

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

IUNA PEREIRA SAPIA

**MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO: A NEUROLOGIA NA CONSTRUÇÃO DOS
DIAGNÓSTICOS DE DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM**

PORTO VELHO-RO

2013

IUNA PEREIRA SAPIA

**MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO: A NEUROLOGIA NA CONSTRUÇÃO DOS
DIAGNÓSTICOS DE DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – MAPSI, da Fundação Universidade Federal de Rondônia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicologia Escolar e Processos Educativos

Orientadora: Dra. Iracema Neno Cecilio Tada

PORTO VELHO-RO

2013

FICHA CATALOGRÁFICA
BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTE PIRES

S241m

Sapia, Iuna Pereira

Medicalização na educação: a neurologia na construção dos diagnósticos de distúrbios de aprendizagem / Iuna Pereira Sapia. Porto Velho, Rondônia, 2013. 171f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Iracema Neno Cecilio Tada

Dissertação (Mestrado em Psicologia) Fundação Universidade Federal de Rondônia / UNIR.

1. Psicologia educacional 2. Medicalização 3. Aprendizagem 4. Neurologia
I. Tada, Iracema Neno Cecilio II. Título.

CDU: 159.9:37.015.3

Bibliotecária Responsável: Ozelina Saldanha CRB11/947

FOLHA DE APROVAÇÃO

**MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO: A NEUROLOGIA NA CONSTRUÇÃO
DOS DIAGNÓSTICOS DE DISTÚRBO DE APRENDIZAGEM**

IUNA PEREIRA SAPIA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado
em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia
para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Psicologia Escolar e Processos
Educativos

Orientadora: Dra. Iracema Neno Cecilio Tada

BANCA EXAMINADORA

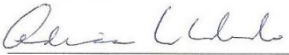
Prof. Dra. Iracema Neno Cecilio Tada
Instituição: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Assinatura:



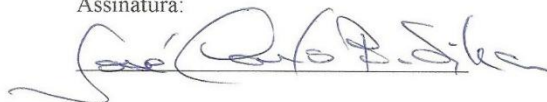
Prof. Dr. Adriana Marcondes Machado
Instituição: USP

Assinatura:



Prof. Dr. José Carlos Barboza da Silva
Instituição: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Assinatura:



Dissertação Aprovada em: 17/09/2013

*Dedico este trabalho a todas as crianças,
em especial aos meus sobrinhos Yana,
Fernanda e Mateus, que diante das
inúmeras tentativas de enquadramento da
sociedade resistem bravamente,
esbanjando alegria, criatividade, força e
sabedoria! Aprendamos com elas!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por permitir e me proporcionar a experiência de passar por um Mestrado nessa jornada com toda paz de espírito necessária.

À minha mãe Márcia por cuidar de mim, da minha alimentação, da nossa casa e de tudo mais para que eu não tivesse com que me preocupar. Pelas inúmeras vezes que parou tudo que estava fazendo para me assessorar com as normas da ABNT. Por fim, agradeço por toda dedicação, amor e apoio emocional e material incondicional em todos os momentos da minha vida!

A todos os meus familiares, pai Domingos, irmão Diogo, irmã Nádja, cunhados Flávia e Brenno, Tia Sheila e Cris que com amor e carinho estiveram presentes nessa minha caminhada, mas agradeço principalmente pelas vezes que me fizeram convites irrecusáveis me obrigando a parar tudo para desfrutar momentos especiais com vocês e assim manter minha sanidade! Pai sua sopa de feijão muitas vezes foi o alimento para a alma e para a escrita que eu precisava, muito obrigada por fazê-la com tanto carinho! Irmão, obrigada por suas constantes visitas, elas me obrigavam a tirar cinco minutos de descanso, exatamente o que eu necessitava e nem sabia! Irmã, obrigada pela força direta que me deu com as traduções e por me obrigar a parar de estudar e escrever para almoçar com você! Cunha, obrigada pelas dicas de como sobreviver a um mestrado sem traumas, por me mostrar o 'caminho das pedras' e pela troca de experiências! Tia Sheila, segunda mãe, obrigada por ter me escolhido como filha e por me ajudar a cuidar da minha primeira mãe!

Aos meus sobrinhos Yana, Fernanda e Mateus por tornarem minha vida mais doce e alegre!

À Cidinha, minha vó querida, por me dar o prazer de tê-la por perto em algumas fases essenciais de escrita, pelas inúmeras orações que fez por mim espontaneamente ou atendendo meus pedidos!

Ao meu amor, Mário, por todo amor, carinho, companheirismo, paciência, e principalmente por sempre dar um jeitinho de levar minha racionalidade para passear e por me ensinar a sonhar! Hoje sonho, sonho com um futuro belo e promissor para nós!

Aos demais Sapia's e Guidetti's Pereira da Silva, pelas boas vibrações e energias emanadas que mesmo com toda distância, sempre chegaram aqui muito fortes! Tia Sônia a você também agradeço pela acolhida calorosa em sua casa em todos os momentos que precisei me deslocar para São Paulo.

À minha orientadora e terceira mãe, Iracema Tada, por desde a graduação estimular meu interesse pela Psicologia Escolar, apostar em mim, me apoiar e principalmente, por não encampar minhas ideias megalomaniacas! Mamys, você é incontestavelmente a melhor orientadora que eu poderia ter, serei eternamente grata por tanta confiança depositada em mim!

À professora Adriana Marcondes e ao professor José Carlos, na banca de qualificação e defesa, pelas enriquecedoras contribuições em minha formação acadêmica. Há muito os admiro, foi um prazer receber cada sugestão de vocês!

Aos professores e colegas do MAPSI pelos conhecimentos e momentos compartilhados. Em especial à professora Neusa Tezzari pela doçura com que nos tratava e por ter me lembrado da importância de realizar outros tipos de leituras durante o Mestrado.

Aos participantes da pesquisa, Cauã e Piatã, por terem me fornecido sem restrições, informações valiosas sobre suas concepções e práticas que tanto contribuíram para a minha compreensão do fenômeno que me propus a desvelar.

À CAPES pelo apoio financeiro, sem o qual eu não poderia ter me dedicado com tanto afinco à este programa de Mestrado.

À minha psicóloga, Cida, por todo suporte emocional e por não deixar minha ansiedade me dominar!

Às minhas amigas de ontem e hoje, Emanuely Cristiny, Hemily Carla, Tamires Penedo, Fabiana Martins, Gabriela Damo, Janaína Lima, Michelle Domingues, Patrícia Marques, Aline (Lih, que também me ajudou com as traduções), Raísa Vendas, Isabela (prima), Sly Moraes, Alana Carvalho, pelo apoio, paciência, estímulo, carinho, pelos poucos, mas maravilhosos momentos de descontração nesse percurso e por nunca desistirem de mim! Vocês são as melhores!

Às amigas e amigos de hoje que aqui represento pela pessoa da Alessandra Pinheiro e Tathiane Martinez, que pegaram o barco andando, mas chegaram a tempo de colocar muito alto astral em minha vida e me proporcionar muitos sorrisos nessa reta final!

Aos amigos e amigas que nessa fase se fizeram presentes apenas pelas redes sociais, mas que nunca economizaram mensagens de apoio. Aqui os represento pela pessoa da Dulce Gianotti (Tia Quinha), Maria Inês e Maria de Lourdes Venere, meu muito obrigada!

À Isabel Lucena, pela ajuda na formatação!

A todos da banda O Teatro Mágico, pelo lindo projeto e ideologia que defendem que muito me inspiraram durante todo o processo de escrita. As doses diárias de vocês através da escuta dos cds e as doses anuais através de ida aos shows alimentaram minha alma e restauraram minhas energias para seguir em frente! Agradeço em especial o 'Seu' Odácio, pelo carinho que despende a todos nós fãs.

Por fim, agradeço de coração todas as pessoas que forma direta ou indireta me ajudaram a realizar esse projeto. Muito obrigada!

*“[...] A partir de sempre
Toda cura pertence a nós.
Toda resposta e dúvida.
Todo sujeito é livre para conjugar o verbo
que quiser.
Todo verbo é livre para ser direto ou indireto.
Nenhum predicado será prejudicado,
Nem tampouco a frase, nem a crase, nem a
vírgula e ponto final!
Afinal, a má gramática da vida nos põe entre
pausas, entre vírgulas,
E estar entre vírgulas pode ser aposto,
E eu aposto o oposto: que vou cativar a
todos sendo apenas um sujeito simples.
Um sujeito e sua oração,
Sua pressa, sua prece.
Que enxerguemos o fato
De termos acessórios para nossa oração.
Separados ou adjuntos, nominais ou não,
Façamos parte do contexto,
Sejamos todas as capas de edição especial.
Mas, porém, contudo, entretanto, todavia,
não obstante,
Sejamos também a contra-capas,
Porque ser a capa e ser contra-capas
É a beleza da contradição.
É negar a si mesmo.
E negar a si mesmo é muitas vezes
Encontrar-se com Deus.
Com o teu Deus.
Sem horas e sem dores,
Que nesse momento que cada um se
encontra aqui e agora,
Um possa se encontrar no outro,
E o outro no um...
Até porque, tem horas que a gente se
pergunta:
Por que é que não se junta
Tudo numa coisa só?”*

(Fernando Anitelli - O Teatro Mágico)

RESUMO

A presente dissertação expõe os resultados da pesquisa que buscou descobrir caminhos para estabelecer um diálogo entre a Neurologia e a Psicologia, por meio da investigação dos elementos teóricos e práticos norteadores dos diagnósticos de distúrbios de aprendizagem – deficiência intelectual, Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e dislexia – realizados pelos médicos, que levam à intensificação da chamada medicalização da Educação. A fundamentação teórica teve como base a Psicologia Escolar Crítica que denuncia as práticas hegemônicas e patologizantes perante as queixas de insucesso escolar e aponta outras intervenções possíveis, através da consideração da complexidade escolar, das versões dos diversos atores escolares e dos inúmeros funcionamentos que produzem o fracasso escolar. Utilizou-se como abordagem metodológica a pesquisa qualitativa e como instrumento para coleta de dados a realização de entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio. Participaram da pesquisa dois neurologistas que atuam diretamente atendendo crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem, no município de Porto Velho-RO. Cauã possui 57 anos, 28 anos de experiência. Piatã tem 46 anos, há seis concluiu a especialização em Neurologia Infantil. Constatou-se que na formação inicial e continuada dos entrevistados em nenhum momento os distúrbios de aprendizagem foram abordados, de modo que eles tiveram que criar os próprios meios de investigação e para completar as informações solicitam exames neurológicos que não diagnosticam os distúrbios em si, mas que são úteis em alguma medida para cada um deles. Verificou-se ainda que ambos buscam estabelecer parcerias com profissionais da Saúde e da Educação, como professores, psicólogos, psicopedagogos, neuropsicólogos, todavia estas parcerias não foram efetivadas. Evidenciou-se consenso entre eles no que diz respeito ao poder do tratamento medicamentoso para TDAH. Para os demais distúrbios que afetam a aprendizagem, Cauã é categórico ao afirmar que não existe solução, enquanto Piatã defende o tratamento à base de psicoestimulantes e ansiolíticos. Diante dessas descobertas, conclui-se que a medicalização da Educação pode ser combatida através da disseminação das informações e discussões sobre a temática nos cursos de formação inicial e continuada que sinalizam que na realidade boa parte das crianças diagnosticadas não possuem distúrbios de aprendizagem, mas falhas no processo de escolarização. A Psicologia

Escolar Crítica também pode contribuir se fazendo presente e atuante nas escolas através das intervenções coletivas reduzindo o número de encaminhamentos aos profissionais da Saúde.

Palavras-chave: Psicologia Escolar. Medicalização. Aprendizagem. Neurologia. Educação.

ABSTRACT

This dissertation presents the results of a research aimed at finding ways to establish a dialogue between Neurology and Psychology, through the investigation of theoretical and practical elements guiding the diagnosis learning disabilities - intellectual disabilities, Attention Deficit Disorder / Hyperactivity Disorder (ADHD) and dyslexia - performed by doctors, leading to intensify what it's called medicalization of Education. The theoretical fundament was based on the Critical Psychology School denouncing the pathologizing and hegemonic practices before the complaints of school failure and points out other possible interventions, through the considerations of the educational complexity, from the versions of the various school members and numerous functionings that produce school failure. It was used as a methodological approach the qualitative research and as a tool for collecting data the conducting of interviews semi-structured audio taped. Participated in the study two neurologists who work directly assisting children and adolescents with learning disabilities in the municipality of Porto Velho-RO. Cauã has 57 years old, 28 years of experience. Piatã is 46 years old, six years ago completed the specialization in Child Neurology. It was found that at no point the learning disorders were approached in the initial and continuing formation of the interviewees, so they had to create their own means of investigation and to complete the data it was requested neurological exams that do not diagnose the disorder itself, but which are useful to some degree for each one of them. It was also found that both seek to establish partnerships with professionals in health care and education, as teachers, psychologists, educational psychologists, neuropsychologists, however these partnerships was not achieved. It became clear a consensus among them with regard to the power of medication treatment for ADHD. For other disorders that affect learning, Cauã is categorical in stating that there is no solution, as Piatã defends treatment based on anxiolytics and psychostimulants. Given these findings, it is concluded that the medicalization of Education can be tackled through the dissemination of information and discussions on the topic in the courses of initial and continued formation that indicate that in fact most of the children do not have diagnosed learning disorders, but failures in the schooling process. Critical Psychology School may also contribute becoming present and active in schools through collective interventions by reducing the number of referrals to the Professional Health Care.

Keywords: School Psychology. Medicalization. Learning. Neurology. Education.

LISTA DE SIGLAS

ABD	Associação Brasileira de Dislexia
ABDA	Associação Brasileira do Déficit de Atenção
AND	Associação Nacional de Dislexia
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CCHR	Comissão dos Cidadãos para os Direitos Humanos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CREMERO	Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EEG	Eletroencefalograma
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDUM	Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos
IES	Instituição de Educação Superior
MEC	Ministério da Educação
PEPA	Psicologia Escolar e Problemas de Aprendizagem
PIB	Produto Interno Bruto
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SPA	Serviço de Psicologia Aplicada
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade
TOD	Transtorno Opositor Desafiador
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIR	Universidade Federal de Rondônia
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparativo de docentes no município de Porto Velho-RO.....	66
Quadro 2 – Estabelecimentos de saúde em Porto Velho-RO.....	67
Quadro 3 – Distúrbios abordados pelos neurologistas entrevistados.....	85
Quadro 4 – Quantidade de equipamentos no município de Porto Velho.....	92

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de Rondônia.....	64
Figura 2 – Usina Hidrelétrica de Jirau.....	65
Figura 3 – Usina Hidrelétrica de Santo Antônio.....	66
Figura 4 – Distribuição dos neurologistas no Brasil.....	69
Figura 5 – Orientação aos professores sobre como trabalhar auto-estima dos alunos com dislexia.....	106

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO	20
1.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS MANUAIS NORTEADORES DOS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS	26
1.2 DESVELANDO OS DISTÚRBIOS MAIS FREQUENTES	29
1.3 OS BENEFICIADOS PELA MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO	38
2 CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA ESCOLAR CRÍTICA	44
2.1 BREVE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA ESCOLAR NO BRASIL	45
2.2 APRESENTAMOS-LHES, A PSICOLOGIA ESCOLAR CRÍTICA	51
2.3 POR UMA PSICOLOGIA ESCOLAR NÃO MEDICALIZANTE	56
3 MÉTODO	64
3.1 LOCAL DO ESTUDO	64
3.2 PARTICIPANTES	70
3.3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	72
3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA	73
3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	74
4 O QUE NOS CONTA A NEUROLOGIA SOBRE OS DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM?	75
4.1 UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO E A ROTINA DE TRABALHO DOS NEUROLOGISTAS	75
4.2 DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM: CONCEPÇÕES, PRÁTICA DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO	84
4.2.1 Concepções gerais	86
4.2.1.1 Do recebimento da queixa às versões ouvidas	86
4.2.1.2 Os exames clínicos e neurológicos realizados	88
4.2.1.3 As crenças sobre possibilidades de cura	93
4.2.2 “Apuã não sabe ler nem escrever, tem dislexia!”	97
4.2.3 “Jari nunca vai aprender, tem deficiência intelectual!”	107
4.2.4 “Janaina não para quieta, tem TDAH!”	117
4.2.5 “Maiara não tem nada, apenas não aprende porque tem um transtorno específico de aprendizagem!”	126
4.3 A RELAÇÃO COM AS ESCOLAS E COM OS DEMAIS PROFISSIONAIS, QUE RELAÇÃO É ESSA?	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO	150
APÊNDICE B – CARTA DE APRESENTAÇÃO	151
APÊNDICE C – CARTA DE APRESENTAÇÃO	152

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	153
APÊNDICE E – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	154
ANEXO A – TDAH DE ACORDO COM O DSM-IV.....	155
ANEXO B – BULA RITALINA	164
ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	170

INTRODUÇÃO

É importante começar dizendo que em minha história de vida, a Psicologia Escolar sempre esteve presente e interferiu direta e exclusivamente sobre minha escolha profissional. Digo exclusivamente, pois minha primeira e única referência de psicólogos antes de entrar na graduação foi no contexto escolar em que eu permaneci inserida da 3ª série (atual 4º ano) até o 3º ano do Ensino Médio. Refletindo sobre o que especificamente na atuação das duas psicólogas da minha escola me encantou, não consegui chegar a uma conclusão. Fato é que desde a 5ª série (6º ano) sempre fui convicta de que eu queria ser psicóloga “quando crescesse”!

Quando na graduação tive a oportunidade de conhecer outros âmbitos de atuação do psicólogo e as diversas linhas teóricas (não com muita profundidade, claro!), gostei de algumas, é verdade, super me interessei por outras, grande verdade, e estagiei em áreas totalmente divergentes (Treinamento de Habilidades Sociais e Psicologia Jurídica), isso também é verdade! Mas, nenhuma dessas experiências e identificações foi tão profunda como aconteceu com a Psicologia Escolar!

Ao primeiro contato com a Psicologia Escolar, na disciplina “Psicologia Escolar e Problemas de Aprendizagem I” (PEPA I), em que me foi apresentado teoricamente a realidade e a complexidade das práticas escolares e as inúmeras possibilidades de ações e intervenções do psicólogo, me vi fascinada pelo grande desafio! Em PEPA II, o desafio ficou ainda mais atraente (para mim), pois nos foi proposto atender as demandas de encaminhamentos de crianças com queixas de dificuldades de aprendizagem do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). O embasamento teórico para a intervenção foi a Psicologia Escolar Crítica, em que fizemos observações e propusemos reflexões e ações coletivas com todos os atores escolares envolvidos no processo de escolarização do Raoni¹. A experiência foi tão linda e incrível que confesso que por vezes tive vontade de procurar saber como ele está e minha aposta é que se o fizesse encontraria hoje um adolescente super desenvolvido!

¹Nome fictício. Não podia deixar de falar dele, ainda que com um nome fictício!

Minha relação com a Psicologia Escolar estreitou ainda mais após essa prática, pois com ela veio a proposta de participar de uma pesquisa que seria realizada em diversos Estados brasileiros e que tinha como objetivo conhecer a atuação do psicólogo escolar. É bem verdade que a realidade que encontrei sobre a atuação dos psicólogos nas escolas públicas me chocou! Hoje percebo que esse choque aconteceu por dois motivos: primeiramente porque eu desconhecia totalmente a realidade do sistema público de ensino, o que me fez alucinar que encontraria uma realidade semelhante à do sistema particular (de onde vim) e segundo porque descobri profissionais atuando com perspectivas muito diferentes das que estudei e totalmente frustrados por não conseguirem dar conta da demanda ou por não conseguirem apoio dos professores, pais e demais componentes da equipe técnica. Percebo ainda, que minha frustração de imediato foi por pensar que não haveria solução para essa situação (também por desconhecimento sobre o funcionamento de muitas coisas). Importa por ora, dizer que essa frustração logo passou e foi substituída novamente pela motivação para enfrentar os desafios, tanto que decidi concorrer ao mestrado na linha de Psicologia Escolar e Processos Educativos.

Quando entrei no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (MAPSI), confesso que tive muitas dúvidas sobre o que investigar e que caminho enveredar... Eis que após uma noite angustiante e de muita preocupação por não conseguir definir o tema de minha pesquisa eu e minha orientadora estávamos reunidas mais uma vez e decididas a chegar a um denominador comum. A diferença é que nessa ocasião por algum motivo especial (não me pergunte qual), pela primeira vez, mudamos o cenário das nossas supervisões do mestrado e retornamos ao antigo cenário das nossas supervisões da época da graduação (SPA) e de repente estávamos ali, naquela sala em que diversas vezes estive com Raoni, desvendando seu potencial e o meu!

E foi assim, nesse ambiente cheio de registros e na companhia da pessoa que sempre estimulou meu gosto pela Psicologia Escolar e mais especificamente pela Psicologia Escolar Crítica que rememorei a quantidade de crianças diagnosticadas por neurologistas que passavam por ali e entendi que chegara a minha hora de investigar como esses diagnósticos são feitos, para poder então, dialogar com propriedade e conseguir movimentar essas práticas que têm levado nossas crianças a serem medicalizadas e estigmatizadas.

Portanto, as experiências do “atendimento” e da pesquisa trouxeram a mim uma dimensão muito importante sobre a dura realidade enfrentada, ou seria melhor dizer passada por muitas crianças, já que a grande maioria apenas passa sem ter nenhum direito à voz! A realidade da infinita quantidade de encaminhamentos e a frequência de diagnósticos de dislexia, Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), deficiência intelectual, entre outros, atestados por neurologistas e as consequências emocionais destes diagnósticos (rotulação e medicalização), me fizeram perceber o quão importante seria um trabalho com estes profissionais visto que os médicos, entre os profissionais que são chamados a atuar frente às demandas de insucesso escolar (pedagogos, psicopedagogos, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas), são os que possuem maior autoridade e força nos discursos, de modo que “o médico falou, está falado!” E a especialidade médica que tem sido amplamente solicitada a atender estes alunos é a Neurologia, talvez pela concepção amplamente difundida de que os problemas de aprendizagem são decorrentes de mau funcionamento do cérebro.

Pesquisas sobre o fracasso escolar têm discutido o encaminhamento de alunos com queixa escolar para os consultórios médicos, feitos por professores, orientadores escolares, psicólogos escolares e diretores, na busca de respostas para a não aprendizagem como, por exemplo, os estudos desenvolvidos por Boarini e Borges (2009), Collares e Moysés (1996), entre outros. Com esta prática, os atores escolares minimizam questões pertinentes ao funcionamento escolar que necessitam serem consideradas como promotoras do fracasso escolar, como discutido por Souza, B. P. (2007), bem como o preconceito com relação aos alunos de classes menos favorecidas como denuncia Patto (2005).

A discussão que queremos propor embasada na Psicologia Escolar Crítica a respeito desses encaminhamentos é sobre o aumento da quantidade e frequência com que eles vêm ocorrendo no nosso país, bem como sobre como os médicos que os recebem têm atuado e olhado para essas crianças. Partimos do pressuposto que por motivos diversos esses profissionais têm feito diagnósticos considerando apenas questões individuais e biológicas do paciente acarretando na chamada Medicalização da Educação.

Considerando esse cenário, decidimos então dialogar com a Neurologia buscando compreender como esse ramo da Medicina entende o fenômeno escolar, que informações dispõe sobre o funcionamento escolar e sobre as teorias da

aprendizagem que norteiam a construção do diagnóstico de “distúrbios da aprendizagem” e em seguida propor a interlocução entre a Neurologia e a Psicologia Escolar Crítica visando estabelecer uma relação de parceria que consiga movimentar o campo de forças que age sob o fenômeno do insucesso escolar.

Portanto, temos como objetivo geral entender como os problemas de aprendizagem são compreendidos pela Neurologia e mais especificamente: a) conhecer os elementos teóricos e práticos da formação dos Neurologistas no que tange aos distúrbios de aprendizagem e deficiência intelectual; b) conhecer os fundamentos neurológicos da aprendizagem que fundamentam a ação dos Neurologistas em Porto Velho-RO; c) levantar os exames solicitados pelo neurologista para diagnosticar os pacientes com problemas de aprendizagem e deficiência intelectual; d) identificar como o neurologista realiza o diagnóstico de problemas de aprendizagem e deficiência intelectual.

Hoje, a medicalização do fracasso escolar, não é apenas o meu tema de pesquisa, mas também uma luta que encampei, juntamente com outras pessoas de diversos segmentos do nosso Estado. Juntos, criamos o “Fórum sobre a Medicalização na Educação – Rondônia e Acre”, um grupo aberto e heterogêneo, que tem por objetivo pensar estratégias e ações para que um número cada vez maior de pessoas tome conhecimento sobre os malefícios da medicalização na Educação.

Antes que vocês comecem a tecer qualquer pré-julgamento sobre essa temática e sobre nossa luta, convido-os a conhecer um pouco da realidade dos encaminhamentos das queixas escolares e da prática da medicalização realizada pelos Neurologistas do nosso município. Convido-os ainda a conhecer as propostas alternativas da Psicologia Escolar Crítica para lidar com as queixas escolares. E então, após tomarem conhecimento de ambas as perspectivas, fiquem à vontade para tirar as próprias conclusões!

Convite feito. Convite aceito?

Esperamos contribuir para uma reflexão sobre a formação destes profissionais acerca de temas da área escolar visando aproximar profissionais da área da saúde e da educação para discussão sobre o fracasso escolar buscando minimizar e quem sabe superar a medicalização de fenômenos escolares.

1 A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO

Vivemos atualmente uma grande intensificação da medicalização na vida cotidiana. Sintomas que até poucos anos atrás eram considerados corriqueiros e inerentes à vida humana, nos dias de hoje são tidos como sinais de alertas de doenças diversas, e por isso, devem ser imediatamente investigados e medicados. “Eventos como insônia, tristeza, inquietação de pernas e diminuição do apetite sexual, hoje, se transformam em diagnósticos: distúrbio do sono, depressão, síndrome de pernas inquietas e disfunção sexual” (WELCH; SCHWARTZ; WOLOSHIN, 2008, p.12).

Na análise de Guarido (2007, p. 158) isso acontece em virtude da,

[...] ampla gama de sintomas presentes nos manuais² bem como a forma diagnóstica proposta por eles permitem que muitos acontecimentos cotidianos, sofrimentos passageiros ou outros comportamentos, possam ser registrados como sintomas próprios de transtornos mentais.

Na Educação, a medicalização também se faz presente e constitui uma prática comumente realizada pelos profissionais de saúde, como psicólogos, psiquiatras, neurologistas, pediatras, nutricionistas e demais profissionais, para quem geralmente os alunos com queixas escolares diversas são encaminhados. De acordo com Collares e Moysés (1994, p.26),

A Educação, assim como todas as áreas sociais, vem sendo medicalizada em grande velocidade, destacando-se o fracasso escolar e seu reverso, a aprendizagem, como objetos essenciais desse processo. A aprendizagem e a não-aprendizagem sempre são relatadas como algo individual, inerente ao aluno, um elemento meio mágico, ao qual o professor não tem acesso – portanto, também não tem responsabilidade.

Distintas pesquisas que se propuseram buscar conhecer e compreender a percepção dos profissionais da área da saúde, bem como de outros profissionais, como professores, diretores, e estudantes de cursos variados, constataram que a grande maioria destes acredita que as causas do fracasso escolar centram-se nas crianças e em suas famílias, como veremos a seguir.

Collares e Moysés (1996) averiguaram em sua pesquisa que de um grupo de 559 alunos de escolas públicas do município de Campinas-SP apontados pelos seus

²A autora refere-se ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

professores como alunos potenciais a não conseguirem aprender, para 541 deles a justificativa para tal estava na criança – em termos de problemas emocionais ou biológicos – e em sua família – por questões de alcoolismo, doença mental, emocionais ou pobreza – enquanto para 18 deles estavam apenas em sua família.

Em um estudo mais recente realizado por Angelucci et al. (2004) constataram que de 1991 a 2002 na Faculdade de Educação e no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo as pesquisas sobre fracasso escolar centravam-se em quatro principais temas, porém as pesquisas partindo do pressuposto de que o fracasso escolar é um problema psíquico, pregando a culpabilização das crianças e dos seus pais, representavam 30,9% dos dados.

Convém especificar no que consiste a psicologização, patologização e a medicalização da queixa escolar, apesar de ser comum encontrá-los na literatura de forma indiscriminada. A patologização/medicalização da queixa escolar trata-se da ação de “[...] atribuir a características inerentes à criança sua não-alfabetização”, isto é, Collares e Moysés (1996, p.26) afirmam que consiste na ação de conferir principalmente às características biológicas da criança, a causa de suas dificuldades escolares. As autoras descrevem ainda que é o “[...] processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza” (1994, p.25). A partir desse entendimento, retira-se toda responsabilidade do sistema sociopolítico e culmina no que as autoras chamam de “culpabilização da vítima” (p. 26), concepção esta, severamente criticada por diversos autores, conforme veremos no decorrer desta dissertação.

O termo medicalização no contexto educacional advém da biologização das queixas escolares, feitas a princípio somente por médicos. Porém, atualmente outros profissionais estão inseridos nesse contexto e são procurados para atender demandas escolares. Decorre que muitos destes profissionais aliaram-se aos conhecimentos produzidos pela Medicina pelo viés biologizante, por isto, alguns autores têm optado por utilizar o termo patologização, visto que o fenômeno ampliou-se e não consiste mais em uma prática exclusivamente médica (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

A psicologização da queixa escolar consiste na ideia de que as dificuldades escolares do aluno decorrem de problemas emocionais no mesmo ou em sua

família, tida como desestruturada, onde a mãe não tem tempo para se dedicar a auxiliar o filho nos estudos, o pai é dependente químico e etc.

Nesta dissertação, o foco central é a medicalização da queixa escolar, analisada sob o viés da Psicologia Escolar Crítica. Teóricos de diversos campos do saber, como Abreu (2006), Guarido (2007, 2011), Machado (2010), entre outros, têm se dedicado a estudar as consequências dessa prática para os sujeitos mais diretamente acometidos: os “pacientes”. No campo da Medicina também já é possível localizar alguns poucos profissionais que criticam este tipo de atuação, dentre eles, destaca-se a pediatra Maria Aparecida Affonso Moysés que têm feito contribuições valiosas sobre o assunto proposto.

Segundo Guarido (2011, p.30), com quem concordamos

De maneira geral, a crítica dirigida por diversos autores à medicalização diz respeito à redução de questões amplas – que envolveriam em sua análise diversas disciplinas (sociologia, antropologia, psicologia, economia, ciências políticas, história, medicina, etc.) – a um único domínio metodológico disciplinar: a medicina. A medicalização foi então tomada como expressão da difusão do saber médico no tecido social, como difusão de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como uma operação de práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social.

Para Boarini (2006), Boarini e Borges (2009), Guarido (2011) e Zucoloto (2007) no Brasil a busca por soluções no campo da saúde para problemas do âmbito educacional é uma prática existente desde a entrada dos médicos higienistas nas escolas brasileiras no início do século XX. Estes, com o objetivo principal de elevar o Brasil à categoria das grandes nações investiram nas diversas instituições brasileiras, como escolas e famílias, com o intuito de transformar o indivíduo e seu corpo, bem como seus hábitos e costumes.

Nesta época acreditava-se que sendo a criança adequadamente cuidada e higienizada, quando adulto, se tornaria físico e moralmente saudável, e este pressuposto fez com que, a educação escolar e a medicina social ganhassem lugar de destaque, como meios para efetivar o projeto de higienização da sociedade.

O cenário nacional presencia nesse momento a busca do Estado por consolidação como autoridade máxima e por sobrepor o poder dos países coloniais e encontra no movimento higienista um grande aliado. O higienismo estabelece um discurso de que as doenças de toda espécie (incluindo as do não aprender) são resultantes da incompetência e incapacidade das famílias de cuidar dos seus filhos,

autorizando que representantes do higienismo a tomar seus lugares. “Ao provocar a destituição do saber familiar, o higienismo instala uma nova palavra de ordem: é preciso educar o educador” (KUPFER, 2011, p.142), e passa de fato a ensinar os pais, interferindo até mesmo “[...] sobre as instalações, os mobiliários, a alimentação, os horários da rotina, a separação em classes na escola e acima de tudo interferiam no processo de aprendizagem” (ABREU, 2006, p.38). Todavia Abreu (2006) ressalta que esse tipo de cuidado só era realizado com as crianças advindas de famílias ricas, às crianças pobres os cuidados eram apenas no sentido de evitar as epidemias.

Os professores também foram educados pelos médicos, mas o ensino a esses foi com o propósito de torná-los ajudantes na missão de buscar identificar os “anormais” (GUARIDO, 2011). Abreu (2006, p.39-40) detalha esse funcionamento:

[...] visando a capacitação dos professores, uma série de disciplinas foram incorporadas no curso de formação do professor primário. Assistimos na primeira metade do século XX, à expansão dos conteúdos médicos na formação do professor com a criação de novos serviços de saúde escolar e a presença de disciplinas correlatas ao campo biomédico no currículo. Essas disciplinas contribuíram de forma efetiva para o desenvolvimento do que se pode chamar de um “exercício disciplinado do olhar” tornando a criança, a escola e a pedagogia objetos de estudos, para os quais o professor foi capacitado como investigador do corpo do seu aluno no cotidiano. Assim, desenvolvia-se o “olhar clínico” do professor, ele deveria olhar para o seu aluno e, tal qual o médico, deveria identificar os desvios, as patologias e as doenças do não-aprender. O professor, instruído e capacitado pelas especialidades médicas e pelas disciplinas de conteúdo biomédico, deveria tornar-se capaz de distinguir entre seus alunos os que eram educáveis e os não eram a partir de medições das aptidões, dentre elas a inteligência.

Portanto, o saber médico dominou o campo escolar criando dispositivos e meios para disciplinar os pais, os professores e as crianças, com o objetivo maior de combater a ameaça de degeneração e para poder elevar o país ao patamar das grandes potências.

As estratégias utilizadas neste período não foram suficientes para que seus objetivos fossem atingidos, ficando comprovado que quando se trata de questões de caráter social, as atitudes e intervenções individuais não são suficientes. Contudo, apesar da história nos apontar este dado, a sociedade de uma forma geral, insistiu ao longo da história e ainda insiste nesta mesma perspectiva, buscando “[...] resolver os complexos problemas da educação escolar a partir de intervenções no

indivíduo em particular” (BOARINI; BORGES, 2009, p.21), por nunca ter superado a concepção biológica de homem.

“Foi um período de grande efervescência em termos de discussão de métodos de ensino e de políticas públicas para a educação [...]” (ABREU, 2006, p.27) e a escola teve um papel fundamental no início do século XX (período de instalação do capitalismo), pois foi por meio dela que o movimento higienista teve acesso às famílias brasileiras e pôs em prática o projeto de higienização e disciplinamento das mesmas. Nela, assim como nas demais instituições, operava nessa época o princípio do confinamento, isto é, nas palavras de Justo (2006, p.28) prevalecia a lógica de “[...] reunir e confinar indivíduos num determinado espaço geográfico e psicossocial, ou seja, trancafiá-los para aí serem submetidos àquilo que o capitalismo exigia deles”.

Com o advento do mundo pós-moderno ou da chamada contemporaneidade, as necessidades e exigências do capitalismo atual são outras, conforme nos aponta Justo (2006), embasando-se em Deleuze (1992):

[...] a intensificação do ciclo de produção e de consumo, a expansão da circulação do capital exigindo, cada vez mais, o alargamento de fronteiras geográficas e psicossociais, o aumento da velocidade e a movimentação cada vez maior de mercadorias, de capital, de subjetividades, de mão-de-obra e assim por diante. Tais necessidades da economia capitalista atual estariam [estão] produzindo uma outra lógica de organização e funcionamento da sociedade: não se trataria mais de confinar o sujeito em espaços fechados, mas de colocá-lo em espaços abertos [...]. (p.29-30)

Diante de tantas transformações, as instituições foram obrigadas a se adequar, passando a atuar pela “lógica do desconfinamento”, parar garantir sua sobrevivência e para dar conta das exigências da aceleração, nomadismo, “diluição dos vínculos”, flexibilidade, autonomia, rogados no mundo contemporâneo (JUSTO, 2006). Essa nova lógica tornou-se possível, principalmente, em virtude das novas tecnologias, que viabilizam o monitoramento e o controle de todos em qualquer tempo e qualquer espaço, não sendo mais preciso trancafiá-los para exercer o domínio (ABREU, 2006).

Autores como Rocha (2000), Justo (2006), Costa (2007), têm nos sinalizado que ao passo que as demais instituições que sustentam nossa sociedade – famílias, hospitais, empresas, prisões, entre outras – têm se transformado para adequar-se a esse novo tempo, as escolas não têm feito o mesmo, permanecendo com muros

altos, portões fechados e monitorados 24h, com seriação e regras rígidas de conduta. Justo (2006, p.39) explicita:

Enquanto, pois, o sujeito contemporâneo se constitui num tempo e num espaço ampliados, a escola continua com sua constituição fincada num tempo e num espaço constrictos e fechados. O tempo lógico da escola, ainda que justificado na cronologia do desenvolvimento cognitivo do aluno, é excessivamente segmentado e estacionário, produzindo intervalos e seqüências (sic) na organização das atividades de ensino-aprendizagem e um ritmo tão cadenciado que mais se prestam à imposição de moratórias e contenções ao conhecimento do que à sua efetiva construção. As séries, as disciplinas e as aulas são estruturadas de um tempo lógico-pedagógico completamente defasado da temporalidade da vida imposta pelo mundo atual.

Ou melhor, nas palavras de Rocha (2000, p.199, grifo da autora):

[...] a escola está fora do tempo da criação, ou seja, o seu estado é de inércia. Tal assertiva é constatada nos altos índices de repetência, de evasão, de desinteresse, de esvaziamento no seu cotidiano. Isto se deve, por um lado, ao choque entre a organização burocrática reificante atualizada pelo coletivo, de produção unívoca (que alinha o potencial de vida e de investimentos de cada um e de todos na ordem pragmática de um espaço-tempo compartimentalizado, hierarquizado e centralizado) e, por outro à entrada do social na era do acelerador. A tecnociência *absolutiza* o tempo.

Portanto, temos hoje uma escola com estrutura, práticas pedagógicas e rotinas anteriores ao tempo atual, mas composta por indivíduos que estão no ritmo acelerado do capitalismo atual e que esperam o mesmo dos demais, resultando, por exemplo, em cobranças para que todos os alunos aprendam no mesmo ritmo, e de preferência, rapidamente. Para os que não conseguem acompanhar a velocidade dos outros alunos, a medicação surge como principal recurso auxiliador (BOARINI; BORGES, 2009; CRUZ, 2011).

Dando sequência ao raciocínio de Justo (2006), a escola está no “[...] epicentro de uma crise institucional [...]” (p. 29), pois permanece como “[...] grande sustentáculo da sociedade [...]”, enquanto as demais instituições modernas estão perdendo o prestígio e declinando, repassando e/ou dividindo suas funções com a escola, ficando assim “[...] encarregada da tarefa de cuidar do desenvolvimento da criança e do adolescente no plano cognitivo, emocional, afetivo, social, político e tantos outros tidos como necessários para a formação do sujeito deste tempo” (p.36). Isto é, a escola tornou-se uma superinstituição, sobrecarregada de funções,

mas não tem recebido atenção e investimento proporcionais à sua importância e relevância em nossa sociedade, por isso atesta que:

Dadas todas as contradições que permeiam a escola, não se pode estranhar que ela seja um “barril de pólvora”. Afinal, é o lugar de compressão dos problemas e tensões de todas as esferas – econômica, social, política, emocional, afetiva – onde subjetivações das condições vividas nesse tempo acontecem de forma intensa e com toda a radicalidade. (JUSTO, 2006, p.37)

É nesse, e possivelmente por ter se tornado esse “barril de pólvora” que os especialistas, em particular, os médicos, continuam sendo solicitados a intervir nas questões educacionais, pois o tratamento medicamentoso é o que hoje existe de solução mais rápida e eficiente para os problemas que estão estourando todo tempo no ambiente escolar. Mais adiante discorreremos mais sobre essa ideia.

1.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS MANUAIS NORTEADORES DOS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

Vimos anteriormente que a entrada do saber médico na Educação, se deu por meio do movimento higienista e que prevaleceu, pois à medida que a sociedade foi evoluindo para um tempo cada vez mais acelerado, foi preciso ter também uma solução imediata para apresentar àqueles que não conseguiam acompanhar o ritmo dos demais. A solução encontrada e comumente utilizada por parte dos médicos tem sido a medicação que se dá imediatamente após o diagnóstico.

O enquadramento do insucesso escolar em patologia médica se dá com base nos manuais norteadores para diagnósticos médicos, que é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Em ambos os documentos existem classificações para as patologias relacionadas a não aprendizagem. No CID-10, chama-se “Transtornos Específicos do Desenvolvimento das Habilidades Escolares” (F.81³), no DSM-IV “Transtornos da Aprendizagem” sendo neste último caracterizado quando os “resultados do indivíduo em testes

³Subdividido em: F81.0 Transtorno específico de leitura; F81.1 Transtorno específico da soletração; F81.2 Transtorno específico da habilidade em aritmética; F81.3 Transtorno misto de habilidades escolares; F81.8 Outros transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares; F81.9 Transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares. (OMS, 2006)

padronizados e individualmente administrados de leitura, matemática ou expressão escrita estão substancialmente abaixo do esperado para sua idade, escolarização e nível de inteligência” (APA, 1994).

No DSM-5, há uma ampliação da categoria e uma mudança na nomenclatura passando a denominar-se “Transtornos Específicos de Aprendizagem” sendo o diagnóstico pautado em uma,

[...] revisão clínica do histórico de desenvolvimento, médico, educacional e da família, nos relatórios dos resultados de testes, observações dos professores e das respostas às intervenções acadêmicas. O diagnóstico requer persistentes dificuldades em leitura, escrita, aritmética, matemática ou capacidades de raciocínio durante os anos de educação escolar. (APA, 2013, tradução nossa)

Desta forma, aspectos como os discutido por Souza, B. P. (2007) como o funcionamento ambiente escolar, a infraestrutura da instituição, a vida escolar do aluno, as relações e vínculos entre os atores escolares, nem mesmo os métodos pedagógicos utilizados, são considerados para se compreender o fracasso escolar, avalia-se apenas as dificuldades pontuais do indivíduo.

A ideia de que “[...] as questões de saúde são responsáveis, pelo menos em parte, pelo fracasso escolar” tem sido duramente criticada por Moysés (1992, p.29), que defende que se trata de um grande mito, assim como a própria concepção de fracasso escolar. A autora atesta ainda que “[...] as causas médicas do fracasso escolar não existem! Daí, a contribuição que a Medicina pode oferecer a área educacional é nenhuma!” (p.30). Entretanto, conforme vimos essa relação é histórica de tal forma que está presente nos documentos norteadores dos diagnósticos médicos.

A criação do DSM, desde o início em 1952 esteve atrelada à luta dos Psiquiatras por reconhecimento e legitimação como campo da Medicina. Essa busca constante fez com que ao longo dos anos esse instrumento passasse por alterações diversas, como discutido por Guarido (2007), até mesmo no seu embasamento teórico, tendo durante a segunda versão, por exemplo, se fundamentado nas teorias de Sigmund Freud e posteriormente tendo o abandonado por completo e aderido à teoria do desequilíbrio químico. Nota-se que as mudanças visavam sempre passar uma imagem de maior cientificidade, mas que na prática não se concretizavam, permanecendo a construção pautada nas subjetividades dos profissionais presentes.

Em maio do corrente ano, foi publicada a 5ª versão do manual, por enquanto disponível apenas na língua inglesa. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA), esta versão foi construída por mais de 160 pesquisadores de todo o mundo, incluindo neurocientistas, biólogos, epidemiologistas, entre outros, respeitando os avanços científicos das investigações dos transtornos mentais. Os gastos foram todos custeados com fundos da própria associação (APA, 2013). Apesar do rigor científico anunciado, o DSM-5 tem recebido duras críticas de cientistas e profissionais de diversas áreas, principalmente pelos comportamentos até então considerados normais que foram transformados em patologias.⁴ No que diz respeito aos transtornos de aprendizagem também houve algumas alterações que exporemos na próxima subseção.

Dando sequência à discussão sobre como o manual contribui para a intensificação da intervenção médica, na Educação, concordamos com Guarido (2007, p. 158), que a “socialização do DSM-IV⁵ na formação médica geral permite que clínicos de outras especialidades, que não a psiquiátrica [nem a neurológica⁶], possam medicar com facilidade seus pacientes” e a medicalização da educação se torna frequente.

O DSM, segundo o documentário organizado pela Comissão dos Cidadãos para os Direitos Humanos (CCHR) em 2011, “Manual de Diagnóstico e Estatístico: a farsa mais mortífera da Psiquiatria”, os próprios psiquiatras admitiram que diferente do que se imagina, nenhuma das versões deste instrumento, pelo menos até a 4ª versão, foi construída com embasamento científico, como nos clarificam os depoimentos de alguns psiquiatras que participaram deste documentário:

“O DSM é feito por um comitê de homens e mulheres com opiniões políticas, que têm preconceitos e opiniões políticas, portanto não há tanta ciência no DSM como deveria haver.”

“É juntar várias observações e quando estão todos reunidos, criam diagnósticos.”

“O sistema do DSM não é o sistema real de diagnóstico.”

“Muitos dos distúrbios que estão ali não foram rigorosamente validados.”

“É a melhor ferramenta que temos disponível mas não é... perfeita.”

“É tão inútil que se tivesse um paciente e o DSM eu faria 20 diagnósticos do mesmo paciente.” (CCHR, 2011)

⁴Ver: <http://revistaepoca.globo.com//Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/05/acordei-doente-mental.html>

⁵Continuaremos essa discussão nos referindo ao DSM-IV por entendermos que os pontos que estamos abordando, não serão superados com essa nova versão.

⁶Acréscimo nosso.

Essa breve apresentação do DSM nos põe a refletir: como um instrumento construído sem nenhuma cientificidade tem resistido ao longo dos anos na prática clínica principalmente dos psiquiatras e norteando suas ações, sem nenhuma contestação? E mais, quantos adultos e crianças diagnosticadas com distúrbios mentais, considerando-se os critérios desse manual, de fato possuem algum distúrbio? Para fechar esse parêntese que abrimos, consideramos pertinente a constatação do médico e psicanalista Bekerman (2011, p.27):

Não há classificação que não seja arbitrária, conjuntural e interesseira. Com efeito, há aqueles que se dedicam a fazer crer que dispõem de recursos para se pôr a salvo da inconsistência classificatória. Postulam-se como cientistas puros e duros, campeões de um empirismo que garante seriedade científica, quando a única coisa de que sem dúvida se asseguram é do benefício econômico ligado à indústria dos psicofármacos, cuja magnitude em escala mundial é comparável à indústria armamentista e ao tráfico de drogas.

Afirmção rígida e bem polêmica, mas que serve para sinalizar o quão prejudicial pode ser os diagnósticos, mesmo quando realizados com muita cautela, em especial no que tange ao tema que estamos abordando, pois o manual que os embasam é bastante controverso, se fazendo necessário um movimento de humanização da Medicina e das consultas médicas como defendido por Blasco (2010) e Gallian (2000).

1.2 DESVELANDO OS DISTÚRBIOS MAIS FREQUENTES

Observamos que ao longo da história, a concepção orgânica de homem prevaleceu, tendo como consequência o foco biologizante e individualista para a solução dos problemas mesmo aqueles de cunho social. Hoje ela está presente, de forma ainda mais intensa e mais específica, através da hipervalorização de tudo que se refere ao funcionamento do cérebro e dos neurônios, fator que tem levado alguns estudiosos a denominar este período de “Era dos Neuro...” conforme discutido também nos Fóruns sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Fala-se ainda em “Era dos Especialistas” (EIDT; TULESKI; 2007), “Era dos Transtornos”, como divulgado no II Seminário Internacional A Educação Medicalizada⁷ e Caliman

⁷Evento organizado pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, realizado em 2011.

(2013) adota a expressão “Era das Cidades Biológicas” ao referir-se sobre a hipervalorização da comprovação biológica nos diagnósticos.

Essa é a concepção que tem imperado na sociedade e na atuação dos especialistas que de alguma maneira lidam com o fracasso escolar. Já nas escolas tem predominado o discurso de que se as crianças não conseguem ler e escrever é porque são disléxicas ou possuem deficiência intelectual e se conseguem aprender, mas são muito bagunceiras e desobedientes é porque têm TDAH. Em todos os casos, estão incutidas a ideia de que o problema está na criança e muito provavelmente tem origem em algum fator biológico.

A soma dos dois discursos resulta nos altos índices de encaminhamentos de crianças com suspeitas de deficiência intelectual, TDAH e dislexia aos especialistas em particular os que dominam a área cerebral: os neurologistas. Por este motivo, a seguir exporemos as visões hegemônicas existentes sobre esses distúrbios, com os rebates feitos por alguns críticos.

A respeito da deficiência intelectual, julgamos relevante trazer as considerações de Sasaki (2004) sobre as terminologias “deficiência mental” e “deficiência intelectual”. De acordo com este autor, hoje há uma tendência mundial de substituir a nomenclatura “deficiência mental” que tem sido utilizada desde a década de 80, por “deficiência intelectual”. Para ele esta troca é importante pelo fato de o termo “intelectual” dizer mais sobre o fenômeno que se refere ao processamento das informações no intelecto e não na mente como um todo e defende ainda, que assim, facilitará a distinção entre “deficiência mental” e “doença mental” que comumente são confundidas pela sociedade e pela mídia em função do adjetivo igual.

No campo da Educação, Machado (2005) e Tada (2005, 2009) chamam a atenção para as práticas psicológicas reducionistas contributivas para o diagnóstico de deficiência intelectual, por desconsiderarem a complexidade da instituição escolar que afeta a apropriação do saber escolar, saber este exigido nos testes de inteligência.

A dislexia, também chamada de leitura especular e retardo específico de leitura, no CID-10 recebe o código F81.0 e a nomenclatura Transtorno Específico de Leitura. De acordo com a Associação Nacional de Dislexia (AND) o disléxico “tem inteligência normal e condições adequadas em seu meio e em seu ensino, não

apresenta doenças neurológicas ou psiquiátricas”, todavia segundo a Associação Brasileira de Dislexia (ABD) entende desde 2003, que a

Dislexia é uma dificuldade de aprendizagem de origem neurológica. É caracterizada pela dificuldade com a fluência correta na leitura e por dificuldade na habilidade de decodificação e soletração. Essas dificuldades resultam tipicamente do déficit no componente fonológico da linguagem que é inesperado em relação a outras habilidades cognitivas consideradas na faixa etária.

Moysés (2010), no texto “Dislexia existe? Questionamentos a partir de estudos científicos” se dedica a explicar e apresentar os motivos e argumentos que a levam a defender a não existência da dislexia, pautando-se principalmente no princípio da racionalidade científica médica.

Ela clarifica que, de acordo com essa concepção, dislexia refere-se a uma doença neurológica, mas que as características básicas da mesma são detectáveis exclusivamente através da leitura e da escrita, características essas que aparecem em todas as pessoas que têm dificuldades com leitura e escrita. Portanto, qualquer pessoa que tenha dificuldade para ler ou que não leia bem, se enquadra nessa descrição, o que conforme esta autora contraria a racionalidade da ciência médica.

Em seguida, ela aponta que conforme um texto exposto também no *site* da ABD, os diagnósticos são realizados de três formas: processo de exclusão, indiretamente à base de elementos neurológicos ou diretamente à base de frequência e persistência de erros na escrita e na leitura contestando todos eles. O diagnóstico realizado por processo de exclusão é questionado por consistir no ato de considerar um diagnóstico verídico apenas por não restar outras possibilidades, o que é inteiramente suspeito à racionalidade científica em medicina, bem como o diagnóstico indireto. Já o diagnóstico à base de frequência e persistência de erros na escrita e na leitura, é contestado pelo motivo já discorrido anteriormente: qualquer pessoa até que aprenda a ler e escrever bem apresentará erros persistentes.

Moysés questiona ainda, como diferenciar “[...] a criança que não consegue ler e escrever bem, por doença neurológica, no meio de outras cem que também não conseguem ler e escrever bem?” (p.13) e a resposta dela é: impossível! Não existem parâmetros e nem instrumentos diagnósticos que possibilitem diferenciar a criança que não sabe ler por possuir algum distúrbio neurológico, das demais que

também não conseguem ler e escrever. Isso é preocupante, à medida que um diagnóstico de dislexia, isto é, de uma doença neurológica caracterizada pela dificuldade com a fluência correta na leitura e na escrita, é prescrito em confronto com a racionalidade científica, pautando-se exclusivamente em elementos de leitura e escrita. Nesse sentido a autora pontua que,

Eu não posso usar um instrumento feito para quem sabe ler, para avaliar quem não sabe ler e, dizer que quem não souber ler tem uma doença neurológica, um distúrbio. É esta a questão. Apenas isto. Em síntese, a existência dessa doença chamada dislexia é muito questionada pela própria Medicina, desde o início; não é tranquilo nem inquestionável, e não é apenas no Brasil, é em todo o mundo; aliás, no Brasil é onde tem menor questionamento. (MOYSÉS, 2010, p. 13)

Os estudos que buscam comprovar a existência de alterações fisiológicas nas pessoas que possuem dislexia são muito divergentes, variando entre afirmações de alterações genéticas, anatômicas e funcionais, e a autora contrapõe todos eles, e inclusive apresenta citações de profissionais que defendem a existência desse distúrbio, mas que admitem não existirem elementos precisos para o diagnóstico do mesmo.

Para finalizar as ponderações sobre dislexia, segue a percepção de Strauss (2013, p.307) sobre dislexia e os testes de leitura:

O que podemos aprender sobre a leitura simplesmente observando o que os leitores fazem ao receber textos com os quais nunca se depararam? Ao fazermos isso, descobrimos que a leitura é um processo sociopsicolinguístico fascinante [...]

O diagnóstico de TDAH também tem sido questionado por Boarini e Borges (2009) e Moysés (2010), por motivos semelhantes à dislexia, ou seja, não há medidas objetivas e específicas que possam atestar o seu diagnóstico e nem mesmo a sua etiologia, fato este que também é reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que afirma que “quanto aos aspectos etiológicos, é pacífico o entendimento de que aspectos genéticos são decisivos [...]”, mas assegura em seguida que “quanto aos fatores genéticos podemos destacar que muitas linhas de pesquisa são exploradas com respostas cada vez mais efetivas, embora não definitivas [...]” (CFM, 2012, p.3).

Desse modo, estas pesquisas que nos remetem a dois transtornos frequentemente verificados em crianças e adolescentes com dificuldades escolares

por médicos especialistas, demonstram que apesar de inúmeras controvérsias e falhas existentes no processo de diagnóstico, muitos profissionais ou não têm acesso a essas informações ou optam por desconsiderá-las por algum motivo oculto.

A gravidade dessa ação consiste em que,

O que reconhecemos como resultado deste tipo de prática é que um número cada vez maior de crianças e em idade cada vez mais precoce é medicado de forma a tentar sanar sintomas das crianças, sem considerar o contexto na qual se apresentam: não levando em conta, também, as complexas manifestações singulares de cada sujeito. Assim, no lugar de considerar um psiquismo em estruturação, supõe-se um déficit neurológico. (GUARIDO, 2011, p. 29)

Mediante o DSM-IV, TDAH é “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento” com sintomas como “desatenção” em “situações escolares, profissionais ou sociais” o que leva a “cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas”, entre outros (anexo A). No DSM-5 esse entendimento se mantém, porém algumas alterações foram realizadas:

1) exemplos foram adicionados aos itens de critério para facilitar a aplicação em toda a vida; 2) a exigência de exame situacional foi fortalecido com vários sintomas em cada cenário; 3) o critério de início foi alterado de "sintomas que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos" para "vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos ";4) os subtipos foram substituídos por especificadores de apresentação que mapeiam diretamente para os subtipos anteriores; 5) o diagnóstico de comorbidade com transtorno do espectro do autismo é agora permitido e 6) uma mudança limiar nos sintomas foi feita para os adultos, [...] o ponto de corte para TDAH de cinco sintomas, em vez de seis necessários para pessoas mais jovens, tanto para a desatenção e hiperatividade e impulsividade. Por último, o TDAH foi colocado no capítulo das desordens do neurodesenvolvimento para refletir como o desenvolvimento cerebral correlaciona-se com TDAH e a decisão de eliminar do DSM-5 o capítulo do DSM-IV, que inclui todos os diagnósticos geralmente feitos pela primeira vez na infância ou na adolescência. (APA, 2013, tradução nossa)

De acordo com a APA, todas as mudanças feitas foram embasadas em estudos que também mostraram que o TDAH não desaparece em alguma idade específica, permanecendo até a vida adulta. Entendemos que o número já elevado de diagnósticos de TDAH em nossa sociedade, com essas alterações e

principalmente as que determinam a ampliação da idade mínima em que os sintomas devem ter aparecido de sete para 12 anos, a redução da quantidade de sintomas necessários para realizar o diagnóstico adulto e a possibilidade de comorbidade com transtorno do espectro autista, ganharão uma proporção ainda maior, tendo como consequência o aumento também no consumo dos medicamentos, uma vez que predomina o discurso de que esses são imprescindíveis ao indivíduo com TDAH, como bem atesta o CFM (2012, p.13-14):

A abordagem combinada (medicação + abordagem psicoterápica comportamental com as crianças e orientação para os pais e professores) não resultou em eficácia maior nos sintomas centrais do transtorno quando comparada à abordagem apenas medicamentosa. A interpretação mais cautelosa dos dados sugere que o tratamento medicamentoso adequado é fundamental no manejo do transtorno.

Conforme parecer deste órgão é possível delinear uma “história clássica” de vida da pessoa com TDAH. Quando recém-nascido os sintomas são irritabilidade, dificuldades de alimentação e sono, cólicas constantes, isto é, é um “bebê difícil”. No período da pré-escola os principais indícios são a irritabilidade, a teimosia e dificuldades de ajustamento. Na escola elementar é característica a “incapacidade de colocar foco, distração, impulsivo, desempenho inconsistente, presença ou não de hiperatividade” (p.12) e na adolescência acrescenta-se a esses últimos sintomas as dificuldades de memória e o abuso de substâncias químicas.

É extensa a literatura que discorre sobre a etiologia, sintomas, recomendações e apresentam informações complementares às delineadas no DSM para o diagnóstico, não vamos nos deter a elas. O que nos importa até aqui é flagrar que também para o TDAH prevalece o discurso da causa orgânica (mesmo ainda não completamente desvendada), da patologização de comportamentos corriqueiros e do tratamento medicamentoso como a solução mais eficaz. Vamos agora conhecer as recomendações para o diagnóstico dos distúrbios de aprendizagem.

De acordo com Guimarães, Rodrigues e Ciasca (2003), o processo de diagnóstico deve ser realizado por equipe interdisciplinar formada principalmente por médicos, fonoaudiólogos, psicólogos e pedagogos, todos devidamente capacitados e familiarizados com as características inerentes à infância. Desta forma, as autoras apresentam e defendem diversas formas de avaliação: a) avaliação psicopedagógica, que parte da queixa inicial dos pais, mas, ressaltam que durante

todo o processo devem buscar averiguar a autenticidade da queixa trazida pelos pais porque muitas vezes eles apenas reproduzem as queixas da escola sem refletir criticamente sobre elas; b) avaliação neuropsicológica que acreditam ser um “[...] instrumento capaz de identificar e reconhecer as falhas perceptivas, atencionais e maturacionais, entre outras, possibilitando a organização de um programa de intervenção e remediação” (p.77-78); c) avaliação cognitiva, nos moldes propostos por Piaget⁸, também como uma forma de encontrar caminhos para a intervenção e; d) avaliação neurológica, que tem como princípio a premissa de que o indivíduo só aprende se o seu sistema nervoso central estiver íntegro anatômica e funcionalmente⁹.

Segundo Swaiman (1989 *apud* GUIMARÃES; RODRIGUES; CIASCA, 2003, p.73), a avaliação neurológica deve seguir as seguintes etapas:

O processo diagnóstico neurológico tem fases distintas: a) *história clínica*, que busca pesquisar dados de caráter pessoal e familiar da criança; b) *exame físico*, que avalia o crescimento físico e maturacional; c) *exame neurológico*, que avalia o nível neuromaturation da criança, procurando desvios grosseiros responsáveis por patologias específicas e, d) *exames complementares* que auxiliam a elucidação do diagnóstico.

Isto é, além de sustentar uma avaliação diagnóstica criteriosa composta por diversos profissionais, sugere ainda que a avaliação neurológica seja minuciosa e composta por diversas etapas em que os exames de neuroimagem se apresentam apenas como complementares e que devem ser interpretados considerando o contexto e todos os demais dados. Interessante ainda que as autoras ressaltam que “nas avaliações, pode-se encontrar, por meio de seus métodos, crianças que tenham um bom desempenho escolar e falhas no exame, assim como outras com exame normal e dificuldade escolar” (p.74), ou seja, apesar de propor a realização de exames, como, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, ao final deixam transparecer que seus resultados não são fidedignos.

Gonçalves (2003, p.38) apresenta a sua justificativa para a limitação dos exames neurológicos por avaliarem “[...] apenas a parte do comportamento que cai

⁸Teórico construtivista que distinguiu quatro etapas do desenvolvimento cognitivo: sensório-motor, pré-operacional, operacional-concreto e operacional-formal (MOREIRA, 1999). A avaliação cognitiva consiste na identificação da fase em que a criança se encontra.

⁹Discordamos dessa premissa, porque centra no aspecto orgânico das dificuldades de aprendizagem, desconsiderando que a aprendizagem e o desenvolvimento humano são mediados pelas relações sociais.

dentro do escopo do exame em si [...]”, isto é, uma parte bem específica, além do que o funcionamento das partes motoras e sensoriais são bem perceptíveis nestes exames, todavia não se pode dizer o mesmo sobre as outras funções neurológicas.

Apesar das ressalvas e dos dados que mostram a não eficácia dos exames de neuroimagem para a identificação dos problemas de aprendizagem, o discurso sobre a importância deles sobressai em nossa sociedade. Entendemos que isso acontece, pois, assim como falamos anteriormente, estamos vivendo na “Era dos Neuro...”, portanto, tudo que surge como uma possibilidade sofisticada de desvendar o misterioso mundo dos neurônios é atraente e rentável, fazendo com que os exames constituam

[...] no imaginário de pais, professores e outros profissionais que não dominam a racionalidade médica, instrumentos privilegiados para o entendimento dos motivos que fazem com que uma criança não-aprenda-na-escola e/ou apresente comportamentos que transgridem as normas sociais. (MOYSÉS, 2001, p.87)

É evidente que a complexa avaliação diagnóstica proposta por Guimarães, Rodrigues e Ciasca (2003) demanda muito tempo dos profissionais, para realizar cada uma das etapas da sua avaliação e em seguida juntá-las às contribuições dos demais profissionais, bem como dos alunos com queixas e dos seus responsáveis, sendo que na realidade brasileira em que o número de médicos é insuficiente para atender adequadamente toda população (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2013) eles encontram-se sobrecarregados e muitas vezes adoecendo, sofrendo pela chamada Síndrome de *Burnout* (SOARES; CUNHA, 2007; REINHOLD, 2008). Além do tempo, os custos são elevados, não estando disponível no sistema público do nosso país.

Desta forma, caso os pais queiram ver seus filhos progredindo na escola, caberá a eles investir nas consultas e tratamentos, enquanto os alunos sofrem as consequências da medicação e se tornam potencialmente dependentes e assim, chegamos ao tópico que discutiremos a seguir: a indústria farmacêutica enriquece seus cofres, o Governo e os atores escolares se eximem da responsabilidade de repensar suas políticas e suas práticas.

Na perspectiva de Ciasca (2003, p. 29):

Ensinar e aprender são processos lentos, individuais e estruturados, quando não se completam por alguma falha interna ou externa surgem os distúrbios e as dificuldades de aprendizagem, levando a criança não só à desmotivação quanto ao desgaste e à reprovação, transformando-a num rótulo dentro da escola, “perturbando” pais e professores que buscam, a partir daí, todo e qualquer tipo de diagnóstico na tentativa de descobrir as causas, de classificá-las e, se possível, encontrar uma solução objetiva para o quadro.

E em função “de todo e qualquer tipo de diagnóstico”, realizado muitas vezes sem nenhuma criticidade e sem obedecer padrões criteriosos de investigação, muitos alunos permanecerão rotulados durante toda vida acadêmica e ainda levarão para a vida profissional resquícios ou mesmo marcas profundas desses rótulos. Entendemos que mesmo o diagnóstico criterioso seguindo as propostas apresentadas acima acarreta na medicalização da criança e não em soluções efetivas para o insucesso escolar. Na próxima sessão exporemos possibilidades de intervenções coletivas, defendidas pela Psicologia Escolar Crítica, que podem ajudar a reduzir o número de encaminhamentos a especialistas.

Para finalizar as considerações acerca das concepções hegemônicas e das críticas a elas no que diz respeito ao diagnóstico de TDAH, queremos lembrar que estamos vivendo em uma “sociedade que busca a eficiência a todo custo – sociedade das urgências, essencialmente hiperativa” (FIORE, 2005, p. 366) e considerando isso, propomos a reflexão muito pertinente feita por Isaías (2007) citada por Eidt e Tuleski (2010, p.128-129, grifo das autoras):

[...] essas *dificuldades* não têm a ver justamente com um estilo cognitivo de conduta, com uma maneira de se relacionar com o mundo e de conhecê-lo, *produzida* pela mesma sociedade midiática e consumista na qual se encontram imersas as crianças de hoje? Por que então supor que elas padeçam de um *déficit de caráter genético ou neurológico*? Estaremos medicando uma enfermidade nas crianças que nós mesmos, como sociedade, causamos a elas? A impaciência por resultados e o rápido abandono diante do fracasso, a distração, a hiperatividade, a falta de escuta cuidadosa, o excesso de ruído não são, nesse caso, evidências de uma *aprendizagem social bem-sucedida* por parte das crianças?

Afinal, isso que tem sido apontado como algo patológico, pode ser mesmo uma evidência de que essa nova geração já está vindo preparada para atender as exigências dos novos tempos que demanda autonomia, agilidade de raciocínio, a habilidade de conseguir realizar várias atividades ao mesmo tempo e estar 24 horas conectadas às mídias sociais.

1.3 OS BENEFICIADOS PELA MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO

Uma das consequências do atual período capitalista, de acordo com Welch, Schwartz e Woloshin (2008, p. 12) é a grande proliferação do discurso de que os diagnósticos devem ser realizados o quanto antes, e o avanço da tecnologia muito tem contribuído para a aplicação dessa concepção. Esses autores ressaltam ainda que o principal efeito disso para a sociedade é que essa “[...] epidemia de diagnósticos conduz a uma epidemia de tratamentos”. Mas, cabe-nos questionar: o que está por trás dessa epidemia de tratamentos? E, mais especificamente, no caso da Educação, a medicalização está a serviço do quê?

Muitas pesquisas têm nos sinalizado que o principal beneficiado e patrocinador desta prática é a indústria farmacêutica (IRIART; RÍOS, 2012; TEMPORÃO, 2013). Guarido (2007) nos conta que desde 1952, quando pela primeira vez um psicofármaco foi empregado no tratamento de transtornos psiquiátricos, é crescente o investimento da indústria farmacêutica em pesquisas para o desenvolvimento e divulgação de novas drogas. Com relação à divulgação dos novos psicofármacos Rodrigues (2003, p.19) analisa que,

[...] as indústrias farmacêuticas não pretendem, com as suas propagandas, meramente informar sobre as características e vantagens de seus produtos; muito mais do que isso, existe a intenção de se vender a idéia de que a medicação pode restaurar o equilíbrio, dar ao indivíduo condições de ter uma vida produtiva, reintegrá-lo plenamente à sociedade, proporcionar-lhe alegria e sentido. A medicação passa, então, a ser mais um agente na constituição do sujeito sem conflitos e limites [...]

Segundo Abreu (2006), a partir de 1960 quando se passou a exigir prescrição médica para venda dos remédios tarjados com as cores preta e vermelha, criou-se uma barreira na relação das indústrias com os consumidores. A venda dos medicamentos sob controle da classe médica, fez com que a indústria farmacêutica tivesse que mudar de estratégia, foi quando entraram em cena os “representantes dos laboratórios”, que com suas visitas de rotina, se tornaram também aqueles que levam os novos conhecimentos sobre as doenças aos médicos e já lhes apresentam a mais nova solução desenvolvida por seus laboratórios. Por outro lado, “[...] os departamentos de marketing promovem não só os medicamentos, mas também as doenças, sugerindo pautas em jornais, revistas e programas de televisão [...]” (p.86). Desta forma a indústria farmacêutica cerca os médicos e a população por todos os

lados com informações sobre as doenças, a importância de tratá-las o quanto antes e como fazer isso.

Para o tratamento medicamentoso de TDAH, conforme a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) é consenso entre os especialistas que os remédios de primeira escolha são os estimulantes do sistema nervoso central Lisdexanfetamina, cujo nome comercial é Venvanse e o Metilfenidato de nomes Concerta, Ritalina e Ritalina LA. Medicamentos da classe dos antidepressivos e dos alfa-gonistas são recomendados, apenas nos casos em que os estimulantes não surtirem o efeito almejado.

Entre todos, os medicamentos à base de Metilfenidato são os mais prescritos (ABREU, 2006), todavia conforme consta na bula da Ritalina (anexo B) o mecanismo, isto é, a forma “[...] qual ele produz seus efeitos psíquicos e comportamentais em crianças não está claramente estabelecido, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central”. Verifica-se na bula também que o uso dessa substância pode acarretar insônia, cefaleia, taquicardia, alterações da pressão arterial, tontura, náusea e dependência física ou psíquica¹⁰.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (IDUM), de 2000 a 2008 houve um aumento de 1.616% de medicamentos a base de Metilfenidato, enquanto de 2009 a 2011, de acordo com o Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), aumentou quase 75% para crianças e adolescentes de seis a 16 anos e “a estimativa percentual de aumento real no consumo médio mensal de metilfenidato foi de 28,2% no país” (BRASIL, 2012). Especificamente sobre a Região Norte, o boletim denuncia que nosso estado lidera o *ranking* do consumo, apresentando grande discrepância em relação aos outros estados:

[...] Rondônia obteve o maior consumo no triênio, enquanto que o menor consumo foi registrado no Amazonas (2009 e 2010) e no Acre (2011). Chama atenção, o elevado consumo no estado de Rondônia que chega a 13 vezes mais que o estado com o menor consumo registrado. Uma estimativa de aumento percentual real no consumo de metilfenidato foi

¹⁰O repórter Millos Kaiser após 23 minutos em um consultório médico foi diagnosticado com TDAH, lhe sendo prescrito a Ritalina para o tratamento. O repórter tomou o medicamento durante uma semana e narra que sentiu um anestesiamento sutil, insônia, ansiedade, irritação, sudorese, entre outros. Matéria completa disponibilizada em <http://revistatrip.uol.com.br/revista/203/reportagens/geracao-ritalina.html>

registrada nos estados de Roraima (86,69%), Amazonas (71,59%) e Amapá (70,08%) de 2009 para 2011. [...] (BRASIL, 2012, p.5)

Os gastos com a aquisição desse medicamento pelas famílias brasileiras foram de aproximadamente R\$ 28,5 milhões apenas em 2011, ano em que os cinco maiores prescritores por ordem decrescente foram: 1) Médicos com especialidade não informada no Paraná; 2) Médicos do Trabalho/Neurologistas no Distrito Federal (capital que registrou o maior consumo no triênio); 3) Neurologistas/Neurologistas Pediátricos no Paraná; 4) Neuropediatras/Neurologistas no Rio Grande do Sul; 5) Médicos em São Paulo de especialidade não informada.

Esse aumento é alarmante e preocupante, principalmente considerando que este medicamento é o mais indicado para os casos de diagnóstico do TDAH e por isso receitado com muita frequência para crianças e adolescentes e que já foram sinalizados inúmeros efeitos colaterais, como insônia, irritabilidade, ansiedade e em longo prazo, dependência e problemas cardiovasculares.

Pesquisa realizada por Schneiders, Budni, Alexandre e Simões em Florianópolis e apresentada em 2006 na 58ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), constatou que entre 2003 e 2005, só em Santa Catarina “[...] houve *cinco casos de intoxicações* pelo cloridrato de metilfenidato, relatadas no CIT/SC¹¹, sendo quatro por tentativa de suicídio e uma por ingestão acidental” (grifo dos autores).

Esse dado corrobora com as informações de que é um medicamento de alto risco e que as reações adversas, de fato ocorrem, causando malefícios à saúde de quem os consome, incomparáveis aos sintomas apresentados na queixa inicial de alguém com suspeita de TDAH (não parar quieto, não conseguir se concentrar e etc.). Com a palavra, o psicanalista Izaguirre (2011, p. 21):

O que pode acontecer em populações em que uma porcentagem alta de seus habitantes sofre destes ou daqueles transtornos que, por sua vez, por se codificarem no manual precisam ser medicados? E, como sabemos, os efeitos colaterais são numerosos e bastante prejudiciais para a vida cotidiana dessas pessoas, e os conhecimentos sobre esses medicamentos, por mais avançados que estejam, acarretam uma gama desconhecida de mecanismos cujas consequências são incalculáveis. Mas é esta questão dos efeitos colaterais o que mais pode nos preocupar, já que sabemos sobre os efeitos ou sobre os chamados ‘danos colaterais’ de certas medidas governamentais, das guerras, dos totalitarismos, das invasões preventivas, das leis de exceção e, por que não acrescentar, das classificações, dos

¹¹Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina

diagnósticos médicos, especialmente psiquiátricos, que permitem discriminar e se convertem inevitavelmente em instrumentos para destacar defeitos, inclusive utilizarem-se como injúrias.

Diante da comprovação e exemplificação dos riscos dessa medicação para o paciente, fica evidente que financeiramente, quem sai ganhando é a indústria farmacêutica que vai enriquecendo seus cofres a qualquer custo. Mas entendemos que a medicalização dos problemas escolares atende também a outro propósito: ocultar as falhas do nosso sistema escolar, bem como a inexistência de políticas públicas efetivas que deem conta de atender a diversidade de demandas existentes no cotidiano escolar.

O encaminhamento de crianças e adolescentes aos profissionais da saúde faz com que o Governo, a escola e os atores escolares, transfiram a responsabilidade de lidar com essa demanda, o que para os cofres públicos sai menos oneroso, uma vez que os pais que terão que arcar com o tratamento, isso se quiserem ver seus filhos devidamente ‘enquadrados’ no sistema escolar. Para a escola a existência do diagnóstico os coloca em uma “zona de conforto”, lhes eximindo do trabalho de ter que pensar as práticas cotidianas que podem estar acarretando as dificuldades dos alunos em aprender, como, por exemplo, as mudanças constantes de educadores durante o ano letivo, as convocações de última hora para reuniões não planejadas, a falta de infraestrutura de apoio, a pedagogia repetitiva e desinteressante, os preconceitos existentes, entre outros, como bem explorado por Souza, B. P. (2007).

Vimos, portanto até agora que a patologização e a medicalização da Educação (e da sociedade de uma maneira geral) se presta à indústria farmacêutica e ao governo. Caliman (2013) lança outro olhar sobre esse fenômeno e nos alerta que para o indivíduo o diagnóstico também pode ter seus benefícios, pois a existência dele lhe gera efeitos políticos, sociais, existenciais e subjetivos, podendo ser a sua “única possibilidade de acesso a todo um sistema de direitos e possibilidades” (p.111). Para discorrer sobre os efeitos políticos, a autora se embasa em Rose (2007) e afirma:

[...] as cidadanias biológicas tomam corpo em demandas por políticas específicas para um grupo que compartilha, de acordo com o conhecimento médico ou científico, um traço biológico. Neste caso, advoga-se por uma certa política baseado em um direito vital. Os projetos de Lei voltados para o TDAH e a Dislexia, que tramitam pelo Brasil afora, amplamente discutidos

neste Seminário¹², são um exemplo. O argumento é que indivíduos com TDAH ou Dislexia compartilham de um traço biopatológico comum, um traço que passa a defini-los enquanto sujeitos de direito. É por ter ou ser TDAH que se advoga ter o direito a certas condições especiais na escola e no trabalho. (p. 113)

A implicação existencial do diagnóstico consiste no efeito de identidade que dá ao indivíduo, em que o Apuã e a Janaina¹³, passam a ser o Apuã que tem dislexia e a Janaina a que tem TDAH e essas identidades acarretarão mudanças no estilo de vida deles, já que aquilo que antes era um problema, agora tem nome e é a própria identidade deles, libertando-os do mundo segregado em que estavam. Caliman(2013) relata que “para alguns estudiosos, um dos efeitos desta desculpabilização seria a desresponsabilização dos sujeitos pelos seus atos” (p. 115), sendo este um possível efeito subjetivo.

No rol das consequências sociais do diagnóstico, Caliman flagra a possibilidade de agrupamento das pessoas que possuem o mesmo diagnóstico e exemplifica:

Os sujeitos diagnosticados com TDAH sofrem inicialmente o impacto da segregação: eles devem ser separados dos demais indivíduos não diagnosticados, deles diferenciados e essa diferenciação é muitas vezes estigmatizante e excludente. Mas ao mesmo tempo eles são unificados entre si, na medida em que as diferenças internas ao grupo dos sujeitos diagnosticados com TDAH são eliminadas pela classificação. Assim, eles passam a pertencer a um grupo com o qual se identificam, ao qual pertencem, dividem seus problemas e suas conquistas. É neste sentido que coletividades são formadas em torno de uma concepção biológica de identidade compartilhada. Aqui se incluem as entidades e associações como a Associação Brasileira de Déficit de Atenção – ABDA, bem como as comunidades internautas que agrupam os indivíduos diagnosticados com TDAH. (p.116)

É no escopo de todas as questões apresentadas no decorrer dessa sessão, que a medicalização da educação tem se intensificado. Todavia, paralelamente também é crescente o movimento que busca combater esse tipo de prática, apostando em estratégias coletivas para melhorar a Educação no país, fazendo com que as crianças e adolescentes não precisem de diagnósticos específicos para se sentir respeitados nos seus direitos e necessidades. A seguir exporemos como a Psicologia tem atuado diante dos encaminhamentos de queixas escolares e como

¹²Referindo-se ao II Seminário Internacional A Educação Medicalizada

¹³Nomes de alunos fictícios.

pode fazer para ampliar suas ações, visando diminuir os encaminhamentos aos outros especialistas e conseqüentemente reduzir a medicalização na infância.

2 CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA ESCOLAR CRÍTICA

A Psicologia também passou, e em certa medida ainda passa, por esse processo de explicar o sujeito na dualidade normalidade e anormalidade e de culpabilizá-lo pelas suas dificuldades de aprendizagem, fundamentada pela visão de homem biológico.

De acordo com Bock (2003), a tese endossada pela Psicologia de que as crianças são as culpadas pelo seu insucesso escolar, é decorrente do pensamento propagado pela Psicologia dominante de que o mundo psicológico é da natureza humana:

Segundo esta concepção, somos dotados de uma natureza que, ao se atualizar, produz as capacidades que temos como humanos: trabalhar, amar, cooperar, sermos morais, sermos seres pensantes e falantes e outras mais. O mundo psicológico faz parte desta natureza, portanto, está dado como potencialidade. A dinâmica e as estruturas do mundo psíquico são universais. O conteúdo varia com as culturas. (p.85)

Essa compreensão possibilitou que a Psicologia teorizasse sobre o desenvolvimento universal das crianças, e assim qualquer criança que não se desenvolva como as demais será considerada como tendo um problema de “retardo, comprometimento psíquico, dinâmica familiar conflituosa, desestruturação familiar, vítima de violência familiar, enfim, algum fator perturbou o desenvolvimento natural daquela criança, tornando-a inapta à educação normal” (2003, p.85). Essa concepção, na realidade desconsidera a constituição histórico-cultural do homem, deslocando-o de sua “realidade social que o constitui e lhe dá sentido” (BOCK, 2007, p. 14).

Além disso, Werner (1994) citado por Padilha (2004, p.59) ressalta a crença fortemente enraizada de que depende de cada um individualmente buscar atingir o máximo do seu rendimento através do seu próprio desejo, que somada à suposição de que as escolas oferecem a todos os alunos as mesmas oportunidades, representando apenas o ponto de partida, conclui-se que se o aluno não consegue aprender, a culpa é sua, da sua falta de motivação, falta de prontidão e/ou da sua imaturidade. Nas palavras de Machado e Souza (2008, p.49-50), o que acontece é que tradicionalmente:

A Psicologia tem utilizado um saber que, de maneira geral, estabelece o seu recorte sobre o indivíduo, na sua relação com ele mesmo e com o outro. Analisa os significados dos grupos primário e secundário para o indivíduo. No que se refere ao indivíduo e à escola seria necessário, nesse recorte teórico, localizar as possíveis causas psíquicas que estariam interferindo em seu não-aprendizado, em seu “mau” comportamento na sala de aula, vistos como um sintoma de algo mais profundo. As causas de tais comportamentos estariam intimamente vinculadas a uma relação familiar (grupo primário) inadequada ou insuficiente para o bom desenvolvimento dessa criança, permeada por carências afetivas, nutricionais e cognitivas. Esse saber tem gerado diferentes práticas psicológicas, sendo um dos instrumentos principais o psicodiagnóstico clínico, feito de diversas formas: entrevistas com os pais ou responsáveis, sessões de ludodiagnóstico individuais ou em grupo, aplicação de testes de inteligência e projetivos que buscam incursionar pela subjetividade e nesse trajeto desvelar os aspectos inconscientes e cognitivos que justificariam um tratamento psicológico. [...]

Esse tipo de intervenção tem a ver com a forma como a Psicologia Escolar foi se estabelecendo e ganhando espaço em nosso país. Por este motivo, iniciaremos esta seção apresentando resumidamente esse histórico, tendo em vista que ele já foi minuciosamente delineado por teóricos como Pfromm Netto (2008).

Em seguida exporemos porque defendemos que Psicologia Escolar tem de fato muito a colaborar, entretanto, mostraremos que essa contribuição não se restringe à prática psicoterapêutica com a criança ou com seus pais, pelo contrário, nesse contexto as possibilidades de atuação são amplas e muito mais efetivas se aplicadas coletivamente, do que individualmente.

Por último, apresentaremos propostas de intervenções embasadas na Psicologia Escolar Crítica que rompem com práticas de encaminhamentos do aluno com queixa escolar para consultórios médicos, psicológicos e demais profissionais da saúde.

2.1 BREVE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA ESCOLAR NO BRASIL

A história da Psicologia Escolar no Brasil iniciou-se antes do reconhecimento da Psicologia como profissão e esteve atrelada aos conhecimentos da Medicina e da Pedagogia. Pfromm Netto (2008) divide essa história em três partes, sendo a primeira de 1830 a 1940, na época das chamadas Escolas Normais, em que a Psicologia foi inserida como uma das disciplinas da Pedagogia nas formações dos professores; a segunda de 1940 a 1962, período do ensino universitário de Psicologia; e a terceira inicia-se com a inserção da Psicologia Escolar no currículo dos cursos de Psicologia em 1962.

A primeira fase assinalada coincide com o início do movimento higienista no Brasil que tinha como meta alinhar nosso país às grandes nações. Nas escolas brasileiras, conforme discorremos anteriormente, este movimento concretizou-se através de intervenções que objetivavam principalmente fazer com que as crianças crescessem sadias moral e fisicamente (BOARINI; BORGES, 2009). A Psicologia de posse dos testes psicológicos que lhes davam sustentação para apontar as diferenças individuais se tornou uma grande aliada dos higienistas, como nos relata Boarini (2006, p. 6521):

Medir a aptidão do homem para melhor adaptá-lo ao meio, através de hábitos sadios, que na sequência gerariam uma conduta moral mais adequada e mais eficaz, portanto maior ajustamento individual à ordem social, era o grande desafio do Brasil que debutava na era industrial. Diante dessa necessidade a Psicologia, fundamentada em concepções naturalistas da essência humana, iria paulatinamente ganhando o importante status de ciência. Assim, a psicometria chegava ao Brasil já com notoriedade internacional e não tardaria a ganhar celebridade entre os médicos higienistas, que acreditavam, desta forma, estar de posse de um instrumental científico e confiável.

A segunda fase caracterizou-se pelo ensino no meio universitário da Psicologia, antes mesmo da criação do curso no nosso país. Como não haviam psicólogos formados, o ensino acontecia de duas formas: a) os pedagogos assumiam as disciplinas de Psicologia Escolar e Problemas de Aprendizagem e os estágios na área ou; b) o ensino era realizado pelos professores brasileiros pós-graduados no exterior ou estrangeiros, entretanto neste caso, a prática era basicamente pautada em observações do comportamento, aplicação dos poucos testes já traduzidos para o português e modelo clínico de atuação.

A terceira fase coincide com a promulgação da Lei 4.119, em 27 de agosto de 1962, onde houve o reconhecimento da Psicologia como profissão e marcou um avanço para a Psicologia Escolar, pois ela foi inserida no currículo mínimo dos cursos de formação, entretanto o caráter clínico e a posição de profissional liberal do psicólogo foram reafirmados nos currículos (SOUZA, 1996). Para Checchia e Souza (2003) a criação da maioria dos cursos de Psicologia durante o Regime Militar foi um fator que fortaleceu o foco no atendimento individual, reforçando “[...] o investimento no indivíduo, como aquele que precisa ser tratado em seus males psíquicos, desvinculando a dimensão intersubjetiva da realidade social” (p.112).

Segundo Bock (2003), a Psicologia muito contribuiu para essa “culpabilização da vítima”, e em especial no Brasil, com o seu desenvolvimento na área da Educação paralelo ao surgimento da Escola Nova, onde tinha o papel de conhecer o desenvolvimento da criança para poder dar a ela uma atenção diferenciada e poder garantir o seu desenvolvimento, mas teve como consequência a vigilância, onde através dos instrumentos desenvolvidos, tornou-se capaz de apreender os problemas vividos pelos “alunos difíceis”, contribuindo para a individualização, inclusive dos problemas sociais, políticos e institucionais.

Segundo Johnson (2011), essa reafirmação do caráter clínico nos currículos, acarretou uma mudança na relação entre a Psicologia e a Educação, pois esta que a princípio embasou todo o desenvolvimento da Psicologia, foi substituída por disciplinas que preconizavam a abordagem psicométrica e o atendimento individualizado, fundamentado pelo modelo médico de consultório.

Consideramos importante pontuar que reconhecemos que os atendimentos individuais de crianças com queixas escolares em algum contexto pode ser pertinente e válido, entretanto concordamos com Machado e Souza (2008) nas seguintes ponderações:

O que esta prática inclui? O que exclui? Sem dúvida, podemos dizer que inclui a busca do sentido da existência, do significado de estar no mundo, compreender-se, lidar com seus anseios e desejos. Conhecer os limites e as possibilidades de ser e ter são aspectos relevantes e importantes para a vida de cada um de nós. Mas como pensar uma prática psicológica quando, por exemplo, nos chega um encaminhamento com queixa escolar? Essa pergunta nos remete ao que essa prática tem excluído. Exclui, por exemplo, todo um contexto escolar no qual a criança está inserida, no qual ora é sujeito de seu saber, ora não é. Exclui a existência da diversidade escolar, de seus determinantes e variantes. (p. 50)

O ensino do viés clínico de atuação, iniciado neste período, permanece se sobressaindo nas formações de Psicologia de todo o país, fazendo com que os profissionais foquem apenas nas causas individuais da não aprendizagem.

Para respaldar essa afirmação, temos os dados da pesquisa intitulada “A atuação do psicólogo da rede pública de Ensino frente à demanda escolar: concepções, práticas e inovações”, realizada nos Estados de Rondônia, São Paulo, Minas Gerais, Bahia e Paraná, que tinha o objetivo geral de identificar e analisar as concepções e práticas desenvolvidas pelos psicólogos da rede pública frente às queixas escolares.

Os dados apontados por Schottet al. (2009) sobre a atuação do Psicólogo Escolar em Santa Catarina que demonstram que entre todos os participantes da pesquisa, sete embasam sua atuação na perspectiva 'educacional', 14 em 'educação e clínica' e 'outros', oito, sendo que "[...] nesta última categoria têm-se autores de diferentes perspectivas, como por exemplo: área médica, auto-ajuda, entre outros" (p.3).

Em Rondônia, os dados encontrados por Tada, Sapia e Lima (2010, p.338) evidenciam que dos 38 psicólogos entrevistados "[...] 89% atuam clinicamente, fazendo uso de testes de personalidade, avaliação de nível intelectual e aplicação das provas piagetianas nos alunos encaminhados [...]" e analisando a formação inicial desses psicólogos verificaram que 68% deles graduaram-se pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR) em que o curso encontra-se atrelado ao Núcleo de Saúde contendo na grade curricular diversas disciplinas obrigatórias da área da saúde:

[...] Genética e Evolução; Anatomia; Fisiologia, Psicofisiologia I e II, Introdução à Saúde Pública, Psicofarmacologia e Psicopatologia I e II, totalizando uma carga horária de 630h.

[...] seis disciplinas de testes psicológicos (Testes Psicológicos I e II, Técnicas de Exames Psicológicos I e II, Orientação Vocacional e Psicodiagnóstico), que totalizam uma carga horária de 375h [...]

As poucas disciplinas da área da Educação oferecidas no curso de Psicologia da UNIR são: Psicologia da Aprendizagem, Didática, Psicologia Escolar e Problemas de Aprendizagem/PEPA I e II, Prática de Ensino I e II e Psicopedagogia, totalizando 525h. Mas as disciplinas que abordam a temática da Psicologia Escolar, propriamente dita, restringem-se à Pepa I e II. (p.336-337)

No estado da Bahia, Viégas (2012) verificou que dos 28 psicólogos participantes, a avaliação psicológica dos alunos faz parte da atuação de 18 deles, representando 64,3% e dois deles afirmaram que essa é a única atividade que realizam na escola. Quanto ao referencial teórico que embasa esses profissionais o estudo constatou "[...] que 12 psicólogos possuem um referencial teórico de educação e clínica (42,8%); oito apoiam-se (sic) em autores da educação (28,6%); e sete em autores clínicos (25%)" (p. 13).

Nesse estado, todos os participantes da pesquisa realizaram cursos após concluírem a graduação em Psicologia, sendo que seis deles "[...] realizaram cursos que transitam entre a clínica e a educação (21,4%), cinco psicólogos fizeram cursos na área clínica (17,9%); três fizeram cursos na área de educação (10,7%), e dez

(35,7%) fizeram outros cursos”. Importante relatar que na categoria “outros cursos” estão inseridos formações na área de “[...] Recursos Humanos, Grafologia; Gestão de Pessoas e Marketing [...]” (VIÉGAS, 2012, p.12).

Essas formações têm levado os psicólogos a atuarem clinicamente, e as consequências desse tipo de prática são inúmeras, a começar pela a culpabilização da família ou do aluno pelo insucesso escolar e medicalização do mesmo, como foi apontado por Collares e Moysés (1996); Souza (1996; 2011); Tada, Sapia e Lima (2010); Tanamachi (2000); entre outros.

A culpabilização das famílias mencionada acima é uma ação frequente por parte da escola que é de onde geralmente emanam as queixas escolares. Quando a escola não encontra indícios para apontar que o aluno apresenta algum problema “orgânico”, é comum buscar a causa de suas dificuldades escolares, na estrutura e modo de vida familiar, como elucida Machado (2007, p.130)

[...] não raro as professoras façam a hipótese de que as mães (ou pais) estão impotentes para cuidar dos filhos, pois dizem não conseguir educá-los. As professoras/coordenadoras as chamam para conversar e depois desses encontros as mães saem mais impotentes do que antes. Que produção é essa? A crença é a seguinte: conversando com a mãe (ou pai) sobre o fato de que ela deveria ficar mais próxima do filho, olhar suas lições, conversar com ele, essa proximidade então poderia acontecer. O efeito em algumas mães é o sentimento de que se a escola, com pessoas especializadas em educação, não consegue ensinar o filho, como ela, mãe vai fazer? Muitas vezes querendo repartir a responsabilidade, as professoras nos relatam situações em que perdem a autoridade.

Gomes (1995) realizou uma pesquisa com moradores de um subúrbio de São Paulo e se dedicou a investigar os significados de família. Através desta, verificou a existência de duas “famílias”. Uma é a família “pensada” que se caracteriza por uma “união exclusiva de um homem e uma mulher que se inicia por amor, com a esperança de que o destino lhes seja favorável e que ela seja definitiva” (p.85). Ou seja, a família pensada é a família imposta pelos modelos sociais. A outra família existente aponta para uma direção oposta à pensada, que é a família “vívda”. Esta pode estar ou não em harmonia com as regras pensadas. Porém na realidade diferencia-se muito quanto à estrutura, possuindo uma diversidade de formações. Nesse sentido, concordamos com Boarini e Borges (2009) quando afirmam que:

[...] é inegável o entendimento de que atualmente estamos cada vez mais longe do modelo de família triangular (composto por pai, mãe e filhos), mas também podemos afirmar que a sociedade ainda vive como se ela ainda

existisse. O grupo familiar é naturalizado e, neste sentido, nem de longe é pensado como um fenômeno histórico e como tal sujeito a transformações. (p.55)

A família vivida é a família diferente daquela idealizada e considerada pelo grupo social dominante fora dos padrões de “normalidade”, como por exemplo, os pais deixarem o filho mais velho tomando conta dos irmãos por trabalharem fora para manterem o sustento da família; ou pelo fato da criança ser filho de mãe solteira ou de pais homossexuais; entre outras possibilidades de constituição familiar. Contudo essa é a família real, geralmente responsabilizada pelo fracasso em formar filhos com comportamentos saudáveis, por não proporcionar um ambiente propício para o desenvolvimento pleno da criança. A escola ao identificar que o aluno provém de uma família como esta, tende a estabelecer uma relação mediada pelo preconceito com este aluno e de culpabilização do mesmo, comprometendo assim o seu processo de escolarização.

Concepções como essas, de que existem famílias ideais e que a ausência desta, pode ser motivo suficiente para o insucesso escolar do aluno, nos faz concordar com Novaes (2008) quando afirma que existe um descompasso entre o que é ensinado hoje nas formações de Psicologia e as exigências da nossa sociedade que vive um momento de profunda transformação, descompasso esse, acarretado principalmente por um receio às rupturas, fazendo com que perdue a repetição na transmissão dos conhecimentos que eram adequados em outros períodos.

Sobre essa realidade posta à Psicologia Escolar, Johnson (2011, p.21) destaca:

A atuação tão semelhante à área clínica não caracteriza a área específica de atuação da Psicologia Escolar lançando-a numa profunda crise de identidade e num arcabouço de críticas à formação profissional e ao modelo de atuação no campo educacional. Na década de 80, a partir do trabalho de Patto - *Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à Psicologia Escolar*, a crítica amplia-se para a concepção de Psicologia como ciência centrada no positivismo, na Psicometria e na Psicologia Diferencial, à teoria da Carência Cultural [...].

As discussões iniciadas nesse período têm despertado o interesse de pesquisadores que identificam sérios lapsos na formação do psicólogo, como a ausência de modelos mais adequados e contextualizados com o cotidiano escolar para o exercício profissional. [...] (grifo da autora)

As críticas à Psicologia Escolar e Educacional iniciadas na década de 80 abriram espaço para que surgissem questionamentos como: a benefício do quê e de

quem estaria a Psicologia? Essas discussões teórico-metodológicas ganharam forma em um momento em que muitos movimentos sociais que visavam à redemocratização do nosso país também se intensificavam, portanto o cenário político estava muito propício (CFP, 2013).

Desde esse período, diversos pesquisadores têm alertado que a atuação clínica no âmbito escolar não tem contribuído para a compreensão sobre o cotidiano escolar e tem buscado intervenções pautadas na perspectiva histórico-crítica. Esta perspectiva utiliza a queixa escolar como um sinalizador dos fenômenos escolares, analisa a relação aluno-escola-queixa e propõe intervenções coletivas com o objetivo de oferecer melhorias no ambiente escolar como um todo e não apenas àquele aluno encaminhado e ao professor deste, conforme veremos a seguir.

2.2 APRESENTAMOS-LHES, A PSICOLOGIA ESCOLAR CRÍTICA

Como vimos acima, no Brasil, a formação e a atuação predominantemente clínica começaram então a ser questionadas a partir dos escritos de Maria Helena de Souza Patto, abrindo espaço para que atuações que considerassem a construção da queixa escolar como fruto das relações constituídas intra e extramuros escolares fossem desenvolvidas.

Em pesquisa realizada pelo CFP (1988), verificou-se que com as discussões iniciadas na década de 80, os primeiros e principais avanços na concepção da Psicologia Escolar foram a superação da ideia unilateral de adaptação da criança à escola e a mudança de posição da Psicologia na Educação.

Deste período até hoje, outros avanços aconteceram em termos de conhecimentos e práticas na perspectiva crítica. A Psicologia Escolar Crítica, é uma das vertentes que começou a se consolidar nesse período, com propostas de considerar o histórico e o contexto escolar dos alunos encaminhados com queixas de aprendizagem e com sugestões de intervenções coletivas envolvendo os demais atores escolares para refletirem sobre o funcionamento educacional propiciador do fracasso escolar e juntos elaborar estratégias para enfrentamento dessa situação. De acordo com Meira (2000, p.40),

[...] uma concepção ou teoria é crítica à medida que tem condições de transformar o imediato em mediato; negar as aparências sociais e as ilusões ideológicas; apanhar a totalidade do concreto em suas múltiplas

determinações e articular essência/aparência, parte/todo, singular/universal e passado/presente, compreendendo a sociedade como um movimento de vir a ser.

A terminologia “crítica” refere-se então, a esses propósitos que têm no seu âmago, a finalidade de buscar a verdade além dos fatos e o anseio por construir uma sociedade justa e igualitária.

Entre os principais representantes e norteadores dessa corrente teórica podemos citar Maria Helena Souza Patto, Adriana Marcondes Machado, Marilene Proença Rebello de Souza, Elenita de Ricio Tanamachi, Marisa Eugênia Melillo Meira, Beatriz de Paula Souza, Claisy Maria Marinho-Araujo e Lygia de Sousa Viégas.

A explicação de Souza (2010) é pertinente para que de imediato fique claro as principais distinções e fundamentos dessa corrente:

A apropriação do referencial teórico crítico, oriundo da sociologia e as metodologias de pesquisa qualitativas, provenientes de perspectivas antropológicas para a análise do processo de escolarização apontam para o fato da complexidade desse processo, tratado até muito recentemente como questão individual, familiar, meramente metodológica ou ainda como uma relação entre professores e alunos. Os referenciais teóricos tradicionalmente presentes na Psicologia e de caráter hereditário, ambientalista, interacionista e behaviorista mantiveram como eixo de análise ora os aspectos referentes ao psiquismo e ao desenvolvimento cognitivo do indivíduo, ora os aspectos meramente pedagógicos. Portanto, a discussão crítica no campo da Psicologia Escolar insere um novo eixo de análise: o processo de escolarização, constituído a partir das condições objetivas, concretas, que permitem, ou não, que a escola possa cumprir as suas finalidades sociais. (p.60)

Existem diversos conceitos que definem como a Psicologia pode contribuir com a Educação, todavia não existe um manual, isto é, um modelo pronto que dite exatamente como deve ser essa inserção, principalmente, porque nessa perspectiva a proposta é que as intervenções não sejam generalistas, e sim que se considerem os contextos sociais específicos para então realizar as intervenções - preferencialmente, coletivas(TANAMACHI; MEIRA, 2003).

Embora não exista um manual, existem diversas publicações que retratam experiências profissionais que obtiveram bons resultados e no que tange a atuação especificamente não medicalizante, o Grupo de Trabalho Educação & Saúde que é constituído por profissionais de Psicologia, Medicina, Antropologia, Fonoaudiologia e Pedagogia e que fazem parte do Fórum sobre Medicalização da Educação e da

Sociedade, lançaram em 2012 o documento “Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde” que fornece subsídios à Psicologia e a outros campos do saber. E, recentemente, houve em São Paulo, o lançamento do documento “Referências Técnicas para atuação de Psicólogas (os) na Educação Básica” (CFP, 2013), que é um documento que vem a somar com a prática dos Psicólogos Escolares e Educacionais e que objetiva contribuir para a melhoria da qualidade da Educação.

Pautando-nos em referenciais da Psicologia Escolar Crítica, podemos destacar que cabe a área do conhecimento a tarefa de “[...] contribuir com o seu conhecimento sobre as relações que se processam na instituição para repensar as relações escolares e as subjetividades produzidas nessas relações” (CHECCHIA; SOUZA, 2003, p.119), devendo intervir preventivamente nessas múltiplas relações existentes nas instituições educacionais, pautando-se nas teorias psicológicas e sem perder de vista a constituição dialética, histórica e cultural do homem e da sociedade (MARINHO-ARAUJO; ALMEIDA, 2005). Assim, almeja que a Psicologia Escolar e Educacional seja,

[...] um projeto educacional que vise coletivizar práticas de formação e de qualidade para todos; que lute pela valorização do trabalho do professor e constitua relações escolares democráticas, que enfrente os processos de medicalização, patologização e judicialização da vida de educadores e estudantes; que lute por políticas públicas que possibilitem o desenvolvimento de todos e todas, trabalhando na direção da superação dos processos de exclusão e estigmatização social. (CFP, 2013, p. 32)

Portanto, o objetivo é que a Psicologia Escolar se liberte das práticas individualizadas e patologizantes e caminhe para uma atuação que contribua de forma mais efetiva e mais ampla para a melhoria da qualidade da Educação, para a emancipação dos seus e para a reapropriação do pensamento crítico (MEIRA, 2003).

Para que esta meta seja cumprida, Checchia e Souza (2003) delinearam três pressupostos importantes e fundamentais à Psicologia Escolar. O primeiro deles dita que na Educação, a Psicologia tem que ter o compromisso político “[...] com a luta por uma escola democrática, de qualidade, que garanta os direitos de cidadania a crianças, adolescentes e profissionais da Educação” (p. 126). A ideia central nesse pressuposto é proporcionar às crianças alguns cuidados e visa além de favorecer a

aprendizagem e a ultrapassagem das barreiras que impedem o desenvolvimento pleno dos alunos, cooperar para que eles se tornem independentes.

O segundo pressuposto é em defesa da ruptura epistemológica do que as autoras chamam de “visão adaptacionista de Psicologia” (p.126) e a construção de um novo conhecimento dando voz àqueles que comumente são desconsiderados – alunos, pais, professores. As mudanças em decorrência dessa concepção são possivelmente, as mais significativas porque o foco que antes ficaria apenas na criança, agora passa para a escola em si (contexto socioeconômico) e para as relações cristalizadas (enrijecidas) que serão analisadas, desveladas e que sofrerão intervenções.

Segundo Machado e Souza (2008),

Se são nas relações e nas práticas que se produzem as objetivações, então as perguntas devem ser feitas sobre as relações e as práticas e não sobre os objetos. Em vez de perguntar por que a Escola Pública produz alunos especiais, ou por que aqueles alunos não aprendem, deve-se perguntar como as relações de aprendizagem e as relações diagnósticas fabricam esses alunos. Deve-se buscar o funcionamento, devolvendo-se com isso à história aquilo cuja existência “naturalizamos”. (p.41, grifo das autoras)

Ou seja, nessa perspectiva, a naturalização dos feitos escolares, isto é, a crença de que as coisas acontecem naturalmente como devem acontecer e não em função da construção histórica e da cristalização das relações, são fenômenos que precisam ser combatidos pela Psicologia Escolar que deve desconstruir os encaminhamentos a especialistas, ajudando a escola a entender a complexidade promotora do insucesso escolar.

Por último, retomando Checchia e Souza (2003) propõem que a Psicologia na abordagem crítica deve construir uma prática psicológica frente à queixa escolar “a partir da comunidade, da compreensão da rede de relações que constitui o que se denomina escola e que se materializa em uma história local” (p.129).

Tanamachi e Meira (2003) também descreveram alguns fundamentos que complementam os pressupostos apresentados acima. Segundo as autoras, o primeiro alicerce é: o Psicólogo Escolar deve dominar não apenas as teorias de aprendizagem, mas também as práticas pedagógicas, e uma das formas de fazer isso é compreendendo a relação aprendizagem-desenvolvimento. O segundo fundamento refere-se a ter clareza de que a sala de aula é o local de formação social da mente e assim sendo, “[...] existe uma clara correspondência entre a

qualidade do trabalho pedagógico e as práticas e concepções que lhes dão sustentação” (p. 48). O terceiro e último fundamento se assemelha ao segundo pressuposto defendido por Checchia e Souza (2003) e orienta para a compreensão do conhecimento como instrumento do “vir a ser” e não como algo imutável e estabelecido *a priori*.

A Psicologia Escolar Crítica propõe que se lance um novo olhar para as queixas escolares, a partir da compreensão de que, ainda que os professores ao elaborarem uma queixa procurem se pautar exclusivamente em dados e argumentos objetivos, culpabilizando o aluno, inevitavelmente ela carregará aspectos subjetivos inerentes a quem a formulou, nesse caso os professores. Por este motivo, Neves (2011, p.177) atesta que “[...] é imperativo se considerar o sujeito que a formula. A apreensão da realidade objetiva não é, de forma alguma, uma tarefa sem equívocos”.

Para tanto, esta autora afirma ainda, a compreensão de que as queixas escolares devem ser ponderadas, pois, por trás de todas elas existe um profissional que constantemente é cobrado pela sociedade e por si próprio a dar conta de todas as demandas (sendo que não dispõe de todos os recursos materiais e pedagógicos necessários e nem mesmo autonomia para tomar outras providências) e quando não conseguem, precisam fazer algo para reduzirem o mal-estar que sentem, para garantir a sua sobrevivência e possivelmente são nesses momentos que as queixas são formuladas.

Em trabalho realizado com grupos de professores de uma escola pública de São Paulo, que havia encaminhado alunos para o Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da USP, Machado (2000) buscou investigar quais eram as expectativas dos professores ao realizarem esses encaminhamentos e descobriu que 32,4% dos professores os faziam apenas, pois almejavam com isso obter parcerias e conseguir um espaço de interlocução. Deste modo, fica público que as queixas eram na realidade um pedido de “socorro”, ou melhor, foi a forma encontrada pelos professores para conseguirem parcerias para lidar com as dificuldades encontradas no cotidiano. Por isso concordamos com Neves (2011, p.180) que:

Tomar as demandas dos professores, principalmente as que se referem à não aprendizagem dos alunos, endereçadas aos psicólogos escolares, como uma queixa escolar, significa entender que elas emergiram da

confluência entre as subjetividades dos alunos e a subjetividade do professor, acrescidas do sistema de crenças e das concepções que permeiam o cotidiano das escolas. Entender como queixa é entender essa demanda ao modo de um sintoma que se apresenta tendo sempre um discurso manifesto e um discurso latente.

Feitas as devidas apresentações e exposições teóricas, vamos agora mostrar as possibilidades de atuações frente às queixas escolares sob a luz da Psicologia Escolar Crítica.

2.3 POR UMA PSICOLOGIA ESCOLAR NÃO MEDICALIZANTE

A Psicologia Escolar não medicalizante tem como premissa que o insucesso escolar é resultado de uma complexidade de fatores inerentes ao contexto escolar e à Educação como um todo em nosso país (SOUZA, 2006; SOUZA, B. P., 2007; PADILHA, 2004).

Lembremos que a escola por si só é uma instituição complexa, que sofre interferências diretas do momento histórico, político, social e cultural em que vivemos, e que, assim sendo, está repleta

[...] de padrões, de hábitos e de papéis a desempenhar que não são neutros, são escolhas que, mesmo não sendo discutidas e selecionadas com clareza reverberam as tradições e os interesses políticos de controle, os quais se naturalizaram em uma representação e em uma rotina institucional. [...] (CFP, 2013, p.40-41)

Essa multiplicidade de fatores e funcionamentos influenciam diretamente os processos de escolarização em menor ou maior grau, mas ao longo dos anos vêm sendo desconsiderados pelos principais envolvidos no cotidiano escolar, tanto por desconhecimento, como pela sobrecarga de trabalho, que acarreta no sofrimento físico e psíquico dos mesmos e da própria instituição, fazendo com que procurem soluções mais rápidas e que diminuam a sua carga, como é o caso dos encaminhamentos.

Entretanto, isto que para nós está posto, acaba passando despercebido aos olhos dos agentes escolares e cabe à Psicologia Escolar sinalizar estes acontecimentos. Assim, metaforizando, haverá uma “reintegração de posse” à Educação e aos educadores daquilo que é seu por direito, fazendo com que a busca por soluções no campo da saúde, através dos encaminhamentos sejam reduzidos

significativamente, pois só ocorrerão quando de fato as possibilidades de intervenções pedagógicas cessarem (e não o contrário), fortalecendo a suspeita de que aquela criança específica pode ter algum fator biológico interferindo no seu nãoaprendizado.

Entre os funcionamentos escolares produtores de histórias de insucesso escolar, Souza, B. P. (2007) discute a forma autoritária em que as políticas públicas são implementadas na Educação, desconsiderando os saberes e as opiniões daqueles que as colocarão em prática ocasionando tensões no dia a dia escolar. Outro ponto levantado são as mudanças de educadores durante o ano letivo, provocando “rupturas nos vínculos entre educadores e suas escolas, suas classes, seus alunos” (p.249). Os eventos promovidos pela Secretaria da Educação para os quais os professores são convocados de última hora, também são ressaltados pela autora por prejudicar o planejamento das atividades de sala de aula do professor promovendo rupturas/quebras no processo de ensino-aprendizagem, além dos baixos salários que geram descontentamentos, acarretam greves, e assim, “favorecem a evasão de professores, que migram para outras ocupações, levando consigo experiências, talentos e investimento público em cursos e trabalhos que geraram saberes” (p.253).

Esses movimentos são externos, se dão dos órgãos centrais para as escolas, entre os internos à própria escola destaca-se a ausência de tempo e espaços sistemáticos para reflexão que poderia servir para interlocução entre os atores escolares; a falta de infraestrutura de apoio gerando um sentimento de solidão aos professores; e também é característico, a desqualificação dos saberes dos educadores (SOUZA, B. P., 2007).

A autora expõe igualmente com muita propriedade alguns funcionamentos escolares produtores de alunos fracassados, como as estratégias de classes escolares homogêneas; o “abandono” dos alunos atrasados em seus processos de escolarização; as relações sociais mediadas pelo preconceito com relação aos alunos pobres e/ou negros; as práticas rotineiras de encaminhamento dos alunos percebidos como tendo problema escolar aos especialistas da área da saúde como neurologistas, fonoaudiólogos, psiquiatras; as faltas ou trocas de professores durante o ano letivo; e a pedagogia repetitiva e desinteressante comum em nossas escolas.

Frente a esses diversos funcionamentos suscitadores de insucesso escolar, fica claro que os encaminhamentos têm se mostrado aos professores como um grande aliado. Diante da dura realidade de ter que encarar salas de aulas lotadas, do esgotamento físico e mental e das diversas barreiras encontradas, os encaminhamentos fazem com que o cuidado e a responsabilidade por pelo menos um aluno seja dividida com outro profissional,

Esse é o cenário posto à Psicologia Escolar que deve se colocar a disposição da escola para ajudar a movimentar as relações cristalizadas, para romper as práticas medicalizantes, bem como os outros funcionamentos escolares que geram o fracasso do sistema educacional, através do resgate da autonomia e da reflexão por parte dos atores escolares na escola, fazendo com que o número de encaminhamentos a especialistas diminua gradativamente.

Por entendermos a queixa como multiplamente determinada, defendemos que para que essas mudanças ocorram se faz necessário o envolvimento e o comprometimento de todos os atores escolares, pois caso contrário permanecerá a não responsabilização, além do mais, na coletivização os resultados são mais efetivos, duradouros e expandidos a toda comunidade escolar. Para tanto, a Psicologia se insere na Educação respeitando as peculiaridades do grupo e do contexto, definindo e planejando coletivamente as ações e as responsabilidades de cada um, bem como as metas da intervenção a curto, médio e longo prazo (TANAMACHI; MEIRA, 2003).

De maneira mais detalhada, nas palavras de Meira (2000, p.64), a Psicologia Escolar pode dar:

Contribuição para a construção de uma gestão escolar democrática a partir de uma organização do trabalho e solidária.

Contribuição para a melhoria da situação docente e o resgate da autonomia, do papel dirigente e do valor social do professor.

Contribuição para a construção de relações sociais (aluno/aluno, professor/aluno, direção/coordenação, coordenação/professores, direção/professores/funcionários e, em um sentido mais amplo, a relação escola/pais) que propiciem a formação de vínculos que garantam o máximo desenvolvimento possível das possibilidades humanas de todos os envolvidos.

Desenvolvimento de ações que contribuam para a ampliação da participação popular na escola.

Participação efetiva na definição de planejamentos e diretrizes educacionais, levando em conta o nível de desenvolvimento, interesses e realidade dos alunos.

Preocupação em aprofundar conhecimentos em relação aos processos cognitivos e condições de ensino, buscando ancorar-se em teorias de

desenvolvimento e aprendizagem que lhe permitam identificar e contribuir para remover obstáculos.
Contribuição na definição de conteúdos e métodos de ensino que não só garantam a apropriação do saber, mas que também expressem o objetivo de formação de um ser humano pleno de potencialidades e possibilidades.
Auxílio na escolha de materiais didáticos que estimulem o pensamento crítico e criativo dos alunos.

Assim, muitas são as possibilidades e os caminhos que a Psicologia pode tomar dentro da escola, em especial porque as intervenções variam de acordo com o público e com o ator escolar que está sendo trabalhado no momento, e é preponderante à Psicologia Escolar reconhecer e valorizar os conhecimentos e as sugestões advindos de outros campos, estabelecendo uma relação de igualdade, não se pretendendo única e superior. O diálogo com todos os envolvidos e a abertura para novos conhecimentos e percepções é válido e favorece o amadurecimento conjunto fazendo com que as práticas até então cristalizadas sejam rompidas mais fácil e naturalmente,

Se queremos uma inserção para mudanças, é importante nos deslocarmos do lugar da eficiência das soluções para problematizar, potencializando outras perguntas e uma formação que deixa de ser da criança para ser de todos, inclusive da (o) psicóloga (o). O trabalho é coletivo e toda escola tem que ser envolvida nesta busca de alternativas, o professor tem que ser valorizado, os pais necessitam ser ouvidos porque têm muito o que falar sobre a escola e a educação, e a equipe pedagógica se constitui em um alicerce para uma prática pedagógica que prime pelo desenvolvimento das potencialidades. (CFP, 2013, p.44)

Portanto, deve ficar claro que as ações e reflexões devem ser propostas de fato a todas as pessoas que compõem o corpo da instituição, isto é, diretores, orientadores, supervisores, professores, merendeiros, porteiros, auxiliares de limpeza, bibliotecários ou outros profissionais que atuem na escola em questão, assim como aos alunos e aos pais.

Para se apoderar da complexidade e da realidade que atravessa as queixas escolares recebidas, a Psicologia Escolar Crítica sugere que se faça uma boa avaliação do ambiente. Essa avaliação pode ser feita através de observações, entrevistas, conversas informais e acesso aos documentos, onde irá estudar esse ambiente, conhecer a rotina, as práticas naturalizadas (e naturalizantes), as relações ali existentes, as diretrizes, o funcionamento do recreio, da distribuição de salas aos professores, a participação da comunidade nas decisões, a cultura da escola e todos os demais dados e fatos que estiverem à sua disposição. Essa etapa é

imprescindível, pois “[...] cada escola se constitui em um espaço historicamente construído por aqueles que o compõem, e na impossibilidade de encontrarmos duas escolas iguais, pois as redes de relações e as práticas nelas existentes são singulares” (MACHADO; SOUZA, 2008, p.49).

O objetivo desse mapeamento é desvelar os seus funcionamentos escolares, identificar os que podem estar acarretando as dificuldades vivenciadas pelos alunos e conseqüentemente criar estratégias para rompê-las. As informações levantadas também poderão ser utilizadas no relatório consubstanciado encaminhado aos especialistas que atendem crianças dessa escola, lhes fornecendo maiores subsídios para a tomada de decisão.

A respeito da criança encaminhada, a Psicologia Escolar Crítica colabora, propondo que se resgate a história escolar dela e que se busque saber “[...] De onde veio? Como estudou? Que oportunidades teve? Por quais professores passou na sua trajetória? Como se deu esta relação?” (CHECCHIA; SOUZA, 2003, p.129), informações que permitirão compreender as ambigüidades e as rupturas passadas. Todavia, esses dados não estão registrados em nenhum lugar, logo serão colhidos dando voz às pessoas que participam e participaram da vida escolar deste aluno e a ele mesmo (CRUZ, 2010). Com essa postura, o foco da investigação deixa de ser exclusivamente a criança, seu desenvolvimento biológico e emocional, abarcando a complexidade intrínseca ao processo de ensino-aprendizagem.

Buscar dialogar com os professores anteriores da criança pode mostrar, por exemplo, que em determinados contextos, momentos e com professores específicos, a criança conseguia se desenvolver plenamente, suscitando questionamentos, como: o que havia ali, o que acontecia de diferente do que acontece agora ou que prática pedagógica era adotada? Como era a relação desse professor com o aluno? Qual era a relação dele com essa escola? Assim como dar voz aos professores atuais, à equipe técnica da escola e aos pais, pode mostrar que a criança apresenta comportamentos diferentes também no momento presente, dependendo da situação e da relação estabelecida. Pode-se enriquecer a investigação fazendo observações em sala de aula, adquirindo mais elementos e exemplos para dialogar e se embasar ao propor novos olhares e novas práticas.

Especificamente com os alunos, além de também buscar o resgate de sua história escolar e de procurar conhecer os acontecimentos da sala de aula é de extrema importância investigar as suas potencialidades, isto é, tomar ciência daquilo

que ele já sabe realizar, descobrir as atividades que gosta de fazer e faz com muita propriedade e partir disso para desenvolvê-lo ainda mais (CFP, 2013; TANAMACHI; MEIRA, 2003). Frequentemente, o foco é colocado apenas nas dificuldades da criança, nas vezes que não copia a tarefa, que não para quieto na sala de aula e mudar a lente com que se olha para ele, desperta nele também essa mudança, fazendo com que ele mesmo questione os rótulos que lhes foram colocados de “deficiente”, “desinteressado”, “desatento” e etc.

As investigações e intervenções com os alunos são potencializadas quando realizadas em grupos,

[...] elemento fundamental para a constituição de um espaço que propicie a circulação da palavra ou a expressão dos significados que os alunos possuem a respeito de seu lugar na escola, assim como das dificuldades enfrentadas no processo de escolarização. Além disso, busca-se propiciar a ruptura da estigmatização – assim como da sensação de incapacidade e medo – das crianças, por meio da valorização das produções realizadas por elas. (CHECCHIA; SOUZA, 2003, p.133)

Outra forma de conhecer mais intimamente a realidade escolar da criança encaminhada e suas potencialidades é analisando os cadernos escolares que, conforme Santos (2007, p.173-174):

[...] são instrumentos que se prestam muito mais do que à mera realização de atividades, mas articulam várias instâncias da realidade escolar. A realização de várias tarefas pelos alunos, tais como escrita de textos, resolução de problemas de matemática, realização de cópias; a correção das atividades, o conhecimento e o controle do professor sobre o trabalho do aluno; a comunicação entre a escola e a família, bem como entre os alunos; o controle do trabalho do professor na instituição de ensino, dentre outras.

No entanto, alguns cuidados se fazem necessários, para que eles não acabem se tornando mais uma ferramenta de uso exclusivo para diagnóstico e patologização da criança, como ocorre quando são utilizados indiscriminadamente e como dados prontos. As informações constantes nos cadernos precisam ser dialogadas com os alunos para compreender as [...] oscilações de desempenho, progressos, retrocessos ou estagnações [...] (p.179) e com os professores para esclarecer em que situações as atividades se deram, bem como qual era a sua intenção de trabalho, permitindo avaliar se são: [...] as atividades propostas

interessantes ou desinteressantes? Variadas ou repetitivas? Adequadas ou não ao nível de conhecimento do aluno? [...] (p.180).

Para exemplificar a importância de utilizar os cadernos como instrumentos desencadeadores de questionamentos e compreensões, e não como um dado completo por si só, temos a pesquisa desta autora, que acompanhou alguns alunos em suas salas de aula durante o ano letivo, fazendo observações e dialogando com eles sobre suas produções. Em um dos casos, as observações lhe permitiu constatar o quanto Severino demorava a copiar as atividades que a professora passava no quadro e em conversa, ele mesmo “[...] revelou o que lhe causava tantas dificuldades: ‘A linha de lá [da lousa] é grande e essa [a do caderno] é pequena’. Ou seja, Severino empenhava-se em reproduzir aquilo que estava na lousa tal e qual como era apresentado” (p.172), informação que seria perdida caso não utilizasse a estratégia de ouvi-lo.

A junção de todas essas informações possibilitará a compreensão do cotidiano escolar, fornecendo elementos e abrindo portas para novas possibilidades de intervenções e encaminhamentos no próprio ambiente escolar, o que é de extrema importância independente do caso porque mesmo as pessoas que possuem distúrbios de aprendizagem e que por isso precisam de acompanhamento médico têm condições de se desenvolver, mas para isso precisam não apenas de medicamentos, mas também de práticas pedagógicas condizentes e potencializadoras, justificando a importância do trabalho coletivo e do alinhamento entre a Psicologia Escolar e a Neurologia.

A Psicologia Escolar se fazendo presente na escola e tendo acesso a essas informações, deve compartilhá-las com a comunidade escolar e com os demais profissionais que acompanham a criança para que também possam ter uma visão mais ampla sobre o processo de escolarização da mesma, deslocando “o eixo da análise do indivíduo para a escola e o conjunto de relações institucionais, históricas, psicológicas, pedagógicas e políticas que se fazem presentes e constituem o dia a dia escolar” (SOUZA, 2010, p.60).

De acordo com a resolução nº 007/2003 do CFP, o documento a ser redigido que melhor se encaixa nessa situação é o Relatório Psicológico que estruturalmente deve conter a identificação do autor, interessado e a sua finalidade; a descrição da demanda; os procedimentos adotados para coleta dos dados; a análise destes; e sua conclusão, devendo em todas as etapas:

[...] respeitar a fundamentação teórica que sustenta o instrumental técnico utilizado, bem como princípios éticos e as questões relativas ao sigilo das informações. Somente deve ser relatado o que for necessário para o esclarecimento do encaminhamento, como disposto no Código de Ética Profissional do Psicólogo. (CFP, 2003, p.9)

Considerando a possibilidade de que esse seja a única forma de comunicação entre os profissionais que acompanham a criança e a única fonte de informação completa sobre a realidade escolar desta, o embasamento técnico, científico e filosófico é primordial, assim como os cuidados com a escrita para que se faça entender, evitando possíveis falhas na comunicação e no andamento dos trabalhos.

Ao fazer esta análise completa dos funcionamentos escolares, a experiência pode mostrar que grande parte dos alunos encaminhados a especialistas apresentam dificuldades na escrita e na leitura de palavras, não por ter dislexia, dislalia, disgrafia ou algum outro distúrbio, mas em virtude do processo de escolarização vivenciado, assim como as crianças que não param quietas em suas carteiras, não possuem TDAH, apenas não gostam de ficar quatro horas seguidas sem poder se mexer muito ou se levantar, aprendendo algo que não lhe soa interessante e que não sabe para que serve, sendo que pode estar brincando e conversando com os colegas de classe.

Contudo, a investigação desses fatores não compete à Neurologia que vai olhar para a criança a partir do foco da sua lente, e sim à Psicologia Escolar, que deve se posicionar e mostrar a esse profissional que por trás dos encaminhamentos existe um universo escolar que muitas vezes não favorece o aprendizado.

3 MÉTODO

3.1 LOCAL DO ESTUDO

Realizamos a pesquisa em Porto Velho-RO, capital do Estado de Rondônia, 3º maior Estado da região norte do país em extensão e população, divisa com Amazonas, Mato Grosso e Bolívia.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Rondônia é de 0,756, ocupando o 14º lugar no ranking brasileiro. Dos 52 municípios que compõem o Estado, Porto Velho¹⁴ possui a maior extensão territorial (34.096,388 km²), com população de 428.527 segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, e está localizado na parte oeste como pode ser observado no mapa abaixo:

Figura 1 – Mapa de Rondônia



Fonte: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-218-02.htm>

Rondônia foi o antigo Território Federal do Guaporé elevado à categoria de Estado em 1981, tendo sido formado por áreas desmembradas dos Estados do Mato

¹⁴Município criado pela Lei Federal nº. 757 de 2 de outubro de 1914.

Grosso e do Amazonas, recebeu este nome em homenagem ao desbravador Marechal Cândido Mariano da Silva Rondon que instalou as primeiras linhas telegráficas da região (FERREIRA, 2005).

A ocupação de Rondônia e de Porto Velho foram fortemente influenciadas e intensificadas durante a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré¹⁵ no período de 1907 a 1912 e pela extração do látex da seringueira, que teve seu declínio devido o plantio da seringueira na Ásia, com menor preço (FERREIRA, 2005).

Hoje estamos vivenciando um novo período de grande fluxo migratório na região em decorrência da construção das Usinas Hidrelétricas de Jirau (Figura 2) e Santo Antônio (Figura 3) nas proximidades da capital. Estima-se que até julho de 2012 o número de pessoas residindo em Porto Velho tenha aumentado para 442.701. Os impactos ambientais e econômicos das usinas são controversos, mas de acordo com o IBGE o Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes em Porto Velho em 2007 (antes de iniciar a construção das usinas) era R\$4.361.066 mil reais e em 2010, ano em que as duas usinas já estavam em construção, o número registrado foi de R\$7.522.929 mil reais, representando um aumento de 72,50%.

Figura 2 – Usina Hidrelétrica de Jirau



Fonte: <http://www.energiasustentaveldobrasil.com.br/fotos.asp>

¹⁵Ferrovia idealizada pelo governo da Bolívia para lhes servir como meio de escoamento dos produtos importados e exportados. A ferrovia demorou 40 anos para ficar pronta e atualmente está desativada.

Figura 3 – Usina Hidrelétrica de Santo Antônio



A UHE Santo Antônio, localizada em Porto Velho / RO, irá gerar cerca de 3.150 MW.

Fonte: <http://www.odebrechtenergia.com.br/pt-br/imprensa>

A Educação em Porto Velho segundo levantamento realizado pelo IBGE em 2012, está representada por 237 escolas de Ensino Fundamental, 54 de Ensino Médio e 85 de Ensino Pré-escolar. A maior quantidade de escolas no Ensino Fundamental e Pré-escolar é da rede municipal, 123 e 48 respectivamente, e no Ensino Médio são de escolas públicas estaduais (39). Neste município existe apenas uma escola pública federal que se destina exclusivamente ao Ensino Médio. Em 2012, o número de alunos matriculados no Ensino Pré-escolar foi de 10.867, no Ensino Fundamental 82.969 e no Ensino Médio totalizou 16.058 matriculas, evidenciando uma queda brusca na passagem da penúltima para a última etapa do ensino regular. O quadro de docentes em 2007 e 2012 estava composto da seguinte forma:

Quadro 1 – Comparativo de docentes no município de Porto Velho-RO

Descrição	Ano	Total
Docentes - Ensino pré-escolar	2007	441
Docentes - Ensino pré-escolar	2012	497
Docentes - Ensino fundamental	2007	2.884
Docentes - Ensino fundamental	2012	1.704
Docentes - Ensino médio	2007	689
Docentes - Ensino médio	2012	222

Fonte: IBGE

O quadro acima nos mostra que de 2007 a 2012, houve uma redução expressiva na quantidade de docentes atuantes em Porto Velho, de 40,92% no Ensino Fundamental e 67,78% no Ensino Médio. A exceção foi o Ensino pré-escolar em que houve um aumento de 56 docentes. A redução no quadro de docentes, pareada ao aumento populacional no município, nos elucida a sobrecarga de trabalho a que estão submetidos os professores que permanecem exercendo a docência.

Em termos de saúde, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), em Porto Velho as instituições de saúde estão assim divididas:

Quadro 2 - Estabelecimentos de saúde em Porto Velho-RO

Descrição	Total
POSTO DE SAÚDE	15
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	38
POLICLÍNICA	3
HOSPITAL GERAL	13
HOSPITAL ESPECIALIZADO	7
CONSULTÓRIO ISOLADO	277
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	1
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	145
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	72
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRÉ-HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA	9
FARMÁCIA	9
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	3
COOPERATIVA	2
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA LACEN	2
SECRETARIA DE SAÚDE	2
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPIA E OU	1

HEMATOLOGICA	
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	4
UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA	1
PRONTO ATENDIMENTO	4
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	1
CENTRAL DE REGULAÇÃO	3
TOTAL	613

Fonte: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=11&VMun=110020

Somando os hospitais gerais e especializados, temos que ao todo duas são instituições beneficentes sem fins lucrativos; seis são do setor público e 12 do setor privado, número pequeno se considerarmos o contingente populacional e que os outros estabelecimentos realizam atendimentos bem específicos.

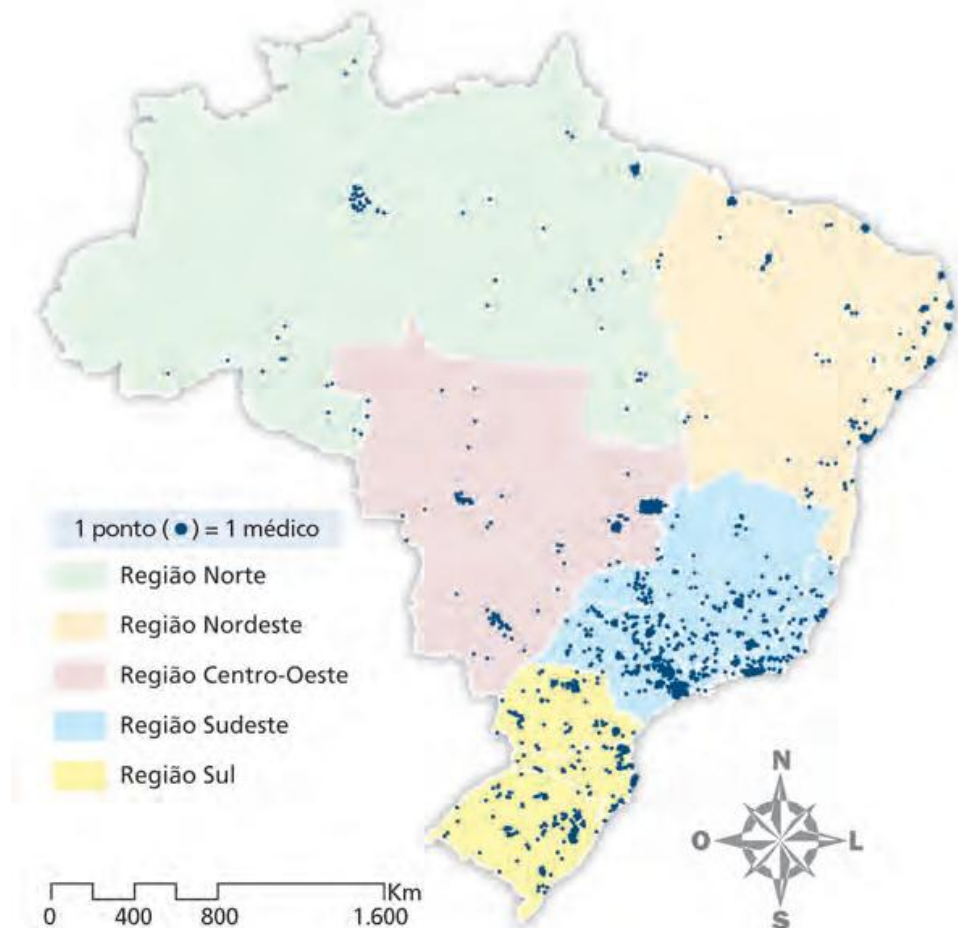
Analisando a saúde não em termos de estabelecimentos de saúde, mas em relação à quantidade de médicos por habitantes, a situação do Estado é igualmente crítica. Segundo levantamento da demografia médica (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2013), em Rondônia a proporção de médicos registrados é de 1,19 por 1.000 habitantes e em Porto Velho de 2,36, mostrando que a maioria dos médicos atuantes do Estado, estão na capital, todavia, nem mesmo nesta localidade a quantidade pode ser considerada suficiente. Porto Velho foi uma das capitais em que “o número de postos ocupados chega a ser duas vezes maior que o de médicos registrados, indicando que os profissionais têm em média dois vínculos em estabelecimentos de saúde” (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2013, p.48).

Com base no levantamento minucioso realizado, Scheffer, Biancarelli, e Cassenote (2013, p. 163) atestam que:

É nítido o cenário de desigualdade na distribuição geográfica de médicos. O estudo contou e distribuiu os médicos segundo diferentes critérios e parâmetros, usando diversas fontes e organismos. Por qualquer dos referenciais que se olhe – médico registrado, contratado, cadastrado ou ocupado –, as comparações são semelhantes: os brasileiros que moram nas regiões Sul e Sudeste contam em média com duas vezes mais médicos que os habitantes do Norte, Nordeste e Centro-Oeste – excluindo-se o Distrito Federal. Da mesma forma, aqueles que vivem em qualquer capital contam em média com duas vezes mais médicos que os que moram em outras regiões do mesmo estado. A diferença entre os extremos é de quatro vezes, no mínimo.

Sobre a especialidade que foi o foco de nossa investigação, os dados denotam que dos 3.212 neurologistas que atuam no Brasil, 2.071 (64,54%) são homens, 1.138 (35,46% são mulheres) e 71,20% deles possuem entre 30 e 60 anos de idade.

Figura 4 – Distribuição dos neurologistas no Brasil



Fonte: http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf

Na Figura 4, verifica-se que o maior contingente de neurologistas no Brasil é na região sudeste (52,77%), seguido da região sul (21,17%) e nordeste (14,35%). A região norte registra a menor quantidade de neurologistas, apenas 85, o equivalente a 2,65% do total.

No Estado de Rondônia existem quatro instituições de ensino que oferecem o curso de Medicina, estando três delas localizadas na capital e uma no município de Cacoal. Das quatro instituições, três são privadas e a única pública, que é a Universidade Federal de Rondônia (UNIR), situa-se em Porto Velho (CREMERO, 2013). A inexistência de cursos públicos e até mesmo particulares em outras

idades do Estado intensifica a migração de jovens que optam por esta carreira profissional para este município.

As três Instituições de Educação Superior (IES) de Porto Velho estão cadastradas no Ministério da Educação (MEC). O curso de Medicina da UNIR foi criado em 2002, exige carga horária mínima de 8.640 horas dos alunos, oferta 40 vagas anualmente, e não há registro de ocorrências de irregularidades no sistema do MEC. Na IES A, o curso começou a funcionar em 2004, possui carga horária mínima de 8.920 horas e atualmente tem autorização para oferecer apenas 40 vagas semestralmente, em função de medida cautelar preventiva. A IES B em que o curso de Medicina iniciou em 2005, a carga horária mínima é de 9.076 horas, o número de vagas anuais foram reduzidas em 20% por determinação do MEC, resultando em 80 vagas autorizadas (BRASIL, 2013a).

No Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) respondida por alunos ingressantes e concluintes dos cursos, realizado em 2010, em uma escala de um a cinco a UNIR obteve nota quatro, enquanto a IES A nota um e a IES B nota dois (BRASIL, 2013a).

Mediante o levantamento de Scheffer, Biancarelli, e Cassenote (2013) podemos afirmar que a quantidade de instituições formadoras, não levará obrigatoriamente a um aumento da quantidade de médicos atuantes no Estado de Rondônia, pois não se confirmou “a expectativa de que as escolas médicas sejam necessariamente polos em torno dos quais os médicos ali graduados irão exercer a profissão” (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2013, p.92), essa informação somada aos baixos índices obtidos pelas IES A e B no ENADE, nos sinalizam que providências precisam ser tomadas para que a saúde melhore em nosso Estado.

3.2 PARTICIPANTES

Primeiramente, realizamos uma pesquisa junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia (CREMERO) para conhecer o quadro de profissionais com especialidade na área da Neurologia que atuam em nosso Estado. Segundo informações constantes no site do Conselho, atualizado no dia 27 de junho do corrente ano, há em Rondônia, 25 neurologistas cadastrados, todavia 13 transferiram o CRM para outro Estado, um está aposentado, um cancelou o cadastro e apenas 10 estão ativos. O número de neurocirurgiões é significativamente maior,

totalizando 23 ativos e somente uma transferência. Não há registro no sistema de médico especialista em Neurologia Pediátrica, Neuropediatria e Neurofisiologia Clínica.

Por termos notado que nas listas não constavam o nome de alguns neurologistas renomados do Estado, fizemos contato com o CREMERO por telefone e via e-mail e fomos informadas que os profissionais que não apresentam o certificado de que concluiu a especialização ao Conselho, ficam com o cadastro desatualizado e por isso os seus nomes não apareceram nas listas que pesquisamos.

Apesar da dificuldade em identificar a quantidade de neurologistas atuantes no Estado de Rondônia e mais especificamente no município de Porto Velho, a princípio tínhamos a intenção de fazer contato com todos eles, entretanto após pesquisa prévia percebemos que muitos profissionais não atendem crianças e muito menos crianças com problemas de aprendizagem há muito tempo (ou nunca atenderam) e que de uma forma geral os laudos dos alunos com queixas escolares são sempre elaborados pelos mesmos profissionais do setor público e do setor privado. Como nosso objetivo era compreender a atuação e não mensurar quantitativamente essa atuação, adotamos como critério entrevistar os mais atuantes nessa temática e os que tradicionalmente encaminham seus pacientes para o Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Rondônia (SPA).

Portanto, participaram desta pesquisa os neurologistas de Porto Velho-RO que com frequência encaminham crianças e adolescentes ao SPA e os conveniados à Secretaria Municipal de Educação (SEMED), conforme pesquisa realizada por Donato e Tada (no prelo).

Solicitamos autorização do secretário estadual de saúde (apêndice A) e dos diretores das unidades de saúde (apêndices B e C) para caso fosse preciso, podermos fazer o levantamento e o contato com os neurologistas selecionados nas instituições públicas de saúde.

Após autorização dos secretários de saúde submetemos nosso projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e com a aprovação do CEP (anexo C), iniciamos os contatos com os neurologistas, para saber do seu interesse em colaborar com a pesquisa.

Todavia, como todos eles atendem também em consultórios particulares o contato foi feito através destes, visto que ao irmos primeiramente nestes já

conseguíamos as informações necessárias e exatas sobre horários em que poderíamos encontrá-los para convidá-los a participarem de nossa pesquisa.

Respeitando o compromisso assumido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice D) de manter em sigilo o nome dos participantes, utilizamos nomes fictícios, de origem indígena, assim como os nossos nomes (luna e Iracema). A escolha por nomes indígenas é explícita e intencionalmente uma homenagem aos nossos conterrâneos e às nossas origens que tanto nos ensinaram e nos ensinam sobre o poder da união nas lutas que encampam.

O critério utilizado para selecionar os participantes da pesquisa (os mais atuantes com as queixas de não-aprendizagem) nos levou a três profissionais. Dos três apenas um não participou da pesquisa por motivos de agenda deste neurologista com viagens e atendimentos e, em função do prazo que tínhamos para entregar a dissertação. Segue algumas informações preliminares sobre os dois participantes.

Cauã, o primeiro neurologista entrevistado, tem 57 anos, formou-se na Universidade Federal de Goiás e fez residência no Instituto de Neurologia de Goiânia há 28 anos e desde então atua no município de Porto Velho. Neste município Cauã se divide no atendimento em três instituições do serviço público e uma clínica particular, emite diagnóstico a partir da análise de exames feitos em uma clínica de exames e ministra aulas em uma faculdade particular, e atende em um consultório particular em outro município do Estado de Rondônia.

O segundo neurologista entrevistado foi Piatã, 46 anos, graduou-se médico em 2000, pela Universidade Federal do Amazonas, fez dois anos de Pediatria e concluiu a especialização em Neurologia Infantil em 2006. Especializou-se também na realização dos exames Eletroencefalograma (EEG), Mapeamento Cerebral e Vídeo eletroencefalograma em São Paulo. Piatã presta serviços ao Estado do Acre e ao Estado de Rondônia e possui uma clínica particular em Porto Velho, onde realiza exames neurológicos. Importante mencionar que durante a entrevista, Piatã deu pouco enfoque às perguntas feitas, discorrendo sobre outros assuntos que julgava pertinente.

3.3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Realizamos uma pesquisa de abordagem qualitativa que tomando como base Minayo (2008, p. 57), “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem”.

Pautamo-nos nessa abordagem, pois era nosso objetivo conhecer e entender a percepção da Neurologia sobre os problemas de aprendizagem e mais especificamente as concepções e fundamentos norteadores das práticas diagnósticas e acompanhamento das crianças e adolescentes atendidos a fim de criar um diálogo com a Psicologia.

3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Como técnicas para a coleta de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada (apêndice E) gravada em áudio com os neurologistas. Nesse tipo de entrevista o investigador tem apenas definido alguns aspectos que pretende abordar, mas a forma como colherá essas informações não tem uma ordem pré-determinada, ou seja, as questões vão sendo colocadas conforme o desenrolar da conversa (BREAKWELL; HAMMOND; FIFE-SCHAW; SMITH, 2010). Os principais aspectos que decidimos de antemão investigar foram: o que entendem por distúrbios de aprendizagem? Quais os elementos teóricos e práticos sobre os distúrbios de aprendizagem que obtiveram na formação e especialização em Neurologia? Quais os fundamentos neurológicos que orientam as ações? Quais os exames que realizam ou solicitam para diagnosticar os pacientes com problemas de aprendizagem?

As entrevistas foram gravadas em áudio e em seguida transcritas, objetivando favorecer uma análise minuciosa das mesmas. A entrevista gravada em áudio permite, segundo Lüdke e André (1986), o registro na íntegra da fala do entrevistado, além de possibilitar ao pesquisador observar o comportamento não verbal do entrevistado que pode ser relevante para análise. A entrevista de Cauã durou 1h18m e a de Piatã 1h51m.

As informações coletadas por esse instrumento de pesquisa encontram-se registrados em itálico na seção 4, de análise e discussão dos dados, indicando que o diálogo ali apresentado consiste numa transcrição fiel do que fora gravado em áudio, apenas os vícios de linguagem foram retirados para facilitar a leitura e

compreensão das falas. As pausas ou frases incompletas foram representadas por três pontos, algumas observações e informações sobre o gestual do participante no momento da entrevista foram inseridas entre colchetes e as palavras enfatizadas por eles aparecem em negrito nos trechos das falas.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, conforme proposto por Erickson (1994) desenvolvemos um trabalho de indução analítica buscando nos dados, evidências que coincidam ou não com nossas afirmações, investigando mais detalhadamente os casos discrepantes que poderão trazer informações valiosas para a nossa análise.

Construímos categorias descritivas por meio de impregnação do conteúdo, buscando o material manifesto e o latente, presentes nas mensagens implícitas ou contraditórias, ou nos temas silenciados (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Seguindo este raciocínio, elencamos as seguintes categorias: 4.1 Um olhar sobre a formação e a rotina de trabalho dos neurologistas; 4.2 Distúrbios de aprendizagem: concepções, prática diagnóstica e tratamento; 4.3 a relação com as escolas e com os demais profissionais, que relação é essa?

4 O QUE NOS CONTA A NEUROLOGIA SOBRE OS DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM?

Nesta seção, apresentaremos os dados discutindo-os a luz de nosso referencial teórico buscando entender como a Neurologia compreende os problemas de aprendizagem por meio dos diálogos mantidos com Cauã e Piatã, dois neurologistas que tradicionalmente atendem alunos com queixa escolar. Importante, portanto iniciar esta compreensão conhecendo como ocorreu a formação destes profissionais no campo da Neurologia, pois, consideramos que a partir desta formação, se desenvolverão as suas ações diante das inúmeras crianças a eles encaminhadas com histórias de insucesso escolar.

4.1 UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO E A ROTINA DE TRABALHO DOS NEUROLOGISTAS

Cauã, conforme explanado anteriormente, graduou-se na Universidade Federal de Goiás e fez a residência no Instituto de Neurologia de Goiânia, tendo concluído em 1984, ano em que se mudou para o município de Porto Velho e começou sua atuação profissional.

Piatã cursou Medicina na Universidade Federal do Amazonas, tendo concluído em 2000, em seguida fez dois anos de Pediatria e concluiu a especialização em Neurologia Infantil em 2006. Especializou-se também na realização dos exames eletroencefalograma (EEG), mapeamento cerebral e vídeo eletroencefalograma em São Paulo. Além dessas habilitações na área médica, Piatã é graduado em Biologia e fez 50% do curso de Engenharia Química.

Visando conhecer como a Neurologia compreende os distúrbios de aprendizagem, buscamos investigar junto aos participantes como o tema foi abordado nas suas formações e nos cursos que participaram para termos uma noção da concepção adotada e disseminada por essa especialidade da Medicina.

Ambos relataram não terem recebido nenhum embasamento teórico e prático para atuar com as demandas de dificuldades de aprendizagem. Na percepção de Piatã, a graduação não prepara os alunos para atuar em qualquer área:

Você aprende onde você pesquisar, vamos dizer assim. Eles dizem o basal, o básico, o básico, o básico! Você sabe o básico, o básico, o básico! Então você sai da faculdade, cru, cru, cru. Todo mundo! Não adianta! Pode ter feito na USP [referindo-se à Universidade de São Paulo], pode fazer na UNIFESP [Universidade Federal de São Paulo], você sai assim tendo uma noção. Uns locais com noções melhores e outras piores e umas sem noção nenhuma! [...] na residência médica, você tem [referindo-se a ter uma boa noção] mas você não aprofunda, aprofunda não! Você tem que estar estudando, você tem que estar estudando!

Cauã expõe que em sua formação sequer soube que teria que atender esse tipo de demanda, tanto que se surpreendeu quando recebeu pela primeira vez um encaminhamento de uma criança que a queixa era de não aprendizagem:

Eu me lembro com nitidez, a hora que a mãe entrou com aquela menininha, toda bonitinha, toda “rechonchudinha”. – O que foi que aconteceu com ela? – Ah, ela não aprende [disse a mãe]. – Ela não aprende? – Não. Eu fiquei pensando assim: mas porque que essa fonoaudióloga me encaminhou essa criança? O que eu tenho a ver com isso? Isso é problema da escola! [...] Então assim, quando eu atendi essa menina, eu fiquei pensando: o que essa Dra. quer que eu faça? O que quer que eu examine? Eu não sabia o que eu tinha que examinar, o que eu tinha que pensar, a informação que eu iria fornecer pra ela... Tá, mas foi assim, o primeiro caso que serviu de estímulo, me deu uma cutucada, [e o fez pensar] ‘olha, vai estudar porque você vai ter que aprender isso!’

Em ambos os relatos, destaca-se a necessidade de continuarem estudando para poderem ter um conhecimento mais adequado sobre os problemas de aprendizagem.

Cauã atesta que a ausência de abordagem dos distúrbios de aprendizagem na graduação e na residência não é uma peculiaridade da instituição em que estudou, mas sim uma ausência geral, corroborada pelo fato de os participantes terem estudado em instituições diferentes, em localidades diferentes e em tempos também distintos – Cauã concluiu seus estudos em 1984 e Piatã em 2006.

Cauã afirma que a temática sobre os distúrbios de aprendizagem não é ensinada nos cursos de Medicina,

*Isso não é ensinado em curso nenhum. Inclusive eu já falei isso em aula. É interessante porque assim, eu vejo muito isso no meio educacional: “ah, encaminha para o médico”. Eu fico pensando, que perda de tempo, porque médico não sabe nada disso! Eu tomo como base a minha formação, eu fiz uma formação em um excelente hospital, centro de referência hoje no Brasil, a equipe lá é excelente, já fazem cirurgias que só fazem lá e tratamentos que só fazem lá, então é inquestionavelmente uma equipe excelente e eu **nunca tive uma aula sobre aprendizagem, nem sobre distúrbios de aprendizagem**, [...] Então, isso não ensina em faculdade*

nenhuma, não tem isso em grade curricular de nenhum tipo de residência, mas nem passa perto! (grifo nosso)

Nesta fala de Cauã há uma denúncia que contraria o discurso fortemente presente tanto no âmbito escolar, como na sociedade de uma forma geral, de que os médicos têm conhecimento e capacidade para diagnosticar e tratar os distúrbios de aprendizagem. Portanto, as formações destes dois médicos nos mostram uma discrepância entre a história dos médicos nas escolas na época do movimento higienista, em que a Medicina de fato se equipava de conhecimentos e se apoderava do contexto escolar ditando horários, disposições dos móveis, técnicas pedagógicas e tudo mais que envolvesse o ambiente escolar (ABREU, 2006) e os dias atuais em que nada é repassado aos médicos.

Piatã complementa a informação de Cauã, explicando que na especialização, os casos passados aos aprendizes são selecionados usando como critério a gravidade e a dificuldade de tratamento, pois as instituições formadoras entendem que se eles conseguirem lidar com os casos mais difíceis, conseguirão também atender os tipos como mais simples, como é o caso do déficit de atenção:

[...] onde eu fiz, na Escola Paulista, como é muito... vem muito triado. Você pega aqueles casos escabrosos... [...] os erros inatos do metabolismo, as encefalopatias epiléticas de difícil controle, você não pega uma epilepsia... até pega, mas é pouco né? Então assim, aquelas coisas mais no dia a dia que você consegue trabalhar, os déficits de atenção leve... [você não pega] Você vai pegar coisas que não deu conta em tal lugar e chegou na Escola Paulista.

Por outro lado, a inexistência de elementos teóricos e práticos na formação dos neurologistas sobre os distúrbios de aprendizagem, pode nos sinalizar que na realidade a Neurologia não se apropria oficialmente desse tema por isso não o insere na grade curricular. Todavia, o ensino do uso do CID como parâmetro para definir os diagnósticos se faz presente desde o início nas formações dos profissionais e na falta de outros elementos, ao receber as crianças que não aprendem encaminhadas pelas escolas, vão acessar este instrumento e checar que os sintomas relatados pelos responsáveis e/ou professores coincidem com as descrições F70 – Retardo mental leve, F80 – Transtornos Específicos do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem, F81 – Transtornos Específicos do Desenvolvimento das Habilidades Escolares, F84 – Transtornos Globais do Desenvolvimento, entre outros.

Retomando a fala de Cauã, ao afirmar que “*isso é problema da escola*”, nos mostra que a princípio ele também entendia que a não aprendizagem das crianças estavam relacionadas com questões próprias da escola, nos possibilitando supor que atribuía valor para os funcionamentos intra e extraescolares produtores de educadores e alunos fracassados, assim como defendido por Souza, B. P. (2007). Todavia, ao recebimento do primeiro encaminhamento, tomou a responsabilidade para si e passou a estudar para dar conta dessa demanda, alterando sua concepção e postura inicial em decorrência dos encaminhamentos. Partindo do princípio de que “a ‘queixa’ é apenas a aparência, o nível imediato que se caracteriza como uma representação isenta de análise” (TANAMACHI; MEIRA, 2003, p. 29), entendemos que os encaminhamentos expressam um pedido de socorro frente às dificuldades encontradas e não solucionadas com as intervenções no próprio ambiente escolar. Assim os encaminhamentos por parte da escola, de alguma maneira influenciam os neurologistas a entenderem que existe algo influenciando o mau funcionamento cerebral e levando a não aprendizagem, que eles, como especialistas precisam averiguar.

Os meios buscados por Cauã para suprir a defasagem teórica e prática desta área na sua formação foram estudos por conta própria, participação em eventos (entre eles, alguns congressos da ABD, associação que assegura que as dificuldades de aprendizagem são resultantes de distúrbio de aprendizagem) e; formação de grupo de estudos, que durante alguns anos coordenou, com a participação de psicopedagogos, psicólogos, fonoaudiólogos e acadêmicos de Psicologia, que acreditavam que a não aprendizagem do aluno tem relação com o funcionamento cerebral. Ou seja, Cauã, mesmo buscando formas para se manter atualizado nesses 28 anos de profissão, foi o enfoque clínico e medicalizante, que fortaleceu sua concepção de que é suficiente investigar exclusivamente os sintomas e as queixas pontuais do indivíduo, encaixá-los em alguma das disfunções do CID e desconsiderar completamente o contexto escolar e as relações existentes ali (GUARIDO, 2007), como veremos adiante. A soma dos meios buscados para respaldar sua prática, desenvolveu em Cauã o seguinte conceito sobre distúrbio de aprendizagem:

*Antes de qualquer coisa eu tenho uma concepção que a aprendizagem é **uma** [apenas uma] função do cérebro. Uma função bem específica do cérebro! Isso porque é assim... até algum tempo atrás imaginava-se que a*

aprendizagem fizesse parte de um conjunto de capacidades e que esse conjunto de capacidades eles permitiam que a pessoa aprendesse, fosse uma pessoa mais inteligente, mais esperta... Com o entendimento de várias funções cerebrais, uma das que a gente hoje consegue individualizar, separar, é exatamente essa, capacidade de aprendizagem. Então, ela é uma capacidade bem definida e que pode ser afetada de uma forma bem específica. Então, [...], por exemplo, existe uma área aqui [rabisca em uma folha de papel], que é uma área relacionada com a motricidade, tem uma área aqui que é uma área relacionada com a sensibilidade, se você tem uma lesão aqui nesse lugar, vai afetar primariamente ou mais intensamente a sensibilidade, mas, às vezes, afeta também um pouquinho a motricidade porque são áreas vizinhas, são emendadas.

Diferentemente de Cauã, Piatã não se queixa da não abordagem deste tema nas suas formações, mas reconhece que requer muito estudo e pesquisa para atendê-lo, a exemplo de como ele fez cursando Pediatria, Neurologia e pós-graduação.

Todavia, de acordo com Caliman (2013), estamos vivenciando a Era das Cidadanias Biológicas, em que há a predominância da concepção orgânica de homem, com o aditivo da necessidade de comprovação biológica dos distúrbios, esses norteadores somados à predominância do enfoque clínico de atendimento nas formações médicas levou estes profissionais a realizarem atendimentos pautados sob esses vieses.

Em 1996, Collares e Moysés pesquisaram a percepção de diversos profissionais da Educação (diretores e professores), acadêmicos de cursos variados e de profissionais da Saúde (médicos, psicólogos e fonoaudiólogos) sobre as causas do fracasso escolar. Nesta pesquisa, encontraram explicações como, imaturidade, falta de prontidão, falta de motivação, mas também verificaram que há uma forte crença na influência dos seguintes fatores biológicos: desnutrição; doença neurológica, deficiência intelectual ou outra doença e esses fatores que interferem na saúde do aluno são considerados por todos os profissionais de saúde entrevistados como a causa mais importante do fracasso escolar. “Nesta pesquisa, todos os professores e diretores consideram que a presença de doenças prejudica aprendizagem” (p. 77), portanto tanto os profissionais da saúde quanto os da educação possuem a mesma interpretação sobre influência dos fatores biológicos da não aprendizagem, sobressaindo a dualidade normal/anormal.

Embasando-se nessa concepção, a escola utiliza índices para apontar e destacar os alunos desviantes (que fogem aos padrões de desenvolvimento). Entre eles a defasagem idade/série é um dos indicativos que nos mostra o quanto a

cronologia natural do desenvolvimento cognitivo do aluno ainda permeia as práticas escolares, como nos lembra Justo (2006). Gomes (1995) complementa nos sinalizando que existe uma grande expectativa por parte dos educadores de se deparar com alunos ideais, advindos de famílias também ideais, isto é, que obedeçam aos modelos sociais (de outro tempo) e que proporcionem todas as condições emocionais e materiais para que a aprendizagem ocorra naturalmente. Quando uma criança se diferencia dos demais, não estando, por exemplo, cursando a mesma série que os alunos da sua faixa etária, imediatamente busca-se justificar respaldando nos problemas orgânicos mencionados acima. Propomos em consonância com a Psicologia Escolar Crítica que o fenômeno seja considerado na sua inteireza e partindo de como ele é de fato. Isso significa no contexto escolar em um caso de defasagem idade/série, que devem ser consideradas as condições em que se deu a repetência ou o atraso do aluno, para verificar se a “deficiência” que ele apresenta hoje se deve de fato a um distúrbio ou a defasagens no processo de escolarização (SOUZA, M. P. R. 2007).

Montando o histórico de Cauã, temos um profissional, recém-formado, que não obteve nenhum tipo de instrução sobre como lidar com os problemas de aprendizagem, inicialmente defensor de que esse era um “problema da escola”, mas que inesperadamente e com frequência passa a receber encaminhamentos de outros profissionais da saúde e da própria escola, de crianças que não conseguem aprender a ler e escrever e que é, um especialista sobre o funcionamento do cérebro. Esse panorama nos mostra que os encaminhamentos praticamente o obrigaram a entender as dificuldades de aprendizagem como decorrência do funcionamento inadequado do cérebro, já que esta é a sua especialidade e uma vez que os diretores, orientadores e professores acreditam estar tudo funcionando bem na escola e que apenas esse aluno ou outros, também com algum tipo de distúrbio, é que não aprendem. Isto é, estes atores escolares defendem que a escola é “[...] apenas um ponto de partida que oferecem a todos as mesmas oportunidades, as mesmas chances” e se o aluno não consegue aprender, é porque tem algo individual interferindo (PADILHA, 2004, p. 49). Collares e Moysés (1996, p. 75) afirmam ainda que o que acontece é que tudo “o que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria... tudo é transformado em doença, em um problema biológico, individual”.

A Psicologia também passou por um período em que todas as inferências e intervenções independente do tema e do contexto da queixa (emocional, escolar, familiar, profissional) eram embasadas no viés clínico. No âmbito escolar essa predominância foi sustentada pela crença no desenvolvimento universal das crianças normais, e as que não conseguiam acompanhar o tempo das demais eram consideradas anormais e problemáticas (BOCK, 2003). Essa concepção que ainda pode ser encontrada na prática de psicólogos escolares e educacionais vem sendo combatida por profissionais da perspectiva crítica.

As consequências dessa origem e história de atuação totalmente clínica e patologizante, para as crianças e adolescentes encaminhados com queixas de dificuldades de aprendizagem, serão inevitavelmente a rotulação e a prescrição de medicamentos controlados que apresentam sérios riscos à saúde do paciente, além de torná-lo um potencial dependente químico (MOYSÉS, 2010).

Durante a busca por conhecimento, Cauã relata que encontrou fundamentação para atuar diante dessas queixas “*fora da neurologia*”, mais especificamente na Neurociência, que para ele:

[...] é uma área de conhecimento que se dedica a estudar o cérebro e que aprofundou muito nesses campos, em várias habilidades do cérebro, em várias capacidades, sem se preocupar muito na patologia, mas só com a fisiologia, com o funcionamento, como é que funciona a escrita, a leitura... Então a gente sabe quais as áreas cerebrais relacionadas com esse processo, qual a área do cérebro que lê, qual a área do cérebro que escreve, qual a área do cérebro que realmente entende a leitura, então são áreas diferentes, então a neurociência ajudou muito nesse aspecto.

Foi na Neurociência que Cauã encontrou base científica para lidar com os encaminhamentos de alunos, encaminhamentos esses já contaminados pelo pressuposto da existência de um funcionamento inadequado do cérebro e não da escola ou do sistema educacional. De acordo com esta teoria, é possível localizar e identificar as áreas do cérebro responsáveis por cada ação humana, contrariando Gonçalves (2003) que diz que as funções motoras e sensoriais são bem delimitadas e perceptíveis no cérebro, mas as demais funções neurológicas não. A Neurociência está conquistando amplo espaço em nossa sociedade através de inúmeras publicações em revistas científicas e não científicas e por meio dos cursos de especializações. Em Rondônia essa ciência também está se proliferando,

principalmente através dos cursos de Neuropsicologia, Terapias Comportamentais, entre outros, disponibilizados por algumas instituições de ensino.

Conforme exposto anteriormente, Piatã após a especialização em Neurologia fez duas pós-graduações com ênfase na realização de exames neurológicos. Na área dos distúrbios de aprendizagem, mencionou que busca se atualizar exclusivamente lendo publicações científicas divulgadas na *internet*. Piatã possui concepções próprias acerca dos distúrbios de aprendizagem, que apresentaremos no decorrer da próxima seção.

Considerando que assim que começaram a atuar como neurologistas, passaram a receber vários encaminhamentos de alunos com queixa escolar e ao aceitarem atender estas demandas se tornaram referência na área em nossa região, tendo inclusive Piatã convênio com a Secretaria Municipal de Educação (SEMED), cabe-nos analisar o cotidiano desses profissionais e as afetações em tempos de inclusão.

O advento da pós-modernidade trouxe mudanças para o cotidiano das pessoas, especialmente no âmbito profissional, meio em que a exigência por agilidade, autonomia e excelência sobressai. Rodrigues (2003) embasando-se em Bauman (1997) explica que estamos vivendo na:

[...] era da dúvida, do questionamento de verdades e da fragmentação; a ameaça do desemprego, por exemplo, está continuamente presente, exigindo a cada dia uma habilidade diferente para que se tenha, ao menos, alguma esperança de se manter um espaço já alcançado - exige-se a todo o instante a superação, a urgência, a excelência. A formação contínua passa a ser uma necessidade imperiosa; todos os convites são para que sejamos super-homens, criaturas sem limites e necessidades. Neste contexto, surgem os especialistas com os seus recursos técnicos, que, ao invés do homem insuficiente das religiões do passado, irão ter em mente um homem cujas capacidades são ilimitadas, cabendo a eles ou desenvolvê-las ou corrigir as disfunções que impedem a sua manifestação. (p. 17)

É verdade que com o predomínio da biologização do corpo e a intensificação da busca constante pela saúde total, a Medicina como principal responsável por promover a saúde almejada, não sofre a mesma pressão e ameaça de desemprego que outras áreas. Todavia, também por este motivo a demanda de trabalho tem se intensificado e conseqüentemente a necessidade de superação e urgência nos atendimentos também.

Na “Era dos Especialistas” (EIDT; TULESKI, 2007), a Neurologia também é atingida por essa lógica, como poderemos perceber analisando os vínculos empregatícios e a rotina dos neurologistas entrevistados.

Cauã trabalha em Porto Velho e em outro município do Estado de Rondônia. Neste outro município realiza atendimentos em sua clínica particular duas vezes por semana. Nos demais dias da semana, Cauã permanece no município de Porto Velho, dividindo-se no atendimento em três instituições do serviço público e um consultório particular, emite laudos em uma clínica particular e ministra aulas em uma faculdade particular para os cursos de Medicina e Fonoaudiologia e ainda coordena um dos ambulatórios dessa faculdade.

Piatã no Estado de Rondônia atende exclusivamente no município de Porto Velho, mas atua também em Rio Branco, capital do Acre. Piatã tem um contrato de prestação de serviço com este Estado, atendendo exclusivamente no setor público, uma vez por mês, durante quatro dias corridos. Em Porto Velho Piatã atende em seu consultório particular, em uma instituição pública (de 15 em 15 dias, duas vezes na semana), assiste uma instituição beneficente sem fins lucrativos (um dia, uma vez por mês), além de analisar e emitir laudos dos exames de eletroencefalograma.

Verifica-se que os dois têm em comum uma agenda de trabalho não muito bem definida, quanto atribulada, o que é perceptivelmente notado e sentido por eles:

Piatã: Então meu horário não é fixo, quando eu não estou atendendo pelo serviço público, eu estou atendendo no meu consultório particular [...] ou eu estou elaborando laudos dos exames que por ventura foram feitos. Então eu tenho uma agenda bastante carregada!

Cauã: [...] a carga horária (risos) é um jogo de cintura. Então tem que correr pra lá, correr pra cá. [...] Agora... é... você vai se adaptando, então é pesado, não é fácil!

As muitas atividades profissionais de Cauã e Piatã nos mostram que eles fazem parte da estatística de Scheffer, Biancarelli, e Cassenote (2013) que aponta que em Porto Velho, os médicos possuem em média dois vínculos com estabelecimentos de saúde.

Através da fala e expressão de Cauã, é notável o cansaço e a sensação de exaustão com o trabalho desempenhado. Hoje em dia muito se tem estudado essa somatória de sintomas fazendo parte de uma síndrome que se chama *Burnout*. A síndrome de *Burnout* se caracteriza pela exaustão física, emocional e mental tendo

como consequência o *stress* crônico e que segundo Reinhold (2008, p. 65) “[...] é um risco ocupacional a que estão expostas especialmente as pessoas que trabalham em profissões de ajuda [...]”.

De acordo com Soares e Cunha (2007, p. 1), no mundo a síndrome da estafa profissional “[...] afeta um em cada dois médicos, sendo um terço deles afetado de forma importante e um décimo de forma severa, com características irreversíveis”. Entre as medidas preventivas propostas por esses autores como uma forma de reduzir esse índice elevado, estão a prática de atividades de lazer e entretenimento e a conscientização das vulnerabilidades e limitações.

Cabe-nos agora refletir: em que medida a qualidade dos atendimentos e dos diagnósticos é influenciado por esta carga de trabalho extensa e do consequente cansaço profissional produzido por um sistema que exigirá cada vez mais deles? Nessas condições, não ficam ainda mais vulneráveis a se pautar exclusivamente na conferência dos sintomas no CID?

Entendemos que a resposta para as duas perguntas acima pode ser “sim”, os diagnósticos podem ser influenciados pela excessiva carga de trabalho e norteados pelo CID, mas entendemos que esse fenômeno é uma consequência da falta de instrumentalização na graduação e na Neurologia especificamente sobre os distúrbios de aprendizagem, acrescida da concepção orgânica e dualista de homem (normal/anormal, saudável/doente) prevalente em nossa sociedade, fenômenos esses que precisam ser pautas de reflexões e discussões na academia, nos eventos científicos ou não, para que através da exposição e de debates possam ser modificados, considerando o homem concreto e as relações sociais com ele estabelecidas.

4.2 DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM: CONCEPÇÕES, PRÁTICA DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO

Um número cada vez maior de crianças com dificuldades no processo de escolarização estão sendo encaminhadas aos neurologistas para que sejam diagnosticadas, tratadas e assim, consigam se desenvolver plenamente. Discorreremos anteriormente, que no cerne desse acontecimento existe uma concepção predominante de homem como ser orgânico e uma crença de que as escolas oferecem todas as condições necessárias à aprendizagem a todos os

alunos indiscriminadamente e que se eles não conseguem aprender a causa está neles mesmos.

Mas, o que acontece quando essas crianças e adolescentes chegam aos consultórios desses profissionais? Como são recebidas? Quais as versões ouvidas? Nessa seção pretendemos responder essas questões, desvelando as concepções sobre os distúrbios de aprendizagem que norteiam os diagnósticos e as recomendações de tratamento.

Os distúrbios de aprendizagem centrais nessa pesquisa foram o TDAH, a dislexia e a deficiência intelectual, tendo Cauã dedicado grande parte da entrevista para discorrer sobre dislexia e DI, enquanto Piatã deu maior ênfase à dislexia e ao TDAH, mas também discorreu sobre outros distúrbios¹⁶ como pode ser observado no quadro abaixo.

Quadro 3 – Distúrbios abordados pelos neurologistas entrevistados¹⁷

Entrevistado	Distúrbios abordados
Cauã	Dislexia, TDAH, Deficiência Mental e Distúrbio Específico de Aprendizagem.
Piatã	Transtorno de linguagem (dislexia, dislalia, disortografia, discalculalia), TDAH, Deficiência Intelectual ou Cognitiva, Transtorno Opositor Desafiador (TOD), Transtorno Psicótico Perverso, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), Transtorno de Asperger

Por uma questão didática e para facilitar a compreensão e localização dos nossos leitores, dividimos esta seção, utilizando como critério os distúrbios de aprendizagem, isto é, em cada uma delas, será possível encontrar todas as concepções, a forma de diagnóstico e tratamento para cada distúrbio. Portanto, as subseções estão assim divididas: concepções gerais; *“Apuã não sabe ler nem escrever, tem dislexia!”*; *“Jari nunca vai aprender, tem deficiência intelectual!”*; *“Janaina não para quieta, tem TDAH!”*; *“Maiara não tem nada, apenas não aprende porque tem um transtorno específico de aprendizagem!”*¹⁸.

¹⁶Por não ser nosso objeto de estudo no momento, não foram abordados nesse texto.

¹⁷Utilizamos nesse quadro as terminologias adotadas pelos próprios neurologistas.

¹⁸Os nomes dos alunos Apuã, Jari, Janaina e Maiara utilizados nas subseções são fictícios, utilizados apenas para exemplificar os discursos predominantes sobre os distúrbios mencionados.

4.2.1 Concepções gerais

As entrevistas com os neurologistas nos mostraram que eles possuem concepções específicas sobre TDAH, dislexia e deficiência intelectual, mas que existem também concepções e práticas “universais” que norteiam as suas ações perante a suspeita destes distúrbios e também de outros não mencionados.

Iniciaremos expondo essas percepções e entendimentos gerais, dividindo-as em: do recebimento da queixa às versões ouvidas; os exames clínicos e neurológicos realizados; as crenças sobre possibilidades de cura.

4.2.1.1 Do recebimento da queixa às versões ouvidas

Os profissionais verbalizaram que as crianças e adolescentes comumente chegam a eles encaminhadas pela escola, tanto no setor público como no privado. Cauã expõe que ao receber este encaminhamento ele pede da escola que redijam um relatório narrando os principais comportamentos do aluno que resultaram no encaminhamento:

[...] um monte de escolas me encaminham essas crianças e eu sempre peço pra elas, porque elas sempre pedem relatório, então eu falo: tudo bem, você quer que eu te mande relatório, mas eu também preciso que você me mande relatório. [...] Porque a mãe e o pai que leva a criança, ela conhece a criança, mas fora da escola, ela não sabe como é a criança na sala de aula. Então é extremamente importante a professora, mesmo que seja manuscrito, 'ah esse menino é desse jeito, ele não faz isso ou ele é assim, tal'. Ta... é melhor do que o pai chegar lá e falar: 'não eu não sei como ele é na escola', então fica meio complicado.

Essa exigência que tem como intuito distinguir o comportamento da criança na escola onde possivelmente está acontecendo algum problema, nos mostra que Cauã reconhece que o comportamento da criança pode variar dependendo do contexto no qual se encontra inserida. Para nós, que conhecemos bem a realidade escolar, sabemos que o “problema” desta criança encaminhada para o consultório médico pode estar presente em outros aspectos do funcionamento escolar, como por exemplo, na falta de professores, na imposição de livros didáticos pelo MEC, no cancelamento de aulas de última hora para que professores participem de cursos (SOUZA, B. P., 2007) e não na criança. Entretanto como ele desconhece esse fato,

as percepções sobre as dificuldades do cotidiano escolar vão se tornando imperceptíveis quando no discurso dos professores domina uma fala sobre a criança, em função das próprias dificuldades em lidar com a heterogeneidade do contexto escolar, pela falta de suporte ou de infraestrutura de apoio, pela excessiva carga de trabalho, pelas condições de trabalho nem sempre muito boas, levando o professor a culpabilizar o aluno pelo insucesso escolar.

A exigência do relatório nos sinaliza também que apesar de Cauã não ter recebido embasamento teórico sobre os distúrbios de aprendizagem em sua formação inicial, a prática o levou a perceber a importância do levantamento de informações sobre o comportamento da criança na escola e da busca por parcerias com os membros da escola para obtê-las.

Todavia, temos ressalvas, pois este é o único instrumento que fornecerá informações sobre o desempenho e a realidade escolar à Cauã já que os pais serão ouvidos, mas falarão sobre a criança em outros contextos como ele mesmo comentou acima, os pais desconhecem como seu filho é na escola. Preocupa-nos o fato deste profissional não dar voz à criança considerando sua afirmação de que *“não tem nada que eu possa fazer, nem investigar diretamente com a criança”*, a menos que a suspeita seja de dislexia, como veremos mais adiante.

Piatã, diferentemente de Cauã, não solicita relatório da escola. As informações básicas sobre a crianças são obtidas conversando diretamente com um dos responsáveis (geralmente a mãe) e em seguida com a própria criança: *“Eu tenho que ter uma prévia com os responsáveis, mas com certeza eu converso com eles [os alunos], por quê? Justamente para o diagnóstico.”*

O principal objetivo desse diálogo com o aluno encaminhado é conferir se as informações fornecidas pela mãe são verídicas. Piatã explica que essa checagem é de suma importância porque às vezes na percepção da mãe o filho *“é muito esperto”*, mas quando ele faz perguntas básicas à criança ela não sabe responder como exemplo destas perguntas Piatã cita: qual a diferença entre o cachorro e a galinha, pede para a criança contar até 20, verifica se ela sabe reconhecer as cédulas de dinheiro ou mesmo diferenciar esquerda e direita:

[...] todo mundo acha que hiperatividade é hiperatividade, acabou, todo mundo é hiperativo, por isso é perigoso. O diagnóstico é difícil! Todo mundo acha que é fácil, fácil... Aí um menino desses tem um comprometimento cognitivo, ele tem um baixo coeficiente de inteligência, e você pergunta pra

mãe e ela diz 'não, ele é ótimo' 'não, ele é esperto' [...] Então eu preciso fazer, então isso assim é uma análise bem rápida na presença do menino.

Dar voz à criança como afirma Cruz (2010) é uma tarefa complexa, mas necessária e é uma prática que vem crescendo no meio científico contribuindo para a circulação do conhecimento e das percepções sobre os assuntos de seus interesses. No meio profissional essa situação também tem ocorrido, um exemplo seria o psicólogo escolar que tem buscado ouvir do aluno o motivo pelo o qual ele não aprende como apresentado por Checchia e Souza (2003), Machado (2000), Machado e Souza (2008), Tanamachi e Meira (2003), entre outros. Ao não dar voz à criança e não se propor a conhecer o processo de escolarização dela, as relações estabelecidas na escola, entre muitos outros fatores que interferem no processo de ensino-aprendizagem são desconsiderados, como analisa Souza, M. P. R. (2007).

Segundo Boarini e Borges (2009), a procura por soluções para os problemas educacionais no campo da saúde começou no início do século XX e perdura até os dias atuais. A diferença entre estes dois períodos é que no início os médicos participantes do movimento higienista adentram as escolas e agora o que se vê são os problemas escolares adentrando os consultórios médicos. Todavia, retornando à formação e história profissional dos participantes, vimos que eles não foram preparados e orientados sobre como atuar com esse tipo de temática, por isso se adaptaram utilizando os próprios recursos de que dispunham da clínica médica comum – investigar os sintomas com o paciente, e no caso de se tratar de crianças e adolescentes, com os responsáveis – e na busca por obter outras informações para finalizar o diagnóstico, acabam utilizando recursos também focados exclusivamente no mapeamento do corpo do paciente, como veremos a seguir.

4.2.1.2 Os exames clínicos e neurológicos realizados

De acordo com Swaiman (1989) citado por Guimarães, Rodrigues e Ciasca (2003), a avaliação neurológica é composta por quatro etapas, sendo a primeira delas a investigação da história clínica familiar e pessoal da criança, a segunda consiste no exame físico para levantamento das informações sobre o desenvolvimento da criança, a terceira o exame neurológico com o objetivo de identificar anomalias e por último os exames complementares.

Percebemos nas falas de Cauã e Piatã, que cada um à sua maneira realiza todas essas etapas, todavia há um consenso entre eles a respeito dos exames neurológicos: não existe nada neles que mostre e aponte que a criança possui algum distúrbio de aprendizagem. Apesar disso, ambos os solicitam, mas em circunstâncias diferentes e por motivos variados.

Segundo Piatã, em todas as queixas de dificuldades escolares que recebe ele solicita que sejam realizados alguns exames para que possa “descartar condições secundárias”, ajudando no diagnóstico apenas de maneira complementar:

Pesquisadora: E quais são esses exames?

*Piatã: Principalmente o eletroencefalograma ou mapeamento cerebral. Ah, mas ele vai dar o diagnóstico de hiperatividade? **Não**. Ele vai descartar condições secundárias onde você possa pensar em distúrbio¹⁹.*

Outro exame que eu peço logo de início é um eletrocardiograma.

*Então se eu for fazer um exame de imagem, uma ressonância magnética de crânio, tem alteração na ressonância quem tem dislexia, quem tem dislalia, disortografia? Tem alteração? **Não** [...].*

Aí nos exames complementares, olha só... pedi um eletro com mapeamento, vem alterado aí lá naquela região que deu alterado eu preciso ver a imagem. Eu não saio atirando para todo lado, você está entendendo? Aí eu vou pedir um exame de imagem, uma tomografia ou uma ressonância direcionado, por exemplo, se eu ver uma alteração na região frontal, aí direcionado pra região frontal, para ver se não tem alguma alteração macroscópica. Pode ter uma displasia²⁰, pode ter uma seqüela de infecção congênita [inata], alguma coisa desse tipo.

Portanto, faz parte da prática de Piatã solicitar que os pacientes com distúrbios de aprendizagem realizem os exames eletroencefalograma, mapeamento cerebral, ressonância magnética (do crânio) e eletrocardiograma, exames que com exceção deste último são todos voltados para a investigação de alterações no cérebro. A respeito do pedido de realização do eletrocardiograma, Piatã argumenta que além de servir como um sinalizador sobre a existência de sintomas de ansiedade ou não, ele o passa para garantir que o coração da pessoa está funcionando corretamente, condição preponderante para poder usar substâncias no tratamento. Nas palavras de Piatã:

¹⁹ O participante possui uma concepção específica a respeito da diferença entre transtorno e distúrbio, como veremos na subseção 4.3.1.3.

²⁰ Anomalia do desenvolvimento de tecidos, órgãos ou de partes anatômicas que acontece antes do nascimento e causa malformações ou deformações [...]; Distúrbio adquirido que surge após o nascimento da maturação de um tecido de renovação rápida [...] (GARNIER et al., 2002, p. 370)

[...] pra ver se está funcionando direitinho o coração, como é que estão os sinais de sobrecarga, porque a sobrecarga ou a taquicardia a depender da criança ela me dá algum ponto para eu juntar no meu quebra-cabeça. Ele tem sintomas de sobrecarga? Então ele é um pouco mais ansioso. Ele fez uma taquicardia? Então também naquele momento ele teve uma situação ansiosa.

Claro, pois, fica que a solicitação deste exame é desencadeada pela relação que esse profissional estabelece entre as alterações cardíacas e a ansiedade e deste sintoma com a “*parte da aprendizagem*”. Entendemos que ao relacionar o insucesso escolar à ansiedade experimentada ou não pelas crianças é um caminho para a psicologização da Educação. “O psiquismo é um dos aspectos constitutivos no processo de escolarização e ao elegê-lo como o aspecto central de sua análise, o psicólogo ou qualquer outro profissional incorrerá no erro de desprezar inúmeras outras situações [...]” (SOUZA, 2011, p. 61).

Quando questionado sobre como se dá o acompanhamento após fechado o diagnóstico, Piatã retorna a falar dos exames, argumentando que precisa repeti-los para acompanhar os resultados da medicação:

Pesquisadora: Qual é o intervalo de tempo (entre uma consulta e outra)?

Piatã: Aí depende de caso pra caso... Como é que está sendo a resposta e outra você tem que ver como está o funcionamento dos outros órgãos, não tem como você isolar o cérebro, falar assim: ‘vou dar medicamento para o cérebro’, tanto é que são metabolizados principalmente pelo fígado, então a gente tem que estar fazendo exame de dosagem, dos metabolitos produzidos nos diversos órgãos. Tem que fazer o eletrocardiograma de tempo [em tempo]... Quando há alteração no eletroencefalograma, a cada seis meses você tem que [fazer] um [novo] eletroencefalograma. Quando há alteração estrutural também na ressonância magnética de crânio você tem também [fazer novamente o exame], pelo menos até os 16 anos, a cada dois a três anos fazer uma nova pra ver como é que está...

Cauã é mais incisivo sobre a inutilidade dos exames para fechar o diagnóstico de distúrbio de aprendizagem, asseverando que eles não mostram “*nada! Nada! Nenhuma alteração, nenhum exame!*”, por isso, em sua prática rotineira ele não os solicita, posição análoga à de Moysés (2010), médica que tem se empenhado em difundir essa compreensão no meio científico e à comunidade com o intuito de combater a medicalização da educação e da vida. O fato de Piatã também ter esse entendimento e mesmo assim solicitar vários exames (ainda que seja para descartar condições secundárias como ele argumenta) é um dado que nos conta sobre uma relação: Piatã é o dono de uma clínica de exames, logo está em jogo toda uma gama de interesses.

A única exceção, isto é, os únicos casos em que Cauã solicita exames é quando por resistência dos pais em acreditar que apenas pelo exame clínico ele consegue dizer qual é o distúrbio dos seus filhos, ele pede para satisfazer os pais:

[...] até porque assim, imagina: você, mãe, traz seu filho no médico, com um problema desses. Então, [a criança] está na escola dois, três, quatro anos e não aprende nada. Aí o médico olha pra criança, olha pra você e fala assim: 'olha seu filho tem isso e não vai aprender e vai continuar mal na escola'. [A mãe diz] – 'Doutor o senhor tem um olho milagroso hein? Como é que o senhor enxerga tudo isso?' Então se você não faz esse exame, a pessoa acha que você não está dando atenção, que você não está atendendo bem... Então, às vezes, você faz pra satisfazer, pra tranquilizar, pra satisfazer a família, e às vezes, até a escola. [...] a maioria das pessoas acha que os exames, eles dão mais informações do que o exame clínico, [...] eu costumo colocar assim, 'olha eu acho que é tal problema e normalmente, por exemplo, dislexia, normalmente isso não aparece em exames complementares, nem exame de imagem, nem ressonância, nem tomografia, mas se a senhora quiser fazer, então tá, vamos fazer, eu posso pedir'. Se ela falar, 'eu queria fazer!' [Ele diz] 'então tá, vamos fazer!' Se falar: 'não se o senhor acha que não precisa', então a gente não faz. [...] Pois é, e depende muito da interação, então quando você sente que o familiar quer, que a pessoa quer que você peça exame, eu peço, mas já antecipando que deve estar tudo normal que não deve aparecer alterações.

Vale destacar que a fala dos pais de que Cauã tem um olhar milagroso ao proferir um diagnóstico sem base laboratorial provoque nele uma reação de deixar na responsabilidade dos pais a decisão em submeter ou não seu filho a estes exames.

A respeito desse pedido dos pais, entendemos que perante uma situação que é produzida por uma multiplicidade de fatores intra e extra escolares tão intensa, eles acabam por não conseguir agir nesse campo de forças procurando por meio de exames laboratoriais sofisticados alguma explicação para a não aprendizagem de seu filho.

Esse empenho em fazer força contrária, somada à hipervalorização das tecnologias e de tudo que se refere ao mapeamento do corpo humano, característico da contemporaneidade, unida ao desconhecimento sobre a racionalidade médica (também por parte da escola), desenvolve a crença de que os exames de neuroimagem são recursos excepcionais e indispensáveis para o diagnóstico (MOYSÉS, 2001),

O eletroencefalograma (EEG) e a radiografia de crânio constituem, no imaginário de pais, professores e outros profissionais que não dominam a racionalidade médica, instrumentos privilegiados para o entendimento dos

motivos que fazem com que uma criança não-aprenda-na-escola e/ou apresente comportamentos que transgridem as normas sociais. (p. 87)

Os exames de neuroimagem mencionados por Cauã e Piatã estão assim disponibilizados no município de Porto Velho (BRASIL, 2013b):

Quadro 4 – Quantidade de equipamentos no município de Porto Velho

Equipamento	Existentes	Em uso	Existentes SUS	Em uso SUS
Eletrocardiógrafo	85	74	35	29
Eletroencefalógrafo	11	9	2	2
Ressonância Magnética	7	6	2	1
Tomógrafo Computadorizado	16	15	10	9

Fonte: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=11&VMun=110020

Para esta análise, consideraremos o quantitativo do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que o critério utilizado para respaldar a escolha dos entrevistados foi o atendimento no sistema público e o encaminhamento ao SPA que também atende a comunidade gratuitamente.

Observando o quadro acima, é visível que a quantidade de equipamentos existentes para atender essas e outras demandas no SUS é insuficiente. O eletrocardiograma utilizado apenas por Piatã para se certificar de que o coração das crianças e adolescentes está em boas condições de saúde é o que está disponível em maior quantidade, entretanto os exames mais solicitados, eletroencefalograma e ressonância magnética, juntos totalizam três.

A insuficiência de equipamentos e a consequente demora em conseguir realizar os exames incitam-nos a pensar, enquanto esses exames não são realizados, o que é feito para ajudar essas crianças? Ou melhor, enquanto o foco do diagnóstico fica na realização dos exames, o que está sendo desconsiderado? Guarido (2011, p. 36-37) nos explica:

A hegemonia do discurso sobre o organismo, sobre seus aspectos funcionais, reduz a consideração da dimensão simbólica da subjetividade, como efeito disso, poderíamos ressaltar uma retirada da possibilidade de atuação dos sujeitos sobre o que lhes acontece, já que os problemas e condições do aprendizado das crianças estariam dados pelo funcionamento cerebral e não por interferências de um outro em sua condição de estruturação e desenvolvimento.

Ou seja, a predominância da concepção orgânica tem sustentado o ciclo vicioso de manter o foco da atenção na criança e enquanto isso, muitas outras questões sociais, políticas e educacionais ficam adormecidas.

4.2.1.3 As crenças sobre possibilidades de cura

Para entendermos as crenças de Piatã sobre as possibilidades de cura, é preciso compreender primeiramente a diferenciação que ele faz entre distúrbio e transtorno, fruto dos seus estudos. Para ele, distúrbio é *“um dos quadros comportamentais que leva você ter um déficit para mais ou para menos na cinética (movimentos) e na atenção”*, enquanto o transtorno *“é uma fisiologia onde há oscilações de neurotransmissores excitatórios e inibitórios²¹ nos diversos núcleos do sistema nervoso central”*. Ou seja, no transtorno

A fisiologia [está] alterada se comparada com o distúrbio, [...], uma condição idiopática²², que é genética. Idiopática você sabe que é genética... Que a pessoa nasce com esse desequilíbrio de neurotransmissores e que pode ter um caráter hereditário ou não [...]. A maioria dos transtornos na minha concepção são transtornos idiopáticos e distúrbio não, distúrbio é secundário, distúrbios você tem uma causa outra que leva a ter esse desequilíbrio, não é do sistema nervoso central, mas que atinge o sistema nervoso central, os distúrbios. Todo mundo acha que é uma questão de semântica, mas não é! Distúrbio e transtorno não é a mesma coisa, na minha concepção não.

Portanto, para Piatã no transtorno existe uma causa biológica, identificável que ocasiona as dificuldades e/ou os desequilíbrios da pessoa e no distúrbio *“alguma coisa está acontecendo na sua vida que leva você a ter comportamento parecido de quem tem um transtorno”* e entre os principais fatores que levam a isso na percepção de Piatã, são os traumas, como por exemplo, os sexuais. Para ele é possível que o distúrbio evolua para transtorno, assim como um transtorno idiopático, acarrete outros transtornos ou agrave aquele que já tem, e o que influencia e determina esse agravamento, é o nível de ansiedade, que na percepção de Piatã, *“a partir do final dos anos 70, começo dos anos 80, até os dias de hoje,*

²¹ Oscilações que elevam ou diminuem os mediadores químicos (neurotransmissores). (GARNIER et al., 2002)

²² Doença que existe por si mesma, que é independente de qualquer outro estado mórbido. (p. 668)

nós já nascemos ansiosos”, em função dos avanços tecnológicos e da consequente “ansiedade do conhecimento”. Segue exemplo dado por Piatã:

Uma pessoa que tem um distúrbio... Vamos pensar da parte psicológica, entrar no psicológico... Se você não resolver aquilo, aquilo tiver te marcando e não resolve aquilo, com o tempo o sistema nervoso vai aprender a trabalhar daquele jeito errado e aí ele vai começar também a desequilibrar – ele por si só na engrenagem dele às substâncias químicas excitatórias inibitórias e aí ele passa a desenvolver um transtorno secundário. De um distúrbio ele passa a ter um transtorno. [...] Aquilo que não era fisiológico se tornou. Aí chegou a transtorno é complicado! É lógico que quem já nasce com transtorno idiopático, tem mais predisposição de vir a ter um transtorno do que quem tem um distúrbio.

Essa diferenciação fundamenta a solicitação de exames complementares por Piatã, pois “é o complemento para eu [ele] diferenciar um transtorno de um distúrbio”. Para ele TDAH e deficiência intelectual que ele nomeia de cognitiva são transtornos e dislexia é um transtorno de linguagem e um distúrbio do comportamento (na seção 4.3.1 aprofundaremos a discussão sobre dislexia). Deste modo, Piatã acredita que as pessoas diagnosticadas como portadoras de algum destes transtornos, os terão a vida inteira, mas que existem tratamentos e recursos que podem proporcionar melhorias na vida pessoal, social e educacional dessas pessoas.

Essa compreensão de Piatã sugere que as dificuldades de aprendizagem do aluno a ele encaminhado são de cunho biológico, transformando questões escolares em questões médicas, o que na compreensão de Collares e Moysés (1994), consiste em uma prática de medicalização da Educação desconsiderando toda a trama relacional no contexto escolar. Vale destacar que Piatã é proprietário de uma clínica de neuroimagem conveniada com a Secretaria Municipal de Educação, como verificado em pesquisa de Donato e Tada (no prelo).

Cauã tem uma concepção diferente e atesta que caso se chegue ao diagnóstico final de dislexia, DI ou transtorno específico de aprendizagem, não há nada que possa ser feito, pois ainda não existe tratamento para esses distúrbios:

Cauã: Isso depende muito da conduta médica. Eu vejo alguns colegas meus, que a criança vai com um problema desse e ele passa lá o que a gente chama de placebo. Placebo é o nome técnico que a gente dá para remédio que não serve pra nada [risos].

Pesquisadora: Sei, é a água com açúcar.

Cauã: Então eu vejo muito isso. Eu não vou condenar, [...] até porque eu já vi casos de crianças que tomaram placebo e a mãe chega ‘nossa ele

*melhorou com aquele remédio'. Não sei como [risos]! Então, isso depende muito do profissional. Eu prefiro explicar direitinho e dizer assim 'olha não existe remédio pra isso', eu vou passar remédio pra déficit cognitivo? Da onde? Não existe! Não vai mudar nada, não vai melhorar nada. Então eu acho melhor você ser honesto. Eu acho que assim, mesmo que um dia ela leve em outro médico e ele passe outro remédio, o **tempo** vai mostrar que não vai adiantar, que ela pode dar dois, três, quatro tipos de remédio que não vai mudar. Então eu acho que é melhor você ser honesto e no futuro mesmo que demore ela vai se convencer de que você estava certo.*

Portanto, Cauã acredita que não existe cura e nem mesmo tratamento para esses distúrbios, que todos os medicamentos prescritos pelos seus colegas são apenas placebo. Contudo, o fato deles receitarem placebo, isto é, um “medicamento” que não possui nenhuma composição que de fato altere algo no organismo do paciente e ainda assim os pais perceberem melhora nos seus filhos, é um sinalizador de que o simples fato de saber que a criança está sendo “medicada” e acompanhada pelo médico, muda a atitude dos pais e professores perante este aluno. Aos professores, que estão sobrecarregados e estafados, desenvolve um sentimento de alívio e de que agora que o problema biológico está sendo tratado, é possível trabalhar e dar uma atenção maior para o aluno para que ele consiga se desenvolver. Essa aproximação faz com que o professor conheça as potencialidades da criança, mudando o foco do olhar, como recomendado por Tanamachi e Meira (2003).

Piatã além de investir na eficácia dos medicamentos, aposta no poder de reação dos pacientes, partindo do pressuposto de que “*tudo pode!*” e que as melhorias dependem muito da fé do paciente e das pessoas que estão ao redor, como verbaliza em vários momentos da entrevista:

*Por mais que você consiga dar o diagnóstico, por mais que você enquadre essa pessoa dentro de certos critérios clínicos e tratamento, você não pode esquecer de uma coisa: cada paciente é um universo a parte! [...] 'Ah esse menino tem o TDAH, ele é desatento, grau moderado', certo? Mas o outro que tem o TDAH é grau desatento e é moderado, ele tem uma **resposta** diferente. Cada um tem um universo a parte.*

Pesquisadora: Que tem a ver com o meio também?

*Piatã: Que tem **muito** a ver com o meio, mas tem uma particularidade também. Aquele negócio que Descartes falou: 'penso, logo existo'. 'Penso, logo existo!', então por mais que tenha um transtorno, eu penso e estou existindo.*

Porque você não está mexendo com uma peça de carro, você não está mexendo com uma produção em série, igual eu acabei de falar, é um universo!

Tudo pode! Nunca pode falar assim ‘ah, não vai da certo’. Por mais que o prognóstico seja assim muito restrito, mas pode acontecer. Você tem que acreditar, tem que acreditar! Porque o que que acontece: pra você que é o profissional é mais uma consulta, pra você é mais um quadro clínico, mas para o paciente é a consulta, é dele aquela consulta, é a esperança dele, são as dúvidas dele. Então se um paciente chega a seu consultório e pergunta: ‘Doutor. o que vai acontecer comigo? Vai ser isso?’ ou ‘O que vai acontecer com meu filho? Vai ter isso? [e você] fala assim: - Ah, ele não vai andar não, vai ficar restrito para o resto da vida na cama. Você está matando os projetos de vida daquela pessoa que está envolvida com o paciente ou do paciente. E quem é você para falar uma coisa dessas?’

A premissa de Piatã de que “cada um tem um universo à parte” nos mostra que apesar de não acreditar na cura para esses distúrbios e dos limites impostos às pessoas que o possuem, reconhece que existem outros fatores, que ele desconhece, mas que aparentemente estão relacionados com a esperança (do paciente e da mãe), que podem levar à evolução e melhorias nas condições de vida da pessoa. Concordamos com essa perspectiva, todavia entendemos que no que diz respeito ao processo de escolarização, o universo é altamente complexo, constituído por diversos personagens e fatores que operam sobre ele positiva ou negativamente e que devem ser considerados e analisados. Sob esse viés que a Psicologia Escolar Crítica propõe que todos os atores escolares sejam inseridos nas discussões sobre as práticas cotidianas que produzem o insucesso escolar e participem da elaboração de propostas para superá-las (SOUZA, 2006). E segundo as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Educação Básica (2013, p. 55),

O resultado do processo ensino e aprendizagem, em uma perspectiva crítica, é entendido como decorrente das práticas sociais e escolares que o produzem. Nessa perspectiva, a (o) psicóloga (o) avança na compreensão desse processo quando o analisa a partir de condições histórico-sociais determinadas. Sua superação depende de ação que envolva os diferentes aspectos do processo de escolarização: relações familiares, grupos de amigos, práticas institucionais e contexto social.

Portanto, além do universo particular, mencionado por Piatã, existe um universo escolar a ser desvendado e mobilizado que é onde a Psicologia Escolar pode se inserir para propor reflexões e mudanças coletivas, acarretando na diminuição dos encaminhamentos.

Os encaminhamentos são um pedido de socorro do professor e da escola como discutido por Machado e Souza (2008), que em função do fracasso das demais instituições da nossa sociedade, estão sobrecarregados de responsabilidades e sem o menor aparato para atendê-las. Isso, somada a

concepção biológica de homem que norteia a compreensão e construção das queixas escolares (MEIRA, 2000; TANAMACHI, 2000) e à ampla divulgação dos distúrbios de aprendizagem na mídia e nas escolas, tem elevado o número de encaminhamentos e conseqüentemente de crianças diagnosticadas com distúrbios de aprendizagem (SCHOTT et al., 2009; SOUZA, 1996; TADA; SAPIA; LIMA, 2010). Acreditamos que boa parte das crianças que têm recebido o diagnóstico de TDAH e dislexia, na realidade são vítimas dessa rede de fatores históricos e sociais e não portadoras de distúrbios.

Esta cadeia de eventos explica a incredulidade na cura por parte dos profissionais. Embora eles reconheçam que os distúrbios de aprendizagem sejam doenças com base no DSM-5 e CID-10, para nós defensoras da Psicologia Escolar Crítica em consonância com Abreu (2006), Guarido (2007, 2011), Machado (2010) entre outros, não existe cura para aquilo que não é doença. Isto é, se na realidade as dificuldades de aprendizagem das crianças são fruto de falhas e rupturas no processo de escolarização e não de distúrbios, e o foco da intervenção permanece apenas na criança e no tratamento medicamentoso, possivelmente a dificuldade nunca será superada, sustentando o discurso de que não existe cura. Por outro lado, apesar de não existir cura, tem tratamento para controlar ou amenizar as disfunções via medicamentos que deverão ser tomados ao longo da vida, beneficiando a indústria farmacêutica, como sinalizado por Iriart e Ríos (2012).

Importante destacar que ambos desconhecem a existência do Fórum sobre a Medicalização na Educação – Rondônia e Acre, grupo que propõe a reflexão e discussão de novas práticas em contraposição às patologizantes, porém Cauã afirma, “eu sei que a sua escola e a corrente da escola de vocês (referindo-se às idealizadoras desta pesquisa), talvez não seja muito coincidente com a minha concepção de inteligência...”, portanto tem conhecimento sobre a existência de concepções contrárias às suas.

Feitas as exposições sobre concepções gerais sobre os distúrbios de aprendizagem, a seguir discorreremos sobre como as práticas gerais de Cauã e Piatã se diferenciam dependendo da suspeita diagnóstica.

4.2.2 “Apuã não sabe ler nem escrever, tem dislexia!”

A dislexia é um dos distúrbios de aprendizagem mais populares da atualidade. Arriscamos dizer que a dislexia e o TDAH totalizam 90% dos diagnósticos de crianças e adolescentes que apresentam queixas de aprendizagem no município de Porto Velho, baseado nos relatos que ouvimos de diversos profissionais e dos diagnósticos que temos acesso em nosso cotidiano.

Na concepção de Piatã, dislexia é um transtorno de linguagem que pode se apresentar em grau grave, moderado ou leve e que pode levar a pessoa a ter um “*prejuízo da inteligência*” ou não. Caso haja esse prejuízo pode ser um indício de que o paciente tenha também deficiência cognitiva:

[...] dislexia é um transtorno – transtorno, fisiologia de alteração dos neurotransmissores – transtorno de linguagem com distúrbio de atenção e muitas vezes também com deficiência cognitiva. Então, quem tem um distúrbio de atenção [...] pode ter também deficiência cognitiva.

Piatã durante a entrevista optou por utilizar o termo Transtorno de Linguagem, que engloba “*dislexia, dislalia, disgrafia, disortografia, discalculia*” e defende ter origem em uma “*alteração morfoestrutural*”, “*na parte estrutural do neurônio, na genética mesmo*” e que se desenvolve da seguinte forma:

*Quando surgem os neurônios primitivos – é aqui que está o “X” da questão – quando surgem os neurônios primitivos. eles começam a se deslocar, que é o que a gente chama de migração neuronal. Eles começam a se deslocar para formar o sistema nervoso central. Quando começa o deslocamento dos neurônios primitivos iniciais, um grupo de neurônios começa a exercer domínio sobre os demais neurônios e outras células [...]. Na espécie humana a grande maioria absoluta, **absoluta**, dos neurônios que vão exercer domínio são aqueles que vão formar o hemisfério cerebral esquerdo, independente se você for destro na habilidade motora ou sinistro independente da parte da habilidade motora. Então, essa dominância é nas três principais faculdades: A primeira e mais importante de todas: a linguagem. A linguagem não é só a falada, a linguagem é leitura, a linguagem é escrita, a linguagem é expressão corporal, a linguagem é habilidade com números, enfim a linguagem é um veículo para comunicação. A segunda faculdade que está totalmente amarrada, imbricada, coesa, com a linguagem é a interatividade. O que seria a interatividade, essa faculdade de dominância? Como que você consegue interagir com os da mesma espécie, outras espécies animais, espécies vegetais, o seu posicionamento dentro do bioma. Para isso você precisa se comunicar, para você interagir, você precisa se comunicar, por isso que uma é colada na outra. E a terceira que também depende das outras duas é a criatividade. E a criatividade o que seria? Nada mais é, resumindo, como você supera as adversidades, como que você consegue vencer as barreiras, então isso é criatividade. Então pra isso você precisa se comunicar, para isso você precisa interagir, pra você ser criativo. Então essa tríade é chamada cognição – o domínio da cognição. Olha só como funciona os transtornos de linguagem: se naquele momento da migração neuronal tiver uma **má conexão** entre eles, os dominantes, tiver uma má*

conexão entre eles e essa má conexão pegar a parte somente da linguagem, então você vai ter os diversos transtornos de linguagem: dislexia, dislalia, disgrafia, disortografia, discalculia; discalculia com dislalia; dislalia com disgrafia; disgrafia com disortografia; disortografia com dislexia; dislexia com discalculia, enfim pode ter várias combinações do transtorno.

Em seu relato, Piatã dá destaque para a má conexão entre os neurônios dominantes como a causa principal para o desenvolvimento da dislexia ou Transtorno de Linguagem como ele prefere nomear.

Cauã, conforme exposto anteriormente, se embasa na Neurociência para entender e atuar frente aos distúrbios na fala que para ele são:

Então a aprendizagem é uma capacidade que fica no lobo frontal e que está bem próxima de outra área que é exatamente uma área relacionada com a fala. Então, por exemplo, se a criança entra na escola e não fala, ela não vai aprender porque se tem um distúrbio na área da fala, vai ter na área de aprendizagem também, então essa provisão é muito fácil de ser feita. É uma correlação muito evidente. São áreas que ficam bem próximas, interligadas, então atrapalhando uma, atrapalha outra também. Então, a aprendizagem é uma função do cérebro, que é uma função bem individualizada [...]

Evidencia-se através das explicações dos dois profissionais, que apesar de terem enveredado por caminhos diferentes, as concepções gerais coincidem no sentido de que a aprendizagem está diretamente relacionada à linguagem e que as dificuldades possuem causas orgânicas localizadas especificamente no funcionamento cerebral e não na fisiologia e anatomia, por isso os exames de imagem são utilizados apenas para descartar outras disfunções, como explica Piatã:

[...] são conexões desses neurônios dominantes, não é o neurônio que não existe ou que está com defeito ou que não tem uma parte anatômica. Então quem tem dislexia pode fazer a ressonância que for que não vai ter... não vai mostrar. Tem pessoa que fala em 'atrofia na região frontal', mas não entra nesse caso.

As concepções dos neurologistas apresentadas acima, são coerentes com o “modelo fonológico” amplamente divulgado e implementado nos Estados Unidos que segundo o neurologista americano Steven Strauss citando Shaywitz (2003) consiste na ideia de que “a dislexia não reflete uma deficiência geral na linguagem, mas, sim, uma fraqueza localizada em um componente específico do sistema de linguagem: o módulo fonológico” (STRAUSS, 2013, p. 293) e complementa que para alguns teóricos, do qual ele discorda, a patologia da dislexia seria:

[...] uma constelação de diversos pontos localizados no hemisfério esquerdo. A fisiopatologia da dislexia consiste na incapacidade do leitor de ativar adequadamente esses pontos, a fim de transformar as letras da página nos fonemas aos quais elas correspondem na linguagem oral. (p. 294)

Importante destacar que essa concepção predominante, tem sido questionada por Strauss que propõe a construção de “um modelo diferente de leitura e dislexia” (p. 296) que não culpe “a vítima pelo fenômeno social que ela representa” (p. 306). Para defender sua posição contrária ao modelo fonológico, Strauss apresenta os resultados da pesquisa de Goodman em que ficou constatado que:

[...] os bons leitores omitem e adicionam palavras, alteram sua ordem e, no final, criam seu próprio texto, paralelo àquele do autor. Ele denominou essa alteração feita do texto do autor, pelo leitor, de desvio e não de erro. O que caracteriza o próprio texto do bom leitor, apesar da presença de tais desvios, é que ele faz sentido e é um reflexo dos significados que o leitor leva, independentemente da tarefa de ler. Em outras palavras, o bom leitor não leva simplesmente uma habilidade técnica inexpressiva à página (por exemplo, as regras da fônica), ele leva também todo um arsenal de semântica, experiência e crenças anteriores. [...] De forma oposta, os leitores que se apoiam (sic) em habilidades técnicas puras para ler são aqueles que têm dificuldade em construir o significado. (p. 307)

Ou seja, há uma diferença entre leitura aleatória e produção de sentido, de modo que os desvios orais do leitor ocorrem quando ele faz uma leitura concentrando-se e preocupando-se excessivamente com as regras fônicas como comumente cobrado pelos profissionais. Essas são algumas percepções que fazem Strauss afirmar que “não há nenhum princípio coerente sob o qual aceitar a alegação máxima da base biológica da dislexia, de que se encontra na composição genética patológica do disléxico” (p. 306), posição contrária à dos neurologistas entrevistados em nossa pesquisa e ao discurso sobressalente a respeito da dislexia.

Para fechar o diagnóstico de dislexia, Piatã solicita exames e investiga como ocorreu o desenvolvimento neurológico da criança, com o seu responsável, questionando: “*sustentou a cabeça com quanto tempo? Sentou com quanto tempo? Engatinhou com quanto tempo? Andou com quanto tempo? Quando começou a pronunciar as primeiras palavras?*”. Caso não tenha tido nenhuma alteração, “*a suspeita maior é de um Transtorno de Linguagem*”, mas caso tenha ocorrido algum atraso, ele começa a suspeitar de distúrbio.

A Associação Nacional de Dislexia (AND) expõe alguns sinais comuns em determinadas fases do desenvolvimento e da aprendizagem, condizentes com a investigação de Piatã. Na Educação Infantil, por exemplo, atesta que se pode notar que a criança começa a falar tardiamente, tem dificuldades para pronunciar alguns fonemas, apresenta dificuldades na habilidade motora fina e no período da alfabetização pode surgir:

- Dificuldade em aprender o alfabeto
- Dificuldade no planejamento motor de letras e números
- Dificuldade para separar e sequenciar sons (ex: p – a – t – o)
- Dificuldade com rimas (habilidades auditivas)
- Dificuldade em discriminar fonemas homorgânicos (p-b, t-d, f-v, k-g, x-j, s-z)
- Dificuldade em sequência e memória de palavras
- Dificuldade para aprender a ler, escrever e soletrar
- Dificuldade em orientação temporal (ontem – hoje – amanhã, dias da semana, meses do ano)
- Dificuldade em orientação espacial (direita – esquerda, embaixo, em cima...)
- Dificuldade na execução da letra cursiva
- Dificuldade na preensão do lápis
- Dificuldade de copiar do quadro

Cauã faz uma investigação diferente de Piatã, pois para ele o único método eficiente e necessário para determinar se uma criança sofre deste distúrbio é através do teste de leitura e como ele sempre ouvia falar deste instrumento, mas nunca tomou conhecimento da existência de um teste desse padronizado, ele, juntamente com as outras pessoas do grupo de estudo que ele participou, entre eles, Psicólogos, Psicopedagogos e Fonoaudiólogos, resolveram criar seu próprio instrumento de avaliação,

[...] porque assim, a gente lia nos livros assim: ‘o método mais eficiente, mais claro, mais conclusivo de dislexia, é leitura’. Então, o que é dislexia? Dificuldade para ler. Então o que a gente tem que testar? A leitura da criança e como é que você testa isso? Você pega um texto e pede para ela ler? Ta... pode ser assim, mas existe métodos mais formais que se chamava “teste de leitura” e onde existe esse teste de leitura? (eu procurava e) Não achava. [...] Então o que nós resolvemos: a gente vai criar um teste de leitura. [Realizamos] Várias e várias reuniões pra discutir detalhes e conseguimos fazer um teste de leitura! Não vou dizer que é melhor do que nenhum, porque a gente nunca viu nenhum.

Cauã nos disponibilizou uma folha do teste de leitura criado pelo seu grupo que consiste em seis linhas contendo em cada uma delas quatro palavras, algumas familiares à criança, outras não, e uma sétima linha apenas com palavras criadas (desconhecidas). Em seguida tem uma linha apresentando apenas números e por

último existe uma frase. No teste as palavras são escritas com tipos de letras diferentes, pois na concepção de Cauã, é possível que a criança saiba ler a letra “L” assim, escrita em maiúsculo, mas não em minúsculo “l”: *“Então a gente fez assim propositalmente vários tipos, exatamente, para ou facilitar ou dificultar, para ver como ela se sai, se ela reconhece essa letra em outros tipos...”* Segundo o próprio entrevistado, essa folha que ele aplica é apenas o resumo do teste, na concepção original, há uma folha para cada tipo de palavra.

A aplicação do teste funciona da seguinte forma: Cauã pede para a criança ler palavra por palavra, número por número e em seguida pede para ler a frase e explicar o que compreendeu. A solicitação da explicação se deve ao fato de que segundo o entrevistado *“muitas crianças são capazes até de ler, mas elas não entendem o que elas estão lendo, então esse é outro aspecto da dislexia.”*

A inclusão de palavras inexistentes, deixa explícito mais uma vez o embasamento no modelo fonológico por parte de Cauã e também dos demais profissionais que o acompanharam na empreitada de construção do teste, pois para os que defendem esse modelo “a capacidade de ler palavras sem sentido é a melhor forma de habilidade de decodificação fonológica na criança”, como nos conta Strauss (2013, p. 301) parafraseando Shaywitz, defensor deste modelo.

O raciocínio lógico proposto pela academia e pelos especialistas da área de que por ser a dislexia uma dificuldade na leitura, logo o diagnóstico deve ser feito testando a leitura do aluno, é contra-argumentado por Moysés (2010) que defende que se a criança é levada ao médico ou a outro profissional por estar com dificuldades na leitura, é evidente que sendo avaliada por um único teste que avalie a sua leitura, o diagnóstico final será dislexia. Esta autora questiona ainda: de que forma este tipo de diagnóstico possibilita a diferenciação da criança que não sabe ler e escrever por uma falha no seu processo de escolarização, da criança que não apresenta essas habilidades, pois tem uma doença neurológica? E considerando que este é o único método utilizado por Cauã quando ele suspeita através da queixa dos pais ou da escola que a criança é disléxica, nos perguntamos: quantas crianças que já passaram pelos seus consultórios eram de fato disléxicas e quantas apenas não receberam a atenção ou instrução adequada na fase da alfabetização?

Portanto, o teste de leitura por um lado se mostra problemático, uma vez que através da aplicação dele dificilmente será possível distinguir a criança que possui uma falha na escolarização da que possui uma doença morfoestrutural, mas por

outro lado nos evidencia que Cauã que não teve nenhum preparo na graduação e na especialização para atender essas demandas, teve a preocupação de criar um instrumento adequadamente embasado na teoria dominante sobre dislexia. Essa preocupação nos sinaliza uma sensibilidade e interesse genuíno em buscar aprofundar seus conhecimentos e aperfeiçoar sua prática providenciando um meio para conhecer as habilidades da criança no que diz respeito à leitura, já que a escola deposita nele essa responsabilidade e ele muitas vezes se vê sozinho nessa missão, como veremos a frente.

Feito o diagnóstico exclusivamente através do teste de leitura, Cauã acredita que não há nada que possa ser feito:

Pesquisadora: E o que você fazia?

Cauã: Pois é, nada... Eu falo para a mãe: eu acho que é dislexia.

Pesquisadora: Só?

Cauã: É.

Pesquisadora: Dava o diagnóstico e não sabia nem como tratar, como ajudar?

Cauã: Não. Então esse era um dilema, né? E era uma angústia muito grande.

Nesta fala observa-se que Cauã verbalizou a impossibilidade de tratar ou ajudar os pais ao dar o “fatídico” diagnóstico, misturando passado (“*era*”) e presente (“*falo*”) como se a dislexia fosse uma doença incurável e sem qualquer possibilidade de melhorias, contrariando o discurso da ABD que assegura que “a dislexia é persistente, mas não é uma incapacidade e sim uma dificuldade a ser vencida com sucesso”. Citamos a ABD porque o entrevistado informou que busca participar dos congressos organizados por essa associação. Nesta fala, é perceptível também a angústia sentida por este profissional em função da crença que tem sobre a impossibilidade de cura e de melhorias.

Piatã concorda com Cauã que não existe cura para dislexia, mas se mostra mais otimista quanto ao pós-diagnóstico:

*[falava sobre não existir cura para TDAH] Transtornos de linguagem também! Tanto é que eu costumo chegar aqui... Eu brinco com os meninos [dizendo]: a partir de agora quando você sair dessa porta aqui sua vida vai mudar de uma forma... você vai ter que ler **todos** os dias, fazer exercício de leitura, até no dia do seu casamento! Porque é verdade. Como no caso particular dos disléxicos, ele tem problema com o léxico, com a forma das palavras, se ele ficar cinco, seis dias sem ler, quando ele for ler de novo, vai estar tudo travado, enroscado. E isso funciona mais ou menos como uma*

engrenagem, todo dia você tem que botar óleo na engrenagem, todo dia, todo dia...

Portanto, para ele o que muda na rotina da criança após o diagnóstico é a prática da leitura que deve ser diária, assim como recomendado a todas as crianças que estão na fase da aprendizagem, fazendo com que haja um aumento natural do vocabulário. Além dessa recomendação, na maioria das vezes o tratamento é complementado com a prescrição de medicamentos:

*O tratamento vai depender do grau. Do traço e do grau, lógico! E também da condição psicológica do paciente. Se ele tem uma estruturação psicológica, muitas vezes só do fato de você apresentar para ele o seu possível diagnóstico, ele mesmo começa a trabalhar, ele mesmo assume 'ah, então eu sou disléxico', 'ah, então eu tenho que ler todos os dias', 'ah, eu tenho que ter um suporte psicopedagógico'. Então, eles mesmos se empenham a vestir essa causa e vai... Mas a **maioria** das vezes precisa de medicamento! [...] Existem aqueles de sustentação... o principal de sustentação, são os ansiolíticos. [...] o agravante, é o nível de ansiedade, como eu expliquei pra você... O 'X' da questão é o nível de ansiedade, então a base do tratamento são os ansiolíticos e depois vêm os psicoestimulantes que é da ordem dos neurolépticos ou das anfetaminas. Quais são os principais psicoestimulantes? O Metilfenidato, esse é o principal.*

Em tempos de contemporaneidade, a ansiedade de fato está muito presente na vida das pessoas, ou melhor, como Piatã salienta, os nascidos nesse período, já vêm ao mundo ansiosos. De acordo com o Garnier et al. (2002, p. 105), ansiedade é o “sentimento de um perigo iminente e indeterminado acompanhado de um estado de mal-estar, agitação, desassossego e aniquilação diante desse perigo” e os ansiolíticos consistem em medicamentos que contêm propriedades para minimizar esse sentimento.

As cobranças por autonomia e aceleração (JUSTO, 2006) típicas deste período são aplicadas também às crianças e intensificadas na fase de alfabetização por nossa sociedade letrada, que sustenta um discurso de que “estudo é tudo” e que é imperativo “estudar para ser alguém na vida”. Entendemos que a ansiedade é hoje parte do que constitui a própria sociedade como tal e que utilizá-la como pretexto para medicar crianças e até mesmo adultos que estejam enfrentando dificuldades, é uma forma de psicologização e patologização do que é inerente à própria vida e daquilo que foi desenvolvido pela própria sociedade. A medicalização é a principal consequência dessa patologização dos alunos que não conseguem acompanhar o ritmo dos demais (BOARINI; BORGES, 2009).

A respeito da segunda medicação recomendada – “psicoestimulantes que é da ordem dos neurolépticos ou das anfetaminas” – acreditamos que Piatã fez uma confusão ao se expressar, pois os psicoestimulantes, também chamados de psicotônicos, são medicamentos utilizados para aumentar a atividade cerebral, as anfetaminas também servem para excitar o sistema nervoso central, intensificando as atividades psíquicas e físicas, enquanto os neurolépticos são medicamentos que possuem propriedades para acalmar “a agitação e a hiperatividade neuromuscular” (GARNIER et al., 2002, p. 874).

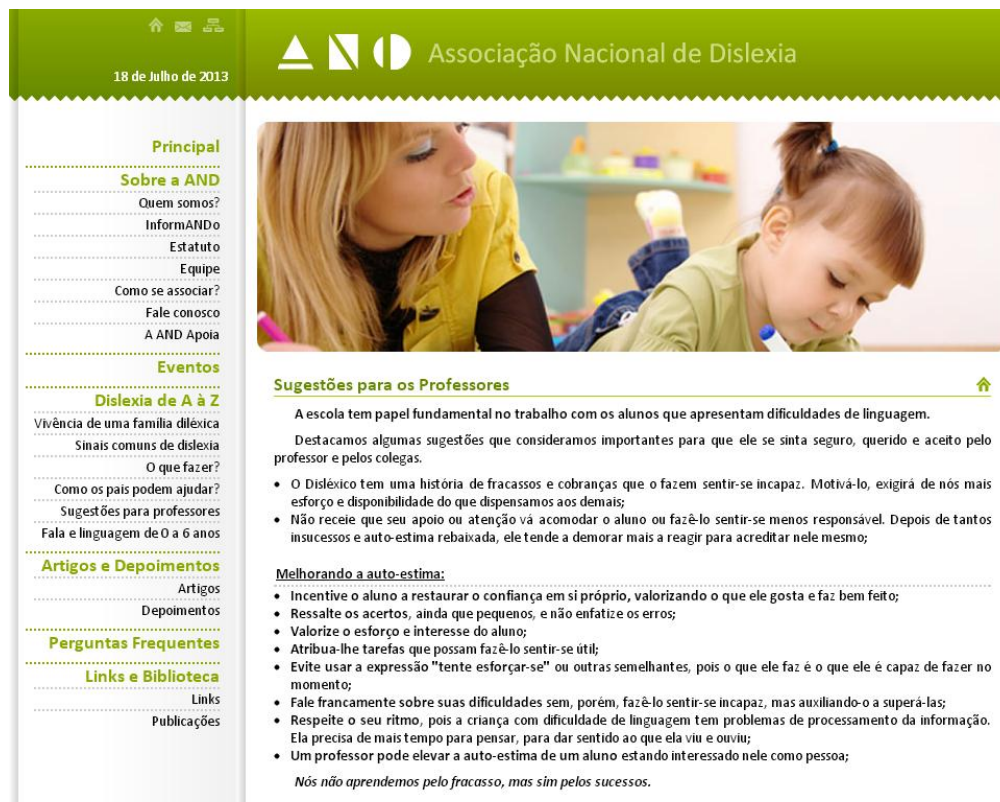
Como discorrido anteriormente, Cauã não prescreve medicamentos quando constata, segundo seus diagnósticos, que a criança é disléxica. A ABD e a AND também não recomenda nenhum tratamento medicamentoso, apenas sugere acompanhamento com equipe multiprofissional para que os efeitos do distúrbio sejam minimizados.

Vale mencionar que Piatã acredita que é possível que alguém tenha um combinado entre dislexia e TDAH, isto é, um transtorno de linguagem com um distúrbio de aprendizagem, mas que é raro:

*Pode acontecer? É muito raro acontecer. Por exemplo, uma pessoa tem dislexia e também tem TDAH, é muito **difícil** acontecer isso. A Medicina ela tem disso... Acontecem eventos... explica eventos... únicos... Pode acontecer isso? Pode, mas é muito raro você ter um transtorno de atenção com um transtorno de linguagem. A gente já pensa mais no transtorno de atenção com distúrbio de linguagem, ele não consegue se concentrar porque ele não consegue ler, ele não consegue se concentrar porque ele não consegue escrever, ele não consegue se concentrar porque ele não consegue ter habilidade com números, ele não consegue se concentrar porque ele está com baixa auto-estima – olha a ansiedade entrando de novo – baixa auto-estima! Ele desiste, ‘ah eu não dou pra nada mesmo’, ‘eu não consigo ler mesmo’ aí ele fica desatento mesmo, não presta atenção, ele desiste! Então o transtorno de linguagem, a pessoa tem dificuldade de atenção secundária, por isso que é distúrbio de atenção.*

O discurso de que a baixa autoestima influencia a nãoaprendizagem do aluno também é corrente entre as associações defensoras dos direitos dos disléxicos, conforme pode ser visto na imagem abaixo do site da AND:

Figura 5 – Orientação aos professores sobre como trabalhar auto-estima dos alunos com dislexia



The image shows a screenshot of the website 'Associação Nacional de Dislexia'. The header is green with the date '18 de Julho de 2013' and the organization's name. A sidebar on the left contains a menu with categories like 'Principal', 'Sobre a AND', 'Eventos', 'Artigos e Depoimentos', 'Perguntas Frequentes', and 'Links e Biblioteca'. The main content area features a photograph of a woman in a yellow shirt interacting with a young child. Below the photo is the article 'Sugestões para os Professores', which includes a sub-section 'Melhorando a auto-estima:' with a list of bullet points.

Sugestões para os Professores

A escola tem papel fundamental no trabalho com os alunos que apresentam dificuldades de linguagem. Destacamos algumas sugestões que consideramos importantes para que ele se sinta seguro, querido e aceito pelo professor e pelos colegas.

- O Dislético tem uma história de fracassos e cobranças que o fazem sentir-se incapaz. Motivá-lo, exigirá de nós mais esforço e disponibilidade do que dispensamos aos demais;
- Não receie que seu apoio ou atenção vá acomodar o aluno ou fazê-lo sentir-se menos responsável. Depois de tantos insucessos e auto-estima rebaixada, ele tende a demorar mais a reagir para acreditar nele mesmo;

Melhorando a auto-estima:

- Incentive o aluno a restaurar o confiança em si próprio, valorizando o que ele gosta e faz bem feito;
- Ressalte os acertos, ainda que pequenos, e não enfatize os erros;
- Valorize o esforço e interesse do aluno;
- Atribua-lhe tarefas que possam fazê-lo sentir-se útil;
- Evite usar a expressão "tente esforçar-se" ou outras semelhantes, pois o que ele faz é o que ele é capaz de fazer no momento;
- Fale francamente sobre suas dificuldades sem, porém, fazê-lo sentir-se incapaz, mas auxiliando-o a superá-las;
- Respeite o seu ritmo, pois a criança com dificuldade de linguagem tem problemas de processamento da informação. Ela precisa de mais tempo para pensar, para dar sentido ao que ela viu e ouviu;
- Um professor pode elevar a auto-estima de um aluno estando interessado nele como pessoa;

Nós não aprendemos pelo fracasso, mas sim pelos sucessos.

Fonte: <http://www.andislexia.org.br/>

Focar na baixa autoestima do aluno, tida como consequência das diversas tentativas frustradas de aprendizagem também é uma forma de psicologizar os problemas de aprendizagem. Entendemos que as sugestões motivacionais propostas devem ser aplicadas a todos os alunos em situação de aprendizagem, estimulando a dedicação e a superação das dificuldades.

Para finalizar, a respeito de Cauã, importante expor que ele se diz de fato muito interessado em desvendar os mistérios da dislexia, a ponto de comprar todos os livros brasileiros e estrangeiros que discorrem sobre o tema e confessa que lhe *“custou caro isso, esse interesse, essa intenção de aprender essas coisas”*. Cauã menciona ainda que começou a escrever um livro sobre dislexia, mas em um assalto levaram seu notebook com os quatro capítulos que tinha escrito, afirma que tem *“esperança de uma hora eu me motivar novamente e conseguir produzir alguma coisa mais concreta”*.

Analisando o histórico de Cauã e Piatã, constatamos que houve falhas nas informações e nos aprendizados acerca dos chamados distúrbios de aprendizagem,

fato que levou Cauã a criar o próprio instrumento e a Piatã a criar as próprias perguntas investigatórias. Essas falhas somadas ao interesse genuíno de Cauã pelo tema dislexia o fizeram pensar na produção do livro que entendemos que pode contribuir com a ampliação do conhecimento a respeito desse distúrbio uma vez que este profissional possui vasta experiência na área, mas também pode ser perigoso caso seja dado ênfase apenas aos malefícios desconsiderando os aspectos educacionais que interferem no processo do desenvolvimento da leitura. Lembremos que este profissional não acredita que existe cura e tratamento para este distúrbio.

4.2.3 “Jari nunca vai aprender, tem deficiência intelectual!”

Antes de apresentarmos as percepções dos neurologistas entrevistados consideramos importante resgatar brevemente a relação da Psicologia com os diagnósticos de deficiência intelectual. Para realizar estes diagnósticos a Psicologia tem contribuído desde o início do século XX, quando Binet em parceria com Simon, desenvolveu o primeiro teste para medir a inteligência - a escala de 1905 - contendo 30 questões em ordem crescente de dificuldade para identificar os alunos com deficiência intelectual das escolas francesas e encaminhá-las para a educação especial (TADA, 2005). No Brasil, com a criação dos primeiros cursos de Psicologia na década de 1960, a ênfase no currículo foi a psicometria que contribuiu para o uso dos testes WISC, Raven Infantil e Escala de Maturidade Colúmbia em crianças com histórias de insucesso escolar encaminhadas para os consultórios psicológicos. A partir de 1980, críticas a esta forma de compreensão sobre a queixa escolar foram feitas em virtude de desconsiderar a complexidade do cotidiano escolar (SOUZA, 1996). Mas, esta prática, ainda é comum o que contribui para que o aluno rotulado como tendo deficiência intelectual seja discriminado na própria sala de aula, considerando que hoje este aluno não é mais encaminhado para a educação especial, em virtude de políticas públicas que asseguram a sua matrícula no ensino regular. Somos defensoras da educação inclusiva desde que as relações estabelecidas com o aluno com deficiência não sejam mediadas pelo preconceito. Machado (2005, p. 82) aponta algumas direções para o trabalho com crianças com deficiência incluídas no ensino regular,

- [...] não mais a busca de um diagnóstico individualizado no corpo da criança, e sim de um trabalho que problematize as práticas escolares para que a escola se beneficie com a presença dessas crianças;
- a reflexão sobre a produção da exclusão – quando um aluno com algum tipo de comprometimento participa do cotidiano escolar, intensifica-se o atravessamento de práticas que produzem exclusão no interior da escola; se essa produção não for problematizada, a exclusão ficará à mercê dos preconceitos;
- a discussão sobre a maneira de se conceber a educação – dentro de um movimento de busca de uma sociedade mais igualitária – e a aquisição de conhecimento – como um processo que se dá no confronto com o outro.

Piatã ao expor suas concepções sobre esse distúrbio no decorrer da entrevista adotou por seis vezes a expressão “*deficiência cognitiva ou mental*”, porém nas outras 22 vezes utilizou apenas “*deficiência cognitiva*”, nos fazendo pensar que tem conhecimento sobre a discussão existente a respeito da terminologia e da proposta de troca dos termos como apresentado por Sasaki (2004).

Cauã analisa essa questão da terminologia referente à deficiência intelectual/mental/cognitiva. Ele nos revela que sabe dessa discussão, entretanto entende que essa substituição é apenas uma tentativa do meio científico e da sociedade em amenizar o problema: “*Porque assim, DM/deficiência intelectual/cognitiva, o pessoal acha que mudando o nome das coisas vai diminuir o impacto, né?*”.

Os entrevistados concordam que a deficiência intelectual é o distúrbio que afeta a aprendizagem mais comum nos dias de hoje. Piatã justifica sua tese:

Aqui no norte, vou colocar assim... Vou retificar [primeiramente havia falado que o mais comum era TDAH]... O primeiro não é isso, infelizmente aqui no norte não é. O primeiro é deficiência cognitiva! O primeiro é deficiência cognitiva por vários fatores que vem desde encefalopatia crônica não evolutiva, até mesmo de uso de substâncias ilícitas pela mãe na hora [durante a gravidez], aquelas síndromes que a gente chama de síndrome fetal que pode ser alcoólica fetal ou substância fetal, é... As condições de nutrição também levam muito a isso, desenvolvimento na faixa etária pediátrica, o suporte nessa parte...

Piatã defende que “*a deficiência cognitiva ou mental pode estar inserida dentro dos distúrbios e dos transtornos*”, mas afirma que de uma maneira geral “*a deficiência cognitiva é um distúrbio*”. Lembremos que para ele, distúrbio é um quadro comportamental onde não há alterações na fisiologia, todavia quando discorre sobre

os motivos que fazem com que acredite que a deficiência cognitiva seja o distúrbio mais comum em nosso Estado e em toda a região norte, cita as alterações biológicas decorrentes de fatores durante a gestação e a má nutrição.

A relação entre “*as condições de nutrição*” com o sistema nervoso central foi muito estudada na área médica, visando identificar principalmente as consequências “tanto em termos estruturais [anatômicos], quanto funcionais [desenvolvimento cognitivo e intelectual]” para o cérebro humano, como explicam Collares e Moysés (1996, p. 93). Essas autoras esclarecem também que nenhum dos autores que se dedicou a este tema “jamais realizou um trabalho científico buscando relacionar a desnutrição com o rendimento escolar” (p. 93) e que existe um consenso de que as únicas condições aceitas consensualmente que interferem no SNC são:

- a desnutrição deve ser de grave intensidade, também conhecida como de 3º grau;
- a desnutrição deve ocorrer no início da vida, na época em que o SNC está se desenvolvendo, no chamado período crítico ou vulnerável (que no ser humano compreende desde o primeiro trimestre de gestação até os seis meses de vida pós-natal);
- a desnutrição deve se estender por um logo espaço de tempo, abrangendo a maior parte do período crítico.

Quando estes três itens acontecem simultaneamente, acarretam algumas alterações na anatomia do cérebro, com destaque para uma redução do tamanho e do número de células.

Porém, a grande questão a ser respondida é: quais as consequências dessas alterações sobre o desenvolvimento cognitivo do homem? (p. 94)

Apesar das refutações científicas, Collares e Moysés (1996), nos contam que este é “um dos preconceitos mais cristalizados na área educacional” (p. 97), tanto que de todos os profissionais entrevistados por elas (oito diretoras, 40 professoras, 12 médicos, cinco psicólogas e duas fonoaudiólogas), apenas cinco professoras e uma psicóloga não defendem a relação causal direta entre desnutrição e mau rendimento escolar. Portanto Piatã não é o único que possui essa crença. Ele faz parte de um grupo grande e heterogêneo de profissionais da saúde e da educação que propagam que alunos desnutridos não possuem condições para aprender.

Assim como exposto anteriormente, o distúrbio mais frequente na prática profissional de Cauã atualmente é a deficiência intelectual, mas ele informa que até pouco tempo atrás era a dislexia:

Pois é, o mais comum hoje é DM, distúrbios cognitivos mesmo, intelectivos. A dislexia, apesar de antigamente eu ver com certa frequência... Eu acho

que talvez, a gente vai mudando a concepção da gente e eu acho que um grande número de casos que eu achava que era dislexia antes, hoje eu acho que é DM, então eu mudei muito nesse aspecto. Eu até tinha um arquivo de crianças que a gente atendeu no grupo de estudos, a gente estava fazendo atendimento de crianças externas, e eu algum tempo atrás, quando tenho tempo vou lá dá uma olhada e (vejo) 'esse aqui é DM' 'esse aqui é DM', então muitos daqueles que a gente assumiu que era dislexia, hoje eu acho que não era. [...] Então há pouco tempo eu tive a oportunidade de fazer isso numa paciente que há alguns anos antes eu tinha visto e eu tinha escrito lá dislexia. E aí muitos anos depois ela aparece no meu consultório novamente, eu falei "opa, vou poder fazer um... checar né, como vem evoluindo essa dislexia". Aí conversa vai, conversa vem, tive que mudar meu diagnóstico e colocar um DM, porque ela é DM e não dislexia.

Analizamos positivamente o reconhecimento de Cauã de que os diagnósticos podem ser alterados, pois isso nos faz pensar que há a possibilidade de em algum momento ele reconhecer que a Neurologia não dispõe de tantos elementos científicos para diagnosticar a dislexia e nem mesmo a deficiência intelectual. Mas, em sua análise e por não ter conhecimento sobre o funcionamento escolar provocador de histórias de insucesso escolar, ele muda o diagnóstico para DI. Para Machado e Souza (2008, p. 41) as pessoas se preocupam muito “com o diagnóstico, como se ele fosse definir o que pode fazer bem ou mal para aquele ser, aquela relação. Ilusão...”.

A última frase de Cauã nesse trecho da entrevista nos chama a atenção, pois nos conta muito da relação deste profissional com seus pacientes, mas também denuncia uma forma de relacionamento comum entre médicos e pacientes. Relacionamento esse que com frequência é apenas uma via de mão única, em que os pacientes se vinculam aos médicos e ficam totalmente dependentes, como acontece em alguns casos, ao passo que os médicos muitas vezes memorizam apenas o CID do paciente ou o número do seu leito (caso esteja internado). Este fenômeno comumente chamado de “despersonalização do indivíduo” advém em grande parte das formações médicas que se dedicam exclusivamente em repassar os conteúdos teóricos e práticos, sem se preocupar em humanizar e ensinar aos futuros profissionais que estarão lidando com seres humanos e não com peças anatômicas. Gallian (2000) analisa a desumanização do trabalho médico da seguinte forma:

De fato, todo esse processo de supervalorização das ciências biológicas, da super-especialização e dos meios tecnológicos que acompanharam o desenvolvimento da medicina nestas últimas décadas trouxe como consequência mais visível, a “desumanização” do médico. Um sujeito que

foi se transformando cada vez mais em um técnico, um especialista, profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos humanos presentes no paciente que assiste. E isso, não apenas por força das exigências de uma formação cada vez mais especializada, mas também em função das transformações nas condições sociais de trabalho que tenderam a proletarizar o médico, restringindo barbaramente a disponibilidade deste para o contato com o paciente, assim como para a reflexão e a formação mais abrangente. (p. 8)

A restrição da disponibilidade a que se refere Gallian, também ocorre em função do grande volume de trabalho, e isto é bem perceptível no caso de Cauã, que trabalha em dois municípios, ministra aulas, realiza exames neurológicos e atende em várias clínicas públicas e particulares na capital e interior de nosso Estado. Esta grande demanda de trabalho faz com que Cauã e a grande maioria dos seus colegas de profissão, não se associem aos pacientes, referindo-se a eles, como se eles se resumissem ao diagnóstico e segundo Blasco (2010, p. 358), “a humanização da medicina deve começar, pois, pelo encontro com o paciente [...]”, isto é, contemplando o paciente em suas angústias e necessidades e destaca também a importância de contemplar o estudante de Medicina, que é o profissional do futuro e que se não for devidamente orientado terá uma atuação desumanizada. Cabe considerar por fim que:

A consulta médica, ao contrário do que pretendem os que tentam adequá-la ao tempo da tecnologia e da informática⁷, não constitui instrumento objetivo ou neutro. Sua riqueza reside, exatamente, na subjetividade, elemento inerente e indispensável às relações entre pessoas. E a consulta é precisamente uma relação entre pessoas; uma relação específica, porém entre pessoas. Uma relação de busca de conhecimento, *sujeito-sujeito* e não *sujeito-objeto*. [...] Pretender transformar a consulta em instrumento objetivo significa empobrecê-la, restringir suas possibilidades, na tentativa de transformar um dos *sujeitos* em *objeto*. Porém, mesmo aí, empobrecida e limitada, não se transforma em objetiva, pois sempre haverá pelo menos um *sujeito* que, mesmo inadvertidamente, mesmo inconscientemente, continuará imprimindo suas próprias marcas a cada ação sua, continuará conformando suas atitudes, posturas, propostas, a partir de sua história, suas concepções e opções, enfim, do lugar que ocupa e de onde olha o mundo. (MOYSÉS, 2001, p. 43)

Retomando a fala de Cauã, a afirmação de que “[...] um grande número de casos que eu achava que era dislexia antes, hoje eu acho que é DM [...]”, merece uma atenção especial em função da diferença de sintomas existente entre esses dois distúrbios. De acordo com o CID-10 (OMS, 2006), a DI que aparece com o nome Retardo Mental (F70-F79) consiste em uma:

Parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social.

Segundo este mesmo documento, a dislexia que aparece entre os Transtornos Específicos do Desenvolvimento das Habilidades Escolares (F81), com o nome Transtorno Específico de Leitura (F81-0) é uma doença que:

A característica essencial é um comprometimento específico e significativo do desenvolvimento das habilidades da leitura, não atribuível exclusivamente à idade mental, a transtornos de acuidade visual ou escolarização inadequada. A capacidade de compreensão da leitura, o reconhecimento das palavras, a leitura oral, e o desempenho de tarefas que necessitam da leitura podem estar todas comprometidas. O transtorno específico da leitura se acompanha freqüentemente de dificuldades de soletração, persistindo comumente na adolescência, mesmo quando a criança haja feito alguns progressos na leitura.

Através desses conceitos presentes no CID-10 que é o documento que norteia os diagnósticos médicos, fica claro que enquanto na dislexia o comprometimento é exclusivamente na leitura e possivelmente na soletração das palavras, na DI há um comprometimento das outras funções (linguagem, motricidade, comportamento social e cognitiva). Como as mudanças de diagnósticos são de dislexia para DI, e este é um distúrbio que envolve comprometimento em um maior número de funções, inferimos que Cauã pode não ter notado as outras alterações nas primeiras avaliações e quando este paciente retorna ao seu consultório não mais como criança, muda o diagnóstico. Provavelmente indagações a respeito do processo de escolarização deste paciente não foram feitas, informações estas que poderiam indicar práticas escolares que potencializaram a diferença “como algo qualitativamente inferior” como discutido por Machado e Souza (2008, p. 41).

Os meios utilizados por Piatã para fazer o diagnóstico de DI, são os mesmos usados para diagnosticar os outros distúrbios de aprendizagem, isto é, ele alinha as informações fornecidas pelos responsáveis e pela criança com os resultados dos exames solicitados. O diferencial mencionado por Piatã é que “*aquele que tem deficiência cognitiva, ele te dá dicas de que ele tem*”, perceptíveis durante o breve diálogo com a criança.

Cauã apresentou discursos variados durante a entrevista, tendo afirmado em determinado momento que não há nenhum tipo de teste ou exame que o auxilie no processo de diagnóstico:

Cauã: Pois é, de deficiência cognitiva né... não tem nada assim que eu possa...

Pesquisadora: Você não passa nenhum exame? Nenhum teste?

Cauã: Não. Não tem. Acaba tendo que juntar... aí eu me baseio muito pelo rendimento escolar.

Entretanto, em outros dois momentos da entrevista, discorreu que nos casos de suspeita de DI, existem testes neuropsicológicos que fornecem um grande auxílio para a conclusão do diagnóstico,

Pesquisadora: [...] Quais outros testes ou exames que você utiliza pra diagnosticar problemas de aprendizagem ou de deficiência intelectual ou mental?

Cauã: [...] Então, é uma condição que não tem nenhuma... Quer dizer, tem testes neuropsicológicos, mas até pouco tempo só tinha uma neuropsicóloga aqui na cidade que fazia esses testes, que aplicava esses testes. Então, o que eu tive que fazer: da mesma forma que eu não tinha como resolver a dislexia, eu não consigo até hoje resolver o problema da deficiência cognitiva, então o que eu faço? Eu tenho que reconhecer isso, baseado em aspectos clínicos ou, às vezes, com a ajuda da família. Então a mãe "ah, doutor esse menino é muito lento, ele não aprende, ou aprende e esquece ou é isso, e tal e tal". Então eu saio juntando e você vai aprendendo com o tempo. [...] Então assim, você vai aprendendo, vai mudando conceitos, e de repente pode até ser que daqui a algum tempo eu até mude novamente e ache muitos desses DMs que eu estou achando que é DM hoje não sejam realmente DM. Então a única maneira que tem de você fazer um diagnóstico preciso, definido, é com testes cognitivos, testes neuropsicológicos, e é difícil...

De acordo com esta última fala de Cauã, evidencia-se que ele acredita que com o apoio dos testes neuropsicológicos o diagnóstico de DI é preciso, contudo, através da fala anterior demonstra que apesar de confiar nos testes, utiliza outros elementos na sua avaliação, como por exemplo, sua experiência clínica e o relato dos pais, que temos nossas ressalvas, pois muitas vezes os pais apenas reproduzem as falas das professoras que pelos muitos motivos apresentados anteriormente, tendem a culpabilizar e patologizar os seus alunos pelo seu baixo rendimento escolar.

Acreditamos que o não encaminhamento de todos os pacientes para um neuropsicólogo para que possa aplicar os testes cognitivos está relacionado com o reconhecimento de que o valor da avaliação é elevado (estava custando R\$500,00 a

ultima vez que pesquisou) e que assim sendo, a maioria das famílias não podem pagar e também pelo fato de termos poucos profissionais com essa especialidade no nosso município. Nós acreditamos que talvez o encaminhamento aos neuropsicólogos não seja a melhor alternativa para desenvolver um bom diagnóstico e em seguida definir método de intervenção, uma vez que esta nova ciência, desenvolvida no século XX, a partir da união entre Neurologia e Psicologia, atua também pela via da medicalização, sendo apenas mais um caminho pelo qual a criança passará e sairá rotulada.

Os diagnósticos que se baseiam na experiência clínica do neurologista, no relato dos pais ou nos resultados dos testes neuropsicológicos, desconsideram todas as nuances do processo de escolarização e também a percepção dos próprios alunos que pode trazer elementos muito ricos sobre a realidade escolar em que está inserido. Machado (2004), por exemplo, se propôs a conversar e a desvendar o que os alunos encaminhados para uma classe especial pensavam a respeito de estar ali, se concordavam ou discordavam ou mesmo se sabiam o motivo do encaminhamento. Uma das crianças ouvidas lhe revelou que tinha escutado uma conversa em que a Psicóloga contava à sua mãe que ela, Andreza (08 anos de idade), tinha idade mental de 04 anos. Andreza, que em nenhum momento foi chamada para conversar sobre este diagnóstico, registrou apenas que tinha uma doença chamada “idade mental” e que imaginava ser muito grave. Essa revelação proporcionou um longo diálogo entre a aluna e Machado findando na desconstrução do diagnóstico, feito este que poderia nunca ter acontecido, caso a Andreza não tivesse sido ouvida.

Além dos testes neuropsicológicos, outros instrumentos que auxiliam Cauã no fechamento do diagnóstico de DI são os exames, ressonância magnética e tomografia computadorizada, todavia, de acordo com o entrevistado, esses exames apenas complementam sua análise, sendo necessário agrupar com outras informações e percepções sobre o paciente:

Pesquisadora: Conta pra mim Cauã, nos exames tem alguma coisa que mostra mesmo indícios de alteração?

Cauã: Não! Não! Sim... a ressonância e a tomografia costumam, às vezes, mostrar... porque²³ quando a gente vê uma ressonância ou uma tomografia, aqui [estão] as cavidades, aqui tem uma proeminência óssea, aqui tem outra e aqui tem outra, aqui tem outra, então se eu traçar uma linha pra cá,

²³Nesse momento Cauã pega uma folha em branco e começa a desenhar.

isso aqui que está aqui na frente dessa linha é o lobo frontal, tá? Então esses três compartimentos do cérebro que a gente chama de fossa anterior, fossa média e fossa posterior, eles devem ser equivalentes, então se você medir aqui, tem que ser a mesma medida daqui, tem que ser a mesma medida daqui, em crianças com DM essa medida é evidentemente menor... Então o lobo frontal é bem reduzido, agora é claro que o radiologista nunca vai mencionar isso, porque ele não sabe o que a criança tem... [...] Então eu que estou avaliando a criança, que suspeitei de DM, que acho que tem DM e vejo uma imagem dessa, pronto, então eu acho que uma coisa bate com a outra, então eu valorizo isso, mas assim, é um sinal indireto, não é um sinal claro.

Pesquisadora: Você usa pra complementar...

Cauã: Exatamente! Exatamente!

Pesquisadora: Por exemplo, se você só pegasse uma ressonância que só te mostrasse que era inferior e você não tivesse contato com a pessoa?

Cauã: Eu não posso falar que aquela pessoa tem DM.

Pesquisadora: Não é suficiente nesse caso?

Cauã: Não.

Com este trecho da entrevista fica nítido que Cauã possui uma clara compreensão de que os resultados dos exames de neuroimagem não são suficientes para dar o diagnóstico de DI (assim como para diagnosticar os outros distúrbios como expostos anteriormente), sendo imprescindível agrupar com outras informações, contudo para o complemento da investigação são consideradas apenas as informações fornecidas pelos pais e pelos professores, excluindo-se as percepções do aluno, bem como elementos sobre o seu processo de escolarização.

Entre todos os distúrbios relacionados a não aprendizagem das crianças e adolescentes, na percepção de Cauã, a deficiência intelectual é o que mais afeta o desenvolvimento escolar, evidenciando também neste caso, descrença na possibilidade de tratamento e evolução dos pacientes, ainda que não seja em todas as incidências:

Eu sempre digo que de todos os problemas que transtornam a aprendizagem, DM é o mais importante, e, às vezes chega a ser impeditivo, ou seja, impede a criança de aprender. Então tem criança que não aprende mesmo! Pode ficar três, quatro, cinco anos na escola que não aprende! Então isso é DM, não tem outra possibilidade!

Afirmar que o aluno com diagnóstico de DI não aprenderá nada é desconhecer o seu potencial e desconsiderar as práticas excludentes na sala de aula vivenciada por este aluno que tende a ficar sem atividades ou com tarefas mais simplificadas que a de seus colegas normais (TADA, 2005).

Diante da impossibilidade de intervir e melhorar o desempenho das crianças diagnosticadas com DI, Cauã nos revela que recentemente surgiu uma “nova tendência”, uma “nova moda” para o tratamento destas: a prescrição de Ritalina,

Pois é, hoje em dia, por exemplo, muitos casos de DM a gente tem usado Ritalina que é um remédio específico pra TDAH, [...] então há uma tendência hoje de usar Ritalina em DM, por quê? Porque antigamente não tinha nada, então você fazia o diagnóstico, explicava pra família, falava 'oh infelizmente não existe remédio'. A Ritalina melhora um por cento, dois, três, quatro por cento desse rendimento, pra quem não tinha nada, é alguma coisa. Então assim, além de você estar demonstrando que você está interessado no problema, que você está interessado a ajudar a resolver o problema, de repente pode ajudar, então alguns não melhoram, mas eu já tive alguns casos que melhoraram bastante, até porque é muito comum DM com déficit de atenção, então alguns são hiperativos, então muitos hiperativos têm DM.

A Ritalina é um medicamento de “tarja preta”, significando que só pode ser vendido sob prescrição médica e com retenção da receita pelas farmácias. Moysés (2010) salienta que uso deste a curto, médio e longo prazo pode causar inúmeras reações adversas comportamentais, cardiovasculares, gastrointestinais, endócrino-metabólico, entre outras, como abordaremos mais detalhadamente no tópico sobre TDAH. Os incontáveis riscos à vida das crianças, adolescentes e adultos que ingerem essa medicação desperta em nós grande preocupação, especialmente quando utilizado com pacientes diagnosticados com DI que como afirma Cauã, as melhorias são inferiores a 5%. A gravidade da prescrição deste medicamento sem garantias de resultados substanciais podem ser ainda maiores, lembremos que “os efeitos da medicação no interior do organismo são sempre imprevisíveis, apesar do controle que prece seu lançamento no mercado” (BOARINI; BORGES, 2009, p. 24).

Piatã também discorre sobre a possibilidade de tratamento medicamentoso para quem apresenta deficiência intelectual,

Já na deficiência cognitiva a resposta à psicoestimulante é muito fraca, muito fraca! Você bota uma Ritalina, não melhora quase nada. Aí você tem que ter um equilíbrio com... tentar umas vitaminas que agem na substância do gaba²⁴, uma biotina (vitamina)... Tenta assim, tratamento pra dar uma melhorada. A deficiência cognitiva a gente tenta melhorar o grau, porque a deficiência cognitiva ela melhora bem os graus... Se você começar do grau moderado abaixa pra leve, daí segue a vida com grau leve. O grave é complicado! O grave pra se tornar moderado ou leve é muito difícil! Quem tem deficiência cognitiva ou mental grave, não tem jeito, é difícil.

²⁴Abreviação gamaaminobutírico que é uma “substância derivada do ácido glutâmico, mediador químico dos neurônios da substância cinzenta do cérebro” (GARNIER et al., 2002, p. 537)

Piatã se mostra mais otimista que Cauã quanto às possibilidades de melhorias na vida da pessoa com DI, sendo para ele de fato muito difícil apenas quando o grau é grave, enquanto Cauã não faz distinção entre os graus. Os dois neurologistas reconhecem as limitações da Ritalina, todavia não descartam o seu uso. Conforme veremos adiante quando discorrermos sobre TDAH, as reações adversas e os riscos do uso deste medicamento são inúmeros, estando entre os mais comuns a ocorrência de insônia e nervosismo.

4.2.4 “Janaina não para quieta, tem TDAH!”

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade foi mencionado pelos entrevistados como o segundo distúrbio que afeta a aprendizagem mais frequente nos seus consultórios, ficando atrás apenas da deficiência intelectual. Conforme esclarecido anteriormente, entre os dois entrevistados, Piatã foi o que dedicou mais tempo da entrevista para abordar esse transtorno, por este motivo a análise das suas concepções são mais extensas nesse tópico.

Para Piatã, “*TDAH é um transtorno*” e que por ser um transtorno, consiste em “*um quadro em que a pessoa tem um desequilíbrio fisiológico na parte dos neurotransmissores excitatórios inibitórios*”, que só é possível realizar “*o diagnóstico a partir dos cinco anos de idade*”, apesar de acreditar que a pessoa já nasce (e morre) com ele, visto que “*é um quadro idiopático*”.

Esse conceito evidencia mais uma vez o quanto esse profissional está atravessado pela concepção biológica predominante nos cursos de formação em Medicina e em nossa sociedade, tendo como consequência principal no âmbito educacional a medicalização das crianças com queixa escolar (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Este profissional apesar de não ter recebido nenhuma instrumentalização específica a respeito deste transtorno durante a formação, expôs amplo domínio teórico em alguns momentos coerente com o discurso dos manuais, em outros não, como veremos a seguir.

Sobre a impossibilidade de diagnóstico antes da faixa etária mencionada, Piatã explica:

[...] antes dos cinco anos de idade não tem como a gente dar o diagnóstico, quer dizer você suspeita... Eu já vi colegas dizendo que crianças com um ano e meio, 'essa aí é hiperativa', não tem como, por quê? Porque o seguinte, os critérios estão dentro da parte da aprendizagem, certo? No letramento... [...] Não tem como avaliar antes dos cinco anos de idade, porque é uma idade pré-escolar ainda. A partir dos cinco anos a gente já considera que a criança tem condições para começar a parte de alfabetização, você já consegue ter uma avaliação melhor nessa parte da alfabetização. Então, antes disso daí, não tem como!

De acordo com o segundo critério do DSM-IV para diagnosticar TDAH, “alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos 7 anos”, enquanto no CID-10, em que o TDAH recebe o nome de Transtornos Hipercinéticos (F90), atesta-se que o início ocorre “habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida”. Nota-se que nesse quesito não existe um consenso nem mesmo entre os manuais norteadores, sinalizando a fluidez dos critérios, como bem ratificado por Moysés (2010).

Nesta fala fica claro também que para este profissional a interferência na aprendizagem e especificamente na alfabetização é outra condição preponderante para o diagnóstico, contudo, segundo o DSM-IV é necessário que haja algum prejuízo em pelo menos dois contextos que podem ser familiar, escolar, profissional, ou seja, de acordo com este manual, não influem obrigatoriamente na aprendizagem, apesar de ser tão enfatizado nesse meio. A APA (1994) elucida que o que acontece é que:

A maioria dos pais observa pela primeira vez o excesso de atividade motora quando as crianças ainda estão engatinhando, freqüentemente coincidindo com o desenvolvimento da locomoção independente. Entretanto, uma vez que muitos bebês hiperativos não desenvolvem o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, deve-se ter cautela ao fazer este diagnóstico em uma idade muito precoce. Geralmente, o transtorno é diagnosticado pela primeira vez durante as primeiras séries, quando o ajustamento à escola está comprometido.

Piatã explica também que de imediato é necessário “excluir deficiência cognitiva porque se tiver deficiência cognitiva ou mental, não se enquadra dentro do TDAH” porque “quem tem TDAH tem que ter inteligência normal”, por isso ele encaminha o aluno para fazer um “teste de codificação da inteligência” com Neuropsicólogo ou Psicólogo.

O apoio da Psicologia aos demais profissionais desde sua origem e enraizamento no Brasil ocorreu através da aplicação dos testes psicológicos,

instrumento considerado científico e por isso digno de confiança (BOARINI, 2006). Este instrumento ainda é enfatizado nas formações em Psicologia nos dias atuais, fazendo com que muitos alunos após se graduarem utilizem-no em todos os contextos e campos de atuação, inclusive no meio educacional sendo uma das características do chamado modelo clínico de atuação, criticado por Souza (1996). Nas palavras de Bock (2003, p. 101):

[...] a Psicologia se instalou na sociedade brasileira para diferenciar e categorizar. Desenvolveu instrumentos adequados para isto e construiu um perfil profissional voltado para as psicoterapias e para os consultórios de psicologia.

A predominância desse modelo de atuação nas escolas públicas do Estado de Rondônia foi constatada por Tada, Sapia e Lima (2010), em que dos 38 psicólogos entrevistados, 89% deles fazem uso de testes de personalidade e de inteligência para avaliar os alunos encaminhados com queixas de insucesso escolar. Souza, M. P. R. (2007, p. 32-33) explica porque a utilização dos testes de inteligência são ineficazes nessas situações:

A questão da utilização das medidas de inteligência como o principal instrumento de avaliação psicodiagnóstica, coloca-nos diante de situações dramáticas em relação aos encaminhamentos escolares, [...]. Os testes de inteligência, de maneira geral, utilizam itens que têm muitas de suas respostas baseadas em informações escolares. Ao se perguntar a uma criança: “Quem é Gengis Khan?” ou ainda -“Onde o sol de põe?”, o teste de inteligência solicita noções de história da humanidade ou ainda o conceito geográfico de pontos cardeais. [...]
[...] os testes refletem muito mais o processo de escolarização vivido pela criança do que a capacidade infantil [...].

Além desta, outras ressalvas são feitas aos testes psicológicos como, por exemplo, a falta de vínculo entre o psicólogo e o avaliado, fazendo com que muitas vezes este não se sinta à vontade durante a aplicação, não expondo todo seu potencial (MACHADO, 2004) e o seu emprego apenas com fins diagnosticador e não como um meio possível para estabelecer o diálogo e o desenvolvimento da criança.

Portanto, diante das restrições deste instrumento, cabe à Psicologia se apropriar de outras possibilidades de intervenções no contexto escolar, “entrevistas, observações, visitas domiciliares, conversas informais, caracterização do bairro, dentre outros” (CHECCHIA; SOUZA, 2003, p. 121) e divulgá-las às demais áreas,

para que também elas tomem conhecimento, criando uma nova relação de parceria com a Psicologia.

Piatã faz uma diferenciação entre impulsividade e hiperatividade, a saber:

Olha só, hiperatividade é uma coisa que na mídia não fala... Porque eles soltam as matérias, a mídia falada, a mídia escrita ou televisa, ela solta alguns quadros clínicos, mas não explicam na televisão, então todo mundo intitula-se: 'o meu filho tem isso', 'o meu filho tem aquilo', 'o meu filho é hiperativo'. Hiperatividade é um diagnóstico, hiperatividade não é um sintoma. Hiperatividade não é um sintoma! Por exemplo, uma criança que tem deficiência cognitiva ou mental, ela não é hiperativa, ela tem agitação psicomotora. A gente pode usar o termo "impulsivo", aí enquadrando tudo... quem tem deficiência cognitiva, quem tem TDAH, quem tem um distúrbio de ansiedade, de impulsividade, elas são impulsivas. Na parte da cinética você tem que usar o termo impulsivo, enquanto você não tem o diagnóstico. A partir do momento que você tem o diagnóstico e é enquadrado dentro do TDAH, então aí a gente pode usar o termo hiperativo.

A fala de Piatã nos chama muito a atenção, não pela discussão das terminologias em si, mas pelo reconhecimento sobre o poder e a influência da mídia na vida das pessoas, em especial no que diz respeito ao processo saúde/doença. O alerta feito por Piatã sobre a ampla divulgação do distúrbio é pertinente e nos faz lembrar que a indústria farmacêutica propõe temas para serem discutidos nos diversos meios de comunicação com a intenção de promover os medicamentos e as próprias doenças como desvelado por Abreu (2006) e detalhado por Temporão (2013, p. 70-71):

[...] a estratégia comercial dessas indústrias é fundamental para que se estabeleça um determinado padrão assistencial, principalmente, mas não exclusivamente, no caso da indústria farmacêutica. A indústria farmacêutica centra toda sua estratégia em três pilares principais: investimentos em pesquisa, proteção patentária para os produtos colocados no mercado e gastos intensivos em publicidade. Seja publicidade dirigida aos médicos e outros profissionais, seja publicidade veiculada pelos meios de comunicação, como revistas, jornais, televisão, rádio. Não é incomum, tanto no Brasil, como em outros países, que a capa de algumas revistas de circulação nacional tenha por trás a estratégia de lançamento de um novo produto da indústria. [...]

Portanto, como o propósito do *marketing* da indústria farmacêutica não é puramente fornecer informações aos clientes, e sim vender seus produtos, e para isso, quanto mais pessoas se identificarem com os sintomas do distúrbio apresentado, maiores as chances de venda, por isso as propagandas precisam ser generalistas.

Piatã defende “*que não pode ser separado TDA – transtorno de atenção – do TDH – transtorno de hiperatividade – porque TDAH é uma entidade só*”, mas que há subtipos, conforme também apresentado no DSM-IV que explica que em geral as pessoas que possuem TDAH apresentam sintomas de desatenção e de hiperatividade impulsividade, mas “*existem alguns indivíduos nos quais há predominância de um ou outro padrão*” e nesses casos “*o subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses*”.

O TDAH tipo combinado (F90.0 – 314.01), o mais frequente, é caracterizado pelo encaixe de no mínimo seis sintomas de desatenção e seis de hiperatividade-impulsividade, com duração de no mínimo seis meses segundo consta no DSM-IV (APA, 1994). Nas palavras de Piatã “*o combinado (TDAH) já diz tudo. É uma mistura de hiperativo e desatento, além de impulsivo [...] ele é também desatento, tudo tira do foco... também tem grave, moderado e leve.*”

Pelo DSM-IV a diferença no tipo predominantemente desatento (F98.8 - 314.00) é que o paciente precisa ter “*menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade*”. Este subtipo foi descrito por Piatã como identificáveis pelas seguintes características:

O desatento não tem problema de disciplina, sentado você põe, sentado fica. [...] O desatento não tem problema de disciplina, inteligência normal, por isso que o teste de quantificação de inteligência é muito importante [...]

*O desatento é o seguinte... ele não tem problemas de disciplina, mas qualquer coisa tira ele do foco em todos os ambientes, essa é a palavra fundamental: **todos** os ambientes. Qualquer coisa tira ele do foco. Uma criança está aqui dentro da sala de aula escrevendo, **tentando, lutando** com essa parte de conseguir uma atenção, tem um barulho a três quadras da sala de aula – um exemplo, uma pessoa furando a parede com uma furadeira – a mente dele vai transportar e ele vai imaginar a pessoa furando aquela parede e ele não vai mais conseguir enxergar o que a professora está passando no quadro. – ‘Me empresta a borracha?’ [simulando uma conversa em sala de aula] Ele vai emprestar para o vizinho a borracha e quando ele olha para o quadro, onde que ele estava escrevendo? – Ué, mas não era aula de Português, agora está falando sobre falésias em Geografia? É assim... chega a ser desse jeito por causa do grau que pode ser grave, moderado e leve. [...] Ah, entrou alguma coisa na sala de aula, qualquer coisa, até o movimento do colega tira ele do foco de atenção, mas se você for fazer o teste de quantificação de inteligência, ele é inteligente. Inteligente todos nós somos. Ele não tem deficiência cognitiva.*

Os indivíduos que possuem o subtipo predominantemente hiperativo (F90.0 – 314.01), são desenhados por Piatã da seguinte forma:

Não pára em todos os ambientes, são pessoas que não conseguem fazer só uma atividade naquele momento. Vai assistir televisão, não consegue assistir televisão sem estar girando para um lado, sem estar indo para outro ambiente, pulando... Então a cinética é muito evidente. Aquelas outras situações que são indícios, não são critérios maiores, mas menores, por exemplo, tenta responder perguntas mesmo antes de (você) concluí-las, atravessa conversa de outro grupo, mexe, não consegue ficar parado. Se outro está próximo e esta concentrado, não tem jeito, eles tentam chamar a atenção para eles mesmos. Existem sintomas de oposição desafiadora²⁵, pouco senso de perigo, pouco senso de culpa/arrependimento. [...] não gosta (de obedecer) por causa do desafio, por exemplo, tem que copiar do quadro, ele não copia... fazer lição em casa, não faz...o que é isso aí? Muitas vezes, requinte de crueldade, com animais ou outras crianças menores e isso aí que leva ao prognóstico, por quê? Porque o TDAH hiperativo pode ter os graus, que pode ser o grau grave, moderado e leve, então essas situações assim, requinte de crueldade, já é um ponto de alerta para acender uma luzinha amarela pra ver se ele não tem um sinal de gravidade. Voltando ao traço, eles têm uma capacidade muito grande de reter, então a atenção não é prejudicada, qualquer coisa que você fala, até muitas vezes se você tentar restringir [a informação] daí parece que eles têm um senso aguçado de captar, se for fazer prova oral eles acertam muito, eles tem uma capacidade rápida.

Apresentados os três subtipos, claro fica que para Piatã os sintomas de hiperatividade-impulsividade são os mais críticos e que se encontrados em grau grave há “*uma maior predisposição [...] de surgir no decorrer da vida outros transtornos*”, como o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) que tem como característica primordial o “padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para com figuras de autoridade” (APA, 1994), particularidades essas citadas por Piatã ao descrever o último subtipo de TDAH e coerentes com o DSM-IV que afirma que “uma parcela substancial das crianças encaminhadas a clínicas por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também tem Transtorno Desafiador de Oposição ou Transtorno de Conduta”. Piatã entende que muitos outros transtornos podem ocorrer de maneira associada ao TDAH, mas o mais grave deles é a Psicose, que ocorre apenas “*com mais tempo de TDAH e [dependendo] de agravantes*”.

Piatã relata que para fazer o diagnóstico e distinguir o subtipo da criança se respalda nos “*critérios clínicos, [que] são critérios subjetivos e objetivos. Subjetivos são os que responsáveis vão passar para mim, que eu tenho que filtrar, muita coisa eu tenho que filtrar*” e junta com suas percepções acerca da criança desenvolvidas

²⁵Refere-se ao Transtorno Opositor Desafiador – TOD.

ao longo da consulta porque “*do momento que o paciente entra no consultório a gente está observando ele*”.

Já Cauã quando perguntado sobre como realiza o diagnóstico de TDAH atestou: “*O TDAH eu costumo dizer que não precisa nem de médico pra fazer o diagnóstico. O faxineiro, o porteiro, o merendeiro, todo mundo da escola sabe qual criança é hiperativa. [...]*” Essa afirmação nos conta do quanto esse distúrbio está popularizado no meio escolar de modo que todos os atores escolares, ao ver uma criança que se diferencia dos demais, por ser mais ativa e agitada, acreditam que tem TDAH e disseminação desse discurso, como nos conta Guarido (2011, p. 35-36) é histórica:

É muito frequente a apropriação do discurso médico-psicológico no cotidiano escolar, tanto na suspeita de um diagnóstico, quando na demanda para que este se realize. Mas claro, isso tem uma história: a própria formação do campo escolar esteve pautada, a partir da modernidade, pela administração de uma intervenção do estado e dos especialistas na educação das crianças.

A constituição da instituição escolar é expressão da própria constituição moderna de infância. Assim, a infância na modernidade é reconhecida não somente como um tempo particular da constituição humana, mas também entendida como tempo de preparo e prevenção para a produção de indivíduos capazes para o trabalho e saudáveis, do ponto de vista psíquico, para participarem do social.

Desse discurso do senso comum, ao diagnóstico médico, considerando que Cauã não faz contato com os pacientes quando se tratam de crianças e adolescentes (com exceção dos casos de suspeita de dislexia), apenas ouve os pais e quando muito a queixa da escola, o diagnóstico final de TDAH é quase inevitável uma vez que as queixas chegam até ele carregadas de subjetividades, sendo também fatal a indicação de tratamento medicamentoso, como veremos a frente.

Na cartilha da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) consta que “o TDAH é um transtorno neurobiológico, com grande participação genética (isto é, existe chances maiores de ele ser herdado) [...]” (p. 4). Ainda segundo esse documento, não existe nenhum tipo de exame ou teste psicológico que possibilite realizar o diagnóstico, logo ele deve ser feito pautando-se na história de vida da pessoa e podem ser aplicados questionários ou escalas de avaliação para auxiliar no diagnóstico. No site eles disponibilizam um questionário chamado SNAP-IV e que foi construído a partir dos sintomas apresentados no DSM-IV. O questionário consiste em 18 afirmações e a pessoa que estiver preenchendo que pode ser os

pais ou o professor deve avaliar e julgar o quanto a afirmação descreve o aluno.

Moysés (2010) a respeito das possíveis respostas (nem um pouco, um pouco, bastante, demais), argumenta que são alternativas muito fluídas e nada específicas e a consequência disto é que a resposta do professor ou dos pais vai ser permeada por uma avaliação subjetiva deles, de modo que se a criança tem determinado comportamento duas vezes por dia, na percepção do professor isso pode ser “bastante” e na dos pais apenas “um pouco”. Todavia esta autora entende que não são apenas as respostas que são vagas, as afirmações também o são – “responde perguntas de forma precipitada antes de serem terminadas”; “tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma” – e se referem a comportamentos que são biologicamente normais e inerentes ao ser humano ainda mais na infância.

Quanto ao tratamento para TDAH, ambos entrevistados se mostram otimistas quanto às melhorias proporcionadas pelo tratamento medicamentoso e prescrevem a Ritalina como primeira opção,

Cauã: Ritalina que é um remédio específico pra TDAH, então o TDAH, esse sim esse tem um tratamento que é muito eficiente, é maravilhoso! A criança é o terror da escola, você começa o tratamento vira um santo e passa a aprender, passa a fazer tudo direitinho, fica organizado com as coisas, com o caderno, com o material escolar [...]

Piatã assim como exposto anteriormente gosta de prescrever ansiolíticos e psicoestimulantes, sendo o principal o Metilfenidato, mas afirma que:

*[...] usa outros também como Estavigile. Tem agora um novo medicamento chamado Vyvanse que são medicamentos pra você conseguir a parte da atenção. [...] E os neurolépticos... Muitas vezes tem que usar os neurolépticos, não tem jeito, como tem a hipercinética muito violenta, atrapalha muito. No caso Neuleptil, a Risperidona, muitas vezes tem que usar, muitas vezes mesmo, para TDAH traço hiperativo. Eles funcionam nessas medicações combinadas como estabilizador do humor. Então eu gosto muito de trabalhar assim, um ansiolítico com um psicoestimulante, eu não trabalho só [um]... Tem casos que eu trabalho só com psicoestimulante, mas eu não gosto muito de usar ele sozinho. O ansiolítico eu uso sozinho, só ansiolítico, muitas vezes resolve muito o ansiolítico. Abaixo dos seis anos de idade, **raras** exceções não se usa psicoestimulante. Abaixo de seis anos de idade, a gente usa ansiolíticos, com raras exceções. Quando a gente já tem ali o diagnóstico com cinco anos de idade, hiperatividade grau grave ou combinado grau grave, daí você tentou com ansiolítico, não conseguiu melhorar aí você usa o psicoestimulante, no caso a Ritalina.*

Cauã prescreve e aposta em um verdadeiro coquetel de remédios no tratamento de crianças com TDAH. Os muitos medicamentos citados revelam a intensidade do que Boarini e Borges (2009, p. 19) chamam de “farmacologização da infância escolar”. Essa prática “[...] no lugar de considerar um psiquismo em estruturação, supõe-se um déficit neurológico” (GUARIDO, 2011, p. 29), expandindo “[...] a prática de enclausuramento do sofrimento através da medicalização do corpo, individual e social” (CRUZ, 2011, p. 20).

Segundo a ABDA, a primeira forma de tratar pessoas que tenham TDAH é oferecendo informações sobre as características, reações e comprometimentos aos familiares, aliado a isso deve ser feito o tratamento medicamentoso e terapêutico.

Os dados do IDUM mostram que de 2000 a 2008 houve um aumento de 1.616% de consumo de medicamentos a base de metilfenidato. Segundo a bula da Ritalina, medicamento de primeira opção dos dois profissionais e forma em que o metilfenidato é mais comercializado, entre as inúmeras reações adversas, estão:

O nervosismo e a insônia são as reações adversas mais comuns. [...] A diminuição de apetite é também comum, mas geralmente transitória. *Sistema nervoso central e periférico.*

Ocasionais: Cefaléia, sonolência, tontura, discinesia.

Raras: dificuldades de acomodação da visão e visão embaçada. Casos isolados: hiperatividade, convulsões, câimbras, movimentos coreoatetóides, tiques ou exacerbação de tiques pré-existentes e síndrome de Tourette, psicose tóxica (algumas vezes com alucinações visuais e tácteis), humor depressivo transitório, arterite e/ou oclusão cerebral.

Trato gastrointestinal:

Ocasionais: dor abdominal, náusea, vômito. [...] Boca seca.

Sistema cardiovascular:

Ocasionais: taquicardia, palpitação, arritmias, alterações da pressão arterial e do ritmo cardíaco (geralmente aumentado).

Rara: *angina pectoris.*

Pele/hipersensibilidade:

Ocasionais: *rash*, prurido, urticária, febre, artralgia, alopecia.

Casos isolados: púrpura trombocitopênica, dermatite esfoliativa e eritema multiforme.

Sangue:

Casos isolados: leucopenia, trombocitopenia e anemia.

Outras:

Raras: redução moderada do ganho de peso e leve retardamento do crescimento, durante terapia prolongada em crianças.

E mais, além da possibilidade de ter algumas ou várias dessas reações adversas, o paciente, que em geral são crianças em idade escolar, pode tornar-se

dependente físico ou psíquico do medicamento ou na fase de retirada do medicamento pode ter uma precipitação de depressão ou mesmo implicações de hiperatividade, que era a queixa inicial. Isto posto, podemos inferir que os caminhos levam à manutenção e sustentação da indústria farmacêutica. Moysés (2010) expõe o jogo existente entre os médicos e a indústria farmacêutica: os médicos prescrevem os medicamentos e em troca os fabricantes os dão brindes valiosos, como notebooks e viagens.

Cauã afirma que entre os distúrbios que afetam a aprendizagem, o TDAH é um dos que não atrapalha tanto, pois acontece que “[...] a criança num determinado momento tem muita dificuldade, mas à medida que vai crescendo, o TDAH vai diminuindo e o rendimento passa a ser melhor.” A nosso ver, o que acontece neste caso é que na medida em que a criança vai crescendo, persistindo as punições pelos comportamentos considerados desordenados, ela vai retraindo sua criatividade, esperteza e agilidade, se adequando aos moldes impostos pela sociedade contemporânea que precisa de pessoas hiperativas e ágeis, mas nos momentos certos.

4.2.5 “Maiara não tem nada, apenas não aprende porque tem um transtorno específico de aprendizagem!”

De acordo com Cauã, existe um tipo de transtorno raro e bem difícil de realizar o diagnóstico, chamado Transtorno Específico de Aprendizagem, que como o nome sugere, consiste em uma dificuldade na aprendizagem exclusivamente, não apresentando nenhuma comorbidade.

O transtorno mencionado por Cauã consta no CID-10 e o DSM-5. No CID-10 recebe o nome de Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares, F81 e caracteriza-se por alterações “nas modalidades habituais de aprendizado”, presentes desde “as primeiras etapas do desenvolvimento” e não resultantes de “falta de oportunidade de aprendizagem ou de um retardo mental, e ele não é devido a um traumatismo ou doença cerebrais” (OMS, 2006). Portanto, tem como diferencial a eliminação da interferência de questões biológicas.

No DSM-IV esse transtorno era identificado pelo código F81.9 - 315.9, chamado de Transtorno da aprendizagem sem outra especificação, enquadrado dentro da categoria Transtornos de Aprendizagem, que na nova versão passou a

chamar-se Transtornos Específicos de Aprendizagem, assim como mencionado por Cauã e é importante relatar que no dia da entrevista o DSM-5 ainda não havia sido lançado.

O fato de Cauã ter conhecimento sobre esse distúrbio não tão popular e divulgado no meio científico e na mídia quanto o TDAH e a dislexia, por exemplo, nos mostra que este profissional de fato busca se aprofundar e se apropriar dos transtornos relacionados a não aprendizagem. Essa busca possivelmente está relacionada ao projeto da publicação do livro sobre dislexia e ao fato de sentir necessidade de ter respaldo para saber delimitar suas peculiaridades e para diferenciá-lo dos demais transtornos. Porém, em função de questões inerentes à própria Medicina e conseqüentemente à sua formação, buscou respaldo nos manuais que por terem o objetivo de serem completos e globais, não deixam nada de fora, nem mesmo os Transtornos Específicos de Aprendizagem que nada tem de sintomas e fundamentos relacionados à área da saúde. Rememoremos que o DSM que é o manual mais específico para quem lida com o atendimento de problemas e distúrbios mentais e emocionais, desde a sua concepção tem sido alvo de duras críticas inclusive por parte de psiquiatras e neurologistas, como expõe a CCHR (2011).

Cauã afirma que semelhante ao que acontece quando diagnostica alguma criança como disléxica ou deficiente intelectual, não tem nada que possa ser feito com a criança que tem Transtorno Específico de Aprendizagem, a menos que este paciente encontre em seu caminho alguma professora que se dedique com afinco e paciência em ajudá-lo:

*Não tem nenhuma técnica... As professoras, eu diria assim, são os elementos primordiais na superação dessa barreira. Então assim... quando a professora tem paciência, tem calma, que vai lá, senta, estimula, com **muita** dificuldade, vai levando... Então hoje a gente vê alguns casos desses [de pessoas que possuem esse transtorno] que estão dentro de faculdades.*

Entre os transtornos citados por Cauã – dislexia, DI, TDAH e Transtorno Específico de Aprendizagem – apenas neste último caso, ele acredita na possibilidade de aprendizagem e evolução da pessoa, sendo possível até mesmo a inserção no meio acadêmico, sem precisar para isso se submeter a intervenção medicamentosa (como no caso do TDAH), sendo suficiente apenas a interferência de uma professora com disposição e paciência.

Cauã não é o único a depositar ampla responsabilidade no professor para seja possível melhorias no aluno, esse discurso é corrente no senso comum e no meio educacional. Collares e Moysés (1996) dialogando com diretoras de escolas públicas de Campinas sobre as causas do fracasso escolar constataram que quando questionadas sobre os fatores inerentes à própria escola que podem motivar a não aprendizagem, todas acreditam que os problemas centram-se apenas na figura do professor.

Se por um lado temos uma grande confiança e expectativa nos professores, em outra via, existem inúmeros funcionamentos escolares que atuam no sentido inverso, dificultando e muitas vezes inviabilizando as atividades docentes, acarretando no que Souza, B. P. (2007, p. 246) chama de “educadores fracassados”. Mediante esta autora, são eles: o “autoritarismo na implementação de políticas públicas em Educação” (p. 246); as trocas compulsórias de escolas e de classes durante o ano letivo; as convocações para participações em eventos e reuniões sem planejamento prévio; os salários não condizentes com a importância e desgaste do ofício; a inexistência de espaços e momentos específicos para reflexão e compartilhamento das práticas; a “falta de infra-estrutura de apoio” (p. 255) e o desprestígio dos seus saberes, em contradição com a hipervalorização em alguns momentos. Refletindo a partir dessa incoerência a autora argumenta:

Estudar, informar-se e manter-se atualizado são práticas implicadas na possibilidade de um professor ensinar com qualidade. No entanto, nosso convívio com as escolas indica o quanto é difícil sabermos que fatores determinam mais fortemente a ocorrência de aulas de conteúdos pobres e mesmo errados, ensinados com técnicas desinteressantes e atravessados por relações entre professores e alunos deterioradas. Seriam as deficiências da formação docente ou as condições precárias e/ou hostis de trabalho enfrentadas no dia após dia, ao longo de anos, que vão sabotando a paixão de ensinar? (p. 257)

Neves (2011), por sua vez, nos alerta que em função dessa grande expectativa e das situações reais de trabalho desses educadores que não promovem as condições adequadas para o ensino é que as queixas escolares devem ser melhor investigadas pelos profissionais que as recebem, pois elas são inevitavelmente imbricadas e atravessadas por esses funcionamentos.

Essa concepção considera que a aprendizagem se dá apenas quando há uma ação intencional de ensinar, portanto, apenas na sala de aula. Por entendermos que a aprendizagem se dá também na hora do recreio, das reuniões, ou seja, a todo

o momento, que coadunamos com a Psicologia Escolar Crítica de que a investigação sobre as causas do insucesso escolar não devem se restringir à criança, à família, aos professores e à queixa, devem englobar os demais membros da escola para que se faça uma análise do fenômeno, em todas as suas nuances (CHECCHIA; SOUZA, 2003).

A consideração da queixa como sinalizador formulado por um professor em condições exaustivas de trabalho e, portanto, dignas de atenção e zelo para que não sejam consideradas como verdade incontestável e o procedimento de dar voz a todos os atores escolares, entendemos que devem se aplicar a toda e qualquer situação de intervenção à queixa escolar. Defendemos isso porque compreendemos que esse é o caminho para a redução do número de crianças diagnosticadas com distúrbios que na verdade não possuem e que se possui esse é o meio pelo qual ações efetivas serão construídas para que a aprendizagem ocorra, ainda que de maneira diferenciada e em outro ritmo, independente das limitações do aluno.

4.3 A RELAÇÃO COM AS ESCOLAS E COM OS DEMAIS PROFISSIONAIS, QUE RELAÇÃO É ESSA?

A relação com a instituição educacional, com os atores escolares e com os profissionais de saúde que também são chamados a atuar diante das queixas de dificuldades escolares de crianças e adolescentes merece destaque, visto que diversos autores tem ressaltado a importância desse vínculo, alguns por defenderem a necessidade de uma equipe multidisciplinar para realizar o diagnóstico e a intervenção com esses alunos (GUIMARÃES; RODRIGUES; CIASCA, 2003), outros por entender que as relações estabelecidas na escola permeiam o processo de ensino-aprendizagem, logo devem ser analisadas e compreendidas pelos profissionais que são solicitados a intervir (MACHADO, 2000).

Como veremos a seguir, o contato de Cauã e Piatã com outros profissionais tanto da Saúde quanto da Educação são bem limitados, em alguns casos resumindo-se à troca de relatórios, sendo raras as exceções em que há algum contato direto.

Piatã verbaliza que “o psicólogo, o psicopedagogo, o fonoaudiólogo e no caso dos Transtornos de linguagem, a escola, e mais especificamente, os educadores”,

os diretores e os neuropsicólogos são os principais profissionais que o ajudam na missão de realizar o diagnóstico.

Cauã no decorrer da entrevista mencionou que atualmente busca estabelecer contato com os professores e diretores das escolas das crianças atendidas e que teve uma parceria com os psicopedagogos quando estes começaram a chegar a Porto Velho, mas elucida que sua expectativa em relação a estes não foi atendida:

Pois é... eu pedia pra criança ler, a criança não lia... [ele pensava] E agora o que fazer? Aí começaram a chegar em Porto Velho, as psicopedagogas, que era uma coisa que não tinha e eu achava [risos] que podia me ajudar. [...] Aí eu mandava pra ela, mas não resolvia nada. Ela nem me devolvia, nem resolvia, nem esclarecia... Então toda vez que eu atendia um caso como esse, eu ficava pensando assim: 'e agora o que eu vou fazer?'.

Piatã faz uma queixa semelhante à de Cauã:

Você manda para o psicopedagogo, neuropsicólogo ou psicólogo mesmo, mas é difícil aquele que faz isso daí [referindo-se ao 'teste de quantificação de inteligência'] e me dá uma resposta. Eu trato pela minha suposição, pela minha experiência que eu tenho da minha formação, mas é muito difícil porque eles não dão um retorno para mim. A gente manda para o psicólogo e ele manda a resposta assim 'ele tem dificuldade de aprender'. Isso daí eu já sei! [...] Tirando agora alguns profissionais [referindo-se a novos profissionais que estão respondendo da maneira que ele julga ser adequada].

Percebe-se que o encaminhamento por parte dos dois neurologistas aos profissionais mencionados ocorre após análise prévia dos pacientes com o intuito de receberem auxílio na tarefa de diagnosticar e tratar as crianças encaminhadas com dificuldades escolares. Os dois o fazem partindo do princípio de que esses profissionais estão habilitados para abordar essa demanda e na expectativa de poderem estabelecer uma parceria com profissionais da Educação, como no caso dos psicopedagogos, e com profissionais que transitam tanto na Educação como na Saúde, no caso dos psicólogos e neuropsicólogos. Os encaminhamentos feitos pelos neurologistas podem indicar que eles entendem que para poderem de fato fechar o diagnóstico, necessitam ouvir profissionais envolvidos com a Educação.

A parceria entre profissionais da Saúde e Educação é importante desde que o resultado final desta troca de informações contribua para movimentar o processo de escolarização do aluno encaminhado, não se restringindo à elaboração de diagnósticos, como discutido por Machado e Souza (2008). Na fala de nossos

entrevistados evidencia-se a frustração que sentem por não receberem retorno de seus encaminhamentos e quando o recebem não atendem às suas expectativas.

O que a falta de posicionamento ou de “resposta” como denominado por eles nos revela? Entendemos que essa queixa é um sinalizador de que a academia não esteja instrumentalizando os futuros profissionais da Saúde e da Educação a trabalharem em parceria, ainda mais em tempo de educação inclusiva, contribuindo para a falta de comunicação entre eles. Piatã, por exemplo, diz que quando manda o paciente para outro profissional ele “*sai com um encaminhamento meu e com um diagnóstico prévio*”, ou seja, ele faz um documento informando “*hipótese diagnóstica de deficiência cognitiva, hipótese diagnóstica de TDAH*” com o objetivo de obter ajuda para chegar a um diagnóstico conclusivo, todavia o outro profissional não dá retorno talvez por achar que pouco pode contribuir diante da hipótese diagnóstica feita pelo neurologista considerando o *status* social desta área de saber em nossa sociedade. No caso de Cauã, as chances dos psicopedagogos não saberem exatamente sua intenção são ainda maiores, pois os motivos do encaminhamento são apenas transmitidos verbalmente pelos responsáveis da criança que estão totalmente atravessados nessa história.

A busca por parcerias e por criar uma rede multidisciplinar para atender as crianças é extremamente válida e imprescindível, mas as informações devem ser bem alinhadas com os pais para que este novo encaminhamento não gere mais angústia e preocupação a eles, fortalecendo a crença de que o “caso” dos seus filhos é realmente grave!

Atualmente, a área do conhecimento que Cauã acredita que pode contribuir com o seu trabalho é a Neuropsicologia que nas suas palavras “*no mundo inteiro hoje é o ‘bambambam’ da Psicologia*” (talvez por isso ele acredite na sua eficiência) e define ser “[...] *uma área prática, de resultados, eficiente e que ajuda muito os profissionais da área médica. Nossa Senhora! Então... tomara que agora pra frente essas coisas mudem mais rapidamente*”.

O discurso de Cauã nos sinaliza o quão forte é sua concepção de que os problemas de aprendizagem são decorrentes de mau funcionamento do cérebro, justificando seu otimismo e crença nas possibilidades de avanços para o tratamento dos distúrbios de aprendizagem com a ampliação dos campos de atuação da Neuropsicologia. A fala é uma evidência também da valorização dos aspectos

neurológicos e/ou biológicos das doenças e distúrbios, por isso Caliman (2013) fala em “Era das Cidades Biológicas”.

Sobre esses encaminhamentos e atendimentos nos salienta Machado (2010, p. 28):

Atendimentos de especialistas a crianças com dificuldades na aprendizagem da leitura e da escrita intensificam, ao mesmo tempo em que pretendem ensinar e ajudar essas crianças, nossa desresponsabilização em relação à escola que temos construído. O preço, quem paga, são as crianças, que primeiro precisam passar por situações constrangedoras, depois, devem se tornar pessoas com alguma doença/deficiência, para então poderem, em algumas histórias, ser ouvidas e aprender.

Ao passo que os profissionais recebem e atendem essas crianças buscando ajudá-las, essa prática que culmina na culpabilização do “paciente” e na sua medicalização, intensifica a não consideração das questões públicas, intra e extrainstitucionais, políticas e sociais que atuam direta e indiretamente sobre o fracasso escolar dessa criança (SOUZA, B. P., 2007), que por sua vez, só terá voz nessa condição de doente.

O contato de Cauã e Piatã com os professores ocorrem basicamente por meio da troca de relatórios. Piatã não se refere ao relatório da escola como um instrumento preponderante para sua prática como Cauã, mas afirma que o contato entre ele e os professores na maioria das vezes também ocorre por meio deste instrumento, mas que alguns deles ligam para ele, outros vão à consulta e que esse tipo de atitude ele valoriza muito, principalmente porque reconhece o valor do professor e gostaria de ter mais tempo para dialogar com esses profissionais, mas não o faz por conta de sua extensa agenda de trabalho:

A relação é uma relação infelizmente informal por causa do... – agora vou fazer um ‘mia culpa’ – pela minha agenda ser muito... Eu não tenho como, por exemplo, pelo atendimento do SUS – o grosso é do SUS – paciente por paciente entrar em contato direto com eles [professores], até mesmo com os outros profissionais, quer dizer o fono, o psicólogo, o psicopedagogo... É difícil isso para nós... É, mas eu procuro com os relatórios...

O professor pra mim é igual aquela propaganda que tem na TV... É verdade... Tudo é o professor!

[...] o contato com a parte educacional é mais realmente via relatórios.

Como exposto anteriormente, Cauã solicita da escola um documento escrito, contendo uma explanação, de preferência feita pelos professores, sobre as

principais dificuldades do aluno e em sequência investiga informações com os pais para fechar o diagnóstico. Ele tem nesse “documento” a principal e única fonte de informações sobre o comportamento da criança na escola que apesar de nos revelar uma preocupação em conhecer o que acontece no cotidiano escolar, nos mostra que não há uma relação de parceria ou troca, entre o professor e Cauã e nem mesmo que o diálogo foi estabelecido entre eles, uma vez que o professor apenas registra as queixas e encaminha para o médico, inexistindo uma conversa para debaterem os detalhes e investigarem os momentos específicos em que a criança apresenta aquele comportamento, se há outros alunos com a mesma dificuldade ou quando a professora passou a notar estes comportamentos, entre outros questionamentos que poderiam suscitar no estabelecimento de parceria entre esses dois profissionais, conforme defendido por Machado (2000).

Segundo experiência vivenciada por esta autora, os professores anseiam por parceria e por diálogo com os especialistas para onde seus alunos são encaminhados. Analisando as expectativas de professores que realizaram ao todo 139 encaminhamentos de crianças ao Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da USP, verificou que “em 32,4% dos casos, os professores esperavam ter alguma interlocução em relação ao trabalho” (p. 150-151) e que muitos deles encaminhavam um aluno apenas, pois esse era o meio que encontravam para conseguirem parcerias, tanto que quando a autora se propôs a dialogar com eles, algumas queixas foram imediatamente retiradas. Souza, B. P. (2007, p. 271) corrobora essa informação explicando que:

A clareza acerca da possibilidade do encaminhamento de uma ou mais crianças ser um pedido de socorro de uma professora ou de uma escola, decorrente de uma vivência cotidiana de fracasso não apenas do aluno encaminhado desdobra-se em práticas psicológicas diferentes das tradicionais.

Acrescentamos que a partir da compreensão de que a queixa é apenas uma versão da história, somos otimistas em acreditar que é possível somar às “práticas psicológicas diferentes”, uma postura médica também diferente. De que maneira? Buscando informações sobre o processo de escolarização, sobre o contexto em que as dificuldades estão ocorrendo, mobilizando de imediato os atores escolares a refletirem sobre o fenômeno em si, retirando o foco exclusivo na criança. Como bem expõe Machado (2007, p. 123) é preciso “[...] ter acesso às forças, às intensidades,

presentes na formulação de uma queixa, de uma prática, de um fenômeno a ser investigado, de uma maneira de viver os acontecimentos”. Contudo, o profissional da saúde pode também julgar que não lhe cabe a busca por diálogo com a escola e intervenções coletivas, neste caso ele pode expor as limitações dos seus conhecimentos e orientar a procura por outros profissionais.

Ainda sobre a “relação” entre Cauã e os professores, o entrevistado ao discorrer sobre o tratamento depreendido às crianças com TDAH afirma que ao corrigir o déficit de atenção, “[...] *melhora o rendimento, eles conseguem fixar mais a atenção ou pelo menos, a professora põe as mãos para o céu, porque aquele lá não vai dar trabalho como está dando. Elas ficam muito gratas com essas nossas ajudas*”.

Dito de outro modo, Cauã acredita que o medicamento melhora o rendimento do aluno, mas evidencia não ser tão convicto disso, pois utiliza a expressão “*ou pelo menos*”, admitindo a possibilidade de não surtir nenhum efeito direto no rendimento do aluno. Essa fala revela também que este profissional entende que ainda que não seja perceptível a melhoria na aprendizagem da criança medicada, para os professores existem ganhos, como a tranquilidade, a felicidade e a satisfação por não terem mais que se estressarem com a desordem da sala de aula ocasionada pelos alunos agitados, que com a medicação ficam apáticos.

Rememorando os apontamentos feitos por Souza, B. P. (2007) sobre as inúmeras e frequentes interferências ao trabalho docente, como por exemplo, os baixos salários e as convocações não planejadas, apontamentos esses que nos revelam as más condições de trabalho e remuneração a que estão submetidos os professores em nosso país, é compreensível que eles vibrem ao conseguir algum tipo de melhoria, ainda que isso ocorra através da medicalização dos seus alunos, que na visão deles nada tem de prejudicial, pelo contrário é visto como a resposta a todos os problemas, inclusive dos alunos que passarão a conseguir acompanhar os colegas (BOARINI; BORGES, 2009).

A nosso ver, essas intervenções individuais só comprovam que “o homem mantém viva sua busca secular pelas soluções pontuais para problemas complexos produzidos no intrincado das suas relações sociais” (BOARINI; BORGES, 2009, p. 24).

Outra possibilidade é que ao passo que os alunos são medicados, ainda que seja com um “placebo” (como exemplificado por Cauã), os professores mudam a sua

percepção e deixam de vê-lo como “problema” e passam a considerá-lo como um indivíduo, e como tal, merecedor de atenção e dedicação. Ou seja, os benefícios obtidos nesses casos, são resultantes da mudança de postura dos professores e do movimento no relacionamento destes com os alunos, mudanças essas que podem também ser suscitadas sem que haja necessidade do uso da medicação.

Diante desta situação, gostaríamos de destacar a análise feita por Welch, Schwartz e Woloshin (2008, p. 12) a respeito dos efeitos negativos de alguns tratamentos:

Nem todos os tratamentos têm reais benefícios, mas quase todos podem ter prejuízos. Algumas vezes os prejuízos são conhecidos, no entanto, frequentemente os prejuízos de algumas terapias levam anos para serem descobertos, após muitas pessoas já terem sido expostas aos malefícios. Para pacientes com doenças severas, estes malefícios, geralmente, perdem a importância diante dos potenciais benefícios. Mas para pacientes com sintomas mais brandos os malefícios são muito mais relevantes.

De acordo com a bula da Ritalina, uma das medicações mais comumente utilizadas em crianças com diagnóstico de TDAH, que contém o Metilfenidato, sabe-se que ele é um estimulante do sistema nervoso central, mas não se sabe ao certo “o mecanismo pelo qual ele produz seus efeitos psíquicos e comportamentais em crianças [...], nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central”. Consta também na bula deste medicamento que devem ser realizados exames de sangue periódicos, entretanto o motivo não é apresentado aos leitores, mas Moysés (2010) nos explica que os exames devem ser realizados pois há a possibilidade dele acarretar “[...] uma queda, muitas vezes irreversível, de todas as células do sangue, hemácias, leucócitos e plaquetas” e pode alterar as funções hepáticas, levando no caso extremo a um coma hepático.

É possível que muitas reações adversas ainda não tenham sido descobertas, assim como ressaltado por Welch, Schwartz e Woloshin (2008), todavia a lista elencada pelos próprios fabricantes já é bem extensa, conforme apresentamos anteriormente.

Sobre as possibilidades vislumbradas na atuação de Cauã e Piatã para efetivar um diagnóstico por equipe multidisciplinar, como orientado por alguns teóricos (GUIMARÃES; RODRIGUES; CIASCA, 2003; MACHADO, 2004), constata-se que em todas elas prevaleceu a busca por causas centradas apenas no aluno

encaminhado, em sua falta de atenção, na falha do desenvolvimento do seu cérebro, falhas essas que na percepção de Cauã não tem como serem sanadas e na de Piatã podem ser melhoradas através de tratamentos medicamentosos.

Teóricos da Psicologia Escolar Crítica tem nos mostrado que as reflexões e práticas coletivas, podem promover a aprendizagem dos alunos tidos incapazes, assim como podem movimentar práticas enraizadas do contexto escolar, buscando romper com práticas preconceituosas que tendem entender essa incapacidade de aprendizagem em termos de mau funcionamento do cérebro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicalização, isto é, a prática de “reduzir as problemáticas sócio-políticas a questões individuais” (GUARIDO; 2011, p.30), que na Educação iniciou com a entrada dos médicos higienistas no ambiente escolar (BOARINI; BORGES; 2009), vem crescendo de forma alarmante como nos revelam os dados do IDUM e do SNGPC que demonstram o aumento exorbitante nas vendas dos medicamentos à base de metilfenidato, os mais indicados e prescritos para tratamento do TDAH. Essa intensificação nos revela a predominância da concepção biológica de homem e a propagação da busca por soluções práticas e imediatas para as dificuldades enfrentadas em todos os contextos.

As escolas brasileiras foram primordiais para o movimento higienista, pois foi através delas que o projeto de disciplinamento dos corpos, imperioso ao capitalismo, foi efetivado. O advento da contemporaneidade culminou em novas necessidades, logo em novos modos de funcionamento da sociedade. O princípio do confinamento foi substituído pelo desconfinamento (JUSTO; 2006), viabilizado pelas novas tecnologias de controle (câmeras de vigilância, aparelhos rastreadores, redes sociais), de modo que os corpos não mais precisam estar aprisionados em instituições para que possam ser controlados. Rocha (2000) nos explica que enquanto todas as instituições buscaram, ou estão buscando, em alguma medida se adequar a esse novo cenário, a única instituição que permanece operando pelo sistema do confinamento é a escola. Justo (2006, p.29) ressalta que esse cenário colocou a escola “no epicentro de uma crise institucional”, incumbida a exercer a sua função e também a de todas as demais instituições que estão em declínio. Portanto, a escola foi transformada em uma superinstituição, com acúmulo de afazeres, mas sem receber o devido investimento e valorização.

A montagem desse cenário nos fornece mais um elemento para compreender o porquê do elevado número de encaminhamentos de alunos com queixa escolar para consultórios médicos e psicológicos realizado por parte das escolas. Diante da sobrecarga de atribuições, da impossibilidade de dar atenção individualizada àqueles alunos que necessitam para poderem se apropriar do saber escolar e da crença de que de fato são problemas individuais, resta-lhes como intervenção possível o encaminhamento aos profissionais de saúde. Estes por sua vez, ao receberem os alunos, em decorrência da concepção biologizante e de outros

inúmeros fatores, estão medicando as crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem.

Através dos relatos de Piatã e Cauã, por exemplo, tomamos conhecimento da ausência de elementos teóricos e práticos nas formações médicas sobre os distúrbios de aprendizagem. Diante da ausência de instruções específicas, os profissionais se respaldam no CID e no DSM, manuais esses que focalizam apenas nos sintomas individuais dos pacientes, para explicar o insucesso escolar em termos de diagnósticos, como por exemplo, de dislexia, TDAH, DI, desconsiderando o contexto em que a dificuldade se desenvolve. Vimos que essa desconsideração também é decorrente da excessiva carga de trabalho que não os permite ter uma relação mais próxima com os professores dos alunos encaminhados, como justificado por Piatã. Todavia, apesar dessa realidade, evidenciou-se que os profissionais buscam estabelecer parcerias com psicopedagogos, psicólogos, professores, fonoaudiólogos, mas que não recebem retorno, nos contando sobre a falta de envolvimento dos demais profissionais para com o médico que está atendendo a criança encaminhada, parceria essa que poderia suscitar novos conhecimentos e novos caminhos de intervenção.

As ações de Cauã e Piatã diante das queixas de dificuldades de aprendizagem não diferem das práticas dos profissionais das outras regiões brasileiras e mundiais, tanto que o movimento de buscar romper as práticas medicalizantes e patologizantes de crianças e adolescentes representado no Brasil pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, também já é uma realidade em outros países, como Portugal (*Círculo de Estudos e Intervenção na Medicalização da Educação*) e Argentina (*Forum Infancias*).

Portanto, diante dessa constatação e com o desvelamento da formação e das práticas dos neurologistas entrevistados, cabe-nos refletir sobre os trajetos possíveis para superação da medicalização da Educação, em especial em nosso município.

Uma possibilidade de mudança no cenário atual que pode afetar diretamente na redução dos encaminhamentos aos profissionais da Saúde é a participação mais efetiva dos psicólogos escolares nas escolas norteados pela perspectiva crítica. Nossa defesa por este caminho se deve à compreensão de que diferentemente dos neurologistas, os psicólogos já estão no contexto escolar, favorecendo a compreensão de todos os fatores e funcionamentos da escola, todavia vimos que as formações em Psicologia têm levado esses profissionais a atuarem clinicamente nas

escolas, aplicando testes psicológicos, realizando psicodiagnóstico, atendimentos individuais, entre outras práticas (TADA; SAPIA; LIMA, 2010; VIÉGAS, 2012), desconsiderando a completude do fenômeno. Por este motivo, frisamos que essa presença mais marcante deve ocorrer sob o viés crítico, pois através deste, proporão reflexões e intervenções coletivas no próprio ambiente educacional, que é onde de fato as dificuldades ocorrem, sendo possível desconstruir os encaminhamentos ou fazer com que eles ocorram apenas quando estritamente necessário, ou seja, quando as opções de intervenções pedagógicas e estruturais não proporcionarem ganhos no processo de aprendizagem deste aluno.

Entendemos que o Núcleo Regional do Fórum sobre Medicalização da Educação – Rondônia e Acre também têm muito a cooperar nesse caminhar para a retirada do olhar patologizante sob as crianças com queixas de insucesso escolar. De prontidão, podemos pensar em três meios contributivos: a) ampliar a divulgação das discussões existentes acerca desta temática na mídia local com o objetivo de alertar tanto os profissionais como os pais das crianças e adolescentes encaminhados sobre a existência do grupo que pode lhes servir como rede de apoio; b) organizar eventos no decorrer do ano estendendo e intensificando a divulgação e o convite aos acadêmicos dos cursos da área da Saúde – em especial os cursos de Medicina e Fonoaudiologia – buscando parceria também com o CREMERO, para que tomem conhecimento sobre a existência de outros discursos sobre os distúrbios de aprendizagem que vão além dos diagnósticos propostos pelo CID e pelo DSM; c) ser mais atuante com os profissionais da Educação e da Saúde que costumam lidar com queixas escolares, auxiliando-os a pensar na realidade escolar provocadora de insucesso escolar, nas relações de poder e de controle operantes em nossa sociedade que fazem prevalecer a crença de que se o aluno não se enquadra nos parâmetros estabelecidos pela própria sociedade, deve estar adoecido e ser medicado e em novas práticas de intervenção.

Especificamente com os neurologistas entrevistados, por serem os mais atuantes no que diz respeito ao atendimento de crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem, pensamos ser imprescindível realizar encontros individuais com o objetivo não apenas de expor os resultados da pesquisa, mas principalmente para lhes mostrar os inúmeros fatores que permeiam o processo de escolarização, pois entendemos que de posse dessa informação, haverá uma mobilização em suas práticas e quem sabe a redução na prescrição de

medicamentos. Especificamente com Cauã, imaginamos que essa ação nos ajudará a afetar também a academia, visto que ele ministra aulas em uma das faculdades particulares do município de Porto Velho.

Entretanto, como vimos, a medicalização da Educação e da sociedade se presta a interesses políticos, econômicos e sociais. Por meio dela, a indústria farmacêutica enriquece seus cofres, o governo se exime da responsabilidade de pensar estratégias para viabilizar uma Educação de qualidade e as crianças se por um lado correm sérios riscos com o uso das medicações, por outro passam a serem sujeitos de direito e como tal merecedores de cuidado e atenção. Portanto, é indispensável realizar intervenções também nesse panorama mais macro. É com esse intuito que o Fórum nacional tem buscado se firmar enquanto grupo heterogêneo e com representação em vários órgãos, instituições e conselhos, como, por exemplo, Conselho Federal de Psicologia, Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, entre outras, realizando eventos internacionais anuais e se inserindo no cenário político principalmente para combater os projetos de lei que preveem a distribuição gratuita de medicamentos.

Portanto, esperamos com essa pesquisa, ter clarificado que apesar da grande devastação da medicalização da Educação as perspectivas para combate desse fenômeno global são promissoras, uma vez que as discussões do Fórum nacional e dos Fóruns regionais estão ganhando amplitude e novos braços e recursos para enfrentamento à queixa escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M. H. R. M. **Medicalização da vida escolar**. 2006. 100p. Dissertação (Mestrado em Educação). Centro de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-IV – Anxiety Disorders. In: _____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, American Psychiatric Press, 1994. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php>. Acesso em: 20 jul. 2013.

ANGELUCCI, C. B. et al. O estado da arte da pesquisa sobre o fracasso escolar (1991-2002): um estudo introdutório. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 51-72, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n1/a04v30n1.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DEFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). **Perguntas e respostas sobre TDAH**. Cartilha. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/images/stories/site/pdf/cartilha_abda.pdf>. Acesso em: 26 out. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISLEXIA (ABD). Disponível em: <<http://www.dislexia.org.br>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DISLEXIA (AND). Disponível em: <<http://www.andislexia.org.br>>. Acesso em: 15 de jul 2013.

BEKERMAN, J. “Não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural”. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

BLASCO, P. G. É possível humanizar a Medicina?: reflexões a propósito do uso do cinema na educação médica. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: CUSC, 2010. v. 34. p. 357-367. Disponível em: <http://www.pablogonzalezblasco.com.br/wp-content/uploads/2010/12/pgb_nov_2010_como_humanizar_a_medicina.pdf>. Acesso em 20 out. 2012.

BOARINI, M. L. O higienismo na educação escolar. In: VI CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 2006. **Anais...** Uberlândia. Universidade Federal de Uberlândia, 2006. Disponível em: <http://www.faced.ufu.br/colubhe06/anais/arquivos/589maria_lucia_boarini.pdf>. Acesso em:

BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. **Hiperatividade, higiene mental e psicotrópicos: enigmas da Caixa de Pandora**. Maringá: EDUEM, 2009.

BOCK, A. M. B. Psicologia da educação: cumplicidade ideológica. In: MEIRA, M. E. M.; ANTUNES, M. A. M. **Psicologia escolar: teorias críticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 79-103.

_____. As influências do Barão de Münchhausen na psicologia da educação. In: TANAMACHI, E.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. (Orgs.). **Psicologia e Educação: desafios teóricos-práticos**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 11-34.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. **Boletim de Farmacoepidemiologia SNGPC**, ano 2, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c4038b004e996487ada1af8a610f4177/boletim_sngpc_2_2012+corrigido+2.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 14 jun. 2013.

_____. Ministério da Educação. **Sistema de Regulação do Ensino Superior**. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 01 jul. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 01 jul. 2013b.

BREAKWELL, G. M. et al. **Métodos de Pesquisa em Psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CALIMAN, L. V. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. (Orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013. p.109-118.

CHECCHIA, A. K. A.; SOUZA, M. P. R. Queixa escolar e atuação profissional: apontamentos para a formação de psicólogos. In: MEIRA, M. E. M.; ANTUNES, M. A. M. **Psicologia escolar: teorias críticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.105-138.

CIASCA, S. M. Distúrbios e dificuldades de aprendizagem: questão de nomenclatura. In: CIASCA, S. M. **Distúrbios de Aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.19-32.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico** (A Patologização da Educação). São Paulo: FDE, 1994. p. 25-31. (Ideias, 23).

_____. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez; Campinas: UNICAMP, 1996.

COMISSÃO DOS CIDADÃOS PARA OS DIREITOS HUMANOS. **Manual de Diagnóstico e Estatístico: a farsa mais mortífera da psiquiatria**. 2011. Disponível em: <<http://www.cchr.pt/videos/diagnostic-statistical-manual.html>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Parecer CFM nº 42/12**. Brasília: CFM, 2012. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2012/42_2012.pdf>. Acesso em: 04

mar. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Quem é o psicólogo brasileiro?** São Paulo, EDICON/EDUC, p. 237-97, 1988.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) na educação básica.** Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução nº 007/2003, de 14 de junho de 2013.** Institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica. Brasília, 2003. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE RONDÔNIA (CREMERO). Disponível em: <<http://www.cremero.org.br/>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

COSTA, S. S. G. Educação, políticas de subjetivação e sociedades de controle. In: MACHADO, A. M.; FERNANDES, A. M. D.; ROCHA, M. L. (Orgs.). **Novos possíveis no encontro da psicologia com a educação.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

CRUZ, S. H. V. Ouvir crianças: uma tarefa complexa e necessária. In: SOUZA, M. P. R. **Ouvindo crianças na escola:** abordagens qualitativas e desafios metodológicos para a psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CRUZ, M. A. S. Desafios da clínica contemporânea: novas formas de “manicomialização”. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Medicalização de crianças e adolescentes:** conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 17-26.

DONATO, I. L.; TADA, I. N. C. **Avaliação psicoeducacional do aluno com suspeita de deficiência intelectual:** concepções e práticas. Porto Velho: PIBIC. Relatório. No prelo.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C. Discutindo a medicalização brutal em uma sociedade hiperativa. In: MEIRA, M. E. M.; FACCI, M. G. D. (Orgs.). **Psicologia Histórico-Cultural:** contribuições para o encontro entre subjetividade e a educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 221-248.

_____. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Psicologia Histórico-Cultural. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 139, p. 121-146, jan./abr. 2010.

EMÍLIO, S. A. **O cotidiano escolar pelo avesso:** sobre laços, amarras e nós no processo de inclusão. 2004. 265 p. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ERICKSON, F. Qualitative methods in teaching. In: WITTRUCK, M. C. (ed.). **Handbook of research on teaching.** New York: MacMillan. 1994.

FERREIRA, M. R. **A ferrovia do diabo**. São Paulo: Melhoramentos, 2005.

FIORE, M. A. Medicalização do corpo na infância – Considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Mnemosine**, v. 1, n. 1, p. 364-380, 2005.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE.
Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. 2012. Disponível em:
<<http://medicalizacao.org.br/recomendacoes/>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

GALLIAN, D. M. C. “A (re)humanização da medicina”. **Psiquiatria na Prática Médica**, UNIFESP, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 5-8, 2000.

GARNIER, M. et al. **Dicionário Andrei de termos de medicina**. 2. ed. Tradução de Anita Alves Sampaio. São Paulo: Organização Andrei, 2002. (Tradução do original: Dictionnaire de termes de medecina. 26. ed.).

GOMES, H. S. R. De que famílias vêm nossos alunos?. In: SERBINI, R.; GRANDE, M. A. (Orgs.). **A escola e seus alunos**. São Paulo: UNESP, 1995. p. 81-89.

GONÇALVES, V. M. G. Neurologia dos distúrbios de aprendizagem. In: CIASCA, S. M. In: **Distúrbios de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 33-54.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.

_____. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO.
Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 27-40.

GUIMARÃES, I. E.; RODRIGUES, S. D.; CIASCA, S. M. Diagnóstico do distúrbio de aprendizagem. In: CIASCA, S. M. **Distúrbios de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 67-90.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS (IDUM). Disponível em: <<http://www.idum.org.br/noticia53.html>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). [**Cidades**]. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=110020&search=Rond%C3%B4nia|Porto%20Velho>>. Acesso em: 07 jul. 2013.

IRIART, C.; RÍOS, L. I.; Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 43, out./dez., 2012.

IZAGUIRRE, G. Elogio do DSM-IV. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

JOHNSON, L. F. **O psicólogo escolar e a inclusão: concepções e práticas**. 2011. 172p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2011.

JUSTO, J. S. Escola no epicentro da crise social. In: TAILLE, Y.; PEDRO-SILVA, N.; JUSTO, J.S. **Indisciplina/disciplina: ética, moral e ação do professor**. Porto Alegre: Mediação, 2006.

KUPFER, M. C. Educação terapêutica para crianças com Transtornos Globais do Desenvolvimento: uma alternativa à medicalização da Educação. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, A. M. Avaliação psicológica na educação: mudanças necessárias. In: TANAMACHI, E.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. **Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. **Crianças de classe especial: efeitos do encontro da saúde com a educação**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

_____. Articulação da saúde com a educação nos desafios da educação inclusiva. In: MACHADO, A.M. et al. **Psicologia e direitos humanos: educação inclusiva, direitos humanos na escola**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 71-82.

_____. Plantão institucional: um dispositivo criador. In: MACHADO, A. M.; FERNANDES, A. M. D.; ROCHA, M. L. (Orgs.). **Novos possíveis no encontro da psicologia com a educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. Medicalização e escolarização: por que as crianças não aprendem a ler e escrever?. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. (Org.). **Dislexia: subsídios para políticas públicas**. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 2010, v. 1, p. 24-29.

MACHADO, A. M.; SOUZA, M. P. R. As crianças excluídas da escola: um alerta para a psicologia. In: _____. (Orgs.). **Psicologia escolar: em busca de novos rumos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

MARINHO-ARAUJO, C. M.; ALMEIDA, S. F. C. **Psicologia escolar: construção e consolidação da identidade profissional**. Campinas, SP: Alínea, 2005.

MEIRA, M. E. M. Psicologia escolar: pensamento crítico e práticas profissionais. In: TANAMACHI, E. R.; SOUZA, M. P. R.; ROCHA, M. L. (Orgs.). **Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 35-72.

_____. Construindo uma concepção crítica de psicologia escolar: contribuições da pedagogia histórico-crítica e da psicologia sócio-histórica. In: MEIRA, M. E. M.; ANTUNES, M. A. M. **Psicologia escolar: teorias críticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.13-78.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOREIRA, M. A. **Teorias de Aprendizagem**. São Paulo: EPU, 1999.

MOYSÉS, M. A. A.. Fracasso escolar: uma questão médica? **Cadernos CEDES** (impresso), v. 15, p. 29-31, 1992.

_____. **A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na- escola**. Campinas: Mercado de Letras, 2001.

_____. Dislexia existe? Questionamentos a partir de estudos científicos. In: BENEVENUTO, A. B. et al. (Orgs.). **Dislexia: subsídios para políticas públicas**. São Paulo: CRPSP, 2010, v. 8, p. 11-23.

NEVES, M. M. B. J. Queixas escolares: conceituação, discussão e modelo de atuação. In: GUZZO, R. S. L.; MARINHO-ARAUJO, C. M. (Orgs.) **Psicologia escolar: identificando e superando barreiras**. Campinas: Alínea, 2011.

NOVAES, M. H. Perspectivas para o futuro da psicologia escolar. In: WECHSLER, S. M. (Orgs.) **Psicologia escolar: pesquisa, formação e prática**. Campinas: Alínea, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. São Paulo: EDUSP, 2006. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php>. Acesso em: 01 jul. 2013.

PADILHA, A. M. L. **Possibilidades de histórias ao contrário: ou como desencaminhar o aluno da classe especial**. São Paulo: Plexus, 2004.

PATTO, M. H. S. **Exercícios de indignação: escritos de educação e psicologia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

PFROMM NETTO, S. As origens e o desenvolvimento da psicologia escolar. In: WECHSLER, S. M. (Org.). **Psicologia escolar: pesquisa, formação e prática**. Campinas: Alínea, 2008.

PINHEIRO, M. Aspectos históricos da neuropsicologia: subsídios para a formação de educadores. **Educar**. Curitiba: UFPR, 2005. n. 25, p. 175-196.

REINHOLD, H. H. *O burnout*. In: LIPP, M. N. **O stress do professor**. Campinas: Papyrus, 2008.

RITALINA:cloridrato de metilfenidato. São Paulo: Novartis, 2011. Bula de remédio. Disponível em: <<http://www.bulas.med.br/bula/3721/ritalina.htm>>. Acesso em: 20 set. 2012.

ROCHA, M. L. Educação em tempos de tédio: um desafio à micropolítica. In: TANAMACHI, E. R.; SOUZA, M. P. R.; ROCHA, M. L. (Orgs.). **Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p.185-208.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, n. 1, jan./jun. 2003.

SANTOS, A. A. C. Uma proposta de olhar os cadernos escolares. In: SOUZA, B. P. (Org.). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 165-184.

SASSAKI, R. K. **Deficiência mental ou deficiência intelectual**. [S.l.], 2004. Disponível em: <<http://www.todosnos.unicamp.br:8080/lab/links-uteis/acessibilidade-e-inclusao/textos/deficiencia-mental-ou-deficiencia-intelectual/>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. (Coords.). Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição (v. 2). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2013.

SCHNEIDERS, R. E. et al. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: enfoque sobre o tratamento com cloridrato de Metilfenidato e suas implicações práticas**. In: 58ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC. **Anais...** Florianópolis, 2006.

SCHOTT, D. L.; TONDIN, C. F.; BONAMIGO, I. S.; FIABANI, M.; SACHETT, S. A. A atuação do psicólogo na rede pública de educação frente à demanda escolar: regulamentação, concepções, práticas e inovações. **Portal de Periódicos Unochapecó**. Anais. Chapecó, 2009.

SOARES, H. L. R.; CUNHA, C. E. C. A síndrome do "burn-out": sofrimento psíquico nos profissionais de saúde. **Revista do Departamento de Psicologia**, Niterói, RJ: UFF, v. 19, n. 2, p. 505-506, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000200021&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SOUZA, B. P. Funcionamentos escolares e a produção de fracasso escolar e sofrimento. In: SOUZA, B. P. (Org.) **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 241-278.

SOUZA, M. P. R. **A queixa escolar e a formação do psicólogo**. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996. 253 f.

_____. Políticas públicas e educação: desafios, dilemas e possibilidades. In: ASBAHR, F.; VIEGAS, L.; ANGELUCCI, C. (Orgs.). **Políticas públicas em educação & psicologia escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 229-243.

_____. Prontuários revelando os bastidores do atendimento psicológico. In: SOUZA, B. P. (Org.). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 27-48.

_____. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 27-40.

STRAUSS, S. L. Problemas com a medicalização da dislexia. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. (Orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013. p. 293-310.

TADA, I. N. C. **Dialogando com Amanda: contribuições da teoria histórico cultural na compreensão de uma jovem com síndrome de Down**. 2005. 227p. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005.

TADA, I. N. C.; SAPIA, I. P.; LIMA, V. A. A. Psicologia escolar em Rondônia: formação e práticas. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 14, n. 2, p. 330-340, 2010.

TANAMACHI, E. R. Mediações teórico-práticas de uma visão crítica em psicologia escolar. In: TANAMACHI, E. R.; SOUZA, M. P. R.; ROCHA, M. L. (Orgs.). **Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 73-104.

TANAMACHI, E. R.; MEIRA, M. E. M. A atuação do psicólogo como expressão do pensamento crítico em psicologia e educação. In: MEIRA, M. E. A.; ANTUNES, M. A. M. (Orgs.). **Psicologia escolar: práticas críticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 11-62.

_____. Os desafios de atuação do psicólogo escolar: da educação especial à educação inclusiva. In: SOUZA, A. M. L. et al (Orgs.). **Psicologia, saúde e educação: desafios na realidade Amazônica**. São Carlos, SP: Pedro e João Editores; Porto Velho, RO: EDUFRO, p. 61-83, 2009.

TEMPORÃO, J. G. Indústria farmacêutica e medicalização. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. (Orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013. p. 65-78.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições,

diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 13 out. 2011.

VIÉGAS, L. S. A atuação do psicólogo na rede pública baiana de educação frente à demanda escolar: concepções, práticas e inovações. **Estudos IAT**, v. 2, p. 1-21, 2012.

WELCH, G.; SCHWARTZ, L.; WOLOSHIN, S. O que está nos deixando doentes é uma... epidemia de diagnósticos: medicina x indústria farmacêutica. **Jornal do CREMESP**. São Paulo, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=954>>. Acesso em: 08 jul. 2012.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, 2009. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/53097066/27/TECNICAS-DE-COLETA-DE-DADOS>>. Acesso em: 13 out. 2011.

ZUCOLOTO, P. C. S. V. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 136-145, 2007.

APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO

Ilmo. Sr.

Secretário Estadual de Saúde,

Meu nome é Luna Pereira Sapia, aluna do mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia. Venho por meio desta, solicitar a Vossa Senhoria a colaboração necessária para a realização da pesquisa intitulada “Neurologistas e Distúrbios de Aprendizagem: a Construção do Diagnóstico”.

O objetivo da pesquisa é entender como os neurologistas compreendem os problemas de aprendizagem.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista com os neurologistas que atuam nas Unidades de Saúde em um horário e local que não traga prejuízos ao seu funcionamento.

A participação dos neurologistas será voluntária mediante autorização por escrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cuja cópia se encontra em anexo para o seu conhecimento.

Na oportunidade assumimos o compromisso de preservar o nome dos neurologistas e das Unidades de Saúde em publicações ou apresentações de trabalho, bem como nos comprometemos a encaminhar os resultados da pesquisa à Secretaria. Desse modo colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Luna Pereira Sapia

Mestranda

Programa de Pós Graduação em Psicologia

Universidade Federal de Rondônia

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, Secretário Estadual de Saúde autorizo a realização da pesquisa, conforme os termos mencionados acima

Porto Velho, ____ de _____ de 2011.

APÊNDICE B – CARTA DE APRESENTAÇÃO

Ilmo. Sr.

Diretor do Hospital de Base,

Meu nome é Luna Pereira Sapia, aluna do mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia. Venho por meio desta, solicitar a Vossa Senhoria a colaboração necessária para a realização da pesquisa intitulada “Neurologistas e Distúrbios de Aprendizagem: a Construção do Diagnóstico”.

O objetivo da pesquisa é entender como os neurologistas compreendem os problemas de aprendizagem.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista com os neurologistas que atuam nas Unidades de Saúde em um horário e local que não traga prejuízos ao seu funcionamento.

A participação dos neurologistas será voluntária mediante autorização por escrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cuja cópia se encontra em anexo para o seu conhecimento.

Na oportunidade assumimos o compromisso de preservar o nome dos neurologistas e das Unidades de Saúde em publicações ou apresentações de trabalho, bem como nos comprometemos a encaminhar os resultados da pesquisa à esta instituição. Desse modo colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Luna Pereira Sapia

Mestranda

Programa de Pós Graduação em Psicologia

Universidade Federal de Rondônia

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, Diretor do Hospital de Base autorizo a realização da pesquisa, conforme os termos mencionados acima

Porto Velho, ____ de _____ de 2011.

APÊNDICE C – CARTA DE APRESENTAÇÃO

Ilmo. Sr.

Diretor da Policlínica Oswaldo Cruz,

Meu nome é Luna Pereira Sapia, aluna do mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia. Venho por meio desta, solicitar a Vossa Senhoria a colaboração necessária para a realização da pesquisa intitulada “Neurologistas e Distúrbios de Aprendizagem: a Construção do Diagnóstico”.

O objetivo da pesquisa é entender como os neurologistas compreendem os problemas de aprendizagem.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista com os neurologistas que atuam nas Unidades de Saúde em um horário e local que não traga prejuízos ao seu funcionamento.

A participação dos neurologistas será voluntária mediante autorização por escrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cuja cópia se encontra em anexo para o seu conhecimento.

Na oportunidade assumimos o compromisso de preservar o nome dos neurologistas e das Unidades de Saúde em publicações ou apresentações de trabalho, bem como nos comprometemos a encaminhar os resultados da pesquisa à esta instituição. Desse modo colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Luna Pereira Sapia

Mestranda

Programa de Pós Graduação em Psicologia

Universidade Federal de Rondônia

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, Diretor da Policlínica Oswaldo Cruz autorizo a realização da pesquisa, conforme os termos mencionados acima

Porto Velho, ____ de _____ de 2011.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Neurologistas e Distúrbios de Aprendizagem: a Construção do Diagnóstico”.

Pesquisadora responsável: Luna Pereira Sapia, aluna do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia

Este documento visa solicitar a sua participação na pesquisa “Neurologistas e Distúrbios de Aprendizagem: a Construção do Diagnóstico” que tem como objetivo entender como os neurologistas de Porto Velho/RO compreendem os problemas de aprendizagem.

A pesquisa consistirá em uma entrevista individual a ser realizada no local em que você preferir, a qual será gravada em áudio. Tudo o que for gravado e o que você me disser serão mantidos sob sigilo, ou seja, não serão divulgados nomes, endereço ou qualquer informação que possa levar à sua identificação. Informo-lhe que as informações que você me fornecer poderão ser utilizadas para publicação de trabalhos científicos ou apresentação em encontros de natureza científica.

Não há nenhum risco significativo em participar desse estudo. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico, ajudando na compreensão do diagnóstico às queixas escolares. A sua participação é inteiramente voluntária e é seu direito retirar-se da pesquisa em qualquer momento que desejar, bem como determinar que sejam excluídas da pesquisa quaisquer informações que já tenham sido dadas, sem que isso implique em qualquer prejuízo a você. Informamos-lhe também que não haverá nenhuma remuneração pela sua participação no presente estudo e nenhum tipo de despesa.

A qualquer momento, você poderá nos solicitar esclarecimentos sobre a metodologia ou qualquer outra dúvida sobre a pesquisa pelo telefone 21822025 ou 84427002.

Atenciosamente,

Luna Pereira Sapia
Mestranda

Eu, _____, após ter lido e discutido com a pesquisadora os aspectos contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após estar convenientemente esclarecido(a), declaro que concordo em participar voluntariamente da presente pesquisa e não ter recebido nenhuma forma de pressão para tanto. Declaro, também, ter recebido uma cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Porto Velho, ____/____/2011

Assinatura do Participante

APÊNDICE E – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- Quantos anos você tem?
- Em que cidade e instituição fez sua especialização?
- Qual o seu tempo de formação como médico?
- E como neurologista?
- Já ministrou ou ministra aulas em alguma faculdade?
- O que vem a ser para você distúrbios de aprendizagem?
- Quais os elementos teóricos e práticos sobre os distúrbios de aprendizagem que obteve na formação em Neurologia?
- Quais os fundamentos neurológicos da aprendizagem que orientam suas ações?
- Quais os exames que realiza ou solicita para diagnosticar os pacientes com problemas de aprendizagem?
- Quais os distúrbios de aprendizagem que aparecem com maior frequência em sua prática profissional? Quais os critérios que utiliza para diagnosticá-los?

ANEXO A – TDAH DE ACORDO COM O DSM-IV

DÉFICIT DE ATENÇÃO e HIPERATIVIDADE - DSM.IV

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (Critério A). Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos (Critério B).

Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho) (Critério C). Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos (Critério D). A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade) (Critério E).

A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas (Critério A1a). O trabalho freqüentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração adequada. Os indivíduos com freqüência têm dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir em tarefas até seu término (Critério A1b). Eles freqüentemente dão a impressão de estarem com a mente em outro local, ou de não escutarem o que recém foi dito (Critério A1c).

Pode haver freqüentes mudanças de uma tarefa inacabada para outra. Os indivíduos diagnosticados com este transtorno podem iniciar uma tarefa, passar para outra, depois voltar a atenção para outra coisa antes de completarem qualquer uma de suas incumbências. Eles freqüentemente não atendem a solicitações ou instruções e não conseguem completar o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outros deveres (Critério A1d). O fracasso para completar tarefas deve ser considerado, ao fazer o diagnóstico, apenas se ele for devido à desatenção, ao invés de outras possíveis razões (por ex., um fracasso para compreender instruções).

Esses indivíduos com freqüência têm dificuldade para organizar tarefas e atividades (Critério A1e). As tarefas que exigem um esforço mental constante são vivenciadas como desagradáveis e acentuadamente aversivas. Por conseguinte, esses indivíduos em geral evitam ou têm forte antipatia por atividades que exigem dedicação ou esforço mental prolongados ou que exigem organização ou concentração (por ex., trabalhos escolares ou burocráticos) (Critério A1f). Esta evitação deve ocorrer por dificuldades da pessoa com a atenção, e não devido a uma atitude oposicional primária, embora uma oposição secundária possa também ocorrer.

Os hábitos de trabalho freqüentemente são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com freqüência são espalhados, perdidos ou manuseados com descuido e danificados (Critério A1g). Os indivíduos com este transtorno são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais que em geral são facilmente ignorados por outros (por ex., a buzina de um automóvel, uma conversa ao fundo) (Critério A1h). Eles freqüentemente se esquecem de coisas nas atividades diárias (por ex., faltar a compromissos marcados, esquecer de levar o lanche para o trabalho ou a escola) (Critério A1i).

Nas situações sociais, a desatenção pode manifestar-se por freqüentes mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades.

A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se na cadeira (Critério A2a), por não permanecer sentado quando deveria (Critério A2b), por correr ou subir excessivamente em coisas quando isto é inapropriado (Critério A2c), por dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer (Critério A2d), por freqüentemente parecer estar "a todo vapor" ou "cheio de gás" (Critério A2e) ou por falar em excesso (Critério A2f). A hiperatividade pode variar de acordo com a idade e nível de desenvolvimento do indivíduo, devendo o diagnóstico ser feito com cautela em crianças pequenas. Os bebês e pré-escolares com este transtorno diferem de crianças ativas, por estarem constantemente inquietos e envolvidos com tudo à sua volta; eles andam para lá e para cá, movem-se "mais rápido que a sombra", sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades sedentárias em grupo durante a pré-escola (por ex., para escutar uma estória).

As crianças em idade escolar exibem comportamentos similares, mas em geral com menor freqüência ou intensidade do que bebês e pré-escolares. Elas têm dificuldade para permanecer sentadas, levantam-se com freqüência e se remexem ou sentam-se na beira da cadeira, como que prontas para se levantarem. Elas manuseiam objetos inquietamente, batem com as mãos e balançam pernas e braços excessivamente. Com freqüência se levantam da mesa durante as refeições, enquanto assistem televisão ou enquanto fazem os deveres de casa; falam em excesso e podem fazer ruídos demasiados durante atividades tranqüilas.

Em adolescentes e adultos, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranqüilas e sedentárias.

A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas (Critério A2g), dificuldade para aguardar sua vez (Critério A2h) e interrupção freqüente ou intrusão nos assuntos de outros, ao ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais (Critério A2i).

Outros podem queixar-se de dificuldade para se expressar adequadamente. Os indivíduos com este transtorno tipicamente fazem comentários inoportunos, interrompem demais os outros, metem-se em assuntos alheios, agarram objetos de outros, pegam coisas que não deveriam tocar e fazem palhaçadas.

A impulsividade pode levar a acidentes (por ex., derrubar objetos, colidir com pessoas, segurar inadvertidamente uma panela quente) e ao envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem consideração quanto às possíveis conseqüências (por ex., andar de skate em um terreno extremamente irregular).

As manifestações comportamentais geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou situações sociais. Para fazer o diagnóstico, algum prejuízo deve estar presente em pelo menos dois contextos (Critério C). É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do mesmo contexto em todos os momentos.

Os sintomas tipicamente pioram em situações que exigem atenção ou esforço mental constante ou que não possuem um apelo ou novidade intrínsecos (por ex., escutar professores, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas). Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois (por ex., no consultório do médico) ou enquanto recebe recompensas freqüentes por um comportamento apropriado.

Os sintomas são mais prováveis em situações de grupo (por ex., no pátio da escola, sala de aula ou ambiente de trabalho). O clínico deve indagar, portanto, acerca do comportamento do indivíduo em uma variedade de situações, dentro de cada contexto.

Subtipos

Embora a maioria dos indivíduos apresente sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, existem alguns indivíduos nos quais há predominância de um ou outro padrão. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem há pelo menos 6 meses. A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno tem o Tipo Combinado. Não se sabe se o mesmo vale para adultos com o transtorno.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistem há pelo menos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos 6 meses. A desatenção pode, com freqüência, ser um aspecto clínico significativo nesses casos.

Procedimentos de Registro

Os indivíduos que em um estágio anterior do transtorno tinham o Tipo Predominantemente Desatento ou o Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo podem vir a desenvolver o Tipo Combinado, e vice-versa. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão sintomático predominante nos últimos 6 meses.

Caso persistam sintomas clinicamente significativos mas os critérios não mais sejam satisfeitos para qualquer dos subtipos, o diagnóstico apropriado é Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Quando os sintomas de um indivíduo não satisfazem, atualmente, todos os critérios para o transtorno e não está claro se eles alguma vez foram satisfeitos, deve-se diagnosticar Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação.

Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. As características associadas variam, dependendo da idade e do estágio evolutivo e podem incluir baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e freqüente para que suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização, disforia, rejeição por seus pares e baixa auto-estima.

As realizações acadêmicas em geral estão prejudicadas e insatisfatórias, tipicamente ocasionando conflitos com a família e autoridades escolares. A insuficiente dedicação às tarefas que exigem esforço constante freqüentemente é interpretada pelos outros como sinal de preguiça, um fraco senso de responsabilidade e comportamento de oposição.

Os relacionamentos familiares com freqüência se caracterizam por ressentimento e hostilidade, especialmente porque a variabilidade no estado sintomático do indivíduo muitas vezes leva os pais a crerem que todo o comportamento perturbador é voluntário. Os indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade podem atingir menor grau de escolarização e realizações vocacionais mais fracas do que seus pares. O desenvolvimento intelectual, avaliado por testes individuais de QI, parece ser um pouco inferior em crianças com este transtorno. Em sua forma severa, o transtorno causa grandes prejuízos, afetando o ajustamento social, familiar e escolar.

Uma parcela substancial das crianças encaminhadas a clínicas por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também tem Transtorno Desafiador de Oposição ou Transtorno da Conduta. É possível que haja uma prevalência superior de Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem e Transtornos da Comunicação em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

O transtorno não é infreqüente entre indivíduos com Transtorno de Tourette; quando os dois transtornos coexistem, o início do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade freqüentemente precede o início do Transtorno de Tourette. Pode existir uma história de abuso ou negligência à criança, múltiplas colocações

em lares adotivos, exposição a neurotoxinas (por ex., envenenamento por chumbo), infecções (por ex., encefalite) exposição a drogas in útero, baixo peso ao nascer e Retardo Mental.

Achados laboratoriais associados

Nenhum teste laboratorial foi estabelecido como diagnóstico na avaliação clínica do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Os testes que exigem processamento mental concentrado são anormais em grupos de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, em comparação com sujeitos-controle, mas ainda não está inteiramente claro qual o déficit cognitivo fundamental responsável por isto.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.

Não existem aspectos físicos específicos associados com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, embora anomalias físicas menores (por ex., hipertelorismo, palato altamente arqueado, orelhas com baixa inserção) possam ocorrer em uma proporção superior à da população em geral. Também pode haver uma taxa superior de ferimentos físicos.

Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ocorre em várias culturas, sendo que as variações na prevalência relatada entre os países ocidentais provavelmente decorrem mais de diferentes práticas diagnósticas do que de diferenças na apresentação clínica.

É especialmente difícil estabelecer o diagnóstico em crianças com menos de 4 ou 5 anos, pelo fato de seu comportamento característico ser muito mais variável do que o de crianças mais velhas e incluir, possivelmente, aspectos similares aos sintomas do transtorno. Além disso, em geral é difícil observar sintomas de desatenção em bebês e crianças pré-escolares, porque as crianças jovens tipicamente sofrem poucas exigências de atenção prolongada. Entretanto, mesmo a atenção de criança pequenas pode ser mantida em uma variedade de situações (por ex., a criança típica de 2 ou 3 anos de idade em geral consegue ficar sentada com um adulto, olhando livros de figuras).

Em comparação, crianças pequenas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade movem-se excessivamente, sendo em geral difícil contê-las. Indagar sobre uma ampla variedade de comportamentos em uma criança pequena pode ser útil para assegurar-se da obtenção de um quadro clínico completo. À medida que as crianças amadurecem, os sintomas geralmente se tornam menos conspícuos. Ao final da infância e início da adolescência, os sinais de excessiva atividade motora ampla (por ex., correr ou escalar excessivamente, não conseguir permanecer sentado) passam a ser menos comuns, podendo os sintomas de hiperatividade limitar-se à inquietação ou uma sensação íntima de agitação ou nervosismo.

Em crianças em idade escolar, os sintomas de desatenção afetam o trabalho em sala de aula e o desempenho acadêmico. Os sintomas de impulsividade também podem levar ao rompimento de regras familiares, interpessoais e educacionais, especialmente na adolescência. Na idade adulta, a inquietação pode ocasionar

dificuldades ao participar de atividades sedentárias e a evitação de passatempos ou ocupações que oferecem limitadas oportunidades para movimentos espontâneos (por ex., trabalhos burocráticos).

O transtorno é muito mais freqüente no sexo masculino, com as razões masculino-feminino sendo de 4:1 a 9:1, dependendo do contexto (isto é, população geral ou clínicas).

Prevalência

A prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é estimada em 3-5% entre as crianças em idade escolar. Existem poucos dados sobre a prevalência na adolescência e idade adulta.

Curso

A maioria dos pais observa pela primeira vez o excesso de atividade motora quando as crianças ainda estão engatinhando, freqüentemente coincidindo com o desenvolvimento da locomoção independente. Entretanto, uma vez que muitos bebês hiperativos não desenvolvem o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, deve-se ter cautela ao fazer este diagnóstico em uma idade muito precoce. Geralmente, o transtorno é diagnosticado pela primeira vez durante as primeiras séries, quando o ajustamento à escola está comprometido.

Na maioria dos casos observados nos contextos clínicos, o transtorno é relativamente estável durante o início da adolescência. Na maioria dos indivíduos, os sintomas atenuam-se durante o final da adolescência e idade adulta, embora uma minoria dessas pessoas experiencie o quadro sintomático completo de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade até os anos intermediários da idade adulta. Outros adultos podem reter alguns dos sintomas, aplicando-se nestes casos um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Este diagnóstico aplica-se aos indivíduos que não mais têm o transtorno com todos os seus aspectos característicos, mas ainda retêm alguns sintomas que causam prejuízo funcional.

Padrão Familiar

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é encontrado com maior freqüência nos parentes biológicos em primeiro grau de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Os estudos também sugerem que existe uma prevalência superior de Transtornos do Humor e de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno da Personalidade Anti-Social nos membros das famílias de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Diagnóstico Diferencial

Na infância, pode ser difícil distinguir entre os sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e comportamentos apropriados à idade em crianças ativas (por ex., correrias e barulho excessivo).

Os sintomas de desatenção são mais comuns entre crianças com baixo QI

colocadas em contextos escolares em desacordo com sua capacidade intelectual. Esses comportamentos devem ser diferenciados de sinais similares em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Em crianças com Retardo Mental, um diagnóstico adicional de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deve ser feito apenas se os sintomas de desatenção ou hiperatividade forem excessivos para a idade mental da criança. A desatenção em sala de aula pode também ocorrer quando crianças com alta inteligência são colocadas em ambientes escolares pouco estimuladores.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também deve ser diferenciado da dificuldade no comportamento dirigido a objetivos em crianças oriundas de ambientes inadequados, desorganizados ou caóticos. Relatos de múltiplos informantes (por ex., babás, avós ou pais de companheiros de brincadeiras) são úteis para o oferecimento de uma confluência de observações acerca da desatenção, hiperatividade e capacidade de auto-regulagem adequada ao nível de desenvolvimento da criança em vários contextos.

Indivíduos com comportamento opositivo podem resistir ao trabalho ou tarefas escolares que exigem autodedicação, em razão da relutância em conformar-se às exigências dos outros. Esses sintomas devem ser diferenciados da evitação de tarefas escolares vista em indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Complicando o diagnóstico diferencial está o fato de que alguns indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade desenvolvem atitudes oposicionais secundárias em relação a essas tarefas e desvalorizam sua importância, freqüentemente como uma racionalização para seu fracasso.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno da Personalidade, Transtorno Dissociativo, Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, ou um Transtorno Relacionado a Substância). Em todos esses transtornos, os sintomas de desatenção tipicamente iniciam após os 7 anos de idade, e a história do ajustamento à escola na infância geralmente não se caracteriza por um comportamento disruptivo ou queixas de professores envolvendo comportamento desatento, hiperativo ou impulsivo.

Quando um Transtorno do Humor ou Transtorno de Ansiedade ocorre concomitantemente com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, cada um deles deve ser diagnosticado. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou um Transtorno Psicótico.

Os sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade relacionados ao uso de medicamentos (por ex., broncodilatadores, isoniazida, acatisia por neurolépticos) em crianças com menos de 7 anos de idade não são diagnosticados como Transtorno

de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mas sim como Transtorno Relacionado a Outras Substâncias, Sem Outra Especificação.

Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

A. Ou (1) ou (2)

1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:
Desatenção:

(a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras

(b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas

(c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra

(d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)

(e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades

(f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)

(g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa

(i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias

2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

(a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira

(b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado

(c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)

(d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer

(e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"

(f) freqüentemente fala em demasia

Impulsividade:

(g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas

(h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez

(i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Codificar com base no tipo:

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".

F90.9 - 314.9 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação

Esta categoria aplica-se a transtornos com sintomas proeminentes de desatenção ou hiperatividade-impulsividade que não satisfazem os critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Esta categoria aplica-se a transtornos com sintomas proeminentes de desatenção ou hiperatividade-impulsividade que não satisfazem os critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

ANEXO B – BULA RITALINA**RITALINA**

ESTIMULANTE

DO SISTEMA

NERVOSO CENTRAL.

Forma farmacêutica e apresentação - RITALINA

Comprimidos de 10 mg (sulcados). Caixas com 20 comprimidos.

USO ADULTO E EM CRIANÇAS A PARTIR DE 6 ANOS**Composição - RITALINA**

Cada comprimido contém: cloridrato de metilfenidato 10 mg; excipiente q.s.p. 1 comprimido.

Informação ao paciente - RITALINA

O produto deve ser protegido da umidade e do calor. O prazo de validade está impresso no cartucho. Não utilize o medicamento após a data de validade. Como regra geral, nenhum medicamento deve ser administrado durante a gravidez, particularmente nos 3 primeiros meses. As pacientes grávidas devem informar essa condição ao seu médico, antes de iniciar ou prosseguir o tratamento com **RITALINA**. Por razões de segurança, as mães que estejam amamentando não devem utilizar **RITALINA**.

O medicamento deve ser administrado de preferência 30 a 45 minutos antes das refeições. Se o medicamento for administrado no final do dia, os pacientes com dificuldade para dormir devem tomar a última dose antes das 18 horas. O tratamento não deve ser interrompido; somente o médico deve indicar quando e como suspender a administração do produto.

A habilidade para dirigir veículos e/ou operar máquinas pode estar prejudicada em pacientes tratados com **RITALINA**. Uma cuidadosa determinação dos possíveis riscos e benefícios do tratamento, entretanto, deve ser feita em colaboração com o médico, antes do seu início. Os pacientes em uso de **RITALINA** normalmente se queixam de desconforto abdominal, náusea e azia no início do tratamento. Essas queixas diminuem espontaneamente ou após alguns dias, tomando-se os comprimidos durante as refeições. **RITALINA** pode causar diminuição de apetite e isso pode resultar, em perda de peso ou atraso de crescimento (peso e altura), especialmente em crianças. A suspensão regular do medicamento nos fins de semana e nas férias ajuda a restringir os efeitos indesejados ao mínimo, mas tal esquema somente deve ser adotado sob orientação do médico. A retomada de crescimento normalmente ocorre após a descontinuação do tratamento. **RITALINA** pode causar insônia, se for administrado muito próximo da hora costumeira de dormir. A última dose diária de **RITALINA** deve ser tomada até 4 horas antes de dormir. Em caso de superdosagem, devem ser tomadas providências médicas imediatas.

TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.

Se o paciente estiver tomando qualquer outro medicamento, o médico deve ser informado. **RITALINA** não deve ser usado para aliviar a fadiga normal. Os pacientes agitados, tensos ou ansiosos não devem ser tratados com **RITALINA**. Os pacientes portadores de glaucoma (aumento da pressão intra-ocular) ou de distúrbios cardíacos ou tireoidianos não devem tomar **RITALINA**. O produto não deve ser utilizado em crianças menores de 6 anos de idade. O abuso de **RITALINA** pode

levar à tolerância acentuada e à dependência. Devem ser feitos exames de sangue periódicos durante os tratamentos prolongados.

NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE.

Informação técnica - RITALINA

-Farmacodinâmica

RITALINA é um estimulante do sistema nervoso central. Seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado, mas presumivelmente ele exerce seu efeito estimulante ativando o sistema de excitação do tronco cerebral e o córtex. O mecanismo pelo qual ele produz seus efeitos psíquicos e comportamentais em crianças não está claramente estabelecido, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central.

Propriedades farmacocinéticas - RITALINA

Absorção Após a administração oral, a substância ativa (cloridrato de metilfenidato) é rápida e quase completamente absorvida. Pelo extenso metabolismo de primeira passagem, sua disponibilidade sistêmica é de apenas 30% (11-51%) da dose. Sua ingestão junto com alimentos acelera a absorção mas não tem efeito na quantidade absorvida. Concentrações plasmáticas máximas de aproximadamente 40 nmol/litro (11 ng/ml) são obtidas em média 2 horas após a administração de 0,30 mg/kg. As concentrações plasmáticas máximas, entretanto, variam acentuadamente entre os pacientes. A área sob a curva de concentração plasmática (AUC) e a concentração plasmática máxima são proporcionais à dose.

Distribuição

No sangue, o metilfenidato e seus metabólitos são distribuídos entre o plasma (57%) e os eritrócitos (43%). A ligação com as proteínas plasmáticas do metilfenidato e seus metabólitos é baixa (10 a 33%). O volume de distribuição aparente é de cerca de 13,1 litros/kg.

Biotransformação

A biotransformação do metilfenidato é rápida e extensiva. As concentrações plasmáticas máximas do principal metabólito deesterificado, o ácido -fenil-2-piperidino acético são atingidas aproximadamente 2 horas após a administração do metilfenidato e são 30 a 50 vezes mais altas do que as da substância inalterada. A meia-vida do ácido -fenil-2-piperidino acético é cerca de duas vezes a do metilfenidato e o *clearance* sistêmico médio é de 0,17 litro/h/kg. Apenas pequenas quantidades dos metabólitos hidroxilados (ex.: hidroximetilfenidato e ácido hidroxiritalínico) são detectáveis. A atividade terapêutica parece ser exercida principalmente pelo composto precursor.

Eliminação

O metilfenidato é eliminado do plasma com meia-vida média de 2 horas. O *clearance* sistêmico médio aparente é de 10 litros/h/kg. Após a administração oral, 78 a 97% da dose administrada são excretados pela urina e 1 a 3% pelas fezes sob a forma de metabólitos, em 48 a 96 horas. Apenas pequenas quantidades (<1%) de metilfenidato inalterado aparecem na urina. A maior parte da dose é excretada na urina como ácido -fenil-2-piperidino acético (60-86%).

Características em pacientes

Não há diferenças aparentes no comportamento farmacocinético do metilfenidato entre crianças hiperativas e adultos normais. Os dados de eliminação indicam que,

em pacientes com função renal normal, a excreção renal do metilfenidato inalterado dificilmente seria diminuída na presença de redução da função renal. Entretanto, a excreção renal do metabólito ácido -fenil-2-piperidino acético pode ser reduzida.

Indicações - RITALINA

Déficit de atenção e hiperatividade (DAH).

O DAH era anteriormente conhecido como distúrbio de déficit de atenção ou disfunção cerebral mínima em crianças. Outros termos utilizados para descrever essa síndrome comportamental incluíam: síndrome da criança hipercinética, lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, disfunção cerebral menor e síndrome psicorgânica de crianças. **RITALINA** é indicado como parte de um programa de tratamento amplo que tipicamente inclui medidas psicológicas, educacionais e sociais para estabilizar as crianças com uma síndrome comportamental caracterizada por distractibilidade moderada a grave, déficit de atenção, hiperatividade, labilidade emocional e impulsividade. O diagnóstico não deve ser definitivo, se tais sintomas são apenas de origem recente. Os sinais neurológicos não-localizáveis (fracos), a deficiência de aprendizado e EEG anormal podem ou não estar presentes e um diagnóstico de disfunção do sistema nervoso central pode ou não ser assegurado.

Considerações especiais sobre o diagnóstico de DAH.

A etiologia específica dessa síndrome é desconhecida e não há teste diagnóstico específico. O diagnóstico adequado requer ambos os recursos, médicos e psicológicos especiais, educacionais e sociais. As características comumente relatadas incluem: história crônica de déficit de atenção, distractibilidade, labilidade emocional, impulsividade, hiperatividade de moderada a grave, sinais neurológicos menores e EEG anormal. O aprendizado pode ou não estar prejudicado. O diagnóstico deve ser baseado na história e na avaliação completas da criança e não apenas na presença de uma ou mais dessas características. O tratamento medicamentoso não é indicado para todas as crianças com a síndrome. Os estimulantes não são indicados a crianças que apresentem sintomas secundários a fatores ambientais (em particular, crianças submetidas a maus tratos) e/ou distúrbios psiquiátricos primários, incluindo-se psicoses. Uma orientação educacional apropriada é essencial e a intervenção psicossocial é geralmente necessária. Quando medidas corretivas isoladas são insuficientes, a decisão de se prescrever um estimulante dependerá da avaliação médica sobre a duração e gravidade dos sintomas da criança.

Narcolepsia.

Os sintomas incluem sonolência durante o dia, episódios de sono inapropriados e ocorrência súbita de perda do tônus muscular voluntário.

Contra-indicações - RITALINA

Ansiedade, tensão, agitação, hipertireoidismo, arritmia cardíaca, angina do peito grave e glaucoma. Hipersensibilidade ao metilfenidato. Também é contra-indicado a pacientes com tiques motores, com parentes com tiques e história familiar ou diagnóstico de síndrome de Tourette.

Advertências - RITALINA

RITALINA não deve ser utilizado em crianças com menos de seis anos de idade, uma vez que a segurança e a eficácia nesse grupo etário não foram estabelecidas.

RITALINA não deve ser utilizado para tratamento de depressão grave de origem

exógena ou endógena. A experiência clínica sugere que a administração de **RITALINA** a crianças psicóticas pode exacerbar os sintomas comportamentais e as alterações de pensamento. O abuso de **RITALINA** pode conduzir à tolerância acentuada e dependência psíquica com graus variados de comportamento anormal. Episódios psicóticos podem ocorrer, especialmente em resposta ao abuso por via parenteral. Os dados clínicos disponíveis indicam que o tratamento com **RITALINA** durante a infância não aumenta a probabilidade de dependência.

Precauções - RITALINA

O tratamento com **RITALINA** não é indicado em todos os casos de DAH e deve ser considerado somente após completo levantamento da história e avaliação da criança. A decisão de prescrever **RITALINA** deve depender da avaliação médica da duração e gravidade dos sintomas e de sua adequação à idade da criança. O fármaco não deve ser prescrito somente pela presença de uma ou mais das características comportamentais. Quando esses sintomas estão associados a reações de estresse agudo, o tratamento com **RITALINA** usualmente não é indicado. **RITALINA** deve ser usado com cautela em pacientes com epilepsia. A experiência clínica tem demonstrado que um pequeno número desses pacientes pode sofrer um leve aumento na frequência de crises, quando tratados com **RITALINA**. Se a frequência das crises aumentar, **RITALINA** deve ser descontinuada.

Embora não tenha sido ainda confirmada uma relação causal, tem sido relatado uma moderada redução no ganho de peso e um ligeiro retardo no crescimento com o uso prolongado de estimulantes em crianças. Isso é normalmente acompanhado por uma retomada do crescimento quando o medicamento é descontinuado. A fim de minimizar tais complicações, alguns especialistas recomendam períodos sem o medicamento, especialmente durante as férias escolares.

Recomenda-se cautela com pacientes emocionalmente instáveis, tais como aqueles com história de dependência de drogas ou alcoolismo, pois eles podem aumentar a dose por iniciativa própria.

Usar com cautela em pacientes com hipertensão. A pressão arterial deve ser monitorizada a intervalos apropriados em todos os pacientes em tratamento com **RITALINA**, especialmente naqueles com hipertensão.

Os dados de segurança e eficácia sobre o uso de **RITALINA** a longo prazo não são completos. Conseqüentemente, os pacientes que necessitem de terapia a longo prazo devem ser cuidadosamente monitorizados. Durante as terapias prolongadas, recomenda-se executar periodicamente a contagem de células sanguíneas, inclusive a contagem diferencial e de plaquetas. É necessária supervisão cuidadosa durante a retirada do fármaco, uma vez que isso pode precipitar depressão, assim como conseqüências de hiperatividade. O acompanhamento a longo prazo pode ser necessário em alguns pacientes.

Gravidez e lactação - RITALINA

Não há evidências de riscos ao feto, mas a experiência durante a gravidez é limitada. Em estudos com animais, **RITALINA** não afetou a reprodução ou a fertilidade e não teve efeitos embriotóxico, fetotóxico ou teratogênico em doses de 2-5 vezes a dose terapêutica em humanos. **RITALINA** não deve ser administrado a gestantes, a menos que o benefício potencial supere o risco ao feto. Não há comprovação de que a substância ativa de **RITALINA** e/ou seus metabólitos passem

ao leite materno. Por razões de segurança, as mães que estejam amamentando não devem utilizar **RITALINA**.

Efeitos sobre a habilidade de dirigir veículos e/ou operar máquinas - RITALINA

Porque **RITALINA** poder afetar o desempenho, os pacientes devem ser advertidos a não dirigir, operar máquinas ou se envolver em outras atividades potencialmente perigosas.

Interações medicamentosas e outros tipos de interações - RITALINA

RITALINA deve ser utilizado com cautela em combinação com agentes que aumentam a pressão arterial e com inibidores da MAO. Estudos farmacológicos em seres humanos mostraram que **RITALINA** pode inibir o metabolismo de anticoagulantes cumarínicos, anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoína, primidona), fenilbutazona e antidepressivos tricíclicos (imipramina, desipramina). Pode ser necessária a redução da dosagem desses fármacos. **RITALINA** pode diminuir o efeito anti-hipertensivo da guanetidina. O álcool pode exacerbar as reações adversas dos fármacos psicoativos no SNC, inclusive de **RITALINA**. É portanto recomendável que os pacientes abstenham-se de álcool durante o tratamento.

Reações adversas - RITALINA

O nervosismo e a insônia são as reações adversas mais comuns. Ocorrem no início do tratamento e são usualmente controlados pela redução da dose e pela omissão da dose da tarde ou da noite. A diminuição de apetite é também comum, mas geralmente transitória. *Sistema nervoso central e periférico.*

Ocasionais: Cefaléia, sonolência, tontura, discinesia.

Raras: dificuldades de acomodação da visão e visão embaçada.

Casos isolados: hiperatividade, convulsões, câimbras, movimentos coreoatetóides, tiques ou exacerbação de tiques pré-existentes e síndrome de Tourette, psicose tóxica (algumas vezes com alucinações visuais e tácteis), humor depressivo transitório, arterite e/ou oclusão cerebral.

Trato gastrintestinal:

Ocasionais: dor abdominal, náusea, vômito. Ocorrem usualmente no início do tratamento, podendo ser aliviados pela ingestão concomitante de alimentos. Boca seca.

Sistema cardiovascular:

Ocasionais: taquicardia, palpitação, arritmias, alterações da pressão arterial e do ritmo cardíaco (geralmente aumentado).

Rara: *angina pectoris*.

Pele/hipersensibilidade:

Ocasionais: *rash*, prurido, urticária, febre, artralgia, alopecia.

Casos isolados: púrpura trombocitopênica, dermatite esfoliativa e eritema multiforme.

Sangue:

Casos isolados: leucopenia, trombocitopenia e anemia.

Outras:

Raras: redução moderada do ganho de peso e leve retardamento do crescimento, durante terapia prolongada em crianças.

Posologia - RITALINA

A dose deve ser adaptada às necessidades e respostas dos pacientes.

Adultos:

Para o tratamento de narcolepsia administrar em doses divididas 2 ou 3 vezes ao dia. A dose média diária é de 20-30 mg. Alguns pacientes podem necessitar de 40-60 mg diários. Em outros, 10-15 mg diários serão adequados. Pacientes com dificuldade para dormir, se a medicação for administrada ao final do dia, devem tomar a última dose antes das 18 horas.

Crianças (6 anos de idade ou acima):

Para o tratamento de DAH, procurar adaptar a administração do medicamento aos períodos de maiores dificuldades escolares, comportamentais e sociais para o paciente. Iniciar com 5 mg uma ou duas vezes ao dia (ex.: no café da manhã e no almoço), com incrementos graduais de 5 a 10 mg por semana. A dosagem diária total deve ser administrada em doses divididas. Não são recomendadas dosagens diárias que excedam 60 mg.

Se não for observada melhoria dos sintomas após os ajustes de dosagem durante um mês, o medicamento deve ser descontinuado. Se os sintomas se agravarem ou ocorrerem outras reações adversas, reduzir a dose ou, se necessário, descontinuar o medicamento.

Em algumas crianças, ocorre insônia, causada pela redução da ação do medicamento à noite. Tais crianças podem então retornar ao seu nível normal de atividade ou distração. Uma dose adicional de curta ação por volta das 20 horas pode resolver esse problema. Uma dose-teste antes de dormir é recomendada para esclarecimento.

RITALINA deve ser periodicamente descontinuada a fim de se avaliar a criança. A melhora pode ser mantida, quando o fármaco é descontinuado temporária ou permanentemente. O tratamento medicamentoso não pode e não precisa ser indefinido. Deve geralmente ser descontinuado durante ou após a puberdade.

Superdosagem - RITALINA**Sinais e sintomas**

Os sinais e sintomas de superdosagem aguda, causada principalmente pela superestimulação do sistema nervoso central e simpático, podem incluir: vômitos, agitação, tremores, hiperreflexia, espasmos musculares, convulsões (possivelmente seguidas por coma), euforia, confusão, alucinações, delírio, sudorese, rubor, cefaléia, hipertermia, taquicardia, palpitação, arritmias cardíacas, hipertensão, midríase e secura das membranas mucosas.

Tratamento

O tratamento consiste na aplicação de medidas de suporte. Proteger o paciente contra auto-agressão e estímulos externos, que poderiam agravar a hiperestimulação já presente. Se os sinais e sintomas não forem muito graves e o paciente estiver consciente, o conteúdo gástrico deve ser esvaziado por indução de vômito ou lavagem gástrica. Se a intoxicação for grave, uma dose cuidadosamente titulada de barbitúrico de curta ação deve ser administrada, antes de executar a lavagem gástrica. Deve ser ministrado cuidado intensivo para se manter adequadas a circulação e as trocas respiratórias; procedimentos de resfriamento externo podem ser necessários para hipertermia. Não foi estabelecida a eficácia da diálise peritoneal ou da hemodiálise para se tratar a superdosagem de **RITALINA**.

**ATENÇÃO: PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA OU PSÍQUICA
VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. "SÓ PODE SER VENDIDO COM A
RETENÇÃO DA RECEITA"**

ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**Fundação Universidade
Federal de Rondônia – UNIR**



Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde – CEP/NUSAU

Porto Velho, 09 de dezembro de 2011
Carta 059/2011/CEP/NUSAU
Da: Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Para: Iuna Pereira Sapia
Assunto: Parecer Ético
FR: 483440
CAAE: 0028.0.047.000-11

Informo-lhe que o projeto de pesquisa de sua autoria "*Neurologistas e distúrbios de aprendizagem: a construção do diagnóstico*" **foi aprovado** em reunião do Comitê de Ética realizada em 08/12/2011. Por consequência, o estudo poderá ser imediatamente iniciado.

Outrossim, esclareço ainda que este Comitê deve ser informado do andamento da investigação, bem como receber cópia do relatório final em meio digital, quando de sua conclusão.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, written in a cursive style. The signature appears to read "Lucinda Maria Dutra de S. Moreira".

Prof.^a Ms. Lucinda Maria Dutra de S. Moreira
Coordenadora/Portaria 260 GR/2010

Prof. Ms. Lucinda M. Dutra de S. Moreira
Comitê de Ética em Pesquisa NUSAU/UNIR
Coord. Port. 260/GR/2010