

DIAS 8 E 9 DE NOVEMBRO DE 2018

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

João Marcos Ferreira Gonçalves¹, Eduardo Luiz Muniz Medeiros¹, Ítalo Moreira Leite², João Paulo de Paiva Ramos³.

¹ Graduando em Psicologia, Faculdade do Futuro, jmarcos381@gmail.com

¹ Especialista em Ensino de Química, Faculdade de Ciências e Educação do Espírito Santo – UNIVES, edu_munis@hotmail.com

² Graduando em Psicologia, Faculdade do Futuro, italomoreiraleite007@gmail.com

³ Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, Instituto WP, jppsicologia@gmail.com

Resumo- O desenvolvimento cognitivo é uma sequência de procedimento poderosos para solução de problemas, juntamente com um conjunto eficiente de estruturas conceituais de conhecimento, reunindo a neurociência um importante papel de avaliação e compreensão deste desenvolvimento. Para que o desenvolvimento cognitivo ocorra é indispensável que a criança passe por sistemas específicos como o de ensino e aprendizagem e durante este processo, a criança pode ser frustrada devido aos transtornos do neurodesenvolvimento, impedindo-a de arquitetar padrões de cognição. A TCC trabalha o processo de estimulação a partir de técnicas e testes padronizados que se adequam a cada caso, demonstrando ser eficiente nas intervenções, porém pouco se encontra na literatura a abordagem cognitivo-comportamental associada diretamente aos canais da aprendizagem. O objetivo do trabalho foi avaliar as pesquisas relacionadas sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos específicos da aprendizagem.

Palavras-chave: Transtornos específicos de aprendizagem; Desenvolvimento cognitivo; Terapia cognitivo-comportamental.

Área do Conhecimento: Ciências Humanas

1. INTRODUÇÃO

Desenvolvimento cognitivo refere-se à capacidade cerebral de um indivíduo, junto com ela se desenvolve os processamentos primários e secundários neste processo que ocorre a aprendizagem, tanto externa quanto interna, as informações começam a se deslocar no cérebro permitindo que assimilamos informações do meio que estamos e são processos determinados biologicamente, dependendo de mecanismos cerebrais inatos e automatizados [...] que vão moldando a cognição e o comportamento decorrentes de sua mobilização (SANTANA et al., 2006). Seu desenvolvimento, a criança constrói vários e diferenciados esquemas que tendem a formar combinações, dando origem às estruturas cognitivas, que traduzem uma forma particular de equilíbrio na interação do indivíduo com o ambiente (SANTANA et al., 2006).

A neurociência tem desenvolvido vários métodos, para se trabalhar e avaliar as funções cognitivas, compreendendo assim o desenvolvimento do indivíduo típicos ou atípicos, com os avanços em técnicas de neuroimagens abrindo assim um caminho para entendemos os transtornos mentais (RANGÉ et al, 2011), trazendo uma compreensão dos biomarcadores-chave, para prevenção de patologias (RANGÉ et al, 2011). Contudo, a neurociências se associa ao desenvolvimento cognitivo, onde que o nosso cérebro se desenvolve com sua base biológica, aumentando nossa capacidade de aprender exercendo uma função guia e de comando sobre as informações a serem transmitidas (COSENZA, 2011).

A abordagem cognitivo-comportamental trabalha os pensamentos, baseado em uma compreensão de cada paciente com suas crenças, e seus padrões de comportamentos, onde que a abordagem produz de várias formas as mudanças cognitivas (pensamentos, emoções e comportamentos) (BECK, 2013), a abordagem cognitivo-comportamental atua dentro das bases fisiológicas, podendo haver uma integração de estudos experimentais com grande evidências de eficácia, para tratamento de diversos transtornos de cunho biológico, Psicológicos e Sociais (RANGÉ et al, 2011).

Sendo assim, para que o desenvolvimento cognitivo ocorra é necessário que a criança passe por processos específicos como de ensino e aprendizagem. Pois o processo de ensino é um método que consiste em procedimentos e técnicas necessários para que haja o arranjo e controle da condição do ambiente que assegura a transmissão e recepção de informações (OSTERMANN e CAVALCANTI, 2010). Já o processo de aprendizagem se dá de uma forma individual e conceitual do indivíduo e de seu meio que ele se encontra, pois, todo conhecimento provém das experiências formadas pelos órgãos dos sentidos, sendo associadas umas às outras, dando lugar ao conhecimento (NEVES e DAMIANI, 2006). Com isso, para que tal processo ocorra depende de componentes específicos que são da própria criança e de sua capacidade de armazenamento, motivação, foco e das estratégias metacognitivas e cognitivas que são selecionar as ideias e fazer mapas, rever e ajustar as estratégias, sendo assim para que possa realizar a atividade com as habilidades necessárias e suficientes para levar adiante dentro das condições mais amplas de aprendizagem, sua apropriação do conhecimento específico que se pretende alcançar (ZANELLA, 1994).

Com isso, a criança desenvolve fisicamente e cognitivamente, porém ela pode apresentar dificuldades na aprendizagem como no caso do transtorno específico da aprendizagem que, de acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (2014), em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM – V:

As dificuldades de aprendizagem iniciam-se durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências pelas habilidades acadêmicas afetadas excedam as capacidades limitadas do indivíduo (p. ex., em testes cronometrados, em leitura ou escrita de textos complexos longos e com prazo curto, em alta sobrecarga de exigências acadêmicas) (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014, on-line).

Contudo, também estão inclusos no DSM – V (2014) seguintes dificuldades apresentadas pelas crianças:

1. Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (p. ex., lê palavras isoladas em voz alta, de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las).
2. Dificuldade para compreender o sentido do que é lido (p. ex., pode ler o texto com precisão, mas não comprehende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido).
3. Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente) (p. ex., pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes).
4. Dificuldades com a expressão escrita (p. ex., comete múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprega organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza).
5. Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (p. ex., entende números, sua magnitude e relações de forma insatisfatória; conta com os dedos para adicionar números de um dígito em vez de lembrar o fato aritmético, como fazem os colegas; perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar as operações).
6. Dificuldades no raciocínio (p. ex., tem grave dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos) (DSM-V, 2014, on-line).

Obtém-se na literatura diversas psicopatologias que são bem recebidas pela intervenção da terapia cognitivo-comportamental como a depressão, transtornos de ansiedade (fobia específica, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade social, transtorno de estresse pós-traumático) transtorno opositor desafiador (TOD) e o transtorno obsessivo compulsivo (TOC). O modelo de terapia também é utilizado no tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) como coadjuvante com a psicofarmacologia, e tem se mostrado altamente eficaz nas intervenções clínicas. O TDAH influencia indiretamente os canais da aprendizagem e as práticas da terapia minimizam os danos involuntários sobre a aprendizagem. Uma vez que a personificação da terapia ajuda o indivíduo com TDAH a melhorar os quesitos de aprendizagem, existe uma carência da literatura a respeito da terapia cognitivo-comportamental agindo diretamente sobre os transtornos específicos de aprendizagem. Com tal consolidação, esse trabalho propõe averiguar as publicações científicas sobre as práticas cognitivo-comportamentais diretamente a aprendizagem, contribuindo também com pesquisadores e com a comunidade científica.

2. CONCEITOS HISTÓRICOS E CONTEPORÂNEOS DOS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA APRENDIZAGEM

As dificuldades de aprendizagem vêm sendo protagonizada desde o século XIX (BOSSOLAN e MARTINELLI, 2011), o nascimento se deu nos Estados Unidos da América e Canadá e a terminologia vem do inglês **learning disability** (BARBOSA, 2015, grifo nosso). Em estudos, Sánchez (1998) evidencia que o histórico das dificuldades de aprendizagem se deu em três etapas significativas: etapa de fundação, que abrange todo percurso anterior a entidade oficial do campo; os anos iniciais do campo, desde a criação até a contemporaneidade e enfim o momento de projeção remetendo-nos a uma aproximação que objetiva o futuro e as novas possíveis abordagens (BOSSOLAN e MARTINELLI, 2011).

Com o surgimento das dificuldades de aprendizagens, manifestou-se a demanda de novas áreas específicas para contribuir com os estudos das ciências médicas, peculiarmente a neurologia (BOSSOLAN e MARTINELLI, 2011). A busca pelo novo âmbito de estudo chamou a atenção do psicólogo Samuel Kirk que já possuía notório conhecimento sobre os déficits intelectuais na escrita e leitura, designando tais desordenamentos diretamente relacionados as questões ambientais, familiares e educativas, onde tais indivíduos exigiam um modelo de atendimento diferenciado (BARBOSA, 2015).

Atualmente o DSM – V (2014) classifica os transtornos específicos de aprendizagem como transtornos do neurodesenvolvimento de origem biológica, onde que os mesmos transtornos podem se manifestar por influências ambientais sejam elas de cunho familiar ou escolar, lesões cerebrais ou ainda por desequilíbrio químico. A anunciação de um desses fatores, expressa uma certa incapacidade do cérebro perceber e processar as informações sejam elas verbais ou não verbais (BARBOSA, 2015).

3. OS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Os transtornos de aprendizagem se caracterizam por sua base neurobiológica, que são ativas durante o aprendizado, prejudicando a leitura, escrita e aritmética, acometendo cerca de 5 a 15% das crianças em fase escolar (BARBOSA, 2015). Para o CID – 10, Classificação de transtornos mentais e de comportamentos define como estes distúrbios de aprendizagem estão dentro da categoria de transtornos do desenvolvimento psicológico, mais especificamente, como transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares e dentro dessa categoria estão a dislexia, a disgrafia, a discalculia (FRANCESCHINI et al, 2015).

Os contratempos desencadeiam uma série de processos que produz uma atmosfera não favorável ao seu modo de aprender, conduzindo a criança a trajetória do fracasso escolar. Cada indivíduo possui seu ritmo e estilo de aprender, que estão diretamente ligados aos modelos culturais e as condições socio-históricas que podem contribuir ou não às demandas escolares (LIMA, 2014). As escolas que eram para apresentar um espaço significativa, estão dando prioridade aos resultados no final do processo, resultados aos quais não competem ao real desempenho dos alunos (BARBOSA, 2015), como afirma Patto (2015), as escolas partem do princípio de que a criança domina certos conceitos elementares que são bases para aprendizagem. Perante o estudo descrito por Delduque (2016), os docentes terminam a graduação sem conhecimento dos transtornos específicos de aprendizagem, no qual o professor com formação em letras não comprehende o que é dislexia ou disortográfica, da mesma forma, o professor de matemática lecionara desconhecendo o que é discalculia.

3.1. TRANSTORNO ESPECÍFICO DE APRENDIZAGEM COM PREJUÍZOS NA LEITURA (DISLEXIA)

Descrita pela primeira vez no século XIX pelo oftalmologista alemão Rudolf Berlin e difundida em 1896 pelo físico britânico Pringle Morgan como cegueira verbal congênita (ROTTA et al, 2016). O DSM- V (2014) descreve a dislexia como um termo alternativo para referência aos padrões de dificuldade de aprendizagem, caracterizado por problema no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, problemas de decodificação e dificuldades de ortografia (precisão na leitura de palavras, velocidade ou fluência da leitura compreensão da leitura), como também é importante ressaltar qualquer dificuldade que estejam presentes como na compreensão da leitura ou no raciocínio matemático.

A compreensão textual se dá por processos ascendentes **Bottom-up**, tais processos desencadeiam os significados de palavras, formações de proposições e a execução de algumas interferências. Neste cenário, estrutura-se uma inter comunicação de vocabulários de significância coerente para a interpretação do contexto, conhecida processo **Top-Down** (SALLES et al, 2016). O

cérebro do disléxico apresenta uma imperfeição no hemisfério esquerdo posterior que o desequilibra principalmente na conversão dos grafemas aos fonemas e recombinação dos sons da fala (DEHAENE, 2012).

Os contratemplos da escrita e leitura podem vir acompanhados por outros distúrbios como problemas de reconhecimento das palavras, inversão de letras, prejuízo na memória imediata e operacional, disfunção quanto à organização, desorientação espacial e temporal, atraso em atividades escolares, demora na diferenciação de certos sons entre vogais e consoantes (ALVES, 2014). Estas dificuldades intercedem em todo o percurso acadêmico do indivíduo, frustrando-o e favorecendo comorbidades nas esferas emocionais, causando angustia, ansiedade e insegurança (RECKZIEGEL e STEIN, 2016).

3.2. TRANSTORNO ESPECÍFICO DE APRENDIZAGEM COM PREJUÍZOS NA EXPRESSÃO ESCRITA (DISORTOGRAFIA)

A disortografia geralmente está agregada a dislexia (PENTEADO et al, 2016), a conectividade entre os dois transtornos pode promover um diagnóstico equivocado, pois o profissional ao perceber que a criança não apresenta dificuldades na leitura, desconsidera a dislexia sem considerar a disortografia, pois ponderam que a correção dos erros ortográficos serão familiarizados no futuro, desviando a criança de um tratamento (PONÇADILHA, 2016). O manual DSM – V (2014), descreve a disortografia acatando agravos na ortografia, conveniência na gramática, pontuação e discernimento quanto a organização da expressão escrita.

Vala salientar que este transtorno não está associado a um desleixo do sujeito, mas de um atraso cognitivo almejado para sua a sua idade e escolaridade (DÖHLA & HEIM, 2015). Exterioriza-se na ineficiência de organização de textos coesos e coerentes, apresentando múltiplos erros gramaticais. Ressalta-se, ainda, o repulso para execução de trabalhos escolares, falta de vigor na hora do estudo, cadernos e atividades incompletas, no adulto a dificuldade reflete na insegurança em entrevistas de emprego e apatia por desafios profissionais (ROTTA, et al, 2016). Cabe aqui acentuar que o déficit que sensibiliza a ortografia não alveja diretamente grafia, este é nomeado como disgrafia (BARBOSA, 2015).

3.3. TRANSTORNO ESPECÍFICO DE APRENDIZAGEM COM PREJUÍZO NA ARITMÉTICA (DISCALCULIA)

A aritmética é uma prática cerebral de extrema complexibilidade, pois uma simples operação elementar e habitual envolve uma rede de mecanismos cognitivos de ativação no processamento gráficos e verbais, reconhecimento numérico bem como sua representação simbólica, apuração visuoespacial, estimulação da memória de curto e longo prazo (ROTTA et al, 2016). Discalculia é um termo facultativo empregado às pessoas que caracterizam dificuldade no raciocínio e precisão do senso numérico, memorização de fatos aritméticos, fluências de cálculos (DSM – V, 2014).

O transtorno não pode ser moldado unicamente com base em uma escolaridade grosseiramente inadequada ou deficiências intelectuais (CID – 10, 2011), e não pode ser confundida com inabilidade dos conceitos matemáticos básicos como a contagem, a obstrução surge quando a criança falha em interpretar dados numéricos (TISSER et al, 2018). A natureza destes prejuízos relaciona-se principalmente ao comprometimento da lateralidade esquerda e das áreas temporoparieto-occipitais, a primeira alveja o giro angular, interferindo no processamento de numerais verbais, a segunda influencia seu epicentro no giro fusiforme responsável pelo processamento de numerais arábicos (SANTOS et al, 2015).

Manifesta-se em dificuldade seriadas como ordenação e espaçamento inapropriado dos números em multiplicações e divisões; transpor números para local adequando na realização de cálculos; leitura de números com multidigitos; reconhecimento de sinais operacionais e separação lineares e fraca memória para fatos numéricos (ROTTA et al, 2016). O docente responsável por lecionar os conteúdos matemáticos, ao perceber os indícios de defasagem, deve-se a ter se a dificuldade é de origem cognitiva ou metodológica. O não entendimento ou a não obstrução da discalculia suscita o desencadeamento das áreas emocionais, cognitivas, neurológicas, influenciando a criança por todos percursos de aprendizagem acadêmica (SILVA et al, 2017).

4. CONCEITOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

A gênese da terapia cognitivo-comportamental (TCC) decorreu nos Estados Unidos na década de 1970, instigando alguns conceitos quanto à eficácia da teoria psicanalítica para os transtornos mentais (RANGÉ et al, 2011). Idealizada por Aaron T. Beck, convictuado aos estudos

sobre depressão, inferiu que os portadores de depressão possuíam em comum cognições negativas e distorcidas (principalmente pensamentos e crenças), entendido sobre os fatos elaborou um modelo de tratamento moldado de uma psicoterapia estruturada de curta duração, com foco no teste de realidade do pensamento depressivo do paciente, direcionando-o para solução de problemas atuais e conversão de pensamentos e comportamentos ditos como inadequados e/ou inúteis. Obtendo êxito pelo modelo idealizado outros estudiosos também adotaram o modelo de terapia e alcançaram sucesso (BECK, 2013).

A construção teórico-prática de Beck propõe que a consciência é o nível mais alto de cognição, atua como estado consciente e, encontrando-se consciente, tende-se a estar atento, condição a qual orienta o indivíduo a tomar decisões racionalmente. Este processo cognitivo assume a cognição e a emoção diretamente associadas ao reflexo de comportamento, uma vez que o ser humano perenemente equaciona a magnitude intrínseca dos acontecimentos do meio em que está (agentes estressores, comentários ou ausência de comentários dos outros, tarefas a serem feitas e outras cognições), repercutindo as condutas sociais (WRIHT et al, 2008).

Fundamenta-se em dez princípios: a formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas do paciente; requer uma aliança terapêutica sólida; enfatiza a colaboração e a participação ativa; é orientada para os objetivos e focada nos problemas; foca inicialmente no presente; tem como objetivo ensinar ao paciente a ser seu próprio terapeuta e envolve a prevenção de recaídas; visa ser limitada no tempo; é estruturada independente do diagnóstico ou do estágio do tratamento; ensina o paciente a autocriticar pensamentos e crenças disfuncionais e, por fim, utiliza de técnicas para conversão do pensamento, humor e comportamento. Destaca-se, ainda, que a terapia deve se adequar a cada indivíduo, reeditando formulações cognitivas, crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico (BECK, 2013).

5. CONCEITOS E AVALIAÇÃO PARA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O processo de avaliação infantil deve-se flexibilizar de acordo com as reais competências de desenvolvimento da criança, pois os progressos cognitivos estipulados pelos manuais encontram-se mediados por faixa teóricas que podem ser invasivas, neste sentido é importante que o primeiro contato com o terapeuta seja com os pais ou responsáveis legais a fim de se organizar relatos não discordantes e confiáveis (RANGÉ et al, 2011). Preocupa-se, no primeiro momento da sessão, desempenhar e preestabelecer uma psicoeducação sobre a cognitivo-comportamental, orientando-os simploriamente sobre o desenvolvimento do trabalho e as diretrizes éticas relevantes (BUNGE et al, 2015).

É imprescindível que o regime de avaliação siga medidas padronizadas que deve cingir pais e professores, cativando, dessa forma, os resultados, progressos e futuras intervenções ligadas ao prognóstico, uma vez que pais e professores são atores empíricos em termos de questões do desenvolvimento (PETERSEN et al, 2011). Como afirma o mesmo autor, para a efetiva competência do tratamento é vital que o diagnóstico esteja articulado a ele.

O sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi) é o órgão responsável por disponibilizar e atualizar a base de dados padronizada para os responsáveis da área de psicologia. Os testes contidos no Satepsi seguem intransigentes critérios que partem desde a intelectoção dos manuais até a normatização brasileira (RANGÉ et al, 2011). A TCC utiliza ferramentas que são testes ou escalas psicológicas que avaliam personalidade, humor, autoconceito e autocontrole, habilidade sociais, testes ou escala que avaliam o comportamento e, neuropsicológicos para avaliação da memória, inteligência e funções executivas (atenção, percepção e controle inibitório) e outras ferramentas de cunho pedagógico (PETERSEN et al, 2011).

Emprega-se para o levantamento prognóstico escalas para aferir problemas de saúde mental e aspectos adaptativos e mal adaptativos na infância e na adolescência, dimensionando caráteres sobre possíveis problemas de comportamentos, esta escala mencionada e conhecida como Child Behavior Checklist (CBCL). Outras escalas seriamente admitidas é a Schedule For Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS), Development and Well Being Assessment (DAWBA) e a Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (RANGÉ et al, 2011).

A configuração processual da avaliação psicológica manuseando testes neuropsicológicos intencionais pragmáticos aos processos cognitivos (inteligência, memória e funções executivas), uma vez que avaliação neuropsicológica parte do exercício cerebral, investigando prováveis traumas do desenvolvimento, inquerindo, também, nos problemas de aprendizagem (RANGÉ et al, 2011). Ressai-se a prática neuropsicológica as baterias de testes como Escalas Wechsler para crianças (WISC – IV) no qual mensura o fator geral de inteligência, velocidade de processamento, raciocínio fluido e memória de trabalho, ademais há outros testes em consonância como Teste

Computadorizado de Atenção – Versão visual (TCA – vis), no viés da falta de atenção e hiperatividade (PETERSEN et al, 2011).

6. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTO NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento delineado por graduações de desatenção, desorganização e /ou hiperatividade – impulsividade (DSM – V, 2014). O primeiro informe clínico na literatura científica sobre o transtorno, que hoje nominamos como TDAH, sucedeu no ano de 1902 com o pediatra George Still que batizou o termo “déficit do controle moral” para descrever o comportamento das crianças de personalidade exageradamente ativas e desatenciosas, outras expressões surgiram com o decorrer do tempo como “dano cerebral mínimo” e “disfunção cerebral mínima” e, somente em 1980 com o lançamento do DSM-III, que a sentença TDAH foi empregada para designar o quadro clínico (RANGÉ, 2011).

Na primeira metade do século XX estudos pertinentes a neurologia e à psicologia da aprendizagem constataram que crianças anunciantoras da tríade do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade) apresentavam constante dificuldade em conservar informações, porém apresentavam concomitantemente, inteligência preservada (BONADIO & MORI, 2013) e, tem sido nas últimas décadas, um dos preponderantes temas estudados pela psicologia (SALLES et al, 2016).

Ainda que intitulado como transtorno do neurodesenvolvimento e obstar a aprendizagem, não é classificado como transtorno específico de aprendizagem, pois as competências de leitura, escrita e aritmética (intrínsecas à aprendizagem) habitam em perfeitas condições (AMORIM, 2018). Trata-se de uma disfunção executiva, secundária a um déficit do controle inibitório (RANGÉ, 2011). As funções executivas circunscrevem uma categoria de desempenho demasiadamente refinado, cênicos ao autocontrole, influenciando diretamente às destrezas sociais e controle da própria vida, desservindo o funcionamento adaptativo (PETERSEN & WAINER, 2011). Tais desequilíbrios sensibilizam a aprendizagem indiretamente (AMORIM, 2018).

É germinado de uma multiplicidade coeficientes em um agrupamento de aspectos neurobiológicos e ambientais, sucedendo-se de uma peculiaridade altamente complexa. É marcado clinicamente por diversas amplitudes dos sintomas e, geralmente, associa-se a comorbidades graves como ansiedade, depressão, transtorno oposição desafiador (TOD) e Conduta, portanto este transtorno necessita não somente de treino cognitivo, mas também de auxílio medicamentoso (SALLES et al, 216).

Embora a intervenção via fármacos seja a primeira a ser adotada para indivíduos portadores do TDAH, este manipulado de modo eremítico não tem demonstrado muita efetividade (PETERSEN & WAINER, 2011). As substâncias são determinantes para a melhora do quadro clínico, entretanto interagem apenas nos fatores neuroquímicos. As ocorrências de baixo estima, problemas interpessoais, aversão quanto às atividades escolares, dificuldades com organização e planejamento não são retificadas apenas com a terapêutica farmacológica, aluindo a qualidade de vida dos portadores (RANGÉ, 2011).

Evidencia-se, então, uma base terapêutica cognitivo-comportamental coadunada ao tratamento medicamentoso, a TCC é circumspecta nas estratégias que acompanham a criança no controle e na inibição da impulsividade, alcançando novas habilidades e, por conseguinte, transmudando comportamentos não harmonizados. Embora não se possa afirmar, ainda, qual o melhor modelo de tratamento para o TDAH, pressupõe-se, a partir de alguns estudos aplicados, que a consonância da TCC aos fármacos procria expressivos resultados ao quadro clínico da criança (PETERSEN & WAINER, 2011).

O exercício da TCC contorna a psicoeducação, organização de metas coerentes e a consolidação dos resultados alcançados (PETERSEN & WAINER, 2011), variadas técnicas são adotadas para o desígnio, destacando-se o treino de autoinstrução, pacificando sobre as dificuldades de atenção; treino de resolução de problemas, agindo no controle inibitório; modelação e dramatização, onde o terapeuta serve de exemplo para a resolução de problemas, expondo seus pensamentos; planejamento e cronograma, auxiliando o paciente a organizar suas tarefas, compromissos e lazer; automonitoramento, a própria criança avalia seu comportamento, marcando-os, se necessário, em formulário de registro comportamental (RANGÉ, 2011).

Outro constituinte da terapia é direcionado aos treinos das habilidades sociais, coadjuvando a criança a ser mais assertiva, esquivando-se de prováveis hostilidades e a se redimir por algum ato não adequado resguardando-a, dessa forma, a autopunição. Um dos modelos convencionais para o manejo de crianças com TDAH foi apresentado por Kendall em 1992, a proposta cingi o uso de técnicas de solução de problemas congregadas ao treino de autoinstrução e das habilidades sociais (PETERSEN & WAINER, 2011). Dessa forma a TCC tem sido referência psicoterápica por seguir

padrões e protocolos que podem ser reproduzidos por diferentes pesquisadores, alicerçada em evidências que podem ser facilmente aferidas (SALLES et al, 2016).

7. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO VIÉS DOS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM (TEA)

A TCC abraça um conjunto de técnicas com intuito de transmudar comportamentos, interpretando-os de acordo com a interferência do campo emocional, empenhando-se em conduzir autonomia ao paciente na administração de seu comportamento. Feito isso, embarca-se, se necessário, as abordagens neuropsicológicas, delineando o perfil cognitivo da criança concordante às capacidades de aprendizagem e fundado aos resultados, circunscrever as melhores estratégias para a intervenção (ABRISQUETA-GOMEZ et al, 2012).

Entendida que o sistema cognitivo apresenta atuação convicta sobre nossas emoções e comportamentos e que o modo como pactuamos com o meio externo influencia acentuadamente os padrões de pensamento e emocionais (WRIGHT et al, 2008). A TCC assume que o não comunicar do transtorno nutre a sustentação dos pensamentos disfuncionais, preservando a dificuldade, neste sentido, a terapia propõe que a criança exercente frente ao ambiente externo o ensaio das práticas aprendidas em terapia, exercitando a prática das novas cognições, fazendo-a que a sobreponha a emoção (ABRISQUETA-GOMEZ et al, 2012). Neste momento a TCC coadjuva no desenvolvimento de uma nova leitura de mundo (SILVA, 2014).

A intervenção deve centralizar na pessoa e não nos déficits, valorizando suas competências e habilidades (BARBOSA, 2015). A reabilitação neuropsicológica em transtornos do neurodesenvolvimento apóia-se em técnicas cognitivo-comportamentais, a criança é frequentemente exposta a assumir estímulos de uma atitude positiva perante as próprias dificuldades e das capacidades de superá-las (SANTOS et al, 2015).

A criança com transtorno específico de aprendizagem com prejuízo na leitura (dislexia) dispõe de infinita vontade de aprender, dessa forma a TCC amplifica a autoestima, resgatando uma nova autoimagem fazendo assim uma reflexão consciente de seus pensamentos, uma metacognição. Administrando junto com a criança rotinas de vida diária (agendas, cronogramas e lembretes), fazendo com que a criança adquira uma auto regra para os estudos, o profissional da abordagem traduz e ensina como traduzir os conceitos abstratos para exemplos que envolvem o cotidiano da forma mais simples e concreta, com os quais a criança convive (LAGGER e PROENÇA, 2009).

O terapeuta pode contar também com auxílio de uma equipe multidisciplinar (fonoaudiólogos, psicopedagogos e acompanhamento médico geral), podendo assim ser constituído um exercício a cada momento de que as particularidades se demonstram ativas e a se fazer o encerramento arquitetado uniformemente (ROTTA et al, 2016; ROTTI et al, 2018). Devido a TCC ser flexível e se moldar cada indivíduo criando e adaptando cada estratégia e o plano de ação sobre o transtorno (SILVA, 2014), há também o reconhecimento da sociedade que a leitura e a escrita são fundamentais para quem almeja o âmbito profissional, as pessoas com dislexia podem encontrar mecanismos para alcançar o âmbito profissional e social, ao receber as orientações adequadas a tempo (ROTTA et al, 2016; ROTTI et al, 2018).

A disortografia em crianças é sucedida por erros ortográficos de caráter linguístico-perceptivo, visoespacial e visoanalítico referente às regras ortográficas. Submetido ao tratamento há outras características consideráveis na escrita (SILVA, 2014). Não se deve trabalhar somente um modelo concreto, mas uma gama de técnicas colhendo assim a correção dos erros ortográficos, a percepção auditiva, visual e espaciotemporal junto ao processo de memória auditiva e visual. Existe uma vinculação de sintomas semelhantes entre a disortografia e a dislexia (AFONSO, 2010) e devido a possível analogia, a TCC pode atuar sobre a atenção, levando a memória ao trabalho da metacognição sobre o aprendizado (LAGGER & PROENÇA, 2009).

Ainda no contexto da disortografia, é importante que se trabalhe aspectos relacionados a discriminação de ruídos, distinção e conservação de ritmos, tons e melodias, reconhecimento de formas gráficas, detecção de erros e de percepção de figura-fundo. Quanto às dificuldades de organização e estruturação espacial é interessante que trabalhe exercícios de identificação espacial como: direita/esquerda, cima/baixo, frente/trás e para os embarcações linguístico-auditiva exercícios de fonemas isolados, sílaba e soletração, análise de frases e dinâmicas que enriquecem o léxico e vocabulário da criança (BARBOSA, 2015).

O transtorno com prejuízos na matemática (discalculia) sobressai indícios ligados a atenção, memória, autoestima e habilidades sociais, deixando prescrita a relevância de uma investigação diagnóstica clara, pois afeta a consolidação de memórias ligadas a horários e números e/ou a coordenação motora fina (PERETTI e ZAGO, 2009). A criança acometida por este transtorno deve trabalhar com uma equipe interdisciplinar pautando assim na reabilitação e comprometimentos aritméticos e potencializando as habilidades intactas (SANTOS et al, 2015).

A discalculia compromete diretamente a percepção visoespacial, quantidade, ordens e tamanho, desse o conjunto das percepções se assemelham as dificuldades de associar fatos corriqueiros como, o trabalho com números, letras e figuras (ROTTA et al, 2016). A abordagem TCC, atua sobre o estabelecimento de objetivos e relação colaborativa, uma vez que os pensamentos disfuncionais e suas crenças dificultam, podendo assim interferir nas dificuldades pessoais e interpessoais, caracterizando uma das fontes de dificuldade do estudante (OLIVEIRA et al, 2013), com isso a parceria multidisciplinar para eficácia da reabilitação, a equipe deve contar com psicopedagogo, neurologista e Neuropsicológo (PERETTI e ZAGO, 2009).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face das exposições apresentadas no estudo, torna-se imprescindível o conhecimento do desenvolvimento cognitivo circunscrita na abordagem dos transtornos específicos de aprendizagem, para os docentes orientando-os sobre as falhas do desenvolvimento neurobiológico que se convertem nas dificuldades de aprendizagem e, tendo este conhecimento, o professor assume a figura de mediador entre o prodígio e o fracasso escolar e acadêmico. Os responsáveis possuindo o entendimento de tais dificuldades podem buscar ajuda terapêutica para seus filhos no viés da abordagem cognitivo-comportamental que se difere por apresentar flexibilidade a cada indivíduo. Persiste, então, analisar os conhecimentos dos professores acerca do assunto, para isso uma pesquisa quantitativa deve ser desenvolvida e aplicada a fim de explorar o quão estão antenados sobre a temática, bem como as formas de intervenção. O modelo terapêutico cognitivo-comportamental se sustenta em técnicas e testes que anunciam ser eficientes no tratamento do TDAH, no entanto essas mesmas técnicas e testes podem ser adaptados para os transtornos específicos de aprendizagem, mudando apenas a forma de contato com o paciente e, mesmo assim, pouco se escuta falar sobre a abordagem da cognitivo-comportamental associada diretamente a aprendizagem, ocasionando um déficit literal de conteúdo. Uma vez que a TCC apresenta ser eficiente no tratamento do TDAH que acomete também as áreas da aprendizagem, por que não utilizá-la diretamente sobre os transtornos específicos de aprendizagem.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRISQUETA-GOMEZ, Jacqueline. Cols. **Reabilitação neuropsicológica: Abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- AFONSO, Maria L. P. **Disortografia: Compreender para intervir**. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti para obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação, especialização em Educação especial. MCE, 2010.
- ALVES, Cleto A. Produção didático-pedagógico. **A dislexia no contexto escolar: Subsídios e alternativas para o trabalho pedagógico com o aluno disléxico**. Ponta Grossa - PR, 2014.
- AMORIN, Cacilda. **TDAH e transtornos de aprendizagem: para entender melhor as dificuldades de aprendizagem**. SP: IPDA: Instituto Paulista de déficit de atenção. 2018. Disponível em: <<https://dda-deficitdeatencao.com.br/tdah/problemas-aprendizagem.html>>. Acesso em: 11 de outubro de 2018.
- ASSOCIAÇÃO Psiquiátrica Americana. **Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais V**. Santana, Porto Alegre RS: Ed Artmed, Vol. 05, p. 01 - 948, 2014.
- BECK, Judith S, **Terapia Cognitivo-Comportamental Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artmed, Ed.: 2, 2011.
- BARBOSA, Priscila S. **Dificuldades de aprendizagem**. São Luiz – MA: UemaNet, 2015.
- BONADIO, Rosana A. A; MORI, Nerli N. R. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Diagnóstico e prática pedagógica**. Maringá: Editora da Universidade Estadual do Maringá, 2013.
- BOSSOLAN, Marília; MARTINELLI, Selma C. **Dificuldades de aprendizagem:** levantamento bibliográfico e análise de estudos na UNICAMP.Campinas SP: UNICAMP, 2011.

BUNGE, Eduardo; SCANDAR, Mariano; MUSICH, Francisco; CORREA, Gabriela. Orgs. **Sessões de psicoterapias com crianças e adolescentes: Erros e acertos.** Novo Hamburgo: Rio de Janeiro, 2015.

CLASSIFICAÇÃO de Transtornos mentais e de comportamento da CID – 10: **Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas** – Coord. Organiz. Mund. Da Saúde, Porto Alegre: Artmed, 2011.

CONSENZA, Ramon M; GUERRA, Leonor B., **Neurociências e educação como o cérebro aprende.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

DEHAENE, Stanislas. **Os neurônios da leitura:** Como a ciência explica a nossa capacidade de ler. Porto Alegre: Penso, 2012.

DELDUQUE, Marilza Org. **A neurociência na sala de aula:** Uma abordagem neurobiológica. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2016.

DÖHLA, D., HEIM, S. **Developmental dyslexia and dysgraphia:** What can we learn from the one about the other?. *Frontiers in Psychology*, 6: 2045. 2015.

FRANCESCHINI, Belinda T; ANICETO, Gabriela; OLIVEIR, Sabrina D; ORLANDO, Rosimeire M. **Distúrbios de aprendizagem: disграфia, dislexia e discalculia.** Batatais SP: Educação, v. 5, n. 2, 2015.

LAGGER, Kelly C. F; PROENÇA, Isolina. **Dislexia e terapia comportamental cognitiva:** Uma proposta de tratamento. Campinas – SP, 2009.

LIMA, Francisco R. **Entrelace entre dificuldades de aprendizagem e produção do fracasso escolar: Algumas ponderações teórico-práticas.** Psicologia. PT O Portal dos Psicólogos, 2014.

NEVES, Rita. A; DAMIANI, Magda. F. **Vygotsky e as teorias da aprendizagem.** Pelotas RS: Unirevista, Vol. 1, nº 2, p. 1 – 10, 2006.

OLIVEIRA, Clarissa T; DIAS, Ana C. G; PICCOLOTO, Neri M. **Contribuição da terapia cognitivo-comportamental para as dificuldades de adaptação acadêmica.** Relato de Pesquisa: Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, vol. 9(1), 2013.

OSTERMANN, Fernanda; CAVALCANTI, Cláudio. J. H. **Teorias de Aprendizagem.** Rio Grande do Sul: Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul – Instituto De Física, p. 1 – 40, 2010.

PATTO, Maria H. S. **A produção do fracasso escolar:** histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Intermeios, 4.ed, 2015.

PENTEADO, Juliana O. A; PADIAR, Gláucia R; PAGLIARIN, Keina P. P. D; PEREIRA, Ludmila F. R. **A disortografia como dificuldade de aprendizagem específica.** CONIC SEMESP: 16º Congresso Nacional de Iniciação Científica, 2016.

PERETTI, Lisiâne; ZAGO, Adriane. **Discalculia – transtorno de aprendizagem.** Erechim – RS: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões - URI- Campus de Erechim Departamento de Ciências Exatas e da Terra Curso de Matemática, 2009.

PONÇADILHA, Jaila C. N. **Disortografia:** Das concepções de professores e gestores às práticas pedagógicas e medidas educativas. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2016.

RANGÉ, Bernard & Cols, **Psicoterapias cognitivo-comportamentais:** um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, Ed.: 2, 2011.

RECKZIEGEL, Vanessa A; STEIN, Deise S. **Dislexia e seus impactos na vida escolar e social.** UCEFF: 7º Seminário de Iniciação Científica de Pedagogia-3º Seminário Institucional Interdisciplinar PIBID, 2016.

ROTTA, Newra T; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar S. **Transtornos de aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar.** Porto Alegre: Artmed, ed.: 2, 2016.

ROTTA, Newra, T; BRIDI-FILHO, César A; BRINDI, Fabiane R. S. Orgs. **Plasticidade cerebral e aprendizagem:** Abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2018.

SALLES, Jerusa F; HAASE, Vitor G; MALLOY-DINIZ, Leandro F. Org. **Neuropsicologia do desenvolvimento:** Infância e adolescência. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SANTANA, S. M., ROAZZI, A., DIAS, M. G. B. B. **Paradigmas do desenvolvimento cognitivos:** uma breve retrospectiva. Pernambuco: Estudos de Psicologia, vol. 11(1), p. 71 – 78, 2006.

SANTOS, Flavia H; ANDRADE, Vivian M; BUENO, Horlando, F. A. Orgs. **Neuropsicologia hoje.** Porto Alegre: Artmed, Ed.: 2, 2015.

SILVA, Graciela N; SANTOS, Anderson O; OLIVEIRA, Camila S. **Uma abordagem sobre as dificuldades de aprendizagem em matemática e a discalculia do desenvolvimento.** IV – SIRSSE: Seminário internacional de representações sociais, subjetividade e educação. VI – SIPO/CATEDRA UNESCO: Seminário internacional sobre profissionalização docente. 2017.

SILVA, Juliana A. **Eficácia de programas de intervenção na dislexia.** Lins – SP: Unisalesiano, 2014.

TISSER, Luciana. Cols. **Transtornos psicopatológicos na infância e na adolescência.** Novo Hamburgo – RJ: Sinopsys, 2018.

WRIGHT, Jesse H; BASCO, Monica R; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental:** Um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZANELLA, Andréa. V. **Zona de desenvolvimento proximal:** análise teórica de um conceito em algumas situações variadas. Santa Catarina: Temas psicol. Vol. 2 no 2 Ribeirão Preto agos, p. 97 – 109, 1994. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v2n2/v2n2a11.pdf>>. Acessado em: 09 de outubro de 2015.