, que permitem, gradualmente, que se chegue às operações abstratas.

Considerando-se que a medicação é acessória e utilizada somente em algumas situações muito específicas nesses transtornos, não deve ser esquecido de se comunicar a família que utilização de medicamentos nesses quadros, prevê somente a melhoria do comportamento com diminuição dos conflitos e da agressividade e a conseqüente melhoria nas respostas sociais e familiares esperando-se, em decorrência, alguma melhoria na performance escolar ou extra-escolar bem como uma melhoria autoestima conforme justificamos nos item referente a evolução desses quadros.

Entretanto as drogas que podem ser utilizadas não são destinadas a todas as crianças agitadas nem tem a finalidade de fazê-las ficarem estudiosas ou tranquilas não se constituindo em um tratamento para dificuldades escolares.

Esperam-se muitas melhorias cognitivas referentes à manutenção da atenção, atenção seletiva e espaço-temporal, diminuição da impulsividade, aumento do tempo de reação e da memória de curto prazo com a conseqüente melhoria da aprendizagem verbal e não verbal.

Podemos concluir dizendo então que, sua abordagem é multifatorial e complexa demandando maleabilidade e compreensão por parte do avaliador e que, no caso do psiquiatra da infância, deve abranger todos esses aspectos no que se refere ao planejamento terapêutico e a orientação de todos os profissionais envolvidos.

Referências

1. ALTHUSSER L. Aparelhos ideológicos de Estado. Rio de Janeiro: Graal, 2007.
2. AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION. Retardo Mental. Definição, classificação e sistemas de apoio. 10ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed. Text revision. Washington, D.C., 2000.
4. ASSOCIATION OF CHILDREN WITH LEARNING DI-



SABILITIES. ACLD description: specific learning disabilities. ACLD Newsbriefs; p.15-16; 1986

5. GARCIA JN. Manual de dificuldades de aprendizagem, linguagem, leitura, escrita e matemática. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1998.
6. DUMAS, JE. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, De Boeck; 2007
7. GILBERG G. Infantile autism diagnosis and treatment. Acta Psychiat Scand 1990;81: 209-15.
8. INTERAGENCY COMMITTEE ON LEARNING DISABILITIES. Learning disabilities: A report to the U.S. Congress. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1987. p. 222.
9. Lewis, M - Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência, cap 45, POA, ed Artes Médicas, 1994 ...
10. Lyon, GR; Fletcher, JM; Barnes, MC. Learning Disabili-

ties IN Mash, EJ; Barkley, RA. Child Psychopathology; New York; Guilford Press; (390-435) 2003

11. MARCELLI D, BRACONNIER A. Adolescência e psicopatologia. Porto Alegre: Artmed, 2007.
12. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrição Clínica e Diretrizes Diagnósticas. (Trad. Dorgival Caetano). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
13. SIEGEL E, GOLD R. Educating the learning disabled. New York: Macmillan, 1982.
14. SILVER LB. A Review of the Federal Government's Interagency Committee on Learning Disabilities Report to the U.S. Congress. Learning Disabilities Focus 1988;3(2):73-80.
15. WHITE, JM. Psicofarmacologia pediátrica. São Paulo; Manole 1977.

Prevenção - Tratamento - Ensino - Pesquisa



**CLÍNICA
JORGE
JABER**
www.clinicajorgejaber.com



Atendimentos
INTERNAÇÃO
HOSPITAL - DIA
INDIVIDUAL
GRUPO
PROGRAMA FAMILIAR
AMBULATORIAL
DOMICILIAR

Tratamentos
PSIQUIÁTRICO
DEPENDÊNCIA QUÍMICA
PSICOLÓGICO
TABAGISMO
TRANSTORNO ALIMENTAR

Convênios

AMAFRERJ
AMIL
BNDES
BRADESCO SAÚDE
CABERJ
CNER
ELETROBRAS
ELETRONUCLEAR
EMBRATEL
FURNAS
GAMA SAÚDE
GOLDEN CROSS
INB
IRB
MEDSERVICE
MÚTUA DOS MAGISTRADOS
SULAMÉRICA
REAL GRANDEZA
UNAFISCO
UNIMED
VALE DO RIO DOCE

CENTRO DE RECUPERAÇÃO
Vargem Pequena - Rio de Janeiro - RJ
Rua Elísio de Araújo, 263
Telefax: (0xx21) 2442-2230 / 2442-2583 / 2442-4354
CEP: 22783 - 360

CONSULTÓRIOS
Leblon - Rio de Janeiro - RJ
Av. Ataulfo de Paiva, 1079/1105
Telefax: (0xx21) 2529-8585 / 2540 - 9091 / 2540 - 9056
CEP: 22440-034
e-mail: jjaber@clinicajorgejaber.com.br

Resp. Técnico - CRM 5234556-0/RJ