

# A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 2

Daniel Carvalho de Matos  
(Organizador)



**Atena**  
Editora

Ano 2020

# A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 2

Daniel Carvalho de Matos  
(Organizador)



**Atena**  
Editora

Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação:** Karine de Lima

**Edição de Arte:** Lorena Prestes

**Revisão:** Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
Prof<sup>a</sup> Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>a</sup> Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof<sup>a</sup> Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P974 A psicologia em suas diversas áreas de atuação 2 [recurso eletrônico] / Organizador Daniel Carvalho de Matos. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-924-0

DOI 10.22533/at.ed.240201601

1. Psicologia. 2. Psicólogos. I. Matos, Daniel Carvalho de.  
CDD 150

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

O livro “A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 2” é uma obra que agrega contribuições de profissionais e pesquisadores de várias instituições de referência em pesquisa do país. A Psicologia representa uma área do conhecimento que se caracteriza por uma diversidade de abordagens, ou perspectivas, com objetos de estudo bem definidos e procedimentos direcionados a várias questões humanas, buscando sempre assegurar o comprometimento com a promoção de qualidade de vida.

A obra foi organizada em seis sessões, reunindo capítulos com temas em comum. A primeira sessão compreende produções sobre Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros casos de desenvolvimento atípico. São abordados os seguintes assuntos: Avaliação de nível intelectual; comportamentos problemas; ensino de repertórios não verbais e verbais; educação inclusiva; papel do psicólogo escolar na inclusão escolar; prevenção do TEA.

A segunda sessão é dedicada ao desenvolvimento infantil. São abordadas as seguintes questões: “Adultização” da infância e formação do psiquismo; manejo de conflitos entre educadores e pais sobre formas de educar; manejo de comportamentos agressivos de criança; efeitos da equoterapia sobre modificação de comportamentos de agressores do bullying. A terceira sessão focou em psicoterapia sob diferentes perspectivas em psicologia, destacando os temas: Supervisão como parte de um processo psicanalítico; estudo de caso da Abordagem Centrada na Pessoa, estabelecendo a relação psicoterapeuta-cliente como favorecedora de um processo de autorrealização; caracterização das três ondas das terapias cognitivas e comportamentais e tratamento de transtornos mentais.

A quarta sessão apresenta contribuições da Psicologia quanto a possíveis questões identificadas na adolescência, destacando-se prevenção de suicídio e transição de gênero com promoção de autoconhecimento. A quinta sessão destaca o papel da Psicologia quanto a possíveis questões da gravidez, como prevenção de depressão na gravidez e intervenções da Terapia Cognitivo Comportamental para amenizar o sofrimento associado a um processo de aborto espontâneo.

A sexta sessão dedica-se a apresentar outras áreas de atuação do psicólogo, com ênfase nos seguintes temas: Análise da percepção de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação a oficinas terapêuticas; análise do perfil comportamental de estudantes universitários, a fim de favorecer reflexões sobre o papel da Universidade na condução do processo ensino-aprendizagem; apresentação da Psicologia do Trânsito voltada para processos de avaliação de motoristas e, também, buscando a compreensão do comportamento para prevenção de tragédias no trânsito.

A Psicologia é diversidade e tem um compromisso social com a promoção de qualidade de vida. Que todos os interessados tenham uma excelente experiência de aquisição de conhecimento.

## SUMÁRIO

### PROCESSOS DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E INCLUSÃO ESCOLAR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E OUTROS CASOS DE DESENVOLVIMENTO ATÍPICO

#### **CAPÍTULO 1 ..... 1**

QUAL A INFLUÊNCIA DO QI NOS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO INFANTIL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE LINGUAGEM?

Beatriz Alves  
Fernanda Chequer de A. Pinto Jacy  
Perissinoto  
Marcia Regina Fumagalli Marteleto  
Michele Azevedo e Silva  
Rebeca Rodrigues Pessoa  
Ruth Nogueira da Silva Rodrigues  
Veronica Pereira do Nascimento

**DOI 10.22533/at.ed.2402016011**

#### **CAPÍTULO 2 ..... 14**

ENSINO DE REPERTÓRIO DE OUVINTE E INTRAVERBAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Daniel Carvalho de Matos  
Ingrid Naiany Carvalho da Cruz  
Abigail Cunha Carneiro  
Pollianna Galvão Soares de Matos

**DOI 10.22533/at.ed.2402016012**

#### **CAPÍTULO 3 ..... 27**

A EDUCAÇÃO INCLUSIVA E A DIALÉTICA DA EXCLUSÃO

Jerry Wendell Rocha Salazar  
Marília Rosa Bogea Silva  
Sheila Cristina Bogea dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.2402016013**

#### **CAPÍTULO 4 ..... 38**

O FAZER DO PSICÓLOGO ESCOLAR NA INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM AUTISMO

Izabel Cristina Pinheiro da Cruz Miranda  
Pollianna Galvão Soares de Matos  
Daniel Carvalho de Matos

**DOI 10.22533/at.ed.2402016014**

#### **CAPÍTULO 5 ..... 51**

O SEMBLANTE: O EDUCADOR E A EDUCAÇÃO ESTRUTURANTE MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE NA PREVENÇÃO DO AUTISMO

Dorisnei Jornada da Rosa  
Andrea Gabriela Ferrari

**DOI 10.22533/at.ed.2402016015**

# DESENVOLVIMENTO INFANTIL E DESAFIOS: FORMAÇÃO DO PSQUIISMO, EDUCAÇÃO EMANEJO DE COMPORTAMENTOS INDESEJÁVEIS

## **CAPÍTULO 6 ..... 63**

A “ADULTIZAÇÃO” DA INFÂNCIA NA CONTEMPORANEIDADE

Débora Kelly Duarte da Silva  
Isabella Karen Borges dos Santos  
Mauricio Cardoso da Silva Junior

**DOI 10.22533/at.ed.2402016016**

## **CAPÍTULO 7 ..... 70**

CONFLITOS ENTRE PAIS E EDUCADORES DE CRECHES: MANEJOS A PARTIR DA RELAÇÃO COM O SABER SOBRE O EDUCAR NA INFÂNCIA

Mariana Rodrigues Anconi

**DOI 10.22533/at.ed.2402016017**

## **CAPÍTULO 8 ..... 79**

AGRESSIVIDADE MANIFESTA EM SALA DE AULA EM CRIANÇA DE SEIS ANOS: UM ESTUDO DE CASO

Maria Januária Silva Wiezzel

**DOI 10.22533/at.ed.2402016018**

## **CAPÍTULO 9 ..... 91**

A UTILIZAÇÃO DO CAVALO PARA FINS TERAPÊUTICOS AOS AGRESSORES DO BULLYING

Fabrine Niederauer Flôres  
Renata Souto Bolzan  
Aline Cardoso Siqueira  
Suane Pastoriza Faraj

**DOI 10.22533/at.ed.2402016019**

## **A PSICOTERAPIA A PARTIR DE DIFERENTES PERSPECTIVAS EM PSICOLOGIA**

## **CAPÍTULO 10 ..... 100**

A IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO PSICANALÍTICA:ASPECTOS TEÓRICOS E TÉCNICOS

Juliano Bernardino de Godoy

**DOI 10.22533/at.ed.24020160110**

## **CAPÍTULO 11 ..... 116**

DA RIGIDEZ À FLUIDEZ: UM ESTUDO DE CASO NA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Julia Nunes de Souza Teixeira  
Ana Rafaela Pecora Calhao

**DOI 10.22533/at.ed.24020160111**

## **CAPÍTULO 12 ..... 128**

EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS ATUAIS DAS TERAPIAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS

Claudia Cristina Novo Gonzales  
Claudiane Aparecida Guimarães

**DOI 10.22533/at.ed.24020160112**

# PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE FRENTE A PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA ADOLESCÊNCIA

## **CAPÍTULO 13 ..... 145**

UM ESTUDO SOBRE O SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

Anny Elise Braga

Mauricio Cardoso da Silva Junior

**DOI 10.22533/at.ed.24020160113**

## **CAPÍTULO 14 ..... 150**

GRUPO PARA PESSOAS EM TRANSIÇÃO DE GÊNERO: CONSTRUINDO O PROJETO DE VIDA

Rayane Ribas Martuchi

Ticiane Paiva de Vasconcelos

**DOI 10.22533/at.ed.24020160114**

## **CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA QUANTO A PROBLEMAS RELACIONADOS A GRAVIDEZ**

## **CAPÍTULO 15 ..... 161**

DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA

Francielen Nogueira Oliveira

Tatiane Tavares Reis

Tarcísio Pereira Guedes

Elzeni Damasceno de Souza

Angélica da Silva Calefano

**DOI 10.22533/at.ed.24020160115**

## **CAPÍTULO 16 ..... 173**

A REPERCUSSÃO DO ABORTO ESPONTÂNEO NA ESTRUTURA FAMILIAR E A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA COMPORTAMENTAL E COGNITIVO

Criziene Melo Vinhal

**DOI 10.22533/at.ed.24020160116**

## **OUTRAS POSSÍVEIS ÁREAS DE ATUAÇÃO PARA O PSICÓLOGO: CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ORGANIZAÇÕES E TRÂNSITO**

## **CAPÍTULO 17 ..... 181**

O SARAU – PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO CAPS CIDADE

Dalton Demoner Figueiredo

Chander Rian De Castro Freitas

Viviane Vale Carvalho

**DOI 10.22533/at.ed.24020160117**

<b>CAPÍTULO 18</b> .....	<b>198</b>
PERFIL COMPORTAMENTAL DOS ACADÊMICOS DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE DO RS	
Bruna Benetti	
Larissa Rodrigues Ferrazza	
Nádyá Antonello	
Eliara Piazza	
Claudia Aline De Souza Ramser	
<b>DOI 10.22533/at.ed.24020160118</b>	
<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>216</b>
MITOS E VERDADE SOBRE A PSICOLOGIA DO TRÂNSITO	
Sandra Cristina Batista Martins	
Lélia Monteiro de Mello	
Vanessa Jacqueline Monti Chavez	
<b>DOI 10.22533/at.ed.24020160119</b>	
<b>SOBRE O ORGANIZADOR</b> .....	<b>223</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	<b>224</b>

## AGRESSIVIDADE MANIFESTA EM SALA DE AULA EM CRIANÇA DE SEIS ANOS: UM ESTUDO DE CASO

Data de submissão: 16/11/2019

Data de aceite: 08/01/2020

**Maria Januária Silva Wiezzel**

Centro Universitário de Maringá (CESUMAR)

- Núcleo de Educação Continuada do Paraná.

Curso de Pós- Graduação em Psicanálise: Teoria e Clínica. Maringá - PR.

<http://lattes.cnpq.br/6060284300080151>

**RESUMO:** Neste artigo apresentar-se-á pesquisa que tem como objetivo principal investigar, do ponto de vista da psicanálise winnicottiana, as possíveis causas da agressividade manifesta em sala de aula por uma criança de seis anos de idade. Trata-se de um estudo de caso que teve, como instrumentos de coleta de dados, entrevistas com pais e professora e momentos de intervenção lúdica junto à criança. Conforme análise dos dados obtidos em entrevistas e atendimentos, pode-se concluir que a referida criança tende à tendência antissocial, e que esta tem influenciado nas manifestações tidas como agressivas na sala de aula. O trabalho terapêutico e as orientações fornecidas aos pais e professora estão sendo importantes na sustentação da criança, fornecendo subsídios para que possa reconstituir seu desenvolvimento emocional saudável.

**PALAVRAS-CHAVE:** agressividade; criança; atendimento clínico; educação infantil.

**AGGRESSIVENESS MANIFESTS BY A SIX-YEAR-OLD CHILD IN CLASSROOM: A CASE STUDY**

**ABSTRACT:** This article will present the research that aims to investigate, from the point of view of winnicottian psychoanalysis, the possible causes of aggressiveness manifested in the classroom by a six-year-old child. This is a case study, whose data collection instruments were interviews with parents and teacher and moments of playful intervention with the child. According to data analysis obtained in interviews and attendances, it can be concluded that this child tends to the antisocial tendency, and it has influenced the aggressive manifestations in the classroom. The therapeutic work and the orientation provided to parents and teacher are being important in the child support, providing subsidies so the kid can rebuild your healthy emotional development.

**KEYWORDS:** Aggressiveness; Child; Clinical attendance; Child education.

### 1 | INTRODUÇÃO

A entrada na escola é extremamente importante para a criança, pois, irá conhecer

outras pessoas, formar novas amizades. Porém, tal processo pode não ser vivido de forma tranquila por algumas crianças, já que estarão longe das pessoas com as quais convivem. Neste novo ambiente a criança pode se sentir desamparada, com medo e insegura, facilitando a manifestação de conteúdos internos que já trazem consigo.

Para Andrade & Bezerra Jr. (2009) os comportamentos agressivos comumente se apresentam no espaço escolar e estes podem ser decorrentes tanto das relações ou negligências neste meio, ou como expressão de violências sofridas pelas crianças para além dos muros escolares:

[...] por ser um espaço de convívio diário, a escola se torna um campo em que emergem efeitos de relações violentas externa a ela. Dessa forma, muitas vezes, comportamentos transgressores neste ambiente expressam as conseqüências de violência estrutural ou doméstica às quais os “transgressores escolares” estão submetidos (ANDRADE & BEZERRA JR. 2009, p. 448).

Diante disso aborda-se, nesta pesquisa, as raízes de comportamentos agressivos na escola entre crianças da educação infantil, buscando-se, ainda, compreender o desenvolvimento emocional, as necessidades afetivas e as formas de manifestação da agressividade na criança. Espera-se que o conhecimento produzido auxilie os professores quanto a formas de lidar com os comportamentos agressivos das crianças, de maneira a contribuir ao seu desenvolvimento emocional e proporcionar um ambiente mais favorável à aprendizagem:

A escola, por sua vez, tem a oportunidade e o compromisso de compreender o que efetivamente se passa em casa momento de emergência desses comportamentos (agressivos) e, com isso, manejá-los de forma a contribuir para a saúde mental de quem ainda está em formação (ANDRADE & BEZERRA JR. 2009, p. 448).

Winnicott (2000) destaca-se como um importante autor da psicanálise que discute o desenvolvimento emocional infantil e também a agressividade neste contexto. Em sua concepção, a criança necessita, para alcançar um desenvolvimento emocional saudável, de um ambiente facilitador, o qual se torna possível pela presença de uma mãe (ou alguém que se responsabilize pela criança) suficientemente boa, que se adapta ao seu filho e supre as suas necessidades físicas e emocionais.

Conforme o autor, existe, comumente, uma identificação da mãe com o seu bebê, e essa identificação acontece a partir de um estado psicológico da mãe, o qual o autor denomina de Preocupação Materna Primária. Esse estado é de extrema importância, pois, permite que a mãe sinta-se como seu bebê, compreendendo e atendendo às suas necessidades, de forma a fornecer a ele experiências boas e de estruturação. Essa sensibilidade intensa dura apenas algumas semanas após o nascimento do bebê e, posteriormente, dificilmente as mães se lembram desse período.

(...) as experiências instintivas contribuem ricamente para o processo de integração, mas também existe, durante o tempo todo, o ambiente suficientemente bom, alguém

segurando o bebê e adaptando-se suficientemente bem às necessidades variáveis. Esse alguém só pode funcionar através de amor apropriado a esse estágio, amor que contém a capacidade de identificação com o bebê e um sentimento de que é proveitosa a adaptação às necessidades. Dizemos que a mãe é devotada ao seu bebê, temporária, mas verdadeiramente. Ela gosta de se preocupar desse modo, até que se dissipe a necessidade dela (WINNICOTT, 2005, p. 218).

Ainda conforme Winnicott (2000), no início da vida o bebê tem a ilusão de que tudo que recebe do mundo externo é criado e adquirido por si próprio. A mãe suficientemente boa é capaz de propiciar tal condição de ilusão ao seu bebê. Este, por sua vez, ainda não se diferencia do objeto externo, período em que é totalmente dependente da mãe ou de quem cuida dele. Conforme o ego vai amadurecendo, o bebê vai percebendo que é separado da outra pessoa e que depende dela. O bebê que viveu uma experiência satisfatória de ilusão e onipotência pode desenvolver uma confiabilidade de que o mundo é acolhedor. Esta é a base para o desenvolvimento da capacidade de acreditar e poder ter relações interpessoais adequadas em um futuro próximo. Portanto, a base das relações que a criança estabelecerá no futuro é definida muito cedo e está relacionada aos cuidados e afetos recebidos, sobretudo, nos primeiros anos de vida.

A pesquisa, nesta perspectiva, teve como objetivo geral identificar as possíveis causas da agressividade manifestada por uma criança no contexto escolar e, como objetivos específicos, levantar e analisar aspectos do histórico de vida da criança, correlacionando-os com o comportamento agressivo, segundo o referencial psicanalítico winnicottiano.

## **2 | A AGRESSIVIDADE NO CONTEXTO DA TENDÊNCIA ANTISOCIAL**

Uma criança que contava com uma mãe suficientemente boa e que, por algum motivo foi privada do contato com essa mãe, pode vir a desenvolver a tendência antissocial. Quanto isto ocorre - o que Winnicott (2005) define como deprivação propriamente dita - acontece a perda de algo bom que a criança contou até certo ponto de seu desenvolvimento. A criança deprivada vive um intenso sofrimento, uma angústia que perturba todo o seu processo de amadurecimento, pois, aquilo com que ela contava agora lhe falta. A criança que vive essa situação passa a reagir à intrusão sofrida pelo ambiente, ao invés de continuar se desenvolvendo.

Winnicott (2005) formulou o conceito de tendência antissocial para abranger as origens de um distúrbio emocional específico que, quando desenvolvido, irá rumo à delinquência. A tendência antissocial origina-se numa falha ambiental, portanto, o distúrbio é da mesma natureza que a psicose. A principal diferença é que na tendência antissocial essa falha ocorre mais adiante na linha do amadurecimento pessoal e de forma mais abrupta. Winnicott (2005) usa o termo privação para o resultado da falha ambiental na psicose e deprivação para o resultado da falha ambiental na tendência antissocial. As duas têm a mesma natureza e provocam a quebra do sentimento

de continuidade de ser do bebê. Segundo Winnicott (1990, p.151) “(...) as falhas na adaptação interrompem a continuidade de ser, acarretando reações à intrusão ambiental e um estado de coisas que não pode ser produtivo.”

Enquanto a privação ocorre antes do bebê conseguir perceber a diferença entre EU e não-EU, ou seja, antes de perceber o que é parte de si mesmo e o que pertence ao mundo externo a ele, a deprivação acontece quando a criança já percebe os objetos do mundo como externos. De acordo com Winnicott (2005), é essencial que a criança tenha atingido a capacidade de perceber que a causa do desastre reside numa falha ou omissão do ambiente. O conhecimento por parte da criança de que a causa da depressão ou desintegração é externa, é responsável pela distorção da personalidade e pelo impulso em buscar uma cura através de novos suprimentos ambientais. O estado de maturidade do ego determina o desenvolvimento da tendência antissocial, em vez de doença psicótica.

Para Winnicott (2005), a tendência antissocial não é um diagnóstico, esta pode ser encontrada tanto em crianças normais quanto em indivíduos neuróticos e psicóticos. Caracteriza-se por forçar o ambiente a tomar o controle: a criança obriga alguém a cuidar dela. Ela pode vir a acreditar na estabilidade dos cuidados externos se houver uma experiência contínua de controle por pessoas que sejam cuidadosas e lhe apresentem regras por um período prolongado de tempo.

O roubo está no centro da tendência antissocial, associado à mentira. A criança que rouba um objeto não está em busca do mesmo, mas da mãe que lhe foi privada e do amor desta, o qual ela acredita ter perdido:

Quando uma criança rouba açúcar, ela está procurando a boa mãe, de quem ela tem o direito de tirar toda a doçura que houver. De fato, essa doçura é a da própria criança, pois ela inventou a mãe e a doçura desta a partir de sua própria capacidade para amar, a partir de sua própria criatividade primária, seja ela qual for. Também procura o pai, se assim podemos dizer, que protegerá a mãe de seus ataques contra ela, ataques realizados no exercício de amor primitivo. Quando uma criança rouba fora de casa, ainda está procurando a mãe, mas procura-a com maior sentimento de frustração e necessitando cada vez mais encontrar, ao mesmo tempo, a autoridade paterna que pode pôr limite ao efeito concreto de seu comportamento impulsivo e à atuação das idéias que lhe ocorrem quando está excitada (WINNICOTT, 2005, p. 131).

Além desses sintomas pode-se observar, também, uma tendência à desordem e à destrutividade, perda de apetite e enurese noturna. A criança deprivada, em geral, cria confusões, recusa-se a defecar no momento correto, maltrata os animais e as pessoas, enfim, incomoda demasiadamente o ambiente. Quando os pais questionam sobre a razão desses comportamentos, a criança não se sente culpada, mas, sim, incompreendida. Os primeiros sinais de privação são tão normais que muitas vezes passam despercebidos pela mãe ou por quem cuida da criança. Um sintoma comum da tendência antissocial é a avidez, estreitamente relacionada à inibição do apetite.

A esperança e o impulso que levam a criança a buscar o estado de coisas que

existia antes da deprivação, são características fundamentais da tendência antissocial e, para que a cura seja possível, devem ser reconhecidas pelo ambiente. Se os sinais não forem compreendidos e desperdiçados, a criança não terá condições de retomar o seu amadurecimento normal.

A tendência anti-social implica esperança. A ausência de esperança é a característica básica da criança que sofreu privação que, é claro, não está sendo anti-social o tempo todo. No período de esperança a criança manifesta uma tendência anti-social. (...) A compreensão de que o ato anti-social é uma expressão de esperança é vital no tratamento de crianças que apresentam tendência anti-social. Vemos constantemente o momento de esperança ser desperdiçado, ou desaparecer, por causa da má administração ou intolerância. É outro modo de dizer que o tratamento no contexto da tendência anti-social não é psicanálise, mas administração, uma conduta no sentido do ir ao encontro do momento de esperança e corresponder a ele. (WINNICOTT, 2005, p. 139)

O ambiente precisa oferecer uma outra oportunidade à criança, de forma a favorecer a relacionabilidade do ego e, portanto, atender à criança em sua busca de recuperar as condições necessárias ao restabelecimento de seu desenvolvimento emocional. Moreira et al (2009) completam:

Para Winnicott (1971) isto só será possível enquanto a criança tiver esperança. Esperança não só de ver suas necessidades atendidas, mas, também, de poder contar com o outro, de poder ser amada, de poder construir projetos de vida (MOREIRA et al, 2009, p. 693).

O ambiente continente é essencial às crianças antissociais, pois, a tendência antissocial pode, assim como afirmam Moreira et al (2009, p.678) “desembocar na violência destrutiva da delinquência”.

Na próxima seção, a agressividade será contextualizada no âmbito escolar.

### **3 | A MANIFESTAÇÃO DA AGRESSIVIDADE NA ESCOLA**

Atualmente, em função das necessidades econômicas e desestruturação emocional familiar, muitas crianças não mantêm relações afetivas saudáveis com suas famílias. Algumas delas, ainda, se veem longe de suas mães ou cuidadores precocemente, passando a maior parte de seu tempo em instituições como creches e escolas. Desta forma, manifestações agressivas podem emergir, com frequência, nestes espaços. Os professores, por sua vez, constantemente encontram crianças que exigem deles maior compreensão e tolerância. Estes alunos estão sempre causando transtornos em sala de aula, agredindo seus colegas e até mesmo os educadores, física e verbalmente.

A vivência escolar é um passo imprescindível na vida de todos, entretanto, é um momento de ruptura na vida das crianças, que irão conviver com pessoas estranhas e que não terão a presença daqueles que, supostamente, as acolham. Desta forma,

muitas dessas crianças podem apresentar dificuldades para superar esta ruptura, principalmente se já carregarem consigo conflitos inerentes às suas próprias vivências.

Conforme Bracco (2005) há crianças que tiveram um desenvolvimento saudável e satisfatório e que vão à escola para somar mais conhecimentos, experiências, ao mesmo tempo há outras que não tiveram a mesma oportunidade e vão à escola em busca de um lugar que possa oferecer algo que seu lar não pode lhe dar. Os conhecimentos e a aprendizagem, neste contexto, ficam em segundo plano.

Os pais e também os professores, de forma geral, desconhecem as necessidades afetivas das crianças e, portanto, as formas de gerenciar as expressões decorrentes de conflitos dessa natureza em casa e na escola, gerando um desgaste físico e mental a estes.

Alguns professores se esforçam, se preocupam com as crianças tidas como agressivas, mas não veem resultados em suas investidas. Forma-se um círculo vicioso em que ora a culpa é atribuída à escola e ora é atribuída à família e os apelos das crianças não são reconhecidos.

#### **4 | METODOLOGIA**

A pesquisa em questão é de natureza qualitativa, com contribuições da psicanálise. Conforme Pinto (2004), tais pesquisas têm sido frequentes na área da psicologia. Dentro da perspectiva qualitativa, a pesquisa foi desenvolvida com base no estudo de caso. O estudo de caso consiste em “pesquisa que se concentra no estudo de um caso particular, considerado representativo de um conjunto de casos análogos, por ele significativamente representativo” (SEVERINO, 2007, p. 121).

Para Gil (2010), o estudo de caso envolve estudo aprofundado, detalhado e exaustivo, que permite conhecimento amplo de um ou poucos objetos de pesquisa selecionados. Conforme o autor, tal nível e amplitude de conhecimento de determinado objeto é especialmente possibilitado neste delineamento, tendo em conta outros delineamentos.

O participante da pesquisa é uma criança de seis anos de idade de uma escola de Educação Infantil do interior de São Paulo, que apresentava excessivas manifestações agressivas na escola, para a idade. Foram utilizados, como instrumentos de coleta de dados, entrevistas estruturadas com professores e pais da criança (mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e atendimentos clínicos com a criança, com ênfase no brincar espontâneo, por um ano. Os dados coletados foram categorizados, cotejados e interpretados com base na teoria psicanalítica de Winnicott.

## 5 | APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados aqui apresentados foram obtidos com base em entrevistas realizadas com a mãe e professora da criança bem como das sessões terapêuticas realizadas com a criança.

Emanoel (nome fictício) tem seis anos de idade e estuda em uma escola de educação infantil no interior de São Paulo. A criança foi adotada aos quatro anos por uma família e, até então, vivia em uma instituição. Segundo o relato dos pais adotivos, a criança esteve com a mãe biológica até um ano de idade, quando esta, por conta de alcoolismo, passou a deixá-la sozinha em casa, além de se descuidar de sua higiene e alimentação, motivos pelos quais a criança foi encaminhada à instituição.

A criança foi adotada por duas vezes e devolvida à instituição. Os pais adotivos atuais, que já tinham dois filhos adultos, conheceram Emanoel e ficaram com ele definitivamente. Assim que o trouxeram da instituição, a mãe relatou que o garoto chorava muito e não tinha limites. Chorava muito na escola também, fazia birra, chorava sem motivos, chorava quando era repreendido ou por qualquer coisa. Na hora do almoço ele queria, ao invés da comida, tomar mamadeira, comer biscoitos. Quando contrariado, chorava muito.

Questionada sobre aspectos que envolviam a história de vida criança, a mãe só soube informar que Emanoel tem três irmãos, mas que ele não os conhece. Quanto ao sono a mãe explicou que, quando a criança chegou à sua casa, acordava durante a noite chorando, algo que ainda acontece, porém, com menor frequência. A mãe disse castigar a criança quanto faz algo errado, porém, reconheceu que isso não tem resolvido a situação. Disse ainda, que quando não permitem a Emanoel fazer o que quer, ele reage com birras, chora e se joga no chão.

A respeito da vida escolar, a criança estuda em período integral, sendo levada à escola assim que fora adotada, aos quatro anos. Quanto ao seu desempenho escolar, este é tido como razoável. A criança não aceita ordens, regras e a rotina da escola. Apresenta indisciplina e dificuldade de relacionamento no espaço escolar. Segundo a mãe, ele bate em crianças e discute com a professora e estes são os motivos que a levou a procurar ajuda terapêutica ao filho, pois, a professora estava reclamando demasiadamente.

A professora, por sua vez, afirmou ter Emanoel chorava praticamente o tempo todo de aula. Diante disso, comentou com a mãe que, talvez, fosse interessante deixá-lo mais um tempo em casa. A mãe, disse que a ela: “Ele vai se acostumar”. Ele não aceitava fazer as atividades que a professora propunha e, quando ela insistia, ele chorava e não fazia. A professora, então, pediu à mãe que levasse o garoto ao médico e este, por sua vez, indicou a necessidade de que ele fosse atendido por um psicólogo.

A professora, sempre que podia, disse que cobrava da mãe o tratamento psicológico do filho e percebeu que esta evitava o assunto. Diante disso, a professora começou a apontar à mãe que o filho não tinha limites e, tampouco, aceitava regras,

para reafirmar a necessidade do tratamento. Além disso, relatou que ele se mostrava “emburrado” e chorava muito quando pedia que fizesse alguma coisa.

Quando ele chorava, as crianças olhavam e, por conta de ficar nervoso com a situação, ele começou por agredir fisicamente quem olhasse para ele, conforme a professora. Emanuel se isolava, ficava quieto, parado, sem se mover. Quando se movia era para fazer coisas outras, que não tinham relação com a sala de aula. Só de observar duas ou mais crianças conversando já presumia que estavam falando dele e “partia para a briga”, nas palavras da professora. Não suportava ser contrariado, ao que reagia com agressividade: gritava e desrespeitava a professora e a outros professores da escola. Ele batia, xingava, mordida a língua, ficava agitado.

Emanuel também conversava muito enquanto a professora explicava o conteúdo e se recusava a copiar as atividades da lousa. Com o tempo, seu rendimento começou a cair. Toda semana precisava telefonar para que a mãe fosse buscá-lo na escola, pois, principalmente após o almoço, chorava muito e “Não fazia nada, a não ser ficar irritado, morder a língua, andar pela sala e ficar agredindo as outras crianças ou então chutava as carteiras”.

A terapeuta recebeu a criança em seu consultório sob a queixa de que esta estava agredindo outras crianças e não respeitava a professora. Conforme a mãe, ela já havia sido alertada sobre a necessidade de levá-lo a uma psicóloga, mas não deu muita importância, pensava que ela mesma poderia resolver o problema. Além de agredir outras crianças, Emanuel não aceitava regras e chorava quando estas eram impostas, chutando as carteiras.

Logo nas primeiras sessões, Emanuel já começou a mostrar a falta de limites, de segurança, de afeto, de amor. Apresentou irritabilidade em suportar frustrações e tentava se portar como se fosse um homem, se esforçando por falar com voz grave, com expressão séria, querendo impor respeito e dar ordens à terapeuta.

Ao longo dos atendimentos, que envolveram vinte sessões, suas brincadeiras, por um longo tempo, foram realizadas por meio de atos agressivos, tais como: bater a bola com muita força nas paredes, no chão; jogar e espalhar brinquedos por toda a sala; subir e pular das poltronas no chão; entrar no armário e pular para fora (no chão); jogar almofadas na terapeuta. Pegava brinquedos pontiagudos e, utilizando-os como se fossem uma arma, “atirava” na terapeuta, verbalizando “Pow”, “Pow”, “Pow”, pegava várias peças de montar e jogava em cima da terapeuta, apertava com força excessiva os carrinhos no chão, até amassa-los, dentre outros.

Após esse período de agitação, Emanuel começou a se mostrar mais calmo: brincava com mais cuidado, não jogava os objetos e brinquedos na terapeuta, guardava os brinquedos e à vezes os queria para levar para casa. Começou a trazer presentes para a terapeuta, tais como sabonete, bombom, iogurte, creme para pele e outros. Quanto às brincadeiras, estas eram centradas em jogar bola e brincar com carrinhos, porém, de forma mais tranquila. Começou, em meio a essas brincadeiras, fazer comentários a respeito de sua vida, da família, da escola e da professora,

expressando coisas que não gostava nesses âmbitos.

No contexto familiar, afirmava que não gostava de apanhar, pois “apanhar é ruim”, ficava triste e chorava sozinho, o que levou a terapeuta a supor que ele sentia angústia. Disse, também, que iria matar uma pessoa e que esta pessoa se tratava daquela que batia nele. Inclusive chegou até a desenhar tal pessoa. Em outra sessão ele já via essa pessoa, que era a própria mãe, como alguém que comprava muitos doces para ele e chegou a ressaltar que gostava muito dela.

No âmbito escolar, reclamava que a “biscate” que mandava bilhetes era a responsável pelo fato dele apanhar em casa. Suas notas começaram a cair e ele não tinha mais vontade de copiar a lição da lousa.

## 6 | DISCUSSÃO DOS DADOS

Conforme Winnicott (2000), para que a criança tenha um desenvolvimento emocional saudável, há a necessidade da presença de uma pessoa disposta a suprir suas necessidades físicas e emocionais, em relações afetivas estáveis e contínuas no tempo. Considerando o histórico da vivência com a mãe biológica e das duas adoções fracassadas, o garoto teve comprometimento nas experiências de ilusão e onipotência, com prejuízos no processo de integração do ego, na continuidade de ser e existir e no desenvolvimento da consciência, o que o predispôs a não sentir o mundo como acolhedor e confiável. Estas impressões que formou sobre o mundo se estendeu aos seus sentimentos em relação às pessoas.

Ressalta Winnicott (2005) que a tendência antissocial tem como base um estado de sofrimento intenso e angústia, algo percebido em Emanuel já no primeiro dia de atendimento. O garoto que não queria entrar na sala, chorava muito e não queria brincar, demonstrando medo, insegurança e desconfiança de que a mãe fosse embora.

O conjunto de ocorrências na vida de Emanuel o levou a um estado de insegurança, instabilidade, irritabilidade, agitação motora, desconforto, falta de afeto, dificuldade em lidar com perdas e frustrações e desejo de ser aceito, respeitado e compreendido (aspectos que se mostraram logo no início das sessões). Acredita-se que, por conta disso, passou a manifestar agressividade física e verbal para com os pais adotivos, professores e colegas de escola. Nestes momentos, além de estar buscando proteção, estava testando o amor dessas pessoas.

Há ainda que ressaltar, que a tendência antissocial implica esperança. Emanuel esperava, em seus ataques de fúria na escola, que alguém se encarregasse de cuidar dele, impusesse regras, limites e o levasse a sentir que estava em um local em que poderia ter auxílio no controle de sua agressividade. Ele poderia acreditar na estabilidade de cuidados externos se a professora e pais oferecerem experiências contínuas e prolongadas envolvendo regras e limites, algo que lhes fora solicitado durante encontros para orientação. A criança só se manifesta dessa forma se sentir alguma possibilidade de ter a atenção requerida no ambiente.

É comum que os pais de crianças antissociais afirmem que estas apenas apresentem características agressivas na escola e que, em casa, isso não corre. Com tal postura acabam responsabilizando a escola tanto no desencadeamento das dificuldades de relacionamento dos filhos, como na busca pela solução do problema. No caso de Emanuel a família percebeu, ainda que com certa resistência, que a professora tinha motivos para solicitar o auxílio psicológico tendo em vista o fato de que, em casa, o garoto também se mostrava sem limites. Porém, Winnicott (2005) adverte que nem sempre os pais terão condições de perceber as características antissociais nos filhos.

Emanuel, entre o roubo e a destrutividade, apresentava o predomínio da última. Procurava, na escola, um lugar em que pudesse se expressar e que comportasse seus impulsos agressivos. Segundo a mãe, a criança alegava, quando questionada se não “tinha dó” em agredir a professora verbalmente na escola, que não tinha “dó” dela porque sabia que ela não tinha “dó” dele. O garoto se sentia incompreendido pelos pais, pois, quando a professora enviava bilhetes reclamando sobre seu comportamento, ele era castigado.

Além dos sintomas já enumerados da tendência antissocial o garoto ainda apresentava tendência à desordens (algo que fora observado ao longo dos atendimentos psicoterápicos) e perda de apetite (a professora relatou que houve dias em que ele não comia nada o dia todo, alegando não ter fome). A mãe também falou que Emanuel “É muito ruim de boca”. Por outro lado, também evidenciava episódios de voracidade quando “devorava” dois pastéis de uma vez ou dois iogurtes, durante as sessões psicoterápicas.

Pelo conjunto dos dados apontados e pelas características verificadas, conclui-se que Emanuel, caso não continue o tratamento, pode vir a ter a tendência antissocial. Conforme Winnicott (2005) a agressividade da criança expressa um pedido de ajuda para que o ambiente retome o ponto em que ocorreu a privação, para que esta volte ao seu desenvolvimento, que fora interrompido. As manifestações de agressividade não ocorrem o tempo todo, somente em períodos de esperança, quando o meio favorece.

Emanuel ainda está em tratamento psicoterápico e a professora bem como a mãe têm recebido orientações sobre formas de lidar com os comportamentos antissociais que ele apresenta. Em conversas com a mãe, esta deixa claro que o garoto “Melhorou muito, parou com o chororô dele”. Além disso, ainda utilizando as palavras da mãe: “Hoje ele aceita melhor as regras, mas ainda apresenta resistência”. A professora, por sua vez, também afirmou que ele “deixou de chorar, está copiando a lição, mas ainda, quando não quer fazer as coisas, não faz, e não adianta falar”.

Durante as sessões psicoterápicas tem se apresentado mais calmo, a agitação diminuiu e está brincando mais sentado ao chão, com os carrinhos e jogos, rolando a bola no chão, fazendo seus “malabarismos”, porém, de forma mais tranquila. Emanuel tem demonstrado, também, um bom relacionamento com a terapeuta.

Na escola, houve, recentemente, reclamações da professora novamente,

afirmando que o garoto não quer mais fazer lição no período da tarde (ele estuda em período integral) e fica parado o tempo todo. Em conversa com o garoto, este ressaltou que não tinha mais vontade de fazer lição (demonstrando episódios depressivos), que queria ficar em casa com a mãe. Disse, ainda, ter vontade de ficar “deitado no chão” e de ficar em casa, quieto.

De acordo com Winnicott (2005), recaídas e oscilações são comuns durante o tratamento e devem ser aproveitadas por todos aqueles nas quais a criança deposita esperança. No último atendimento, a criança demonstrou, por meio do brincar, estar superando o momento de crise pelo qual passou recentemente. Estava mais calma, brincou mais sentada no chão, não atirou objetos, estava conseguindo copiar parte da lição, dentre outros.

## 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse trabalho, é importante ressaltar que a criança ainda está em tratamento. A mãe afirmou que continuaria com o trabalho, pois, tem conhecimento das necessidades da criança e, ela mesma, precisa continuar recebendo as orientações da psicoterapeuta quanto às formas de lidar com o garoto nos momentos em que, por meio de seus comportamentos, demonstre necessidade do atendimento familiar.

Caso continue com o tratamento, conforme planeja a mãe, o prognóstico da criança é satisfatório, pois se notou que, mesmo em suas recaídas, Emanuel consegue fazer transferências e confia na terapeuta para solicitar o que necessita: limites, regras e ser auxiliado em seus momentos de esperança.

A tendência antissocial é um sinal de alerta de que algo não está bem com a criança. Esta tendência é mais comumente expressa por meio de atitudes agressivas em casa e/ou na escola, no entanto, ressalta-se que nem sempre o fato de uma criança apresentar agressividade significa que tenha a tendência antissocial. Quando isto ocorre na escola, significa que, potencialmente, o professor é uma pessoa em que a criança está depositando uma expectativa. No caso de Emanuel, a professora foi orientada a oferecer subsídios que possam auxiliá-lo quanto ao seu pedido de ajuda.

Neste sentido, é importante que a escola reconheça e acolha tal pedido de ajuda, trabalhando de forma a não rotular a criança ou criar estereótipos que a prejudiquem junto às demais crianças.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. V.; BEZERRA JR., B. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2): 445-453, 2009.

BRACCO, S. M. **Psicanálise e educação**: um diálogo possível. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2005, São Paulo. <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000082005000100007&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100007&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em: 03 de março de 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed., São Paulo: Atlas, 2010.

MOREIRA et al. Quem tem medo de lobo mau? Juventude, agressividade e violência. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, n.4, p.677-697, dezembro, 2009.

PINTO, E. B. A pesquisa qualitativa em psicologia clínica. **Psicologia: USP**, 2004, 15 (1/2), 71-80.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Abordagem Centrada na Pessoa 116, 117, 118, 119, 126, 127, 134  
Aborto Espontâneo 165, 166, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180  
Adultização 63, 64, 65, 68, 69  
Agressividade 70, 75, 76, 79, 80, 81, 83, 86, 87, 88, 89, 90  
Agressores 91, 92, 93, 94, 95, 97  
Atendimento Clínico 29, 79  
Autismo 6, 26, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 60, 61, 223

### B

Bullying 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99

### C

CAPS 181, 182, 183, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197  
CBCL 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11  
Coaching 198, 204, 205, 206, 211, 214  
Continuum de Mudanças 116, 121  
Contratransferências 101  
Creche 53, 58, 62, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 127  
Criança 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 30, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 97, 108, 127, 148, 162, 169, 172, 186, 215, 216, 223  
Curso de Administração 198, 210, 213, 214

### D

Depressão 6, 7, 11, 82, 95, 131, 133, 140, 147, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 175, 177, 178, 179, 191  
Dialética 27, 28, 36, 47, 132, 134, 143

### E

Educação Estruturante 51, 52, 55, 56  
Educação Infantil 11, 12, 52, 60, 61, 70, 71, 72, 75, 77, 78, 79, 80, 84, 85  
Educadores 32, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 83  
Equoterapia 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98

### F

Falante 14, 15, 16  
Fatores 11, 29, 35, 93, 94, 96, 98, 104, 111, 132, 138, 145, 149, 154, 155, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 169, 170, 171, 172, 175, 200, 202, 204, 216  
Formação Continuada 27, 30, 31

## G

Gravidez 147, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 169, 170, 172, 174, 175, 180

Grupo 7, 14, 31, 42, 43, 52, 53, 54, 55, 71, 92, 94, 113, 125, 134, 135, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 165, 166, 167, 168, 171, 188, 189, 191, 195, 200, 203, 215

## I

Inclusão 5, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 94, 154, 163, 181, 182, 188, 213

Inclusão-exclusão 27

Infância 11, 51, 55, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 98, 133, 146

## L

LGBT 150, 151, 152, 159

LRFFC 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25

Luto 78, 171, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 180

## O

Ouvinte 14, 15, 16, 17

## P

Perfil Comportamental 198, 199, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 215

Primeira Infância 70, 71

Problemas de Comportamento 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 147

Projeto de Vida 150, 151, 152, 153, 156, 157, 158, 159, 177

Psicanálise 51, 52, 53, 56, 58, 61, 62, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 89, 90, 100, 101, 104, 105, 106, 108, 110, 112, 113, 114, 115, 131, 171

Psicologia 2, 6, 8, 12, 13, 14, 27, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 78, 79, 84, 90, 91, 93, 95, 98, 100, 115, 116, 117, 127, 128, 137, 138, 140, 145, 148, 150, 152, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 166, 171, 172, 173, 174, 180, 181, 195, 196, 198, 205, 213, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 227

Psicologia Escolar 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 78

## Q

QI 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11

## R

Relações Familiares 173

## S

SARAU 181, 182, 183, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 197

Semblante 51, 52, 58, 59, 60, 61, 62

SON-R 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 12

Supervisão 41, 45, 94, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 134

## T

TEA 14, 15, 16, 17, 19, 38, 40, 42, 46, 47, 49, 223

Tendência à Realização 116, 117, 119

Terapia Cognitiva 131, 132, 138, 140, 141, 143, 144, 173

Terapia Comportamental 12, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 139, 141, 143, 144, 173, 174, 175, 178

Terapias Cognitivas e Comportamentais 128, 130, 131, 132, 138, 141, 143

Terceira Onda 128, 129, 130, 132, 133, 135, 138, 141, 142, 143, 144

Transição de Gênero 150, 151, 152, 153, 154, 157, 158

Transtornos Mentais 3, 12, 128, 129, 130, 134, 143, 147, 169, 170, 173, 176, 183, 185, 186, 187

## U

Usuários 157, 181, 182, 183, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197

