

OBSERVAÇÃO CLÍNICA E INCLUSÃO ESCOLAR: UM ESTUDO OBSERVACIONAL EM CONTEXTO EDUCACIONAL

Marcos Anderson Filther¹
Elaine de Faria Michele Silva²
Diego da Silva³

RESUMO: O relatório tem como objetivo relatar e analisar as observações realizadas durante o estágio supervisionado na Escola Interpares, com foco no acompanhamento de crianças com diferentes quadros de desenvolvimento infantil. A experiência proporcionou contato direto com crianças diagnosticadas com Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), Transtorno do Espectro Autista (TEA) em variados níveis, Síndrome de West e outras em processo de avaliação. A metodologia consistiu na observação participante e registro descritivo das interações comportamentais, sociais e cognitivas das crianças. A fundamentação teórica sustenta-se em autores contemporâneos e clássicos da psicologia do desenvolvimento e da neuropsiquiatria infantil. Os resultados reforçam a importância da escuta clínica e do trabalho interdisciplinar em contextos escolares inclusivos. As conclusões apontam para a relevância de práticas pedagógicas personalizadas e baseadas na construção de vínculos afetivos e estratégias adaptativas

1

Palavras-Chave: Desenvolvimento Infantil. Estágio Supervisionado. TEA. TOD. Inclusão.

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo relatar e analisar as observações realizadas durante o estágio supervisionado na Escola Interpares, com enfoque na observação de crianças com diferentes quadros do desenvolvimento infantil. A experiência permitiu contato direto com crianças diagnosticadas com Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), Transtorno do Espectro Autista (TEA) em diferentes níveis, Síndrome de West e outras em processo de avaliação. O estágio teve caráter

observacional, com foco no comportamento, interação social, resposta à rotina escolar e adaptação de cada criança.

¹Estudante de Psicologia da UniEnsino.

²Psicóloga, doutora em Educação. Docente do curso de Psicologia da UniEnsino.

³Psicólogo, docente do curso de Psicologia da UniEnsino.

OBJETIVO E METODOLOGIA

Este relatório baseia-se em uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, com foco na observação direta de crianças neurodivergentes em ambiente escolar. A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir uma compreensão mais profunda dos comportamentos, interações sociais e respostas emocionais das crianças, respeitando suas singularidades.

As observações foram realizadas na Escola Inter pares, localizada em Curitiba, no período de 11/04/2025 a 08/05/2025. A instituição atende algumas crianças com diferentes perfis de neurodivergência.

A observação foi feita de maneira não-participante, com o objetivo de minimizar interferências no comportamento natural das crianças. As sessões de observação ocorreram em ambientes como salas de aula e recreação.

Vale ressaltar que, por se tratar de um estágio de observação com tempo limitado, os dados coletados representam um recorte específico da rotina das crianças e podem não refletir a totalidade de suas capacidades ou comportamentos em outros contextos ou períodos.

DESCRIÇÃO GERAL DAS PRÁTICAS REALIZADAS

As práticas foram feitas de maneira observacional, semanalmente, 5 horas a cada semana. Foram observadas especificadamente 6, algumas com diagnóstico, e outras ainda em investigação.

2

1. Rafael – Diagnóstico de TOD

Rafa é bem hiperativo, está sempre em um ritmo mais acelerado do que as outras crianças. Isso me parece causar um certo desequilíbrio com relação ao convívio com seus coleguinhas. Não vejo muito ele brincando em grupos, geralmente escolhe um brinquedo e brinca de forma solitária, não gosta de dividir esses brinquedos e algumas vezes isso causa alguns atritos. Quando algum cuidador proíbe ele de fazer algo, ele procura outros adultos no intuito de encontrar alguém que diga sim! E tudo é muito bem planejado.

A resistência às regras está alinhada com as descrições do TOD por Barkley (2008), que enfatiza a necessidade de intervenção comportamental estruturada.

Sempre é bem difícil ele aceitar as regras, elas precisam ser lembradas, e as consequências precisam ser muito bem explicadas e reforçadas. Ainda assim ele sempre vai tentar ignorar e reverter as consequências.

O Rafa sempre é bem carinhoso, abraça todo mundo, mesmo depois de não me ver por 6 meses, ao me reencontrar ele reconheceu e correu me abraçar!

Ele tem falta de foco, 15 segundos é o suficiente para ele esquecer as instruções e correr fazer outra coisa, que ele mesmo escolhe.

Rafa também é seletivo na alimentação.

2. Miguel – Diagnóstico de TEA

Miguel tem diagnóstico de TEA, ele geralmente brinca sozinho, não consegue manter foco nas atividades que geralmente são realizadas pelas outras crianças.

Constantemente ele está gritando, na maioria das vezes são gritinhos (com menos intensidade) mas esses gritos algumas vezes podem ser bem mais intensos, quando ele está nervoso, e nesse caso é preciso uma atenção especial dos professores.

Frequentemente enquanto as outras crianças estão em atividades, o Miguel fica andando de um ponto a outro, repetidas vezes.

Geralmente no seu próprio tempo ele se acalma e se adapta a rotina da escola.

Ele tem uma amiga que é a pessoa capaz de acalmá-lo com sua presença (Hiperfoco).

Miguel é seletivo na alimentação, mas com insistência dos professores, ele aceita provar algumas coisas diferentes.

Miguel apresenta comportamentos repetitivos, seletividade alimentar, hiperfoco em sons e estímulos visuais (ex: bater brinquedos para ouvir o som), com variações de humor e resposta positiva ao vínculo afetivo. Sua resposta emocional a animais e objetos sensoriais reforça a necessidade de intervenções baseadas em Terapias Comportamentais Aplicadas (ABA), conforme recomendado por Volkmar et al. (2014).

3. Bernardo – Diagnóstico de TEA (nível mais elevado)

Apresenta intenso interesse por livros, alta seletividade alimentar e dificuldade de permanência nas atividades escolares. Observou-se vínculo afetivo com os cuidadores e proximidade com outras crianças com TEA, ainda que sem interação direta. Demonstração de hiperfoco e comportamentos de evitação são consistentes com TEA nível 2 ou 3, conforme critérios do DSM-5 (APA, 2014).

4. Maria Eduarda – Em investigação (com traços de TEA e TDAH)

É bem ativa, brinca bastante, mas geralmente brinca sozinha, não tem problemas e não reclama para vir ou ficar na escola, porém não se concentra na rotina e atividades da escola. Ela não obedece e toma suas próprias decisões.

Gosta de conversar quer brincar com adultos. Anda e corre na ponta dos pés e é hiperativa.)

Não gosta de dividir brinquedos com outras crianças, se alguém pegar os brinquedos que ela está usando, vamos ter problemas!

Apesar disso, em sua maioria ela é gentil e amável.

Maria Eduarda se adapta fácil a todos os ambientes físicos, mas não socializa com outras crianças. A Maria Eduarda sempre me parece bem feliz, ela pula, brinca, não chora, não cria confusão. Porém gosta de ser solitária.

O ambiente não influencia seu comportamento, parece estar sempre bem adaptada. Não tem mudança de comportamento durante todo o dia, mas parece viver em um mundo à parte, cria suas brincadeiras, suas regras, seu tempo. Não obedece aos professores, e não gosta de ser contrariada.

A Madu é seletiva na alimentação, está melhorando e aceita provar opções, porém seu gosto é de comer apenas arroz e feijão

Ela apresenta hiperatividade, isolamento social voluntário, seletividade alimentar e dificuldade em seguir regras. Corre na ponta dos pés e tem autonomia excessiva. Seus comportamentos sugerem possíveis traços de TEA, especialmente no que diz respeito à socialização e interesses restritos. A ausência de sofrimento subjetivo aparente é um dado relevante.

5. Maria Clara – Em investigação

Maria Clara apresenta comportamento pacato, solitário, mas cooperativo.

Participa das atividades escolares sem entusiasmo, porém sem oposição. Apresenta bom cumprimento de regras, com raras interações espontâneas com colegas. Pode estar em uma zona limítrofe do espectro ou apresentar traços de introversão acentuada.

6. Antônio – Diagnóstico de Síndrome de West

Embora as observações diretas sobre Antônio tenham sido limitadas, sabe-se que a síndrome envolve atrasos significativos e múltiplos comprometimentos. De acordo com Arzimanoglou et al. (2004), crianças com essa síndrome necessitam de planejamento individualizado e suporte multidisciplinar contínuo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Autores como Mantoan (2006) e Silva (2022) defendem a escola como espaço de convivência na diversidade. A personalização das práticas pedagógicas e o vínculo afetivo entre educador e criança são centrais para a aprendizagem de crianças neurodivergentes.

O Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) é definido por comportamentos persistentes de negativismo, desobediência e hostilidade direcionados a figuras de autoridade, manifestando-se geralmente antes dos oito anos de idade, mas podendo ocorrer até a adolescência (APA, 2014). Esses comportamentos incluem discussões frequentes com adultos, recusa ativa em obedecer regras, tendência a culpar os outros por seus próprios erros e facilidade em se irritar.

Sadock, Sadock e Ruiz (2017) apontam que essas crianças testam limites constantemente e exigem intervenções comportamentais consistentes, combinadas com estratégias educativas voltadas à regulação emocional. Barkley (2008) destaca a importância de uma estrutura clara, previsibilidade nas rotinas e reforço positivo para o manejo eficaz desse transtorno.

Além disso, as intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental têm demonstrado eficácia no desenvolvimento de habilidades sociais e no controle da impulsividade (Greene, 2005). A participação da família no processo terapêutico é fundamental, especialmente no que diz respeito à coerência nas práticas disciplinares (Kazdin, 2013).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por déficits persistentes na comunicação e na interação social, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses

ou atividades (APA, 2014). As manifestações podem variar significativamente em gravidade, o que justifica o uso do termo “espectro”.

Oliver Sacks (2010), ao relatar casos clínicos, ilustra a diversidade de manifestações autísticas, evidenciando que, apesar dos desafios, muitas pessoas com TEA apresentam talentos e habilidades excepcionais. Volkmar et al. (2014) enfatizam que a Análise do Comportamento

Aplicada (ABA) tem se mostrado eficaz no aprimoramento das habilidades sociais e na redução de comportamentos desafiadores, especialmente quando aplicada precocemente.

A inclusão escolar, com suporte pedagógico adequado e individualizado, é uma estratégia essencial para promover a autonomia e a participação ativa dessas crianças no ambiente social (Schwartzman, 2011). A atuação interdisciplinar — com psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e pedagogos — é essencial para que o desenvolvimento integral da criança seja favorecido (Brasil, 2015).

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico caracterizado por níveis inapropriados de desatenção, impulsividade e hiperatividade para a idade da criança (APA, 2014). É comum que os sintomas se manifestem antes dos 12 anos e causem prejuízos significativos no desempenho escolar, nas relações interpessoais e nas atividades cotidianas.

Segundo Barkley (2006), o TDAH envolve déficits nas funções executivas, como o planejamento, a inibição de respostas impulsivas e a memória de trabalho. Essas dificuldades impactam diretamente o comportamento da criança em sala de aula, exigindo estratégias específicas de manejo comportamental, como instruções claras, reforço positivo e intervalos estruturados para autorregulação.

Estudos como o de Rohde e Benczik (2018) apontam que o diagnóstico precoce, combinado com intervenção multidisciplinar, incluindo acompanhamento psicológico, orientação familiar e, quando necessário, tratamento medicamentoso, oferece melhor prognóstico. Além disso, a formação dos professores sobre o TDAH é imprescindível para uma abordagem inclusiva e eficaz (Batista & Mercadante, 2015).

A Síndrome de West é uma encefalopatia epiléptica grave da infância, caracterizada por tríade clínica composta por espasmos infantis, hipsarritmia no eletroencefalograma e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Geralmente inicia-se no primeiro ano de vida, frequentemente entre os 3 e 7 meses de idade (Arzimanoglou et al., 2004).

Por se tratar de uma condição de alto impacto no desenvolvimento global, o tratamento deve envolver uma equipe multiprofissional composta por neurologista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicopedagogo. A estimulação

precoce é considerada uma ferramenta essencial para promover ganhos nas funções cognitivas e motoras (Lux, 2004).

No contexto escolar, é necessário desenvolver adaptações curriculares individualizadas e garantir um ambiente de apoio emocional e físico, respeitando os limites e potencialidades da criança (Ribas et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A observação direta de crianças com diferentes quadros de desenvolvimento permitiu compreender a importância da escuta clínica, da adaptação do ambiente escolar e do trabalho em equipe. Os comportamentos observados confirmam a necessidade de abordagens personalizadas, sensíveis aos tempos e limites de cada criança. O trabalho da Escola Interpares, ao usar a psicologia como ferramenta de planejamento e intervenção, revela um modelo promissor de educação inclusiva e empática.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARZIMANOGLU, A. et al. *Epilepsy in children*. 2. ed. Montrouge: John Libbey Eurotext, 2004.
- BARKLEY, R. A. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BARKLEY, R. A. *Funções executivas: o que são, como funcionam e por que evoluíram*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BATISTA, D. A.; MERCADANTE, M. T. TDAH: uma abordagem psicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, São Paulo, v. 32, n. 99, p. 35-42, 2015.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Brasília: MEC/SEESP, 2015.
- GREENE, R. W. *O Cérebro da Criança: estratégias para ajudar crianças com transtornos de conduta*. São Paulo: M. Books, 2005.
- KAZDIN, A. E. *Parent management training: treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press, 2013.
- LUX, A. L. *West syndrome: a review and guide for paediatricians*. *European Journal of Paediatrics*, v. 163, p. 409-417, 2004.
- OLIVER, S. *O olhar da mente: histórias de pessoas que enfrentam o autismo, a amnésia e outros distúrbios neurológicos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

RIBAS, L. C. et al. Desafios da inclusão escolar de crianças com epilepsia. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 27, n. 2, p. 195-210, 2021.

ROHDE, L. A.; BENCZIK, E. Diagnóstico e tratamento do TDAH: uma visão atual.

Jornal de Pediatria, Porto Alegre, v. 94, supl. 1, p. 60-70, 2018.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. *Kaplan & Sadock: Compêndio de psiquiatria*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SACKS, O. *Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SCHWARTZMAN, J. S. Autismo e desenvolvimento. In: MARTINS, M. A. et al. (Org.).

Neurologia infantil. São Paulo: Manole, 2011. p. 315-330.

VOLKMAR, F. R. et al. *Autism and pervasive developmental disorders*. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2014.