

## A NEURODIVERSIDADE E A APRENDIZAGEM, EXPERIÊNCIAS DA PSICOLOGIA ITINERANTE NAS ESCOLAS DA CIDADE DE NAMPULA

**Rosário Martinho Sunde<sup>1</sup>**

Universidade Rovuma – UniRovuma, Moçambique

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5906-3856>

E-MAIL: [rsunde@unirovuma.ac.mz](mailto:rsunde@unirovuma.ac.mz)

### RESUMO

O artigo partilha experiências de práticas de psicologia itinerante em escolas da cidade de Nampula, num projeto *Caravana de Psicologia nas Escolas* do Grupo de Pesquisa Saúde Mental Qualidade de Vida (GPSMQV) vinculado ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Rovuma, Moçambique. É um estudo de caso baseado na abordagem qualitativa desenvolvido em cinco escolas (duas do ensino básico e três do ensino médio). Nessas, foram proferidas palestras, oficinas psicopedagógicas, sessões de escuta ativa, avaliação psicológica, psicodiagnóstico e acompanhamento psicológico. Nesse exercício, identificou-se a prevalência de TDAH (42%); Transtorno de ansiedade por separação (31%); uso de substâncias psicoativas (14%); TOD (5%); dificuldades de aprendizagem (4%); TEA (2%); TOC (1%) e transtornos mentais múltiplos (1%) dos casos atendidos. Da constatação, percebeu-se a necessidade de serviços de apoio psicológico, a elaboração e implementação de projetos de promoção de saúde mental e fortalecimento em campanhas de formação continua aos professores sobre a saúde mental na comunidade escolar.

**Palavras-chave:** Neurodiversidade; Aprendizagem; Psicologia itinerante; Escola.

### ABSTRACT

This article shares experiences from itinerant psychology practices in schools in the city of Nampula, within the "Psychology Caravan in Schools" project of the Mental Health and Quality of Life Research Group (GPSMQV), linked to the Department of Psychology at the Faculty of Education and Psychology of Rovuma University, Mozambique. It is a case study based on a qualitative approach, developed in five schools (two primary and three secondary schools). In these schools, lectures, psycho-pedagogical workshops, active listening sessions, psychological assessments, psychodiagnosis, and psychological follow-up were conducted. This exercise identified the prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (42%); Separation Anxiety Disorder (31%); substance use (14%); Oppositional Defiant Disorder (5%);

---

<sup>1</sup> Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Brasil, Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Rovuma (UniRovuma, Nampula-Moçambique), ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5906-3856>, E-MAIL: [rsunde@unirovuma.ac.mz](mailto:rsunde@unirovuma.ac.mz)

learning difficulties (4%); ASD (2%); Obsessive-Compulsive Disorder (1%); and multiple mental disorders (1%) among the cases attended. From this observation, the need for psychological support services, the development and implementation of projects to promote mental health, and the strengthening of ongoing training campaigns for teachers on mental health in the school community became apparent.

**Keywords:** Neurodiversity; Learning; Itinerant psychology; School.

## **RESUMEN**

Este artículo comparte experiencias de prácticas itinerantes de psicología en escuelas de la ciudad de Nampula, en el marco del proyecto "Caravana de Psicología en las Escuelas" del Grupo de Investigación en Salud Mental y Calidad de Vida (GPSMQV), vinculado al Departamento de Psicología de la Facultad de Educación y Psicología de la Universidad de Rovuma, Mozambique. Se trata de un estudio de caso con un enfoque cualitativo, desarrollado en cinco escuelas (dos de primaria y tres de secundaria). En estas escuelas, se impartieron conferencias, talleres psicopedagógicos, sesiones de escucha activa, evaluaciones psicológicas, psicodiagnóstico y seguimiento psicológico. Este ejercicio identificó la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (42%); Trastorno de Ansiedad por Separación (31%); consumo de sustancias (14%); Trastorno Negativo Desafiante (5%); dificultades de aprendizaje (4%); TEA (2%); Trastorno Obsesivo-Compulsivo (1%); y trastornos mentales múltiples (1%) entre los casos atendidos. A partir de esta observación, se hizo evidente la necesidad de servicios de apoyo psicológico, el desarrollo e implementación de proyectos de promoción de la salud mental y el fortalecimiento de campañas de capacitación continua para docentes en salud mental en la comunidad escolar.

**Palabras clave:** Neurodiversidad; Aprendizaje; Psicología itinerante; Escuela.

## **INTRODUÇÃO**

Os transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições heterogêneas que se caracterizam por um atraso ou alteração na aquisição de habilidades em uma variedade de domínios do desenvolvimento, incluindo o motor, o social, a linguagem e a cognição (THAPAR, COOPER E RUTTER, 2016). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014) esses transtornos se manifestam precocemente nas primeiras etapas de desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, emocional, social, acadêmico ou profissional.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-11), segundo a OMS (2018) as desordens do neurodesenvolvimento descrito em código - 6A0 são distúrbios comportamentais e

cognitivos que possam surgir durante o período de desenvolvimento que envolvem dificuldades significativas na aquisição e execução de intelectual específico, motor, ou funções sociais. Embora déficits comportamentais e cognitivas estão presentes em muitos transtornos mentais e comportamentais que podem surgir durante o período de desenvolvimento (por exemplo, esquizofrenia, transtorno bipolar), apenas distúrbios cujas características principais são neurodesenvolvimento estão incluídos neste agrupamento. A etiologia presuntivo para desordens do desenvolvimento neurológico é complexa, e em muitos casos individuais é desconhecida (op. cit).

A neurodiversidade, é um termo cunhado nos anos 1990 pela socióloga australiana Judy Singer, e parte do princípio de que as diferenças cognitivas, e inclui o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), dislexia, discalculia, transtorno do espectro autista (TEA), Deficiência Intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual), Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação e não devem ser vistas como deficiências, mas como variações naturais da cognição humana (NASCIMENTO *ET AL.*, 2024). As intervenções para esses casos não devem consistir em tentar corrigir essas diferenças neurológicas. A sociedade e as instituições, incluindo as escolas, devem adaptar-se a essas dificuldades, promovendo um ambiente de acolhimento e respeito à diversidade cognitiva e emocional.

Nas práticas de psicologia itinerante em escolas da cidade de Nampula, um projeto intitulado por Caravana de Psicologia nas escolas desenvolvido no Grupo de Pesquisa Saúde Mental Qualidade de Vida (GPSMQV) vinculado ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Rovuma (UniRovuma-Moçambique) com o foco na escuta ativa e apoio psicológico da comunidade escolar, foi possível vivenciar muitos casos relacionados com os problemas de neurodesenvolvimento. Essas condições têm influenciado negativamente para a aprendizagem e o desenvolvimento cognitivo dos alunos.

A inclusão de alunos neurodiversos segundo Nascimento et al. (2024) exige uma revisão das práticas pedagógicas tradicionais, que muitas vezes privilegiam uma visão homogénea de ensino, baseada na premissa de que todos os alunos aprendem da mesma forma e no mesmo ritmo. Isso se fundamenta em Armstrong (2012), a educação em situações de neurodiversidade deve se assentar na flexibilização do currículo e no uso de estratégias

pedagógicas diversificadas, que permitam atender às necessidades de cada aluno de maneira individualizada e personalizada.

Portanto, para garantir a aprendizagem de crianças com problemas de neurodesenvolvimento é essencial que as escolas adotem formas alternativas de avaliação, que respeitem as diferenças cognitivas dos alunos e ofereçam oportunidades para que eles demonstrem seu conhecimento de maneiras diversas. É neste contexto que a partir das experiências adquiridas na Caravana de Psicologia se apresenta o presente artigo cujo objetivo é partilhar experiências de atendimento e apoio psicopedagógico de crianças com transtornos de neurodesenvolvimento. Esta é uma estratégia de reflectir sobre os mecanismos de intervenção psicopedagógica em turmas com alunos neurodiversos

## **MÉTODO E MATERIAIS**

Este é um estudo de caso baseado na abordagem qualitativa desenvolvido a partir das práticas psicológicas em escolas da cidade de Nampula. As atividades foram desenvolvidas em cinco escolas (duas do ensino básico e três do ensino médio). Nessas escolas foram proferidas palestras, oficinas psicopedagógicas, sessões de escuta ativa, avaliação psicológica, psicodiagnóstico e acompanhamento psicológico.

Os dados e as experiências obtidas nesta prática foram processadas e analisadas com o recurso da técnica de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2011) e Saldaña (2013) segundo a qual, o processamento de informação segue três etapas: i) codificação, ii) agrupamento de códigos em unidades de análise e iii) categorização.

Na codificação é um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, que permitem descrever ideias relevantes do conteúdo e consiste em i) recorte: escolha das unidades; ii) enumeração: escolha das regras de contagem; e iii) classificação e a agregação: escolha das categorias. O processo de agrupamento dos códigos em unidades de análise, por sua vez, consiste na agregação de conteúdos e ideias semelhantes para facilitar a descrição mais coesa. Finalmente, a categorização por sua vez, visa identificar elementos constitutivos segundo os critérios de

semântico (categorias temáticas), sintático (os verbos e os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido) ou expressivo, como é o caso de categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem (BARDIN, 2011; SALDAÑA, 2013).

## RESULTADOS

### *i) Perfil dos participantes*

Nesta primeira fase (2025), o projeto Caravana de Psicologia nas Escolas foi implementado em cinco escolas da cidade de Nampula (duas do ensino básico e três do ensino secundário) tendo envolvido professores e alunos de vários níveis de escolaridade. As escolas do ensino básico atendem crianças de 1<sup>a</sup> à 9<sup>a</sup> classes cujas idades variam de seis a 14 anos e as do ensino secundário recebem alunos da 7<sup>a</sup> à 12<sup>a</sup> classes, onde encontramos alunos com 12 à 17 anos em media.

Em Moçambique, na generalidade, as crianças ingressam à escola sem passarem pelo jardim-de-infância ou mesmo do ensino pré-escolar, o que tem dificultado na sua adaptação e socialização escolar. Este é um nível que, o Sistema Nacional de Educação, apesar de reconhecer a sua importância para o desenvolvimento da personalidade do sujeito e na adaptação ao ambiente social, não investe; mas dá oportunidade aos particulares a possibilidade de intervir. No entanto, o ingresso das crianças na pré-escola nessas entidades particulares exige somas de dinheiro, limitando às famílias não assalariadas e sem renda estável. Esta é a razão pelo qual muitas crianças ingressam a escola com muitas dificuldades de adaptação.

### *ii) Saúde mental e bem-estar escolar*

A saúde mental na percepção de Sunde (2022) é uma temática que vem ganhando maior interesse entre os pesquisadores e os políticos nos últimos anos dada a complexidade dos desafios da vida que os indivíduos estão mergulhados. Pesquisas apontam a prevalência de casos de mudanças de humor, estresse, ansiedade, frustração e outros transtornos mentais na população no geral.

Ao longo da escuta e ciclos de conversas com alunos alguns diagnósticos foram marcantes, entre eles: Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), com cerca de 42% dos casos atendidos; Transtorno de ansiedade por separação (abandono, luto, divórcio, etc) equivalendo cerca de 31% dos casos; uso de substâncias psicoactivas (álcool, suruma ou maconha, cocaína, anfetamina entre outras) com 14%; Transtorno Opositor Desafiador (TOD) com 5%; Dificuldades de aprendizagem (dislexia, disortografia, discalculia, etc), com cerca de 4% casos; Transtorno de Espectro Autista com 2%; Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) com 1% e transtornos mentais múltiplos em 1% dos casos.

Com esses diagnósticos, se percebe que esses sintomas afectam directamente na aprendizagem e no rendimento escolar dos alunos. É assim, na generalidade, 97% dos casos atendidos têm transtornos relacionados com o neurodesenvolvimento, evidenciando a necessidade de intervenção psicológica e atenção especial em instituições escolares. É nesta perspectiva que olhando ao nível de profissionais de psicologia formados em muitas universidades moçambicanas e fora do país, Sunde (2019) desafia as escolas a criarem gabinetes de atendimento psicológico porque além de questões de drogas que se vêm discutindo nos últimos tempos, têm surgido nas escolas inúmeras situações que exigem a intervenção de um profissional de psicologia.

Na verdade, a figura do psicólogo na escola equipara-se ao agente de mudanças porque promove o bem-estar da comunidade escolar, ajuda a identificar e a diagnosticar aspectos críticos da saúde mental, desenvolve percepções mais individualizada dos intervenientes escolares. Por outro lado, a psicologia ajuda a escola a conhecer e perceber os seus alunos, seus interesses, suas aptidões, suas habilidades e como agem perante uma situação.

### *iii) Descrição da psicologia itinerante nas escolas da cidade de Nampula*

Foi no âmbito do projeto caravana de psicologia nas escolas da cidade de Nampula desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Qualidade de Vida (GPSMQV) em parceria do PsicoCare, Consultório de Psicologia Clínica Lda, que foram efectuadas visitas de intervenção e apoio psicológico em algumas cinco escolas da cidade de Nampula durante um ano de 2025. Este foi o projeto piloto de intervenção psicológica as escolas. Neste período,

foram proferidas palestras e sessões de conversa envolvendo escuta activa e apoio psicológico a comunidade escolar.

Numa primeira fase, após a credenciação do Projeto pelos Serviços Distritais de Educação, Juventude e Tecnologia de Nampula, o grupo escalou as escolas implicadas onde apresentou o projeto e explicou os procedimentos da implementação. Neste processo, algumas escolas louvaram a iniciativa e se disponibilizaram a colaborar.

Ao longo das palestras e visitas nas escolas, alguns professores e alunos procuraram os serviços de apoio e aconselhamento psicológico. A par das entrevistas e escuta ativa, se aplicou técnicas de avaliação psicológica, diagnosticou-se e se fez devido aconselhamento psicológico as pessoas envolvidas. Alguns deles, por serem diagnosticados problemas psicológicos graves, foram encaminhados para atendimento psiquiátrico.

Na generalidade, nas escolas visitadas, beneficiaram dos serviços de psicologia os alunos de 3ª classe à 12ª classe, na sua maioria; seguido de professores e outros funcionários e familiares dos funcionários. Neste exercício, percebemos a necessidade de serviços de apoio psicológico em contextos escolar; um número considerável de participantes manifestaram sinais de estar a passar por situações psicológicas e emocionais desde sintomas de Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade, transtorno de ansiedade por separação, uso de substâncias psicoativas, transtorno opositor desafiador, bullying e violência nas suas variadas formas, experiências de luto, divórcio e abuso de álcool dos pais, múltiplas dificuldades de aprendizagem desde dislexia, disortografia, discalculia, etc., principalmente em alunos atendidos. Por outro lado, entre professores e outros profissionais da educação foram identificados transtornos de ansiedade e depressão relacionados com questões financeiras e separação, luto, compulsão por jogos de azar, uso e abuso de álcool e outras substâncias, síndrome de burnout e muitos transtornos da personalidade.

Ao logo do processo de avaliação e diagnóstico, foram recorridos alguns testes psicológicos e escalas psicométricas para aferir o nível de raciocínio lógico e intelectual, nível de sofrimento e prevalência de transtornos mentais. Foram orientadas tarefas de estimulação cognitiva e de identificação de problemas de aprendizagem. Os participantes com sérios problemas emocionais e/ou de aprendizagem eram integrados no plano de intervenção e agendados para sessões subsequentes. Para esses casos, eram planificadas sessões de

psicoeducação e de desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e ajustamento comportamental. Aqui, os alunos recebiam tarefas para casa e corrigidas em sessões seguintes. Sempre que a caravana passava em cada escola, a equipe proporcionava um tempo para atender o estado emocional dos alunos no plano de intervenção e, posteriormente, procurava-se novas demandas e casos.

Os casos mais graves, identificados nesta escuta eram encaminhados para PsicoCare, Consultório de Psicologia Clínica Lda e Hospital Psiquiátrico São João de Deus de Nampula para o seguimento mais especializado de psicoterapia ou psiquiátrico. Por outro, as situações mais leve, terminavam com uma sessão de psicoeducação para a prevenção de doenças e promoção da saúde mental. Os temas mais destacados na psicoeducação incluía a prevenção de uso precoce de drogas, evitar a prática de bullying e/ou violência contra colegas, criar o hábito de rever os conteúdos escolar, buscar explicação e apoio sempre que for necessário, envolver os pais e encarregados de educação na aprendizagem, partilhando as dificuldades e dúvidas com eles e levar uma vida saudável (desenvolver exercícios físicos, boa alimentação, lazer, promover a interação social, limitar o uso de telefone, evitar os jogos de azar, repouso adequado como dormir bem, dar intervalos durante um trabalho pesado e prolongado).

Para casos de alunos com dificuldades de aprendizagem, a escola deve criar um plano de acompanhamento psicopedagógico, colocando mais um profissional de apoio em cada sala, desenvolver tarefas extra-escolar envolvendo pais e encarregados de educação ou a promoção de aulas de explicação aos finais de semana para demais crianças com dificuldades de aprendizagem. Um dos contributos que a escola deve fazer é ajudar os pais e encarregados de educação na percepção dos transtornos que um educando pode ter. Por isso, com a intervenção do profissional de psicologia na escola, esta terá a possibilidades de compreender a criança e, criar uma ponte de cooperação entre o profissional e a família.

#### *iv) Sinais dos distúrbios de neurodesenvolvimento e aprendizagem*

Os sinais e sintomas dos distúrbios de neurodesenvolvimento em crianças e adolescentes podem ser percebidos por qualquer pessoa, desde que os familiares e as pessoas próximas estejam atentas e presentes na rotina daquelas. Na generalidade, os sinais incluem: a irritabilidade e crises de comportamentos desproporcionais, dificuldades persistentes de

fala, de comunicação e de interação social, sensibilidades sensoriais tanto auditivas como visuais, aversão a mudanças, comportamentos repetitivos, problemas de atenção e impulsividade, dificuldades com a aprendizagem, tanto na leitura, escrita como números e cálculo, problemas com a coordenação e equilíbrio motor, dificuldade em andar ou atraso motor, fraca capacidade de memória e reconhecimento de eventos, entre outros.

### **Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**

O Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade é uma condição neurodesenvolvimental crónica que se manifesta por deficit de atenção associado com a hiperatividade e impulsividade com início na infância e podendo persistir na vida adulta, afectando o aprendizado, o trabalho e relações sociais.

#### **Sinais Indicadores**

Os sinais de TDAH, na perspectiva de Sunde et al. (2024) se agrupam em quatro dimensões: física, cognitivo, emocional e comportamentais. Os sinais emocionais inclui: i) a sensação de desorganização ou falta de controlo sobre a própria vida; ii) a frustração fácil e irritabilidade; iii) as mudanças de humor frequentes e repentinas; iv) baixa autoestima (académica ou social); v) falta de interesse e vi) desregulação emocional. Por outro, os sinais cognitivos envolvem: i) dificuldade em manter o foco e a atenção em tarefas ou conversas; ii) dificuldade em seguir instruções ou completar tarefas; iii) esquecimento frequente de compromissos, prazos ou responsabilidades e iv) dificuldade em organizar pensamentos ou informações de forma coerente.

Entre os sinais físicos do TDAH como destaca o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014) incluem: i) movimentos impulsivos, como bater os pés, tamborilar os dedos ou mexer nas mãos excessivamente; ii) inquietação constante, dificuldade em ficar parado; iii) sensação de energia excessiva que parece incapaz de ser canalizada e iv) dificuldade em manter uma postura adequada, como ficar sentado na cadeira de forma adequada. Associados a esses sinais, encontramos os comportamentais como a impulsividade, que se caracteriza com a forma de agir sem pensar nas consequências; evitar

tarefas que exigem esforço mental; dificuldade em esperar a sua vez em situações sociais ou durante atividades e interrupção frequente de conversas ou atividades dos outros.

Os problemas comportamentais de TDAH se dividem em dois níveis principais (na desatenção e na impulsividade ou hiperatividade). Os problemas de desatenção incluem em não prestar atenção a detalhes, dificuldades em manter o foco em tarefas e na brincadeiras, dificuldades de seguir instruções e completar tarefas, dificuldades para organizar tarefas e atividades, evitar ou ser relutante em atividades que exige esforço mental prolongado, perder objetos básicos, distraído por estímulos externos e pensamentos e esquecimento frequente nas atividades diárias. Isso tem um impacto no processo de ensino e aprendizagem porque crianças com esse tipo transtorno, comete erros nas tarefas escolares e de casa por não prestar atenção em aulas ou em tarefas que exigem esforço mental contínuo.

Os problemas de hiperatividade e impulsividade de destacam: agitação, inquietude, comportamento de mexer e remexer as mãos e os pés, dificuldade para ficar sentado, correr ou escalar em excesso, dificuldade em brincar ou fazer atividades de lazer calmamente, falar excessivamente, interrompe as pessoas e baixa tolerância a frustração e mudança de humor. Para este caso, muitas crianças com TDAH podem ter dificuldades de seguir instruções escolares, de terminar as tarefas e esquecerem regularmente o pedido.

Em suma, crianças com TDAH podem apresentar baixo rendimento escolar, dificuldades de reter a matéria e concluir tarefas escolares. Muitos deles têm problemas de interagir e manter o relacionamento social, impulsionando um ambiente conflituoso aos colegas ou pessoas adultas. Em algumas situações, crianças com TDAH se confundem com aquelas que têm o diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador (TOD) ou Transtorno de Espectro Autista (TEA).

### **O Transtorno Opositor Desafiador**

O Transtorno Opositor Desafiador (TOD) é uma condição comportamental que afecta principalmente crianças e adolescentes, caracterizada por um padrão persistente de comportamento desafiador, desobediente e hostil em relação a figuras de autoridade, como pais, professores e outros adultos. Este transtorno pode interferir significativamente no funcionamento diário do indivíduo, causando dificuldades nas relações sociais, desempenho académico e em atividades familiares.

## Sinais Indicadores

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5m 2014), o TOD é diagnosticado quando a criança ou adolescente apresenta, por pelo menos seis meses, um comportamento negativista, desafiador e hostil que se manifesta através de pelo menos quatro dos seguintes sintomas:

1. **Perda frequente de paciência:** A criança ou adolescente demonstra uma intolerância elevada, ficando frequentemente irritada ou zangada em situações que não provocariam uma reação tão intensa em outras crianças da mesma idade.

2. **Discussões frequentes com adultos:** O indivíduo engaja-se regularmente em disputas verbais com figuras de autoridade, contestando regras, instruções e limites estabelecidos.

3. **Desafio ativo ou recusa em cumprir regras ou solicitações:** Há uma resistência constante a seguir instruções e cumprir regras, muitas vezes desafiando diretamente os pedidos dos adultos.

4. **Comportamento deliberadamente irritante:** A criança ou adolescente pode agir de forma intencional para incomodar ou irritar outras pessoas, incluindo colegas, familiares e professores.

5. **Culpa os outros por seus erros ou mau comportamento:** Atribui a responsabilidade de seus próprios erros e comportamentos inadequados a outras pessoas, negando sua própria culpa.

6. **Ser susceptível ou facilmente irritado por outros:** Reage de maneira exagerada a provocações ou críticas, mostrando-se frequentemente ressentida e magoada.

7. **Ser raivoso e ressentido:** Exibe uma atitude persistente de raiva e ressentimento em relação aos outros, mantendo-se constantemente mal-humorada.

8. **Ser vingativo:** Demonstra comportamentos vingativos ou rancorosos, buscando retribuir com hostilidade qualquer percepção de ofensa ou injustiça.

Esses comportamentos devem causar um impacto significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional do indivíduo. A presença do TOD pode levar a problemas

adicionais, como baixo rendimento escolar, dificuldades em formar e manter amizades, e conflitos familiares constantes. A criança ou adolescente com TOD pode ser percebida como difícil e problemática, o que pode resultar em isolamento social e baixa auto-estima. Os sintomas do TOD podem variar de intensidade e frequência, sendo influenciados por fatores contextuais e ambientais. Por exemplo, situações de estresse familiar, ambientes escolares desfavoráveis ou a presença de outros transtornos mentais, como Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno do Espectro Autista (TEA), podem exacerbar os sintomas (DSM-5, 2014).

O diagnóstico do TOD deve ser realizado por um profissional de saúde mental qualificado, a partir de uma avaliação abrangente, incluindo entrevistas com a criança, os pais e os professores, bem como a aplicação de testes psicológicos e escalas de comportamento. A compreensão detalhada do histórico de desenvolvimento e do contexto familiar e social é fundamental para um diagnóstico preciso e para a elaboração de um plano de tratamento eficaz.

As crianças e adolescentes com TOD não assumem os próprios erros e coloca a culpa nos outros. Eles têm explosões de raiva frequentes, muitas vezes sem motivo, desafiam e enfrentam pessoas mais velhas e figuras de autoridade. As crianças e adolescentes com TOD não obedecem às regras, apresentam atitudes e comportamentos apenas para aborrecer os outros.

Os problemas comportamentais do TOD se agrupam em três grupos: i) Comportamento irritado/raivoso, caracterizado por perda da paciência de forma recorrente, indivíduos sensíveis ou facilmente incomodados por outros e frequentemente irritados e ressentidos; ii) Comportamento argumentativo/desafiador, que inclui indivíduos que frequentemente questionam figuras de autoridade, no caso de crianças e adolescentes questiona adultos, desafiam acintosamente ou se recusam a cumprir com as regras ou pedidos de figuras de autoridade, perturbam deliberadamente outras pessoas e frequentemente culpam os outros por seus erros ou mau comportamento e iii) Comportamentos de índole vingativo. Neste último grupo, a perturbação no comportamento está associada a sofrimento para o indivíduo ou para os outros em seu contexto social imediato (p. ex., família, grupo de

pares, colegas de trabalho) ou causa impactos negativos no funcionamento social, educacional, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

### **Transtorno de Espectro Autista (TEA)**

O Transtorno de Espectro Autista (TEA) é uma condição de neurodesenvolvimento que afecta a comunicação, interação social e padrões de comportamento. É resultado de alterações orgânicas e funcionais do cérebro e está relacionado ao desenvolvimento motor, da linguagem e do comportamento.

### **Sinais Indicadores**

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014) categoriza o TEA de em três níveis: i) comunicação e interação social, ii) comportamentos e interesses e, iii) sensibilidades sensoriais.

Na comunicação e interação social, os sinais mais marcantes são: o atraso ou ausência no desenvolvimento da fala, dificuldades em iniciar ou manter uma conversa, dificuldades na percepção emocional e a preferência em brincar sozinho ou dificuldades em brincar com outros.

No que refere aos sinais comportamentais e de interesses encontramos incluem: movimentos repetitivos como balançar as mãos ou girar, apego excessivo a rotinas e resistência a mudanças, interesses em temas específicos e incomuns e comportamentos repetitivos com objetos como alinhar, girar, etc. Nos sinais relacionados com sensibilidades sensoriais há que destacar: a hipersensibilidade a sons, luzes, texturas e cheiros, hipoatividade que consiste na busca de estímulos reduzidos e aversão a certos alimentos ou tecidos (op. cit.).

### **Sinais comportamentais e escolares**

O processo de ensino e aprendizagem de crianças com TEA deve ser bem estruturado com estratégias psicopedagógicas específicas olhando a natureza e exigência deste tipo de crianças. Geralmente, as crianças com TEA podem enfrentar uma variedade de problemas comportamentais que incluem dificuldades na comunicação, comportamentos repetitivos, sensibilidade sensorial, dificuldades de socialização e crises de comportamento adverso (DSM-V, 2014).

Assim, é importante que os pais e encarregados de educação, familiares, professores e profissionais afins à educação, compreendam os desafios demandados às crianças com TEA. A percepção desses desafios implica a implementação de estratégias práticas de inclusão e adaptação curricular para atender a aprendizagem dessas crianças.

### **Dislexia**

É uma perturbação da linguagem que se manifesta na dificuldade de aprendizagem da leitura e da escrita, isto é, na dificuldade de distinção ou memorização de letras ou grupos de letras, e problemas de ordenação, ritmo e estruturação das frases, afectando tanto a leitura como a escrita.

### **Sinais Indicadores**

A dislexia se caracteriza em i) início tardio do desenvolvimento da linguagem ao nível fonológico, articulatorio e de fluidez; ii) início tardio à soletração, à leitura e à escrita; iii) problemas de linguagem, tanto na leitura como na escrita, entre 9 à 11 anos de idade; iv) leitura feita de forma lenta, sem ritmo, com leitura parcial de palavras, perda da linha que está a ser lida, confusão quanto à ordem das letras, inversões de letras ou palavras; v) problemas linguísticos na área da sintaxe (vocabulário reduzido, menor fluidez nas descrições verbais e na elaboração sintáctica, formação de frases) vi) compreensão verbal deficiente; vii) falta de análise sonora das letras ou grafemas (incapacidade para ler fonologicamente); viii) dificuldade na codificação fonológica (fonética verbal), dificuldade em transformar letras ou palavras num código verbal; etc (NIELSEN, 1999; PEREIRA, 2009; GEARY, 2011).

Na percepção de Nielsen (1999) os problemas comportamentais e escolares relacionados com a dislexia incluem a ansiedade, insegurança sob várias circunstâncias da vida, auto-conceito baixo, aparecimento de condutas típicas de etapas ou anos anteriores e perturbações psicossomáticas; comportamentos agressivos para com os colegas na tentativa de compensar o seu problema ou fracasso escolar através da popularidade; grande desinteresse pelo estudo e falta de motivação e de curiosidade. Esses comportamentos afectam directamente o processo de ensino e aprendizagem porque além de perturbar a

ordem social, relação com pares e professores impactando negativamente no aproveitamento escolar.

### **Disortografia**

A disortografia na visão de Nielsen (1999) e Pereira (2009) constitui uma dificuldade da escrita, que pode manifestar-se independentemente de haver ou não alterações na leitura. É o conjunto de erros da escrita, feitos de forma sistemática, que afectam a palavra mas não o seu traçado ou grafia, que podem provocar a total ininteligibilidade dos escritos.

#### **Sinais Indicadores:**

Os indicadores da disortografia incluem i) a substituição de letras semelhantes, ii) a omissões e adições, inversões e rotações, iii) uniões e separações de palavras, iv) a omissão – adição de “h”, v) escrita de “n” em vez de “m” antes de “p” ou “b”, vi) a substituição de “r” por “rr”, etc, (NIELSEN, 1999; PEREIRA, 2009; GEARY, 2011).

Os problemas comportamentos e escolares da disortografia na opinião de Nielsen (1999) e Pereira (2009) agrupam-se em três dimensões: i) a dimensão da percepção, que envolve a deficiência na percepção e na memória visual auditiva; ii) a dimensão afectivo-emocional que se caracteriza essencialmente no baixo nível de motivação e a iii) dimensão linguística, que faz parte dos problemas de linguagem – dificuldades na articulação, etc.

### **Disgrafia**

É a alteração da escrita que afecta na forma ou no significado, sendo do tipo funcional. Perturbação na componente motora do ato de escrever, provocando compressão e cansaço muscular, que por sua vez são responsáveis por uma caligrafia deficiente, com letras pouco diferenciadas, mal elaboradas e mal proporcionadas (NIELSEN, 1999; PEREIRA, 2009; GEARY, 2011).

#### **Sinais Indicadores**

Os sinais de disgrafia na percepção de Nielsen (1999) incluem a postura gráfica incorrecta; a forma incorrecta de segurar o instrumento com que se escreve; deficiência da preensão e pressão; ritmo de escrita muito lento ou excessivamente rápido; letra excessivamente grande; inclinação e letras desligadas ou sobrepostas e ilegíveis.

Para este autor, os problemas associados a disgrafia inclui a perturbação da lateralidade, do esquema corporal e das funções perceptivo-motoras e a perturbação relacionada a eficiência psicomotora (motricidade débil, perturbações ligeiras do equilíbrio e da organização cinético-tonica, instabilidade), etc. (NIELSEN, 1999).

#### **Discalculia:**

O termo discalculia deriva de acalculia, o qual descreve um transtorno adquirido da habilidade para realizar operações matemáticas, depois de estas se terem desenvolvido e consolidado. Contrariamente à acalculia, a discalculia encontra-se sobretudo em crianças, é de carácter evolutivo ou desenvolvimental, não resulta de uma lesão e associa-se sobretudo a dificuldades de matemática.

#### **Sinais Indicadores:**

Para Nielsen (1999); Pereira (2009) e Geary (2011) os sinais de discalculia envolvem i) a dificuldades na identificação de números (visual e auditiva); ii) a incapacidade para estabelecer uma correspondência recíproca (contar objetos e associar um numeral a cada um); iii) a dificuldade na compreensão de quantidade, de conjuntos; iv) dificuldades nos cálculos; v) dificuldade para aprender a dizer hora; vi) dificuldade na compreensão do valor das moedas; vii) dificuldades de compreensão da linguagem matemática e dos símbolos e viii) dificuldades em resolver problemas orais, etc.

Associados a esses sinais a discalculia afecta nos problemas como i) deficiências em distinguir diferenças entre formas, tamanhos, quantidades e comprimentos; ii) dificuldade em observar grupos de objetos e dizer qual deles contém uma maior quantidade de elementos, em calcular distâncias e em fazer julgamentos de organização visual-espacial e iii) distúrbio ao nível da imagem corporal, etc. (NIELSEN, 1999; PEREIRA, 2009; GEARY, 2011).

As crianças com problemas de comportamento mostram um comportamento impulsivo, agressivo, ansioso ou depressivo que se manifesta com constância e que a escola se sente impelida a tomar atitudes especiais. Por isso, se a perturbação for corrigida depois de um tempo não haverá estagnação, o indivíduo pode minimizar e ultrapassar os problemas que lhe inquieta.

## DISCUSSÃO

A psicologia e a educação são duas áreas das ciências humanas indissociáveis cuja interface está na formação da personalidade humana com habilidades de adaptação e sobrevivência a várias adversidades da vida. Enquanto a psicologia trabalha na compreensão do ser (bio-psico-socio-cultural) a educação se centra na transmissão de valores, promovendo o desenvolvimento pessoal e social.

A inter-relação entre a psicologia e educação é tradicional, sempre houve a necessidade de cruzar as percepções sobre o ser humano. Aliás, logo que a criança nasce, os estudos epistemológicos das áreas sobre o homem começam a atuar. Foi neste contexto que a Caravana de Psicologia se coloca como instrumento para conciliar os dois campos, abrindo a possibilidade de escuta, diagnóstico e apoio psicopedagógicos às crianças com algum transtornos que afecte o processo de ensino e aprendizagem.

A psicologia se faz valer aos promenores que a escola e os pais não têm domínio, nos aspectos psicológicos e emocionais presentes em crianças. Como assegura Sunde (2023), o psicólogo é um agente preventivo aos problemas psicológicos garantindo o sucesso e a produtividade do sistema escolar porque a partir das suas habilidades científicas e estratégias de escuta, diagnóstica, orienta, acompanha e encaminha a outras instancias quando necessário.

Na verdade, o diagnóstico do psicólogo serve de alicerce para a escola adaptar o currículo as capacidades dos alunos. Por outro, este conhecimento serve de âncora aos pais na interação e convívio com a criança. A escola, os pais e encarregados de educação devem perceber que criança com algum transtorno de neurodesenvolvimento precisa de um atendimento especial, de uma adaptação escolar e familiar adequado às necessidades da criança.

A partir da intervenção psicológica, escuta ativa e do diagnóstico, a família deve encontrar forma saudável de convivência com seu educando, percebendo as dificuldade e desafios de uma criança com transtorno de neurodesenvolvimento. Os professores e as

escolas devem adaptar o seu projeto curricular para garantir o processo de inclusão e integração dessas crianças no contexto escolar.

O foco do projeto de Caravana de Psicologia nas Escolas da cidade de Nampula foi basicamente ajudar as escolas e os pais e encarregados de educação a perceberem as adversidades comportamentais e outras condições presentes em crianças em contexto escolar. É a partir desta prática que os professores, as escolas e os fazedores de currículo, terão a noção dos desafios e estratégias de intervenção psicopedagógicas para a aprendizagem deste tipo de alunos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A psicologia itinerante é uma prática da psicologia a realidade social, onde o conhecimento teórico discutido nas academias é aplicado a realidade prática. O projeto de Caravana de Psicologia nas Escolas da cidade de Nampula se equipara a um Platão de serviços de psicologia nas escolas cujo objetivo é ajudar as escolas, pais e encarregados de educação e próprios alunos a encontrar respostas perante enigmas do fórum psicológicos e emocionais.

A partir da intervenção da psicologia, a comunidade têm percepção de que cada criança tem uma constituição biológica particular apesar de compartilhar valores sócio-culturais com outras pessoas. Essa constituição é que vai acomodar o tipo de personalidade e a capacidade de adaptação.

Na Caravana, profissionais e estudantes de psicologia trocam experiências, aprimoram novas técnicas de intervenção e encontram oportunidades para analisar e discutir experiências vividas. Percebemos com a prática que muitas crianças têm consigo um histórico biológico e social que pode desencadear em transtornos de neurodesenvolvimento ao longo da infância e adolescência. Nas escolas e durante a escuta, muitas crianças foram diagnosticadas em Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de ansiedade por separação (abandono, luto, divórcio, etc); uso de substâncias psicoativas (álcool, suruma ou maconha, cocaína, anfetamina entre outras); Transtorno Opositor

Desafiador (TOD); Dificuldades de aprendizagem (dislexia, disortografia, etc); Transtorno de Espectro Autista; Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e transtornos mentais múltiplos.

Este exercício revela a necessidade de serviços de apoio psicológico nas escolas, o que transparece a falta de experiência e pouco conhecimento entre os professores na identificação e atendimento desses transtornos entre os alunos. Por isso, a partir das experiências da caravana se adianta com as seguintes sugestões: i) o Sistema de Ensino em Moçambique deve contemplar profissionais de psicologia na rotina pedagógica, com protocolo e espaços (gabinetes) apropriados para facilitar a identificação precoce dos possíveis problemas psicológicos e emocionais logo na tenra idade e garantir a pronta intervenção ou encaminhamento se for necessário; ii) as escolas devem elaborar projetos e programas de promoção de saúde mental, prevenindo as doenças e fatores de riscos a saúde mental e emocional das crianças, criação de campanhas e ciclos de palestras e reuniões abordando comportamentos de riscos a saúde e os mecanismos de intervenção e iii) fortalecimento em campanhas de formação contínua e capacitação de professores sobre os primeiros socorros e estratégias de identificação e enfrentamento de comportamentos desviantes em alunos.

Além da prática ter proporcionado um ambiente de convivência entre a equipe e as escolas, criando um espaço de escuta e apoio às crianças e adolescentes, algumas limitações foram identificadas ao longo das atividades como a falta de colaboração de algumas escolas. Apesar do projeto ser reconhecido e credenciado pelos Serviços Distritais de Educação, Juventude e Tecnologia da cidade de Nampula, muitas escolas inviabilizaram a implementação do projeto nesses locais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo; Edições 70; 2011, 279 p.

EAVES, L.; RUTTER, M.; SILBERG, J.L.; SHILLADY, L.; MAES, H.; PICKLES, A. Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. **Behav Genet**. 2000 Jul;30(4):321-34. doi: 10.1023/a:1026553518272

GEARY, D. C. **Discalculia em idade precoce: características e potencial de influência sobre o desenvolvimento socioemocional**. EUA: **University of Missouri**, 2011.

HENNIGH, K. A. **Compreender a Dislexia: Um guia para pais e professores**. Porto: Porto Editora, 2003.

NASCIMENTO, J. B. et al. Educação inclusiva e neurodiversidade: estratégias pedagógicas para a inclusão de alunos com distúrbios de aprendizagem. **Journal of Business and Management**, v. 26, 2024, 01-12. DOI: 10.9790/487X-2610030112

NIELSEN, L. B. **Necessidades Educativas Especiais na sala de aula. Coleção Educação Especial**. Porto: Porto Editora, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-11 Reference Guide**. Genebra: OMS, 2019. Disponível em inglês em: <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 /2014** [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed.

PEREIRA, R. S. **Dislexia e Disortografia, Programa de Intervenção e Reeducação**. (vol. I e II). Montijo: You!Books, 2009.

SALDAÑA, J. **The Coding Manual of Qualitative Researchers** (2ª ed.). London: SAGE, 2013.

SUNDE, Rosário Martinho. Consumo de drogas pelos adolescentes nas escolas moçambicanas: estratégias de intervenção psicossocial. Pouso Alegre: **Argumentos Pró-Educação**, 4(10), 2019. 882-900. <http://dx.doi.org/10.24280/ape.v4i10.470>

SUNDE, Rosário Martinho. Saúde Mental da comunidade universitária na pós-pandemia: desafios e perspectivas. **PSI UNISC**, 6(2), 2022, 128-142. Doi: 10.17058/psiunisc.v6i2.17131

SUNDE, Rosário Martinho. Necessidade de serviços de apoio psicológico em instituições de ensino: caso de escolas e universidades moçambicanas. **PSI UNISC**, 7(2), 2023. 07-19. doi: 10.17058/psiunisc.v7i2.18140

SUNDE, RM et. al. Cartilha de Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Nampula, **GPSMQV**,2024. 1-14

THAPAR, A.; COOPER, M.; RUTTER, M. Neurodevelopmental disorders. **The Lancet Psychiatry**, 4(4), 2017. 339–346. doi:10.1016/s2215