



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

O Impacto da Violência Contra Crianças e sua Influência na Dificuldade do Aprendizado

Construção de duas unidades pedagógicas para o primeiro e segundo módulos do curso médico

José Izai

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
FORMAÇÃO DOCENTE EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA
SAÚDE: NOVAS METODOLOGIAS**

Rio de Janeiro, outubro de 2015.



José Izai

O Impacto da Violência Contra Crianças e sua Influência na
Dificuldade do Aprendizado
Construção de duas unidades pedagógicas para o primeiro e
segundo módulos do curso médico

Trabalho de Conclusão de Curso

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação,
do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da PUC-RIO,
como requisito parcial para conclusão do curso de
Especialização em “Formação Docente em Medicina e
Ciências da Saúde: Novas Metodologias”

Orientador: Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini

Rio de Janeiro
outubro de 2015.

“O melhor caminho entre um ponto A e um ponto B não é uma reta, é um sonho”.

Pensamento Mali

Agradecimentos

Agradeço ao Prof. Jorge Biochini, pelo interesse, dedicação e empenho, sem o que este curso não teria sido possível. Graças a ele, chegamos até aqui.

A minha esposa, parceira de todas as horas, que esteve comigo em todos os momentos em que eu pensei em desistir.

Resumo

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é um fenômeno cada vez mais crescente, marcado pela incapacidade que eles têm para se defender. Este trabalho aborda a maneira como a violência doméstica interfere no processo de aprendizagem dos alunos vítimas dela. O foco do estudo é desenvolver nos egressos de medicina, uma observação mais acurada do atendimento clínico, com intuito de aproximar os aprendizes da observação concomitante médica e psicológica do humano dos seus pacientes. A ideia principal da metodologia ativa é que os alunos experimentando as emoções despertadas pelo texto possam ter a oportunidade de elaborar seus sentimentos tornando-se apto a uma escuta diferenciada e mais efetiva.

Palavras- chave: Violência doméstica, Aprendizagem, Crianças

Abstract

Domestic violence against children and adolescents is an increasingly growing phenomenon, marked by the inability they have to defend themselves. This paper discusses how domestic violence affects the learning process of students victims of it. The focus of the study is to develop medical graduates, a more accurate observation of clinical care, aiming to bring together learners of concomitant medical and psychological observation of the human of their patients. The main idea of the active methodology and students experiencing the emotions aroused by the text may have the opportunity to elaborate their feelings becoming able to hear a different and more effective.

Key-words: Domestic violence, Learning, Children

Sumário

1 Introdução	1
2 Referencial Teórico	5
2.1. A violência doméstica contra crianças e adolescentes	5
2.2. Abuso Sexual: Uma tatuagem na alma de meninos e meninas	9
3 Metodologia	16
3.1 Módulo I	16
3.2 Módulo II	18
4 Resultados	20
4.1 Módulo I	25
4.2 Modulo II	26
5 Conclusão	31
6 Bibliografia	34

Lista de Tabelas

Tabela 1: Principais comportamentos apresentados pelas crianças vítimas da Violência	6
--	---

1 Introdução

Acredito que se faz necessário uma desconstrução inicial de qualquer método existente, para a construção de um novo método que possa administrar a formação médica.

A visão ampliada do papel do médico, numa perspectiva que ultrapassa a técnica médica. O profissional de saúde terá análise crítica da área no cenário nacional e internacional; caracterizar-se-á pelo compromisso socioambiental e pela responsabilidade ética; será mais eficiente na ponderação das melhores evidências disponíveis, junto ao paciente, para a tomada de decisão; e será responsável pelo próprio aprendizado.

Neste tipo de aprendizado ora oportunizado, fica claro a possibilidade de se desenvolver as competências técnicas, éticas, comunicadora com visão socioambiental profunda da inclusão ou exclusão de seres humanos na sociedade. Permitindo uma ampliação das evidências que estarão nas entrelinhas para sua tomada de decisão mais consciente e eficaz.

Para serem responsáveis pelo próprio aprendizado, serão utilizadas metodologias pedagógicas diversas, com ênfase nas ativas e avaliações sistemáticas das aulas.

Para que sejam responsáveis pelo próprio aprendizado e de maneira contínua, deverão estar motivados. Nada melhor do que a mobilização afetivo-emocional, impulsionando a cognitiva para busca do conhecimento, para levá-los a um maior interesse pelos sofrimentos dos pacientes e pela busca de soluções.

A forma ativa de apresentar o conteúdo e de incentivar as pesquisas sobre o que possa estar ocorrendo com seu próximo, certamente minimiza, o impacto que talvez o atinja.

Desta forma, pode ser que não reprima o interesse pela dor compartilhada, mas que possa se transformar numa ação eficaz e oportuna, que pode se reverter num ganho secundário para o aprendiz.

As avaliações sistemáticas em pequenos grupos permitem que se tenha uma avaliação constante do aprofundamento do interesse pelo próximo.

Desta forma, poderemos ter avaliações pessoais e singulares dos aprendizes diante da desgraça humana. Este processo poderá ser o meio de

cultura para uma compreensão profunda do material humano que os aprendizes trazem consigo e como evoluirão durante todo o processo até se tornarem egressos.

Este trabalho tem por fim desenvolver nos egressos de medicina, uma observação mais acurada do atendimento clínico, com intuito de aproximar os aprendizes da observação concomitante médica e psicológica do humano dos seus pacientes.

Tendo em vista que quando o paciente vem para a consulta traz um problema e deseja uma solução ou encaminhamento deste problema, o egresso deverá estar mais preparado para resolver a questão seja com conhecimento próprio ou de outro profissional a quem seu paciente será, então, encaminhado.

Um mínimo conhecimento se fará necessário para serem tratados e ou encaminhadas às dificuldades de aprendizado e as consequências de maus tratos na infância, bem como consequências de abusos sexuais, quando a queixa for dificuldade de aprender.

Cada vez mais o mundo moderno exige praticidade, e critica a perda de tempo, ficam exigidos métodos mais rápidos, mas nem sempre mais eficazes. A exigência de estar sempre conectado, envolvido com os afazeres e com o trabalho, leva as relações humanas serem mais superficiais mais distantes. Este cenário traz a tona doenças como depressão e stress, com consequências amplas e diversas sobre a saúde.

Torna-se mister tentar trazer os aprendizes para conectividades mais humanas, sem esquecer das tecnológicas mais avançadas e das formas de se atualizar em todos os momentos inclusive como seres humanos.

Quando estamos falando em dificuldade de aprendizado, estamos nos referindo às consequências observadas em crianças e em adultos, que chegam a consulta com queixas variadas, psicossomáticas e também, muitas vezes, dificuldades cognitivas para aprender.

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é um fenômeno cada vez mais crescente, marcado pela incapacidade que eles têm para se defender. Essa modalidade de violência envolve abusos físicos e psicológicos, abandono, exploração, deixando marcas não só no corpo das pessoas que sofrem violência intrafamiliar quanto as que presenciam esses abusos podem apresentar graves problemas emocionais, comportamentais e cognitivos, o que pode prejudicar sobremaneira a sua capacidade de socializar-se, de aprender e desenvolver relacionamentos positivos.

Por ser a escola o local em que permanece por mais tempo – após o seio familiar – é nela que a criança reproduzirá o que vivencia em casa. Dessa forma, a violência sofrida no lar reverbera nesse ambiente a cada dia, pois são cada vez mais recorrentes os casos de crianças que sofrem abusos por parte daqueles que mais deveriam prezar pela sua segurança: os pais, o que torna o ato ainda mais devastador para a vida do indivíduo. Quando a criança ou o adolescente vem a consulta com o médico normalmente traz questões de dificuldade de aprendizado na escola.

Nesse cenário, o Centro de Integração Familiar (CEIFAR), que oferece Educação Infantil, além perceber várias nuances em sua maioria, estão expostas a diversas situações de violência, convive-se intensamente com essa realidade da aprendizagem é que esta pesquisa traz como cerne a seguinte questão: em que medida a violência interfere no aprendizado..

Assim, apresenta-se o problema que suscitou a proposta de investigação e respectivos objetivos de pesquisa. Na seqüência, são indicadas as suposições e as hipóteses e se informa a relevância e a delimitação do estudo.

Assim, para subsidiar o estudo será abordado o conceito de violência doméstica, suas consequências na medida em que se propõe a pesquisar a realidade de uma escola inserida em um bairro marcado por todo tipo de violência, e que tem como clientela crianças que sofrem maus tratos no seio familiar– variando a intensidade, motivos e a frequência em que isso ocorre – e também fora de casa.

Sendo a violência doméstica um problema social que abate diversos lares em todo o mundo, subsidiem ações mais efetivas no combate à violência doméstica, apoiando-se nas instituições educacionais.

Diante do exposto surge a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a influência entre o impacto da violência contra crianças e a dificuldade do aprendizado?

Esta pesquisa não pretende apresentar resultados conclusivos, mas contribuir para uma melhor compreensão sobre o tema, que ainda carece de estudos. Nela constatou-se que a violência doméstica tem como consequências gerarem uma série de transtornos na vida da criança. A agressividade, característica atribuída a essas crianças pelos professores informantes, é um deles, assim como o isolamento. A experiência realizada nesta escola está sendo utilizada neste estudo no intuito de mostrar a relevância de um projeto integrado que unindo varias forças interdisciplinares promova um resultado mais

eficaz na abordagem das crianças vítimas de violência que apresentam dificuldades cognitivas.

Nesse caso, a criança não interage com os seus pares, atrasando o seu desenvolvimento social e cognitivo. A agitação constante, o desinteresse e a falta de concentração são apenas mais alguns obstáculos que alunos e professores tentam superar em meio ao processo de ensino-aprendizagem. Utilizando uma dinâmica interdisciplinar o egresso estará praticando suas competências técnicas, estudiosas e humanísticas, além de estar pondo em prática suas competências gestoras, o que fará com que o ganho que teremos de aprendizado seja da criança e deles mesmos.

2 Referencial Teórico

2.1. A violência doméstica contra crianças e adolescentes

Atualmente, a violência contra crianças e adolescentes tem chamado a atenção de autoridades e instituições da área da saúde, da família e da criança e do adolescente por ser “uma das mais corriqueiras formas de violação dos direitos da população, formada por crianças e adolescentes” (NEPOMUCENO, 2002, p. 170), sobretudo porque, por diversos motivos, pode permanecer na obscuridade. complexa. Azevedo e Guerra (1989, p. 33), após muitas pesquisas e estudos acerca do tema; não é caracterizada apenas por abusos físicos, mas também sexual e psicológico, trabalho infantil e negligência física e emocional. Embora os possíveis agressores possam ser muitos, os maus tratos contra a criança são praticados na maioria dos casos por aqueles que mais deveriam prezar pela sua segurança: os pais.

Ainda segundo José e Coelho (2006, p. 11), o processo de aprendizagem sofre várias influências da educação”. Assim sendo, a maneira como a criança é tratada, se é rejeitada ou não, “na sua capacidade de aprendizagem” (POPPOVIC, 1980, p. 17). Nesse sentido, a criança que é constantemente agredida, humilhada, desprezada, acaba por internalizar esse tratamento, enxergando-se como merecedora de tudo isso, e conseqüentemente terá uma baixa autoestima, insegurança e sentimento de incapacidade para aprender.

De acordo com Mahoney e Almeida (2005, p. 26), “quando não são satisfeitas as necessidades afetivas, estas resultam em barreiras para o processo ensino-aprendizagem, e, portanto para o desenvolvimento [...] do aluno”. Dessa forma, a criança que sofre a violência doméstica tem a sua capacidade de aprendizagem prejudicada, tendo em vista que esses atos, de forma geral, são uma negação de afeto.

Nessas condições, a criança tem todo o seu desenvolvimento comprometido, pois a estimulações ambientais, que alterem os padrões de comportamento do indivíduo. Com base nessa o seu desenvolvimento físico,

mas também motor, social e cognitivo, o que pode levar a problemas de aprendizagem.

De acordo com Bee (2003, p. 153), a criança que sofre abusos físicos pode desenvolver diversos problemas, como depressão, ansiedade ou ainda problemas emocionais mais sérios, além de apresentar “QI mais baixo e pior desempenho escolar”. É importante salientar, porém, que fora da sala de aula, até mesmo em momentos de descontração. As brincadeiras giram em torno da violência, nos seus atos ou palavras. A relação entre os alunos é permeada pela intolerância em alguns momentos, e até o contato com o professor é afetado.

Assim, percebe-se que a agressividade, um dos sinais de alerta que pode indicar uma exposição à violência doméstica, é apontada como um dos comportamentos mais recorrentes entre alunos que vivem essa realidade, sendo uma das formas de responderem às agressões de que são vítimas, de acordo com os professores.

Contudo, é importante salientar que nem todas as crianças com comportamento agressivo estão necessariamente expostas à violência doméstica.

A passividade, a indiferença e o desânimo também são apontados como características comuns aos alunos que convivem com a violência doméstica. Nesse sentido, as professoras trazem que as mudanças de comportamento em sala de aula servem de alerta para o que pode estar acontecendo com o aluno. Prejuízos provocados pela violência doméstica na vida escolar dos alunos.

Como já vimos neste estudo, as crianças e adolescentes vítimas da violência doméstica e os prejuízos na sua aprendizagem são o foco principal desta pesquisa.

Tabela 1: Principais comportamentos apresentados pelas crianças vítimas da Violência

Tabela 1 – Principais comportamentos apresentados pelas crianças vítimas da Violência Doméstica e que dificultam o processo ensino-aprendizagem em cinco turmas do CEIFAR – nov-dez 2009

Características	Professores	Turmas	Nº de respostas	Porcentagem
Dificuldade de concentração	A, B	G3, G4	2	40%
Agitação	A, C	G3 e A.P. I	2	40%
Agressividade	A, B, C, D, E	G3, G4, A.P. I, A.P. II e 1º ano	5	100%
Isolamento	A, B, C, D	G3, G4, A.P. I e A.P. II	4	80%
Expressão oral pouco desenvolvida	A, B, D	G3, G4 e A.P. II	3	60%
Medo excessivo	A, B	G3 e G4	2	40%
Choro	A, B	G3 e G4	2	40%
Afetividade comprometida	A, B, C	G3, G4 e A.P. I	3	60%
Desinteresse pela aprendizagem/ Baixo rendimento	A, B, C, D, E	G4, A.P. I, A.P. II e 1º ano	4	80%
Fuga da realidade	A	G3	1	20%
Sinais de depressão	E	1º ano	1	20%

Fonte: SILVA, 2015.

Observando as características contidas na Tabela 1, destacamos:

Agressividade, isolamento e desinteresse pela aprendizagem percebe-se que 100% dos professores entrevistados trazem a agressividade como uma característica presente no Isolamento e do desinteresse pela aprendizagem, apontados por 80% dos entrevistados (SILVA, 2015).

Esses índices de violência doméstica diária, mas de toda a turma, pois esses alunos não se concentram no que está sendo exposto pelo professor e nas propostas de atividades, desconcentrando também os outros alunos (SILVA, 2015).

Expressão oral – Emitir opinião elaborada ou expressar-se de forma clara e concisa. Durante as observações, presenciou-se crianças que não respondiam ao que a professora perguntava, demonstrando nervosismo e feições de choro quando ela insistia (SILVA, 2015).

Na aprendizagem do aluno, tendo em vista que esta é promovida por meio da interação. Mesmo que o ambiente escolar promova, diariamente, atividades

com base em diferentes temas, contextos e interlocutores, o ambiente familiar desses alunos não estimula a comunicação verbal saudável (SILVA, 2015).

Afetividade – quesito citado por 60% dos entrevistados refere-se à afetividade dos alunos.

O estabelecimento de vínculos afetivos nas crianças que sofrem a violência doméstica é comprometido, visto que é na família que elas descobrem o afeto. Dessa forma, um ambiente familiar baseado na hostilidade desencadeia na criança problemas no desenvolvimento da sua afetividade, na demonstração desse sentimento. O afetivo e o cognitivo são interligados, e uma desestruturação daquele vai interferir diretamente nesse (SILVA, 2015).

Os problemas na criança ou adolescente, entre eles a baixa autoestima e a negação das suas capacidades. O medo excessivo (medo de falar, medo do outro) e o choro também se mostraram presentes em 40% dos relatos, sobretudo nas turmas do G3 e G4 (SILVA, 2015).

Neste sentido, compreendemos que a aprendizagem da criança vítima da violência doméstica pode ser comprometida, pois a criança internaliza o tratamento que recebe, acreditando que não é capaz, a criança acaba por internalizar que não conseguirá aprender.

De acordo com as professoras pesquisadas, a agitação das crianças, citada por 40% dos entrevistados, é outro quesito que interfere no processo ensino-aprendizagem, pois desencadeia uma desconcentração para as atividades, problema também citado por 40% dos professores participantes. A intranquilidade vivenciada em casa é estendida à escola, tornando-se comum ao comportamento deles (SILVA, 2015).

Os professores pesquisados citam ainda a fuga da realidade (20%) e sinais de depressão (20%) como características apresentadas por crianças expostas à violência doméstica, e que prejudicam o seu desenvolvimento (SILVA, 2015).

No que se refere às consequências da violência doméstica na aprendizagem do sujeito, na análise dos dados constata-se que, embora já se saiba que a violência doméstica traz muitas vezes na atenção e no discernimento para avaliar o que serve e o que não serve para ele, o trabalho em sala de aula procura focar nas possibilidades de crescimento das crianças. Ainda que os professores não esqueçam que existem as possibilidades negativas, eles têm em mente que elas não são as únicas, tratando a situação com cautela.

2.2. Abuso Sexual: Uma tatuagem na alma de meninos e meninas

O infanticídio foi tolerado até o Século XVII. Os pais podiam se assim decidissem colocar seus filhos acorrentados, em masmorras, espancá-los também em público, e até matá-los, sem precisar dar satisfação a ninguém, porque aqueles filhos haviam desobedecido, ou eram portadores de alguma característica insuportável para eles pais. Tinham a posse e o destino dos filhos dependentes. Hoje, o infanticídio não é mais tolerado, mas continua a ser praticado. Isabela, Joana e Bernardo são emblemáticos. E continuará. A perversão com as crias só acontece em humanos (IENCARELLI, 2013).

Richard Gardner (1992), criador do conceito de Alienação Parental, era um psiquiatra que fazia trabalho não pago na Universidade de Columbia, como voluntário. Seus pareceres para processos judiciais, ele assinava como Professor, título que lhe foi ofertado, em cortesia, pela própria Universidade.

Gardner criou as suas teses para defender acusados de violência contra mulheres e/ou de abuso sexual de filhos e filhas. Fez sua carreira profissional, como perito, defendendo homens acusados de abusar sexualmente de crianças, através da estratégia de desacreditar as vítimas, para inverter as posições, transformando o acusado em vítima (PAYUETA e VACCARO, 2009).

Gardner (1992): *“as atividades sexuais entre adultos e crianças são parte do repertório natural da atividade sexual humana, uma prática positiva para a procriação, porque a pedofilia estimula sexualmente a criança, torna-a muito sexualizada e a faz ansiar pelas experiências sexuais que redundarão num aumento de procriação”*. Assim, se o incesto é normalizado, não é visto como abuso sexual, sendo até recomendado por ele como benéfico para a criança, para o adulto, para a humanidade, a Alienação Parental justificada, ou seja, aquela que advém da situação da descoberta do abuso e consequente indignação e busca de afastamento para proteção da criança, se tornou também entre nós, “prova de alienação praticada pela mãe”.

Hoje, com o incentivo à denúncia, o número de mães denunciantes se aproxima do número das mães que descobrem e se calam para sempre. Este grupo, a mim me parece, será sempre maior pelo uso de mecanismos típicos dos processos de identificação, e não se tem a possibilidade de sabê-lo numericamente.

A busca de proteção pelo afastamento do pai abusador, uma tentativa da mãe de evitar o contato sexual do pai com a filha que, segundo a tese de Gardner dos benefícios do abuso sexual incestuoso, está lesando a

sobrevivência da espécie. (HOULT, 2006). Assim, a mãe é que está cometendo o crime, Lei 12.380/2010. Esclareço, escrevi apenas com a filha porque até o momento os meninos não se beneficiariam porque ainda não podem engravidar e práticas sexuais entre dois indivíduos do mesmo gênero masculino não conseguem implicar em procriação. Fica evidente o caráter sexista em modelo de supremacia do macho, dono da família. A estratégia de Gardner vem patrocinando um aumento vertiginoso de criminalização de mães protetoras pela falsa acusação de Alienação Parental feita por pais abusadores.

“É enorme o aumento de Processos de denúncias de abuso sexual de crianças, todas mães, que atribuem a autoria ao pai. Graças a Deus, 100% é alienação parental das mães. Nenhuma é abuso sexual.”
Afirmção de Juíza de Vara de Família.

As falsas alegações de Alienação Parental feitas por pais abusadores, tem se proliferado em escalas assustadoras, se considerarmos as vítimas. Criminalizada, a Alienação Parental tem poucas possibilidades de prova, e hoje, como “pérola da vez”, se baseia tão somente na auto vitimizada alegação sem averiguação, apesar de haver criteriosa listagem de condutas bem elencadas por Rolf Madaleno, entre nós. Para transformar uma falsa alegação em “uma verdade”, os pais abusadores engendram a autoalienação com manobras, calculadamente, arquitetadas. Abusadores são perversos, são exímios manipuladores e fingidores. Muito fácil para eles montar esta inversão. Estes falsos comportamentos tem sido um sucesso judicial. Os Operadores de Justiça não estão habilitados a reconhecer esta ardilosa psicopatologia. Que, a nós, especialistas em doenças mentais, eles também enganam (IENCARELLI, 2013).

É claro que Alienação Parental existe, por parte da mãe e do pai, e é nociva ao desenvolvimento saudável da criança. As mágoas e ressentimentos, justificados ou enquanto sintomas narcísicos, acontecem após o término de uma relação amorosa. É um processo de luto, e como tal, tem seu tempo para ser processado naturalmente. Maria Clara Sottomayor em seu “Temas de Direito das Crianças”, considera um erro a criminalização da Alienação Parental, que, para ela, só traz o acirramento de afetos ressentidos, porque não espera o tempo do luto. Essa criminalização deste comportamento inadequado, mas natural, empurra as famílias para a falsificação, acrescida da obrigatoriedade da Guarda Compartilhada, Lei 13.058/2014, obrigatória até nos processos de separação litigiosa, engendrando assim a produção do falso self (IENCARELLI, 2013).

A revelação ou a descoberta, quase sempre ocorre por acaso porque este crime não deixa nenhum rastro. A ocultação das práticas sexuais é objeto de

cuidado meticuloso e calculado do abusador. O núcleo familiar sofre um tisonami que não tem fim. A primeira atitude, que parte de algum ou de alguns membros da família, incluindo a mãe, é duvidar da criança ou adolescente. A culpa da invasão de lama e destroços é da criança que revela. Mesmo quando não é dita uma frase que indaga por que ela resolveu falar agora, estragar tudo, há esta cobrança implícita. Como se ao vitimado coubesse a missão de guardar para sempre este segredo que combinou com seu agressor. Este golpe é muito danoso e fere profundamente. Depois de vários adiamentos, de vários ensaios de como falar, rasgando por dentro o túmulo do segredo, eis que apenas duvidam, reduzindo a pó todo o seu esforço de quebrar o pesadelo do segredo (IENCARELLI, 2013).

A culpa transborda e a almejada paz não é alcançada. Ao contrário, a aflição aumenta, além do tormento da permanente lembrança torturante do abuso, a revelação traz ao vivo todo um sistema de insegurança pelo descrédito que paira sobre aquele que revela. Agora, são duas as dores: a culpa multiplicada e o descrédito do entorno. *“Eu tenho pena do meu pai e me sinto traindo ele porque falei prá ele e prá minha mãe do abuso, Ele só tinha a mim para dar aquele amor agora eu quebrei o que prometi prá ele”*. Mulher de 28 anos que revelou para os pais sobre os abusos dele na sua infância e adolescência (IENCARELLI, 2013).

Segundo Iencarelli (2013) pouco se sabe sobre as consequências do abuso na aprendizagem. Não é difícil refletir sobre o distúrbio da atenção, por exemplo. A concentração para manter secreto o abuso opera uma cisão com o mundo, uma equivalência de um quadro de autismo. A atividade escolar que pretende sempre aumentar o tempo de concentração da criança estimulando seu desenvolvimento cognitivo é uma sobrecarga de difícil coordenação nesta demanda de atenção. A criança ainda não tem os recursos suficientes para organizar e administrar duas concentrações ao mesmo tempo.

Além disso, toda a escolaridade fundamental está baseada no certo e no errado, no falso e no verdadeiro, e perde o sentido, mais que isso, se tornando esquizofrênica em seu caráter cindido. A criança sabe que o errado é certo naquele segredo que mantém com o abusador. Mas fora da cena, ele mesmo a repreendem muitas vezes com rigor para manter sua intimidação e sua posição familiar e social de “correto” (IENCARELLI, 2013).

“Passei minha infância sendo expulso da sala de aula, mas tirando notas altas, não era burro só não conseguia prestar atenção e bancava o engraçado para ser gostado, sempre me senti rejeitado por todos, meu pai dizia que fazia

aquilo comigo porque ninguém gostava de mim, só ele". Homem de 22 anos, abusado pelo pai na infância, cuja mãe foi afastada do filho e teve a inversão de guarda, foi acusada de falsidade ideológica pela denúncia de abuso que fez.

A memória também é atingida. A criança tem que passar todo o seu tempo lembrando que tem que esquecer a lembrança, e lembrando que tem que lembrar para ocultar perfeitamente. O que sobra para a memorização da aprendizagem? A sensação de falsificação contínua, com a aprendizagem da mentira e sua culpa, afeta a formação da identidade. O segredo culposos que a criança carrega durante seu desenvolvimento, produzirá uma obstrução, maior ou menor, mas sempre presente, no processo de formação da identidade. Estas crianças crescem sem saber quem elas são. Encontramos os adultos tatuados pelo abuso com a personalidade "como se", o falso self, sem capacidade de se reconhecer, de saber quem são (IENCARELLI, 2013).

"Eu não sei quem sou eu, tenho sempre dúvida a meu respeito. E abandono tudo que começo, porque estou sempre achando que não é para mim, que não vou ser capaz, até no trabalho isso fica muito claro, tenho uma especialidade, mas se chega alguém eu deixo a pessoa fazer o que é de minha competência, mesmo que ela nem saiba fazer." Homem de 38 anos que foi abusado pelo pai na infância e desacreditado pela mãe quando revelou o abuso.

O tempo, sua noção, sua função, são também atingidos. As sequências de ausência quase autística, das noites, manhãs ou tardes de espera pelo momento pleno de adrenalina em que o abusador ia dar início a suas práticas libidinosas, aquele vazio transbordante, o silêncio ensurdecido dentro da mente, causam um distúrbio de boa utilização do tempo.

Escutar uma criança que está contando que está sendo abusada por alguém da família, não é tarefa nem um pouco fácil. As crianças costumam "falar" de diversas maneiras, encenar na brincadeira, e algumas vezes, quando tem uma pessoa de referência de muita confiança até contar em palavras. No entanto, a dificuldade do adulto de escutar uma revelação é enorme, estendendo-se esta surdez até aos profissionais especializados. Poucos conseguem transpor a desorganização interna que, imediatamente, se instala, causada por uma informação desta. Assim, até hoje, com todos os estudos e as evidências da necessidade da Escuta Especial, ou das Salas de Depoimento Sem Dano, as Salas de D.S.D., continuamos encontrando profissionais referendados pela Justiça, que pensam possuir um "olhômetro" de alta precisão, e praticam a pré-histórica e traumática Acareação, tão usada nos fundos de delegacias quando há um psicopata negando um crime, praticada por pessoas

que se acreditam possuidoras de detectores de mentira. A Acareação de uma criança com seu suposto/denunciado abusador é uma violência sexual, uma revitimização, que tem sido cometida em pretensas perícias psicológicas.

A estimulação por carícias, manipulações, ou penetrações, estas muito menos frequentes, no entanto, mostrando um aumento de ocorrência que atribuo à crescente cultura da transgressão sem punição, e às novas coberturas judiciais deferidas a favor dos abusadores, esta estimulação rompe a infância e promove um desenvolvimento sexual precoce. A perversão da sexualidade infantilizada de um adulto abusador, imposta, precocemente, à criança, opera uma bifurcação em seu desenvolvimento: a hipossexualidade, e a hipersexualidade. Pelo teor traumático, para evitar a morte psíquica, são acionados mecanismos de defesa do ego que tentam minimizar a sexualidade brutal naquele momento. Negar, ou, ao contrário, banalizar e minimizar, são posturas psicológicas buscadas para a proteção da mente.

A hipossexualidade pode lançar mão de alterações corporais para excluir atrativos estéticos externos. A obesidade e a anorexia estariam nesta categoria. O objetivo por trás da deformação e feiura do corpo é obstruir a possibilidade do olhar de desejo do outro.

A hipersexualidade teria a função de banalizar, de esvaziar a importância sexual do terror do abuso. Os comportamentos de promiscuidade, a prostituição, e os comportamentos de predadores e predadoras sexuais, são exemplo deste mecanismo de defesa, que, por vezes traz em seu bojo a equivalência de vingança desejada e reprimida, então deslocada e generalizada para todos, homens e mulheres, praticada, indiscriminadamente, sem nenhuma culpa. É a descrença afetiva no outro, outra seqüela da vítima de abuso.

O corpo pode se tornar palco de sexualidade ou de não sexualidade, mas também pode se tornar arena de ataques de vingança, mais precisamente, de autovingança. É muito frequente que a negligência se faça neste corpo violado, afinal, ele não vale mais nada porque sujo. Para além da negligência expressa em várias formas, também os comportamentos de pequeno, médio e alto risco tem o corpo como alvo. Acidentes frequentes, e até a morte por suicídio voluntário ou “acidental”, são a expressão da tentativa de se livrar do corpo maldito, como é vivido. Às vezes, é preciso matar este corpo para se livrar da dor permanente insuportável que ele causa à mente.

O medo é uma característica em crianças e adolescentes abusados, e adultos sobreviventes do abuso incestuoso. Pela sensação de sujeira, pela culpa, pelo sistema de humilhação estabelecido, pela intimidação feita pelo

abusador, a vítima de abuso permanece neste ponto de estresse basal, acompanhado sempre pelo distúrbio da autoestima. A dúvida plantada em sua mente, por vários fatores decorrentes da falta de prova, sobre a veracidade do fato do abuso, se derrama por todas as áreas psíquicas, tornando-se a dúvida generalizada de todas as capacidades cognitivas e afetivas. Assim, crianças e adolescentes vítimas, e adultos sobreviventes, são inseguros. A vulnerabilidade infantil inicial se cristaliza, a dependência ao outro é intensa como na infância. A autonomia psicológica fica impedida de se desenvolver (IENCARELLI, 2013).

A imposição familiar, social, e hoje, judicial, de convívio com o abusador é responsável pela manutenção de todas as sequelas causadas pelo abuso. Assim, é banida a possibilidade de regeneração do tecido psíquico dilacerado pela continuidade da exposição à situação traumática nesta exigência equivocada de convívio. *É como se vítimas do holocausto tivessem que morar para sempre no campo de concentração em que foram torturadas.* O desânimo, a desesperança, são as únicas sensações na mente ressecada. E, acontece a desistência que tudo inunda (IENCARELLI, 2013).

“Meu pai frequentou minha cama desde que eu era pequena, não sei quantos anos eu tinha, parece que sempre. Nada adiantava. Casei duas vezes, não deu certo. Voltava. Depois que me separei, desisti, e deixava ele fazer o que quisesse com meu corpo, até dormia, e no outro dia via na minha vagina que ele tinha tido prazer sexual”. Mulher de 28 anos falando de sua desistência (IENCARELLI, 2013).

O medo de enlouquecer. Segredos de abuso, quando revelados após muitos anos, desencadeiam uma sequência no pacto da cisão que foi rompida com esta revelação. Sedimentada pelo tempo e pelo aprimoramento permanente desta ocultação, o abuso sexual intrafamiliar, a revelação tardia opera nova fenda na mente: a cena do abuso passa a ser apenas a sequência das palavras reveladoras, descoladas da emoção das cenas abusivas. Agora adulto, o sobrevivente do abuso se vê olhando um filme do que relata, e as palavras são repetidas e duvidadas da sua veracidade. Este é um fenômeno psíquico de graves consequências, pois resta como forte sensação de enlouquecimento. As palavras são vazias de emoção e as imagens fogem da mente e ficam muito difíceis de serem resgatadas. O resultado é que a emoção ressurgem em intensos ataques de apreensão, angústia, medo, agonia, desespero. Intensidade extrema e ausência total de algum mínimo sentido aparente. O vazio pleno da situação traumática do abuso reaparece nestas crises que se assemelham ao estado de pré-surto psicótico (IENCARELLI, 2013).

“O incrível é que os ataques de ansiedade que me invadem, aparecem quando acontecem coisas boas, vem um pânico horrível, com coisa ruim nunca tive”. Mulher de 51 anos, abusada pelo pai durante toda a infância, e que revelou para a mãe aos 12 anos, a mãe ouviu em silêncio e a levou para a psicóloga, mas nada mudou na casa que continuou mergulhada no silêncio do incesto (IENCARELLI, 2013).

Talvez as sequelas possam ser pensadas em sua dimensão devastadora como montando um sistema familiar incestuoso fechado, ao qual a criança não tem acesso. Impresso em seu âmago, cristalizado, este sistema fica no modo de funcionamento automático, ou seja, toda nova possibilidade de relação cai no circuito fechado do sistema incestuoso: prazer com gosto de pecado, fidelidade à transgressão (IENCARELLI, 2013).

Em acordo com os estudos de Iencarelli, (2013) este sistema familiar incestuoso que abriga e acoberta o crime do abuso sexual dentro da família, tem hoje um correlato praticado pela Justiça. Operadores, ávidos por ampliar sua atuação para dentro da família, legislando as velhas e novas relações interpessoais e amorosas, tem se precipitado em novas modas sentenciais, a Alienação Parental neste momento, o que tem patrocinado a mumificação de mães que buscam proteção para um filho ou filha abusado/abusada pelo pai, jogando o manto da Justiça sobre o abusador que muito tem se beneficiado. Assim o sistema incestuoso, apesar de toda precisão e força da letra da Lei, vem se tornando inimputável na prática. Estas são algumas consequências nocivas, negligenciadas por quase todos nós, desta tatuagem na alma de meninos e meninas, que se torna uma sombra social.

3 Metodologia

Este capítulo pretende informar sobre as diversas decisões a cerca da forma como este estudo foi realizado. Está dividido em seis seções que informam, respectivamente, sobre o tipo de estudo realizado, sobre o universo do estudo e processos de amostragem empreendidos, sobre os critérios de seleção de sujeitos que compõe a amostra. Na seqüência, informa-se sobre os processos de coleta de dados realizados e sua justificativa, sobre os procedimentos de tratamento dos dados coletado e, por fim, sobre as possíveis repercussões que as decisões sobre como realizar o estudo impuseram aos resultados assim obtidos.

Caminhos metodológicos utilizados

Atentando para a natureza do objeto investigado, esta pesquisa é de caráter qualitativo, pois apresenta características essenciais ao tema investigado, que exige uma atenção mais direcionada a violência doméstica interfere no contexto educacional do CEIFAR, o estudo tem caráter exploratório, o que permite ao pesquisador o conhecimento da realidade pesquisada, abrindo perspectivas “para a pesquisa foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2009, tendo como espaço Tancredo Neves, bairro populoso da periferia de Salvador. Os informantes da pesquisa foram cinco professores. Para a coleta de dados foram necessários pelo menos dois tipos de estratégias: a observação e a entrevista. Após o trabalho de coleta de dados, as entrevistas foram transcritas, e as informações por meio de repetidas leituras para confrontar com os princípios teóricos que nortearam a pesquisa.

3.1 Módulo I

A ideia inicial neste modulo será sensibilizar os aprendizes para o tema, que por ser muito impactante e por vezes paralisante, bloqueia a competência observadora e investigativa dos traumas. Ocorrendo muitas vezes de acordos imperceptíveis para não investigação ou cegueira do fenômeno.

Todo o processo de construção desta unidade pedagógica se baseia nas novas metodologias de ensino que preconizam um partilhamento responsável

com o aluno na construção de seu aprendizado. Desta forma, esse estudo será baseado em um projeto didático na possibilidade de despertar nos aprendizes a sensibilidade existente na sua competência humanística, para escutar as palavras não ditas por trás das ditas, a delicadeza pertinente a sua competência estudiosa para lidar com as dificuldades inerentes a situação, e a habilidade desenvolvida pela sua competência gestora para integrar conhecimentos no sentido de socorrer adequadamente seu paciente.

A apresentação de vídeos, por exemplo, poderá ser um recurso utilizado com frequência, pois permite que a realidade seja observada no outro, o que de alguma forma protege o egresso de identificações prematuras e desnecessárias. A identificação precoce pode levar ao bloqueio cognitivo.

A leitura de textos será feita com a turma dividida em grupos de quatro, para que os grupos pudessem discutir os textos entre si e depois apresentar em plenária seus comentários e principalmente suas impressões.

A ideia principal da metodologia ativa e que os alunos experimentando as emoções despertadas pelo texto possam ter a oportunidade de elaborar seus sentimentos tornando-se apto a uma escuta diferenciada e mais efetiva.

Será sugerida a leitura de textos, com posterior discussão em pequenos grupos usando a técnica dos cochichos.

Utilizaremos ainda a técnica das perguntas que geram novas perguntas, no sentido de provocá-los para uma atitude de constante indagação e reflexão. As respostas serão objeto de esclarecimentos e abertura para novas questões.

1. O que se entende por “Alienação Parental”?
2. Quais os mecanismos apontados na performance do vitimado e do seu em torno ?
3. Como as situações de violência e abuso podem influenciar no aprendizado?
4. Quais as formas de arranjo identificadas no texto que poderiam dificultar as investigações dos fenômenos?
5. Como fica a dinâmica mental do vitimado?

A avaliação deste módulo será feita de forma direta através dos relatórios apresentados ao final de cada encontro e indireta pela observação das participações e interesse demonstrado em relação não especificamente ao tema mas a apresentação de novas formas de pensar questões antigas.

A ideia é que para cada pergunta respondida por um grupo, surjam outras perguntas no grande grupo, que ficando sem resposta, gerem outras reflexões.

A passagem do módulo 1 para o módulo 2 deverá se fazer de forma natural, uma vez que o aluno já estará mobilizado e reflexivo em relação ao tema apresentado.

3.2 Módulo II

Este módulo constará de acompanhamento no ambulatório ou em instituições especializadas se conseguir convenio, ou mesmo no próprio ambulatório de pediatria ou de clínica médica, seriam acompanhados em entrevistas supervisionadas dos casos apresentados, com discussão em grupos, após as entrevistas, de 10 a 12 aprendizes em que seriam corrigidos e ou apontados temas relevantes quando a dificuldade for dificuldade de aprendizado, maus tratos, e ou abuso sexual. Estes casos quando detectados poderão ser encaminhados para este seguimento. Aonde receberam esta atenção que queremos que o aprendiz enfrente, acompanhado e supervisionado.

Os casos seriam apresentados pelo aprendiz que entrevistou o paciente por escrito, nenhuma gravação deveria ser permitida afim de manter o sigilo profissional sobre as intimidades do paciente e do entrevistador que apresentara primeiro o caso para seu tutor, que então levaria ao grupo de aprendizes para que a experiência seja partilhada discutida e aproveitada ao máximo. Uma segunda entrevista será marcada depois desta reunião de grupo para dar uma orientação ao paciente e para termos chance de observarmos a performance do aprendiz.

Os grupos terão orientação de Grupos de Reflexão, não deverão ser usadas técnicas interpretativas de cunho pessoal, para não expor o aprendiz-apresentador e outros participantes do grupo. As técnicas para coordenar estes grupos deveram obedecer os critérios dos grupos descritos por Michel Balint, "como reunião uni ou multiprofissional destinada a diagnosticar e elaborar tensões irracionais que perturbam a tarefa assistencial de seu(s) executor(es), pervertendo ou impedindo a sua realização de forma eficaz e adequada" (experiência já vivida pelo autor com grande sucesso por 11 anos na Escola de pós graduação médica da PUC na cadeira de ginecologia psicossomática) ou os de Alejo Dellarossa no seu livro " Grupos de reflexao " .

As discussões na medida do possível deverão ser de esclarecimento do caso, tentando corrigir os desmandos das entrevistas de forma que registrem essas experiências. Poderão ser solicitados um relatório da cada aprendiz após a experiência de meses que poderiam contemplar o que aprenderam e também a avaliação da tutoragem desta unidade pedagógica.

Neste módulo, assim como, no anterior as avaliações se farão de forma direta e indireta, considerando o interesse, a postura e o posicionamento do egresso em relação aos temas apresentados.

4 Resultados

Esta tentativa de dar conhecimento aos aprendizes de tais fatos por meio de aulas ativas, já seriam um começo do treinamento para resolver problemas na prática clínica. Estariam concomitantemente produzindo um interesse ativo, nos próprios aprendizes, por queixas deste tipo. Sensibilizando-os para as dificuldades de aprendizado e interesses dos próprios aprendizes, como ganho secundário do processo de aprendizado dos aprendizes. Por um processo natural de identificação assistida, eles poderiam ter contacto com informações das próprias dificuldades, e buscar um caminho para encontrar, soluções para si próprios.

Por semelhanças e identificações alguns aprendizes poderão, indiretamente, se beneficiarem com estes atendimentos, percebendo que tem saídas e soluções para alguns dos seus problemas.

Como egressos terão um desafio constante. Dificuldades, e situações inusitadas que diante de cada caso terão que enfrentar. No entanto a descoberta destas dificuldades só acontecerá se eles estiverem preparados e com um significativo nível de compassividade, caso contrário, podem ficar bloqueados diante do impacto e deixar de se conectar com o sofrimento de seu paciente.

A capacidade de se identificar sem ficar aprisionado ao espanto e desenvolver a capacidade de procurar soluções ativas diante do não saber, os colocará no compasso adequado, para identificar soluções ou encontrar caminhos para encaminha-las.

Um dos aspectos mais importantes do aprendizado realizado através destas aulas, é criar nos aprendizes coragem para investigação. Tendo em vista que os temas são altamente mobilizantes e traumáticos para qualquer ser humano, haveria uma certa resistência inicial de aborda-los, deixando de lado aspectos importante do problema apresentado pelo paciente, fugindo portanto dos sofrimentos originais que possam estarem causando as dificuldades de aprendizado atuais.

Estamos chegando, cada vez mais perto, dos momentos em que a medicina do futuro se voltará para cada pessoa, o desenvolvimento de tecnologias, como a de estudos genéticos para se saber qual o melhor

medicamento para aquela pessoa, que já está no mercado, desenvolverão tratamentos específicos, singulares e os métodos diagnósticos baseados nas narrativas pessoais, se tornarão imperiosos e muito importante.

Considerando que a singularidade da medicina vai nos levar para um gasto de tempo nas observações específicas de cada paciente, o treinamento de investigar com mais profundidade um discurso anamnético, ampliar a capacidade de escuta e aumentar a empatia com o sofrimento poderão ajudar muito o desenvolvimento dessas competências humanísticas.

Neste quesito vejo conexões com todos os módulos do curso médico, em qualquer especialidade serão necessários um treinamento eficaz da escuta e seleção dos dados importantes para confecção de diagnóstico e tratamentos de qualquer especialidade.

Nestas circunstâncias o egresso deverá, afastando-se, dos tratamentos mais adequados para a problemática trazida pelo paciente, buscar mais profundamente, por mais distantes que sejam situações vivenciais, que devem ser abordadas e ou investigadas, direta ou indiretamente, quando a queixa for déficit de aprendizado.

Para que este conhecimento e aproximação do tema tenha êxito, será necessária uma aproximação entre o conhecimento do desenvolvimento psicológico infantil normal (apreendido no módulo 1 relações materno infantil precoces) e o patológico, na área específica de trauma psicológico, na infância, maus tratos e violências cometidas com crianças e suas consequências no desenvolvimento cognitivo. (com as aulas conquistadas neste seguimento aqui preparado, mais a frente)

A necessidade de desenvolver, nos aprendizes de medicina, a capacidade de observar, colher dados anamnéticos que permitam compreender sem violentar os já violentados e se possível intervir para encaminhamentos para especialistas, dos seus futuros pacientes.

Aprofundar a formulação ativa de aprender, desenvolvendo cada vez mais, suas formas de atuarem no contexto social, e muitas vezes, até os espaços políticos e em que vivem, promovendo soluções seja dentro de instituições ou na clínica privada para tratamentos de tais questões.

As queixas de violências com crianças e histórias de abuso, mesmo em adultos, é na maioria das vezes relegada por quem está atendendo o paciente. Por vários motivos, como por exemplo:

1. O estado de choque em que ficam os entrevistadores quando recebem as queixas, tentando reprimi-las dando menos valor do que às queixas somáticas do seu então paciente.
2. No primeiro momento as defesas de negação do entrevistador por ficar mobilizado pelos desastres e o impacto dos sofrimentos, tendem a não considerá-los, daí a importância de prepara-los para ouvirem histórias dos transtornos da alma profunda dos seus pacientes, com o máximo de isenção possível, mas sem se desligar das ocorrências relatadas e dar a elas os devidos destinos e importância para correlacioná-las com os sintomas de apresentação sejam eles psicossomáticos ou déficit cognitivos.
3. A dificuldade de entrar em contato com os conteúdos das informações pode colocar o profissional em pânico ou tão impactado que pode passar despercebidos dados de rotina que dificultem conseguir proceder até as investigações de rotina num atendimento, deixando de perceber as questões clínicas de maneira inteiras embora tenha uma rotina de anamnese para seguir, passam assim despercebidos sintomas de importância para a análise final do caso em pauta. Somente um treinamento técnico supervisionado poderá ajudar esses egressos a desenvolver mais tranquilidade nos atendimentos que tem queixas ou insinuações de abuso ou violência infantil.
4. Existe ainda um grande risco de o aprendiz inicialmente, estando contratransferido, funcionar na entrevista de uma maneira agressiva ou mesmo tentando se livrar daquele atendimento. Para evitar este constrangimento, ele deverá no segundo ciclo ser acompanhado nesses atendimentos junto a pediatria com discussões em grupo das suas dificuldades. Estas reuniões de grupo de discussão deverão contemplar no estilo supervisão de caso clínico as dificuldades apresentadas pelo egresso sejam de cunho técnico sejam provenientes de dificuldades relacionais. Deverão ser conduzidas por profissional que seja da área da saúde mental que tenha formação em psicoterapia de grupo, e esteja acostumado a trabalhar com grupos operativos e ou psicoterapêuticos para não deixar o grupo invadir a vida do egresso que trará as dificuldades pessoais ou técnicas com o caso.

Ajudar a ser cuidadoso no lidar com a questão da violência, e não ser “violento” com o aprendiz cuidando para não o expor muito, nas suas

contransferências. Não deixar que isto invada sua dinâmica pessoal e se for necessário atende-lo singular e particularmente.(mais adiante explicaremos as técnicas como funcionam as técnicas neste tipo de grupo).

Por não se sentirem da área de saúde mental poderão não dar importância as queixas de dificuldades cognitivas ,mas por trás disso podem estar os maus tratos e as marcas que ficaram destes eventos.Como doenças psicossomáticas repetitivas sem substrato anatomopatológicos mas, com alterações funcionais significativas e sofredoras para seus pacientes desde a tenra infância ate os dias atuais do atendimento.

Explica-se por estes motivos, a necessidade de certa desconstrução de conceitos e formas de sentir que permitam uma não paralisação do curso do pensamento e a não exclusão dos sentimentos do entrevistador.

A importância das entrevistas monitoradas e supervisionadas que se realizariam no modulo 2 teriam por base a máxima hipocrática do “primum non nocere”(antes de tudo, não cause dano).

Este desenvolvimento estará vinculado as áreas ligadas ao seguimento “atenção materno infantil” relações precoces ,que já teriam entrado em contato no ciclo 1 do curso de formação medica(conforme já citamos acima)

Desta forma o aprendiz a partir de um conhecimento básico do desenvolvimento normal, poderá identificar com mais facilidade o grau de patologia apresentado. Produzindo um conhecimento prévio básico para a instalação do contato com os casos de violência infantil, nos seus mais variados aspectos.

Identificar e conhecer a violência contra a criança é tarefa difícil, se os alunos não estiverem aptos a proceder uma anamnese diferenciada, que privilegie a atenção e contemple a sensibilidade singular do entrevistador.

As situações de violências podem não estar explícitas, e podem chegar ao consultório disfarçado em sinais e sintomas. Estas queixas podem ser psicossomáticas, de transtornos de conduta, ou de funcionamentos afetivos, ou de déficits cognitivos ou dificuldades de aprendizagem.

Portanto somente um consistente conhecimento do desenvolvimento normal pode conduzir a identificação das modulações das questões trazidas.

“Em relação à subjetividade do indivíduo, uma prática em expansão, com grande sustentação acadêmica, é a narrativa em Medicina” (KOTTOW, 2002 apud ARANHA, 2011). Como narrativa define-se a forma linguística caracterizada por: uma sequência finita e longitudinal do tempo; a suposição da existência de um narrador e de um ouvinte; a preocupação com a troca dos

sentimentos entre os indivíduos envolvidos; o engajamento do ouvinte e o convite a uma interpretação (GROSSMAN e CARDOSO, 2006 apud ARANHA, 2011). Da singularidade Proposta para uma Graduação Médica Contemporânea 26 de cada narrativa depreende-se a singularidade de cada caso, o que exige competência profissional e preparo voltado para a compreensão da linguagem simbólica e do significado das histórias.”(ARANHA, 2011).

Ora algum tipo de linguagem simbólica subjacente por traz do discurso deveria ser aprendida ou pelo menos levar os aprendizes a desconfiar que seus pacientes possam estar falando de alguma coisa além da queixa de dor física somente, que para singularidade destes pacientes pode estar se expressando de uma maneira indireta e simbólica um sofrimento muito mais profundo de suas almas que requerem ajuda e poderão muitas vezes ser curados. A linguagem simbólica do significado das histórias deverá contemplar uma escuta do discurso por traz do discurso. O que as histórias trazem por baixo das queixas mais evidentes e que falam de um sentimento profundo da alma dessas pessoas.

O desenvolvimento da habilidade de escuta, assim como a capacidade de encontrar a adequada forma de intervir, serão alguns dos propósitos a serem treinados para que os egressos se tornem capazes não apenas de identificar dificuldades, mas principalmente de conduzir acompanhamentos terapêuticos eficazes.

A importância destas expertises tem haver com os constantes desvios encontrados no tratamento dos transtornos de aprendizagem observados na infância.

A incapacidade de isolar a questão das consequências da violência contra crianças, como contribuinte efetivo para o prejuízo das capacidades cognitivas, tem conduzido muitos profissionais a equívocos terapêuticos com grandes prejuízos para o desenvolvimento das crianças e para a orientação de seus familiares.

Uma criança tratada por dificuldade de aprendizagem que na verdade estiver expressando esta dificuldade como sinal de uma vivência de violência a que tenha sido exposta, pode desenvolver um impasse psico afetivo ainda muito mais importante que um déficit cognitivo, ou ainda desenvolver um problema psicológico muito mais incapacitante do que qualquer problema de aprendizagem pode significar.

Assim destacamos a importância de habilitar estes egressos de forma mais ampla, buscando ainda a maior granularidade possível, para permitirem uma abrangência cada mais próxima da efetiva para cada caso.

É fundamental também diferenciar os graus de anormalidade observados, confrontando-os com as patologias orgânicas como, por exemplo, oligofrenias, paralisias cerebrais, comprometimentos orgânicos com reflexos cerebrais e conseqüentemente, os diversos tipos de retardos mentais.

Objetivos gerais da proposta

4.1 Módulo I

Inicialmente entrar em contato teórico com o fenômeno do atraso cognitivo causados por violências infantis que “tatuam” as crianças para sempre e levando a quadros clínicos psicossomáticos e de atrasos e ou paralisações no desenvolvimento emocional e intelectual desses jovens que aparecem para que o médico tenha que resolver.

Seja a nível das consultas em atendimentos individuais ou como agentes de saúde em serviços e ou cargos administrativos como provedores de saúde ou ate como políticos futuros que teriam em sua bagagem como aprendizes toda um conjunto de informações que comporiam a sua formação medica e pessoal .

Tomar conhecimento do fenômeno e começar a acreditar nos prejuízos causados por tais abusos ou violências e suas dificuldades de investigação.

Inicialmente poderia ser lido num primeiro modulo o trabalho da revista do NUPE, em grupo para um primeiro contato.

Para observação dos alunos e do comportamento deles ,seria apresentado um caso clinico de abuso e ou maus tratos que será escolhido do youtube ou outro sites, ou mesmo apresentado através de caso escrito e montado pelo tutor para ser trabalhado com discussões em pequenos grupos ,entre eles e em seguida discutidos em grupo maior, numa plenária.

Este primeiro contato já devera deixar uma apreensão em alguns e o desejo de não quererem entrar em contato com estas maldades humanas, mas poderá ser usado como uma primeira mobilização aos jovens aprendizes, para tais fatos e realidades que incomodam a todos nos e que não gostamos de assistir acontecer.

Dinamicamente já estariam sendo dados os inícios das avaliações concomitantes e pessoais dos que se mobilizam mais ou menos com o tema e com as dificuldades de lidar com estas situações.

O tutor começa de inicio a verificar o interesse ou desinteresse tanto em grupo quanto individualmente de cada aprendiz, que terá um reencontro no

segundo ciclo, onde terá oportunidade de observar de forma mais singular os aprendizes em pequenos grupos ou até individualmente.

Obviamente haverá variações de humor de vários aprendizes, alguns ignorarão, e poderão atacar este sistema, reprimindo o conhecimento e até poderão não querer assistir as próximas aulas.

O tutor deverá ter o cuidado de levar inicialmente casos mais leves, deixando os mais chocantes para uma etapa posterior, em que os aprendizes já estejam mais familiarizados com os temas. Os casos deverão ter dificuldades crescente e mais chocante à medida que as aulas forem se desenvolvendo. (dependendo do acolhimento do grupo de aprendizes).

Precisamos dissensibilizar os egressos para ouvir as desgraças sem se chocarem muito e poderem continuar processando a parte especulativa para firmar os diagnósticos e as soluções. Vencerem as resistências à escutarem as histórias, às vezes muito tristes que acompanham estes pacientes.

Como inicialmente a apresentação será de filmes ou declarações gravadas ou material de comentários deverão ser mais leves, e um pouco distante do fenômeno em si do exame não vivo e a cores como numa entrevista viva que terão no ciclo II, aí já dirigidos e monitorados como veremos a seguir.

4.2 Modulo II

As técnicas de entrevista e acompanhamento serão desenvolvidas em paralelo com encontros grupais dinâmicos de sensibilização em pequenos grupos 10 ou 12 alunos.

Estas sensibilizações têm por objetivo habilitar o egresso a identificar o texto por debaixo do texto. Que significa a observação do que não é dito atrás do que é dito. Este aprendizado só poderá ser desenvolvido com supervisões constantes por um curto período em que este tema terá para preencher o curriculum dos aprendizes.

Conseguir desenvolver uma escuta diferenciada da anamnese comum, que sinalize para os ruídos de um transtorno psíquico por baixo das queixas somáticas, comportamentais ou de dificuldades de aprendizagem relatadas.

Procurar entender e reconhecer com questionamentos diretos e indiretos nas entrevistas, as mensagens subliminares que o paciente fornece, identificando as violências mesmo que muito escondidas na vida mental deles.

Tentar identificar como e quando os bloqueios cognitivos aconteceram, e o que estava ocorrendo no ambiente familiar da criança.

Muitas vezes o ambiente familiar estava muito conturbado ou até já era adverso e favorável as situações de maus tratos ou abusos e seria importante saber em que circunstâncias ocorreram, mas sem deixar um grande sofrimento para o consultado. Ou saber esperar o momento do traumatizado de conseguir vencer suas descrenças que não será ajudado.

O abusado faz um pacto de silêncio com o abusador inconsciente e passa a acreditar que jamais falara sobre “aquilo”, com nenhuma pessoa, mas é, no fulgor da transferência idealizada do atendimento com um médico, que muitas vezes, se sente confiante para abrir estas questões. Portanto, outro fator a ser desenvolvido nos aprendizes: **DESPERTAREM A CONFIANÇA NAS CONSULTAS**, tentando uma aproximação amigável, e confiante com uma pessoa que está sofrendo em silêncio e externando este sofrimento por outras vias como dificuldade cognitiva, queixas psicossomáticas variadas, alterações de condutas e outras.

De que maneira os traumas causados por estas ocorrências poderiam ter “tatuado a alma dessas crianças” (IENCARELLI, 2013).

As experiências familiares que muitas vezes são pouco significativas para os adultos, podem significar verdadeiras rupturas para as crianças em formação. Portanto conhecer um pouco da história psicológica e social familiar de uma criança é fundamental para compreender as reações patológicas dela.

Conhecer a importância, para aquele paciente, do momento em que a violência iniciou sua influência sobre o estado de saúde do paciente levando a distúrbios psicossomáticos e ou cognitivos e afetivos na sua relação com o seu em torno.

Finalmente saber como orientar um caso clínico nestas circunstâncias, desenvolver habilidades de investigação clínica para que se possa socorrer o paciente se possível em tempo hábil a uma recuperação e tratamento adequados. E talvez recuperar suas expertises, cognitivas para o aprendizado. Desenvolver a capacidade comunicadora de forma a não traumatizar mais ainda o paciente ou a família e encontrar a oportunidade de fazer uma indicação que seja conduzida com sucesso.

OBJETIVO

Desenvolver as competências:

1) comunicadora (como abordar situações delicadas na anamnese que a família ou o paciente às vezes precisa ou quer esconder e não aparece claramente na entrevista).

2)técnica (saber diferenciar quando trata-se de um caso recuperável ou não e como encaminha-los).

3)observacional de si mesmo e promotora(conseguir desenvolver sensibilidade para desconfiar num atendimento clinico comum ate as vezes sem queixa de grandes retardos cognitivos , que algo não vai bem entre cognição – afeto e aprendizado e promover o inicio de uma investigação)

4)Aumentar o autoconhecimento das dificuldades e em que pontos da anamnese o aprendiz tem mais resistências a investigar com isenção

5) Avaliar o quanto as sensibilidades a tais casos levaram ao aumento da escuta e da auto confiança ,tão necessária para infundir no paciente um discurso mais livre e espontâneo e o quanto aprenderam das interpretações simbólicas das historias vividas.

MODULO 1

Poderá se processar iniciando um contacto com os aprendizes, observando os que se interessam e os que resistem, e os que não se interessam pelo tema, este primeiro contacto devera ser o mais suave possível, para não desenvolver resistências e sim desenvolver curiosidade e compassividade neles.

Através da performance de cada aprendiz poderemos iniciar um mapeamento dos que poderão auxiliar os grupos no futuro segundo modulo .

Poderemos usar os critérios de identificar usando uma escala de 0 a 5:

Os mais compassivos

Os mais colaborativos

Os mais resistentes

Os que processam uma negação profunda do tema

Os que procuram uma resolução só racional e intelectual do tema buscando vídeos e ou textos explicativos

Os que desejam trabalhar, mas não conseguem.

Os que trazem bloqueios totais ou parciais para escuta simbólica.

Os que se mantém só ou mais ou menos nas competências só técnicas

Os que têm dificuldade de fazer uma escuta pessoal.

Os que rejeitam totalmente o tema.

Estas avaliações deveram ser guardadas para um posterior confronto com as avaliações do segundo modulo, e a verificação da evolução pessoal e de conhecimento técnico de cada aprendiz. Estas avaliações por serem de cunho pessoal e subjetivamente observável poderiam ser usadas para avaliação objetiva do aprendiz enquanto egresso posteriormente.

Com a finalidade de não ficar só no plano subjetivo as avaliações poderão ser feitas por um questionário ou prova em que o aluno tivesse que responder questões ligadas ao tema e as vivências que experimentou, tanto nas aulas quanto nos estudos do blog ou do livro da Dra Ana Maria Iencarelli.

Modelo de prova

- 1- Quais as dificuldades que você encontrou para enfrentar esses estudos?
- 2- Como você abordaria um caso de dificuldade de aprendizado?
- 3- Como você correlacionaria dificuldade de aprendizado com maus tratos?
- 4- Você acha que ocorrências da infância podem ter reflexos no futuro das pessoas, como você imagina que isto possa ocorrer?
- 5- Cite três tipos de camuflagem que as pessoas que sofreram maus tratos usam para deslocarem os sentimentos ruins que as molestaram?

Modulo II

Os aprendizes deveriam ser acompanhados, nos treinamentos ambulatoriais, principalmente na disciplina de pediatria, sempre que o orientador vir a necessidade de um atendimento especial ou até mesmo no atendimento de rotina tentar detectar, quando a queixa couber atraso no aprendizado ou qualquer outro sentimento de estranheza no atendimento, uma avaliação mais detalhada e profunda das situações apresentadas e já sensibilizadas no primeiro módulo.

Para tanto seriam considerados um profissional no ambulatório junto ao pediatra que pudesse explorar estas questões, como um psiquiatra infantil ou psicólogo que trabalhe com criança, e que tenha experiência com grupos institucionais ou no estilo de discussão de caso clínico como os modelos de grupos Balint, que tivesse experiência nestes temas. Este seria o tutor dos dois módulos para não variar o observador, já que são observações singulares e obedecem a critérios inicialmente subjetivos.

Os mesmos itens que usamos para observar no módulo I deverão ser agora considerados, portanto dois anos após.

Deveriam ser apresentados relatórios no final do módulo II da experiência vivida, e concomitante avaliação desta unidade pedagógica por parte dos aprendizes. Os tutores deste módulo seriam avaliados aí, no final.

As mesmas questões que foram apresentadas nas provas do módulo I serão feitas no módulo II e com isto teremos uma avaliação também objetiva do que foi engrandecido e absorvido no aprendizado dos aprendizes como também como suas questões evoluíram em dois anos de curso do módulo I para o módulo II.

Exemplo:

1. Quais as suas dificuldades para atender um caso de abuso ou maus tratos ou dificuldade no aprendizado?
2. Quais os cuidados que você deveria ter na anamnese de um caso que apresentasse como queixa dificuldade no aprendizado e maus tratos?
3. Quais as relações que você estabelece entre maus tratos, abuso e dificuldade no aprendizado?
4. O que você entende por pessoas “tatuadas” na alma e seus reflexos na vida?
5. Cite 3 arranjos que os abusados fazem para camuflarem seus sofrimentos e que não aparecem nas entrevistas de anamnese?

As respostas como pode ser observado serão praticamente um depoimento do que concluíram desta unidade pedagógica tanto no modulo I como no modulo II, o que permitira uma avaliação bastante razoável da evolução do aprendiz.

Poderá também de forma indireta contemplar, uma avaliação do tutor, mas para ficar mais claro pode-se propor uma avaliação critica direta do tutor e da unidade pedagógica em cada modulo através de resposta direta em questionário a parte.

5 Conclusão

Á guisa de conclusão, retomamos a pergunta que suscitou o desenvolvimento deste trabalho, a saber, qual a influência entre o impacto da violência contra crianças e a dificuldade do aprendizado?

Esta pesquisa nos adverte para o fato de que a violência, de forma geral, faz parte da realidade dessas crianças, seja por meio da televisão ou no seio familiar, em que as violências física e psicológica são as mais frequentes, geralmente atreladas às questões disciplinadoras e educativas. Dessa forma, essas ações não são vistas como violência por esses pais, mas sim como formas de educar.

Embora a ação do professor seja no intuito de ajudar os seus alunos a superar as consequências decorrentes da violência doméstica, ele não está preparado para lidar com a complexidade da situação. Percebemos que há um esforço, individual e coletivo, para ajudá-los em sua formação pessoal e intelectual, mas é preciso que se articulem ações das áreas da Educação, Justiça e Saúde na elaboração de propostas de intervenções que atuem nas causas dessa violência, e não apenas nas consequências, fortalecendo, assim, a capacidade de todos na prevenção e combate a qualquer forma de abuso contra a infância e a adolescência.

Este estudo apontou que as crianças consideradas agressivas não mais causam espanto aos professores. Se antes esses alunos eram considerados rebeldes e violentos, hoje eles são histórias. É importante salientar, porém, que não devemos nos acomodar diante dessa constatação, mas sim atentarmos para o tratamento que estamos dispensando às nossas crianças e adolescentes, submetidos a situações diversas e adversas.

Esta unidade pedagógica vem contemplar muitos dos objetivos do curso de graduação em Medicina no modelo da PUC-RIO, sem dúvida uma pequena parcela prática do ponto de vista técnico, mas inesquecível para os participantes devido a mobilizações de afetos e compassividades com as dores humanas.

Os objetivos da graduação em Medicina da PUC-Rio, segundo Aranha (2011) seriam resumidos:

1 Objetivos

Os objetivos do curso de graduação em Medicina da PUC-Rio podem ser assim resumidos:

- Formar médicos de excelência, segundo os princípios da preservação da saúde, da singularidade, da corresponsabilidade e do uso racional de tecnologia;
- Formar médicos contemporâneos, com capacidade de se adaptar aos avanços tecnológicos e às particularidades de seu campo de atuação;
- Formar médicos com pensamento global, capazes de manter uma visão panorâmica da medicina, tanto do ponto de vista histórico quanto espacial;
- Formar médicos com compromisso social, conscientes de seu papel na defesa da saúde tanto dos indivíduos quanto das populações, sob seus cuidados e como um todo;
- Gerar impacto no sistema de saúde, ampliando a assistência e incrementando a promoção da saúde para a população da comunidade local, contribuindo para seu desenvolvimento sustentável;
- Integrar de fato ensino, pesquisa, extensão e os serviços de saúde (assistência), constituindo um ambiente propício para a geração e aplicação de conhecimento, assim como para o desenvolvimento e qualificação de forma continuada dos profissionais e gestores da rede de saúde conveniada.

A busca de preservação da saúde quando tentamos ampliar os horizontes dos aprendizes para questões mais profundas e singulares do atendimento, trazendo-os para a racionalidade técnica não paralizante diante da miséria humana, quadro que os egressos terão que estar atendendo todo tempo na sua prática diária.

A contemporaneidade apresentada por Aranha, de os atendimentos futuros apontam para uma singularidade farmacológica, genética e pessoal, inclui que estes profissionais terão que conhecer muito mais as pessoas que tratam do que tão somente cuidar de estarem atualizados com a tecnologia.

O estudo apresentado contempla uma visão mais global do atendimento, e da pessoa tentando integrar o ponto de vista histórico do indivíduo quanto a situação espacial onde habitam e vivem, comparados com contextos gerais diferentes, onde as possibilidades de saúde possam ser mais promissoras.

O presente estudo tenta despertar nos aprendizes um compromisso social, compartilhado quando para estudar estes casos tem que saber mais sobre as circunstâncias em que o paciente vive, circunstâncias familiares, sociais, políticas e econômicas dentro das histórias destas pessoas.

Poderá pela própria forma de atender o seu paciente já gerar impacto no sistema em que esteja funcionando, e se tiver acesso a políticas públicas poderá gerar ampliação desta assistência para as populações que esteja envolvido. Sem dúvida será uma pessoa minimamente engajada na resolução da dor humana.

Se com acesso a lideranças de qualquer tipo puderem influenciar os sistemas a seu em torno, estando sensibilizados por estas introduções de abordagem do ser humano que nos habita terão compassividade e poderão funcionar como fatores multiplicadores desta visão mais inteira do atendimento ao próximo.

A forma como foram “tatuados” pelo empenho em receber a dor do outro vai marca-los para sempre mesmo que não deem muita atenção ao projeto apresentado. A mobilização, acompanhada no trinamento do segundo módulo acreditamos darão coragem para entabular uma investigação mais ousada no futuro como egressos.

A possibilidade de não paralizarem o curso dos seu pensar ,para que possam ter acesso a parte técnica do exame,ao mesmo tempo que então consigam ser compassivos com o sofrimento sem se distanciar destes ,ampliariam a capacidade de usarem suas competências técnicas em situações de sofrimentos extremos e impactantes como muitas vezes o egresso tem diante de si.

A gratidão por ter sido em algum momento da sua formação médica ter tido alguém junto em horas emocionalmente difíceis e impactante para eles, poderá deixar um rastro nas suas mentes de estarem acompanhados em momentos difíceis da sua prática clínica .

Sem dúvida pelos menos eles enquanto egressos não terão dificuldades maiores de usar suas partes cognitivas mesmo impactados pela dor extrema de sofrimento que tenham que enfrentar. Isto é que se espera do médico quando consultado que consiga ouvir com atenção e sofrimento mas sem se desligar de tudo que conhece ou possa vir a conhecer para resolver a pessoa que se apresenta como caso nestes momentos da consulta.

6 Bibliografia

ARANHA, Renata N., et al: **Proposta para uma Graduação Médica Contemporânea: Modelo MedPuc**, RJ, 2011

AZEVEDO M. A; GUERRA V. N., **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989.

BEE, Helen. **A Criança em Desenvolvimento**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOULT, J., ***The Evidentiary Admissibility of Parental Alienation Syndrome***, Science, Law and Policy, 2006.

IENCARELLI, A. M. B., **Abuso Sexual: Uma Tatuagem Na Alma De Meninos E Meninas**, Editora: ZAGODONI, 2013.

JOSÉ, E. da A., COELHO, M.T., **Problemas de aprendizagem**. 12.ed. São Paulo: Ática, 2006.

MAHONEY, A. A.; ALMEIDA, L. R. de. **Afetividade e Processo Ensino-Aprendizagem**: Contribuições de Henri Wallon. *Psicologia da educação*, v. 20, p. 11-30, 2005. ISSN 1414-6975.

NEPOMUCENO, Valéria. **O mau-trato infantil e o Estatuto da Criança e do Adolescente: os caminhos da prevenção, da proteção e da responsabilização**. In: SILVA, Lygia Maria Pereira. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Recife: EDUPE, 2002. p. 139-180.

PAYUETA, Barea; VACCARO, Sônia, ***El Pretendido Síndrome de Alienación Parental***, Editoria Desclée de Brouwer, 2009, p. 168.

POPPOVIC, Ana Maria (Coord.). **Pensamento e Linguagem**: programa de aperfeiçoamento para professores da 1ª série. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1980.

RICHARD GARDNER, *True and False Accusations of Child Sex Abuse*, Creative Therapeutics, 1992.

SILVA, C. G. S da; **A Violência Doméstica e sua Influência na Aprendizagem:** Um Estudo Exploratório no Centro de Integração Familiar (CEIFAR), Revista TARRAFA, disponível em: <http://www.uneb.br/tarrafa/files/2012/10/A-viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica-E-sua-influ%C3%Aancia-na-aprendizagem.pdf> Acesso em: 06 de outubro de 2015.