

A CLÍNICA DA APRENDIZAGEM

ABORDAGEM *Não* **MEDICALIZANTE**

**Rita Signor
Lilian Lisboa
Maria Cristina Riesinger Pereira
Sâmia Althaus**

A clínica da aprendizagem: abordagem *não* medicalizante

Rita Signor
Lilian Lisboa
Maria Cristina Riesinger Pereira
Sâmia Althaus

A clínica da aprendizagem: abordagem *não* medicalizante

“Não sei”
“Não consigo”
“É difícil”
“Sou agitado”
“Ninguém quer ser meu amigo”

Copyright © Autoras

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra só pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada com o consentimento das autoras. O texto do Anexo pode ser reproduzido e distribuído sem autorização prévia das autoras.

Rita Signor; Lilian Lisboa; Maria Cristina Riesinger Pereira; Sâmia Althaus

A clínica da aprendizagem: abordagem *não* medicalizante. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 142p. 14 x 21 cm.

**ISBN: 978-65-265-0119-1 [Impresso - 2022]
978-65-265-0666-0 [Digital]**

DOI: 10.51795/9786526506660

1. Clínica. 2. Aprendizagem. 3. Dificuldade escolar. 4. Abordagem não medicalizante. I. Título.

CDD – 370

Capa: Petricor Design

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Científico da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/ Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2023

Sumário

Introdução	7
1. Dificuldade escolar: perspectiva cognitivista/ <i>tradicional</i>	11
1.1 Transtorno Específico de Aprendizagem <i>vs.</i> Dificuldade de Aprendizagem	12
1.2 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	16
1.3 Transtorno de Processamento Auditivo (Central)	21
2. A clínica e a dificuldade escolar: o paradigma sociocultural/ <i>não medicalizante</i>	25
2.1 Transtorno Específico de Aprendizagem: a dislexia em diálogo	27
2.2 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e medicalização	38
2.2.1 O TDAH, o Capital e o Tempo	51
2.3 Transtorno de Processamento Auditivo e aprendizado da leitura e escrita: há uma relação?	56
3. Serviço de apoio ao escolar: como estruturar?	65
3.1 Finalidade	67
3.2 Equipe	67
3.3 Humanização nas práticas em saúde	69
3.4 A escuta qualificada	70
3.5 Competências socioemocionais e de linguagem: possibilidades de desenvolvimento na escola e em grupos de terapia	73
3.5.1 Abertura ao novo e amabilidade	77
3.5.2 Autogestão	87

3.5.3 Engajamento com os outros	91
3.5.4 Resiliência	96
3.6 Assessoria à escola	100
Considerações Finais	109
Referências	115
Anexo – Um Guia para o professor: Sugestões para a inclusão do aluno com dificuldade escolar	127

Introdução

Alunos brasileiros que apresentam dificuldade escolar são comumente encaminhados aos centros de saúde para que seja dado um diagnóstico. A escola, muitas vezes impotente diante da complexidade envolvida nos processos de escolarização, vê a clínica como uma forma de auxílio, seja fornecendo laudos para conquista de supostos benefícios ou oferecendo tratamento¹.

É possível verificar, no entanto, que nem sempre se estabelece uma parceria entre escola e clínica. O acolhimento da saúde, algumas vezes, é visto como uma transferência de responsabilidades, sobretudo se o estudante acabar sendo diagnosticado com algum transtorno de aprendizagem. Há o entendimento, por parte do educador, que ele não teria capacitação para contemplar as especificidades de estudantes que não atendem às expectativas. É frequente ouvir de professores queixas do tipo: “tenho trinta alunos e *ele* demanda demais”; “*ele* tem dislexia, tenho receio de fazer algo e atrapalhar a alfabetização *dele*”; “*ele* não para sentado, não consigo fazer com que se envolva nas atividades”. De fato, o professor vivencia a angústia de ter de lidar com um contexto diverso e heterogêneo sem ter formação abrangente, com carência de recursos e falta de suporte em sala de aula².

Muitos profissionais de saúde, por sua vez, também se sentem desafiados diante de um aluno/ “paciente” que não alcança um padrão desejado. O problema se agrava porque, para que se compreendam os múltiplos fatores envolvidos na produção da queixa escolar, é necessário transitar por disciplinas que permitam desenvolver

conhecimentos em campos que transcendem a área médica. Porém, o que se verifica é que a maioria dos profissionais têm formação mais restrita à sua especialidade de atuação, o que leva a entender o porquê da hegemonia da visão biomédica na área da saúde. E esse olhar biologizante – originário da perspectiva positivista – sustenta um fenômeno denominado *medicalização da educação*. A medicalização, como aponta a literatura da área³, implica uma transformação de processos educacionais, culturais, afetivos, sociais e políticos em doenças e transtornos que precisam ser tratados e, às vezes, medicados.

Cabe dizer que não é possível abordar a questão da medicalização da educação sem antes refletir um pouco sobre o próprio sistema educacional e as políticas públicas voltadas a esse segmento. Como se sabe, tais políticas deveriam ser guiadas menos pelo modelo econômico vigente e mais por um conjunto de planos, programas e projetos voltados para a superação dos reais problemas sociais e educacionais; considerando, por conseguinte, proposições dos sujeitos afetados por um sistema que funciona precariamente. Ademais, muitas políticas são ineficazes pois apresentam respostas pontuais para aspectos complexos, produzem benefícios para categorias específicas e fortalecem algumas classificações em vez de promoverem oportunidades de participação para todos⁴. O que se vê, na realidade, é que “a grande maioria da população mundial não é sujeito de direitos humanos. É objeto de discursos de direitos humanos”⁵. Essa mentalidade que emana dos poderes/governantes termina por impactar a prática pedagógica e a clínica voltada à aprendizagem. É frequente nos depararmos, por exemplo, com soluções paliativas para os problemas de ordem educacional (como exigência de laudos médicos para conquista de supostos benefícios), que, no geral, além de não promoverem o aprendizado, geram mais estigma e acentuam a exclusão escolar.

Verificam-se, assim, duas linhas de pensamento na área da saúde. De um lado, circunscreve-se o fenômeno da biologização, que correlaciona sintomas a um cérebro supostamente disfuncional; por outro lado, entende-se que sinais e sintomas podem ser construídos por meio da inserção dos sujeitos nas práticas sociais e na cultura¹.

O que se propõe aqui é que a família, a escola e mesmo os profissionais de saúde tenham acesso às diferentes maneiras de compreensão dos processos envolvidos quando há uma queixa de dificuldade escolar. No caso dos familiares, esse entendimento favorecerá a possibilidade de adesão a uma linha de pensamento que mais se enquadre ao perfil e modo de vida da família.

É nesse entremeio entre a saúde e a educação que surgiu a ideia de produzir um livro com algumas bases para a estruturação de serviços de apoio ao escolar em abordagem não medicalizante. Atuar com base nessa linha significa não se limitar a emitir laudos ou realizar classificações amparadas unicamente em instrumentos padronizados com o objetivo de possibilitar à escola requerer os “direitos” do aluno. A finalidade seria, a partir de um diagnóstico aprofundado, individualizado e processual, construir em parceria com os envolvidos no processo educacional estratégias para um aprendizado mais efetivo.

O objetivo deste livro é apresentar uma proposta de ação clínica-ambulatorial voltada ao atendimento do estudante com queixa de dificuldade na escola. A fim de fundamentar tal proposta, são apresentadas nas seções um e dois deste trabalho diferentes perspectivas teóricas – cognitivista e sociocultural – para as dificuldades escolares. Após apresentação das distintas visões, na seção três é dada ênfase à discussão voltada à estruturação de um Serviço de Apoio ao Escolar pautado em uma abordagem sociocultural/*não medicalizante*. O anexo apresenta um guia para o professor. Neste são sugeridas ações para que

os educadores tenham subsídios para construir sua prática pautados em uma proposta educacional inclusiva.

Entendemos que se o objetivo é promover a saúde e não a doença, é fundamental que os profissionais de saúde e de educação reflitam sobre seu papel diante da medicalização. Se a sociedade tem experienciado a chamada Era dos transtornos⁶, é preciso que os mais diversos segmentos envolvidos com a aprendizagem sejam convocados ao debate, pois, como ensina Freire⁷, é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a prática de amanhã. E quanto mais se faça essa operação reflexiva, diz o autor, mais inteligência se ganha da prática em análise, favorecendo, assim, a superação da ingenuidade pela rigorosidade.

1. Dificuldade escolar: perspectiva cognitivista/*tradicional*

Quando um aluno apresenta dificuldade escolar surgem dúvidas sobre o que poderia estar dificultando o processo da escolarização. Embora alguns autores usem o termo “dificuldade escolar” para aquela dificuldade transitória, geralmente de origem pedagógica, como que consequência das condições de ensino, o que se propõe aqui é pensar a dificuldade escolar de maneira genérica. Ou seja, neste trabalho entende-se que qualquer aluno que não corresponde à escola tem dificuldade escolar.

Com a finalidade de melhor compreender as especificidades de processos que geram as tais dificuldades na escola, sugere-se uma divisão em três grupos. Há o público da Educação Especial, que engloba o Transtorno do Espectro Autista (TEA), as deficiências (intelectual, visual, auditiva, múltipla) e as altas habilidades¹, e tem como referência para o atendimento os Centros de Reabilitação (CER). O segundo grupo é composto por escolares com dificuldades de ordem multifatorial, que podem ser classificadas em Transtorno Específico de Aprendizagem (TEAp) e dificuldade de aprendizagem. E o último grupo, por sua vez, compreende três principais categorias que não estão diretamente relacionadas à aprendizagem, mas podem acarretar dificuldade escolar: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), Transtorno do Processamento Auditivo Central (TPAC ou TPA) e Transtorno da Comunicação Social (TCS). Cabe ressaltar que leis estaduais e municipais podem criar critérios específicos.

Por exemplo, no estado de Santa Catarina, o TDAH faz parte do grupo da Educação Especial.

Este livro, a partir de *diretrizes nacionais*, discute alguns aspectos da aprendizagem envolvidos no segundo e terceiro grupos. Diante da impossibilidade de abordar todos os transtornos, e visando o público-alvo de alunos *sem* deficiência, é dada ênfase aos seguintes diagnósticos: dificuldade de aprendizagem, TEAp, TDAH e TPAC. Nesta seção, apresenta-se a perspectiva tradicional (cognitivista) e na sequência, seção 2, os mesmos tópicos são rediscutidos à luz de uma concepção sociocultural.

1.1 Transtorno Específico da Aprendizagem vs. Dificuldade de Aprendizagem

O transtorno específico de aprendizagem é um transtorno do neurodesenvolvimento decorrente de uma disfunção neurobiológica. Essa disfunção sofre influência da interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais, afetando a capacidade do cérebro para processar informações verbais e não verbais com exatidão⁸. Uma característica relevante desse transtorno é a persistência das dificuldades, o que significa que o indivíduo apresenta progresso limitado em relação à aprendizagem, mesmo diante de condições favoráveis, e as dificuldades tendem a permanecer ao longo da vida. A prevalência do TEAp nos domínios da leitura, escrita e/ou matemática é de 5 a 15% entre estudantes em idade escolar⁸.

O diagnóstico é clínico e se baseia na história clínica e familiar do indivíduo, no desenvolvimento educacional, nas manifestações das dificuldades prévias e atuais e também no impacto dessas dificuldades para as áreas escolar, profissional e social. Se houver suspeita de deficiência intelectual, alteração sensorial, neurológica ou motora, a criança deve ser submetida a métodos apropriados para a identificação desses distúrbios. Exames

de neuroimagem e testes genéticos são usados, em geral, para fins de pesquisa, sendo, portanto, dispensáveis para o diagnóstico⁸⁻⁹.

Os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) são baseados em uma lista de sintomas. Para o diagnóstico de TEAp pelo menos um sintoma da lista deve ter persistido por um período mínimo de seis meses, apesar de terem sido criadas condições educacionais/terapêuticas para o desenvolvimento dessas habilidades. Esses sintomas são: (i) leitura de palavras de forma imprecisa ou com esforço; (ii) dificuldade para compreender o que lê, mesmo que leia/decodifique com precisão; (iii) dificuldade com a ortografia; (iv) dificuldade com a expressão escrita (erros gramaticais, pontuação, paragrafação, expressão das ideias); (v) dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculos; e (vi) dificuldades no raciocínio (aplicação de conceitos, fatos ou operações matemáticas para resolver problemas quantitativos)⁸.

Outros elementos para o diagnóstico incluem *idade cronológica* (as habilidades se encontram abaixo do esperado para a idade) e *nível de exigência* (as dificuldades surgem no início do processo de escolarização, mas podem não se manifestar até que o nível de exigência revele as limitações do estudante)⁸⁻⁹.

Para diagnóstico do TEAp também são levados em conta alguns critérios de exclusão, isto é, as dificuldades não podem ser explicadas por deficiência intelectual, dificuldade visual ou auditiva não corrigidas, transtornos mentais ou neurológicos, adversidade psicossocial, processo educacional inadequado ou não ter proficiência na língua (ex. falante nativo de outro idioma)⁸⁻⁹.

Em relação aos critérios de exclusão, uma dúvida recorrente entre os profissionais envolve a necessidade de submeter o escolar a uma avaliação para aferição do seu potencial intelectual. A finalidade da testagem

neuropsicológica seria no sentido de excluir a possibilidade de deficiência intelectual.

A respeito dessa testagem, a Associação Internacional de Dislexia esclarece que os testes de inteligência eram tidos como uma parte da avaliação, uma vez que o diagnóstico de dislexia era pautado em uma *discrepância* entre o Quociente Intelectual e a capacidade de ler. No entanto, a visão recente sobre o transtorno dispensa essa exigência, sendo as habilidades de linguagem oral (compreensão e expressão oral) consideradas preditoras essenciais para o desenvolvimento da leitura e escrita. Dito de outro modo, uma avaliação formal de inteligência não é mais uma condição para o diagnóstico do TEAp¹⁰.

Ainda em relação à “discrepância” entre QI e competência em leitura, Snowling et al.¹¹ explicam que aprender a ler tem um efeito positivo nas habilidades verbais e no vocabulário, logo, crianças que são boas leitoras têm mais oportunidade de aprender novas informações do que as crianças com dificuldade de leitura. O corolário disso é o chamado “efeito Mateus”, que faz com que cada vez mais as crianças que leem menos percam oportunidades de aprendizagem, impactando o desempenho delas nesses testes. Segundo esse entendimento, o QI verbal mais baixo (e, por extensão, o QI total também) pode ser uma consequência de má leitura e, portanto, o uso de uma fórmula de discrepância baseada em QI, para diferenciar diferentes grupos de leitores, é falho. Os autores defendem que é importante ter uma melhor compreensão da dimensionalidade dos distúrbios de leitura e como eles frequentemente ocorrem com outras dificuldades. Isto é, a má leitura situa-se dentro de uma constelação de dificuldades, cada uma das quais representa uma dimensão. Assim, excluir uma criança que teve desempenho abaixo da média no teste de QI por ter, por exemplo, dificuldades de atenção ou de linguagem,

reduz as possibilidades do diagnóstico da dislexia; daí a importância de um julgamento clínico adequado¹¹.

Quanto ao termo “específico”, é importante ressaltar que não há consenso na literatura sobre a dislexia ser uma desordem específica, mesmo porque a prevalência de distúrbios associados é muito alta¹¹. Entretanto, o DSM V defende esse critério e o correlaciona à expressão “insucesso acadêmico inesperado”, uma vez que as dificuldades não se devem a uma limitação mais geral, como ocorre na deficiência intelectual, por exemplo, mas específicas das habilidades de leitura, escrita e /ou matemática⁸. Por vezes, é possível observar uma criança que não consegue reconhecer qualquer letra, mas tem uma habilidade extraordinária para desenho ou pintura.

Dislexia é considerado um termo alternativo usado quando a dificuldade de base na leitura se deve a problemas de decodificação (acurácia e velocidade de leitura) e dificuldades de ortografia. No que diz respeito à matemática, também se usa uma expressão alternativa – discalculia – para especificar um padrão particular de dificuldades decorrente de alterações no processamento de fatos aritméticos e realização de cálculos precisos ou fluentes⁸.

O TEAp pode ser dividido em níveis de severidade: leve, moderado e grave, mas isso dependerá, em boa medida, das interações entre as exigências ambientais, a variedade das dificuldades de aprendizagem, as capacidades individuais de aprendizagem, comorbidades e formas de apoio pedagógico e intervenção terapêutica disponíveis. Na adolescência e na vida adulta, podem persistir erros de ortografia, leitura lenta e com esforço, dificuldades em compreender e realizar inferências⁸.

A dificuldade de aprendizagem, diferentemente do transtorno de aprendizagem ou da deficiência intelectual ou sensorial, não se dá em função de algum aspecto constitutivo. Isso significa que a dificuldade tem caráter extrínseco e pode ocorrer por questões de ordem pedagógica, educacional,

emocional, social, entre outros fatores externos ao aluno. Nesses casos, quando se criam condições mais satisfatórias à aprendizagem, a evolução costuma ser rápida e favorável. Cabe dizer que a resposta à intervenção é o mais importante aspecto do diagnóstico diferencial, uma vez que permite distinguir uma dificuldade transitória (dificuldade de aprendizagem) de um transtorno que é caracterizado por uma dificuldade persistente².

1.2 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, que prejudica o funcionamento ou desenvolvimento do indivíduo. Estudos epidemiológicos sugerem que o TDAH ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos⁸. A desatenção se manifesta como divagação em tarefas, distração excessiva ou falta de persistência, sem que isso seja decorrente de um desafio imposto pela atividade ou dificuldade de compreensão⁸. A hiperatividade se constitui em atividade motora excessiva quando não apropriado e/ou fala demasiada. Em adultos, pode se manifestar como inquietude. Comportamentos impulsivos podem estar associados à intromissão social e ações precipitadas, bem como tomadas de decisão sem consideração às consequências futuras. É preciso que os sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade e que persistam por um período de pelo menos 6 meses. É necessário, ainda, que os sintomas se manifestem em mais de um contexto (casa e escola, por exemplo)⁸.

São consideradas características associadas ao TDAH a baixa resiliência, a irritabilidade e a labilidade de humor⁸. Crianças com TDAH, em geral, são impopulares e tendem a vivenciar a exclusão social com prejuízos para a autoestima.

É comum que o transtorno seja acompanhado de atraso no desenvolvimento da motricidade e da linguagem¹³.

Mesmo quando não há comorbidade com transtorno de aprendizagem, o desempenho escolar ou profissional costuma sofrer prejuízos. Sujeitos com TDAH frequentemente apresentam desempenho ruim em testes cognitivos de atenção, memória e funções executivas, embora tais testes não sirvam como índices diagnósticos⁸. Na comparação com pares, segundo o DSM V, crianças com TDAH revelam eletroencefalogramas com aumento de ondas lentas, a ressonância magnética mostra volume encefálico total reduzido e, possivelmente, atraso na maturação cortical no sentido pósterio-anterior, mas esses achados não são usados para fins diagnósticos¹.

Os critérios diagnósticos do DSM V se baseiam em uma lista de dezoito sintomas, subdivididos em nove sintomas para desatenção e outros nove sintomas para hiperatividade/impulsividade⁸, como segue abaixo:

Desatenção:

(a) frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho ou outras.

(b) com frequência tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.

(c) com frequência parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra.

(d) com frequência 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 frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.

(f) com frequência evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa).

(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p.ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais).

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa.

(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

Hiperatividade/Impulsividade:

(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.

(b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.

(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações impróprias (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação).

(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer.

(e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”.

(f) frequentemente fala em demasia.

(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completamente formuladas.

(h) com frequência tem dificuldade para aguardar a sua vez.

(i) frequentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios (p. ex. em conversas ou brincadeiras).

A lista de sintomas no DSM V permaneceu inalterada em relação ao DSM IV¹⁴, mas o número de itens afirmativos para o diagnóstico foi reduzido para cinco (em vez de seis) no caso de adultos. Para as crianças, permanece o quantitativo de seis sintomas para cada subgrupo, mas houve alteração no critério etário. Antes, recomendava-se que alguns sintomas deveriam estar presentes antes dos

sete anos. Na versão atual do manual, a idade passou a ser de doze anos. Permanece ainda o entendimento de que os sintomas devem estar presentes em pelo menos dois contextos. Assim, se, por exemplo, a criança é considerada inquieta/agitada na escola, mas é tranquila em casa, é preciso que se verifique se o problema não se deve ao contexto escolar em que ela está inserida.

O TDAH é dividido em subgrupos: *apresentação combinada*, quando são satisfeitos critérios para desatenção e hiperatividade-impulsividade; *apresentação predominantemente desatenta* e *apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva*. Esses dois últimos representam predomínio de sintomas de desatenção ou de hiperatividade/impulsividade respectivamente⁸.

Quanto aos “subgrupos” do TDAH, é outra diferença do DSM V em relação ao DSM IV. Na edição atual houve a substituição do termo “subtipo” para “apresentação”. Essa mudança tem por objetivo favorecer o entendimento de que o perfil de sintomas se modifica ao longo da idade. Isso significa que quando a criança atingir uma fase mais madura e deixar de “correr ou escalar em demasia” não deixará de ser portadora de TDAH; haverá somente uma alteração na apresentação¹. Essa noção altera um direcionamento anterior, pois até a década de 1980 acreditava-se que o transtorno poderia ser curado com a chegada da idade adulta. Atualmente, o TDAH é considerado uma condição crônica, isto é, acompanha o indivíduo no decorrer de toda a sua vida¹⁵.

Especificamente no caso dos adultos, é comum a menção aos sintomas considerados associados; ou seja, essas pessoas, por terem déficits nas chamadas funções executivas, sofreriam prejuízos na sua vida acadêmica, profissional e social. Para Barkley¹⁶, o TDAH é um transtorno de execução/performance (ou transtorno de déficit de intenção), pois gera dificuldades em planejar, organizar e cumprir obrigações e compromissos. Seria, nos

termos do autor, uma “cegueira do futuro”, pois o portador de TDAH sabe o que precisa ser feito, mas, por não conseguir organizar o futuro distante, não coloca em prática o que tinha a intenção de realizar e, então, “tudo vira uma crise”.

O transtorno pode ser classificado em níveis de severidade (leve, moderado e grave) de acordo com os prejuízos para a vida social, educacional ou profissional do indivíduo². Quanto à etiologia, segundo Barkley¹⁷, “as poucas evidências que existem parecem apontar para uma deficiência seletiva na disponibilidade de dopamina e de norepinefrina, mas essas evidências não podem ser consideradas conclusivas neste momento” (p.235). Tal ineficiência do sistema dopaminérgico ocorreria em virtude de uma falha genética que levaria a um mau funcionamento da parte frontal do cérebro, gerando uma disfunção cerebral¹⁷.

O tratamento para o TDAH inclui intervenções sociais, psicológicas e comportamentais¹⁸. Recomendações para crianças a partir de 6 anos de idade envolvem a terapia cognitivo-comportamental (dirigida para familiares e professores) e prescrição de medicamentos. A terapia é pautada em orientações sobre o transtorno, sobre os problemas de comportamento e as dificuldades sociais, para que todos os envolvidos possam lidar melhor com essa condição. Ainda, as crianças são treinadas para desenvolver habilidades sociais, favorecendo o ajuste do comportamento nas diversas situações interacionais¹⁹. Uma medicação frequentemente indicada para controle dos sintomas é o metilfenidato, considerado estimulante do SNC²⁰. O medicamento teria a finalidade de atuar inibindo transportadores de dopamina e norepinefrina, aumentando a disponibilidade desses neurotransmissores na fenda sináptica; produz-se, assim, efeito excitatório no SNC. Os efeitos esperados do metilfenidato são o aumento da atenção e redução da inquietação em crianças hiperativas²⁰.

1.3 Transtorno de Processamento Auditivo (Central)

O Transtorno de Processamento Auditivo Central (TPAC), antes denominado DPAC ou DPA (distúrbio de processamento auditivo), não consta do DSM V, mesmo porque a avaliação comportamental do PAC não é realizada pelo médico, mas pelo profissional de Fonoaudiologia. A definição mais amplamente aceita diz que o processamento auditivo está relacionado ao “processamento perceptual da informação auditiva no sistema nervoso central e à atividade neurobiológica responsável pela geração dos potenciais eletrofisiológicos auditivos. Isto inclui os mecanismos neurais subjacentes a uma variedade de comportamentos auditivos como localização/lateralização, desempenho com sinais acústicos degradados ou competitivos, aspectos temporais da audição, discriminação auditiva e reconhecimento de padrões auditivos”²¹.

Os fatores de risco para esse transtorno incluem lesões no sistema nervoso central, otite média de repetição, anoxia perinatal, baixo peso ao nascimento, prematuridade, hiperbilirrubinemia, privação sensorial, entre outros fatores²²⁻²⁴. As principais dificuldades apresentadas por indivíduos com TPAC são dificuldade para entender a fala em ambientes ruidosos ou perante estímulos competitivos; pedidos constantes de repetição do dito; dificuldade para localizar a fonte sonora; dificuldade na atenção auditiva; tempo aumentado para responder aos sons e dificuldade na discriminação sonora. Como esses sinais e sintomas podem ocorrer diante de outras alterações, é importante que o sujeito com essas queixas seja submetido a uma avaliação interdisciplinar²¹.

A principal queixa de pessoas com TPAC é a dificuldade de compreender a fala em ambientes ruidosos e essa dificuldade pode acarretar problemas para a comunicação, aprendizagem e vida social, sendo essa a

principal razão de encaminhamento para a avaliação de processamento auditivo²¹.

O TPAC é um transtorno que gera controvérsias, inclusive há pesquisadores que questionam se este seria um transtorno válido²⁵. Isso se deve, segundo pesquisadores da área de Audiologia, pois inexiste um teste padrão ouro para avaliar objetivamente as vias auditivas centrais. Esses pesquisadores acreditam que as divergências se devem também devido às diferentes linhas de pensamento, levando a distintas formas de classificação e de tratamento do TPAC²⁶.

Outro aspecto discutido na literatura é que há alta prevalência de TPAC em crianças com dificuldade escolar ou mesmo com alteração da linguagem, levando Bishop et al.²⁷ a afirmar que o TPAC nada mais seria do que um distúrbio de linguagem visto pelos olhos de um audiologista. Para Moore e Hunter²⁸, o TPAC é um sintoma diante de um distúrbio do desenvolvimento mais geral, o que envolveria processos linguístico-cognitivos e não auditivos propriamente. Desse modo, não seria possível caracterizar o TPAC como uma entidade autônoma, uma vez que não haveria um transtorno auditivo puro²⁹⁻³⁰. Outros autores, ao contrário, se distanciam desse entendimento, alegando que o TPAC pode ser configurado como um déficit da modalidade auditiva, e que alterações de linguagem ou cognitivas podem estar presentes de forma concomitante (transtornos comórbidos), devendo o sujeito ser tratado de forma multifatorial³¹.

Isso posto, é importante ressaltar que a avaliação do PAC serve apenas para verificar a integridade das habilidades auditivas centrais, conforme normas estabelecidas pelos testes aplicados, de modo que exames de PAC alterados não implicam transtorno de processamento auditivo. “Para diagnóstico diferencial e comprovação da presença de um TPAC primário (ou seja, de uma disfunção específica de vias auditivas centrais) é

necessário a complementação com outras avaliações para detectar ou excluir quadros relacionados à linguagem e cognição, ou alterações em decorrência de processos de envelhecimento, psiquiátricos ou neurológicos”²⁶.

Diante das inquietudes desse “transtorno”, autores³²⁻³³ começaram a enfatizar os aspectos auditivos relacionados, afirmando que: o TPAC é um déficit da habilidade auditiva e que por isso precisa ser identificado por meio de testes sensíveis às disfunções auditivas centrais; o TPAC pode coexistir com outras alterações e transtornos, não sendo resultado deles. Desse modo, uma criança com alteração de linguagem por TDL (Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem), por exemplo, poderá ter dificuldade nos testes de avaliação do PAC por conta das dificuldades de compreensão (déficit primário) e não devido a uma disfunção nas vias auditivas centrais. Desse modo, seria inapropriado diagnosticar essa criança primariamente com TPAC. Assim, embora várias habilidades (por ex. consciência fonológica, compreensão, atenção e memória auditiva) dependam, de algum modo, da integridade do sinal acústico, configuram-se como processos intrínsecos às altas habilidades cognitivas e de linguagem, sendo, portanto, excluídas da conceituação de TPAC elaborada pela ASHA²⁶. Seguindo essa visão, entende-se que o TPAC é um déficit primário da percepção auditiva e deve ser diferenciado de outros transtornos linguístico-cognitivos ou do desenvolvimento²⁶.

Embora alguns autores³⁴ afirmem que diante das dificuldades em estabelecer critérios diagnósticos mais bem definidos e da própria (in)definição do que é esse transtorno, seria impossível estabelecer uma taxa de prevalência; há estudos que apresentam dados epidemiológicos: “estima-se que 2% a 5% das crianças em idade escolar com queixas relacionadas ao desenvolvimento e ao aprendizado apresentem realmente o TPAC como déficit primário”²⁶. A prevalência estimada

de alteração de PAC na infância, descrita na literatura, gira em torno de 2% a 10%²¹.

Para o encaminhamento para avaliação do PAC, sugere-se que sejam observados os seguintes requisitos: pelo menos 7 anos de idade; condições linguístico-cognitivas e níveis de atenção que permitam a compreensão e execução dos comandos exigidos na testagem; audição normal e ausência de otite média no momento do exame; inteligibilidade de fala que permita a comunicação com o avaliador²⁶.

O ideal é que a pessoa examinada tenha limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade. Entretanto, pacientes com perda auditiva neurossensorial simétrica bilateral, com limiares auditivos na média quadritonal até 50 dB NA, podem ser submetidos ao exame. Nesses casos, a interpretação do exame é qualitativa e requer cuidados adicionais em decorrência da falta de ajuste da perda auditiva periférica na normalização dos testes. Se a perda auditiva neurossensorial for unilateral ou assimétrica, alguns testes poderão ser realizados, mas a utilidade da avaliação será limitada²⁶. Com relação aos usuários de dispositivos de amplificação sonora, após verificada a funcionalidade do dispositivo, poderão passar por avaliação comportamental do PAC, porém os resultados servirão tão somente para avaliação funcional das habilidades auditivas visando monitorar a intervenção terapêutica. Nesses casos, não é possível a atribuição do diagnóstico de TPAC²⁶.

2. A clínica e a dificuldade escolar: o paradigma sociocultural/*não medicalizante*

Quando o tema da discussão é a clínica voltada à aprendizagem, ou, dito de outro modo, a “intromissão” de médicos, psicólogos e fonoaudiólogos no campo da educação, o que não pode deixar de ser discutida é a formação dos profissionais de saúde. Teriam eles conhecimentos sobre processos de aprendizagem, relações intersubjetivas, metodologias de ensino e suas implicações para o aprendizado? Os profissionais de saúde que se aventuram a diagnosticar supostas alterações de comportamento e de aprendizagem já desenvolveram observações e pesquisas em sala de aula (de escola pública)? Esses mesmos profissionais têm alguma ideia ou questionam como aquele estudante (paciente) está situado naquele grupo, ou seja, como é discursivizado pelos professores e colegas? Se há queixa de que a criança é “agitada”, os profissionais de saúde têm por rotina investigar se os demais alunos da mesma turma também são e as várias possibilidades que podem estar promovendo esse “sintoma”? Há uma infinidade de perguntas que poderiam ser realizadas a fim de fundamentar o entendimento de que parte expressiva dos profissionais de saúde que diagnosticam os “transtornos” não têm muita noção do que acontece, efetivamente, no contexto escolar, ou mesmo, de forma mais ampla, no contexto de vida dessa criança.

Entremeada à falta de alcance sobre a realidade vivida pela criança, há profissionais de saúde que perpassam toda sua prática ancorada em uma perspectiva biomédica, no

sentido organicista do tema. Seguindo essa visão, as alterações, sejam da aprendizagem ou do comportamento, representam um desvio de uma média estatística que precisa ser corrigido³⁵.

Por outro lado, há uma minoria que têm um olhar que lhes permite a possibilidade de compreender os seres humanos em sociedade. Evidentemente, um profissional de saúde com formação continuada em áreas que vão além das disciplinas médicas, como filosofia, antropologia, saúde pública, sociologia, linguística, entre outras, teria mais oportunidades de desenvolver um suporte teórico que extrapole a concepção de sujeito médio, assujeitado, supostamente ideal. Assim, distantes da noção de “indivíduo médio”, adeptos da perspectiva sociocultural assumem a concepção de sujeito responsivo³⁶, multifacetado, constituído por meio das suas relações sociais.

Torna-se premente, nesse *outro* modo de olhar, a análise da qualidade das interações nas quais os escolares estão inseridos e para a possível necessidade de ressignificá-las². Entende-se que quando se trata da aprendizagem, muitas vezes, o problema não está no sujeito, mas no entorno, ou na relação dele com o entorno social. Desse modo, a atuação direcionada exclusivamente para o sujeito pode não ser eficaz. Pesquisas revelam crianças sendo medicadas/medicalizadas por anos, sem resultados favoráveis para a queixa, numa clara demonstração de que o problema muitas vezes não se reduz a um cérebro supostamente disfuncional¹.

Em relação às distintas abordagens adotadas pelos profissionais de saúde, é preciso reiterar que não se trata de uma prática “certa” ou “errada”, mas de uma visão que se construiu dentro das condições sócio-históricas a que o profissional esteve submetido. O que se defende aqui é que os estudantes da área da saúde deveriam ter acesso, ainda na época da formação inicial, às várias maneiras de entendimento sobre os distintos fenômenos

biopsicossociais. Ocorre que comumente os estudantes de graduação – sobretudo nas áreas de Medicina e Fonoaudiologia – acabam sendo submetidos a uma visão única, pautada em um determinismo biológico que acaba comprometendo as possibilidades de enfrentamento dos problemas que assolam o contexto educacional.

A fim de colaborar para a possibilidade de compreensão mais estruturada dos fenômenos apresentados neste estudo, as subseções seguintes promovem uma espécie de *embate dialógico* com os tópicos abordados na seção anterior.

2.1 TEAp – A dislexia *em diálogo*

De todos os transtornos da aprendizagem, o transtorno específico da aprendizagem com prejuízo na leitura possivelmente é o mais pesquisado em âmbito mundial. Há estudiosos do assunto que questionam a existência de uma condição orgânica envolvida, acreditando que as dificuldades de leitura são decorrentes de fatores externos ao aprendiz³⁷⁻³⁹. Nesse modo de ver, a dislexia seria uma forma diferente de aprender e de se relacionar com a linguagem escrita. Entretanto, embora exista uma minoria que desconsidere a possibilidade da dislexia em crianças, a maioria dos pesquisadores se apoia em uma dentre as várias teorias explicativas para o fenômeno em questão.

A teoria do déficit de processamento visual postula que a via magnocelular é seletivamente interrompida em certos indivíduos disléxicos, levando a deficiências no processamento visual e, por meio do córtex parietal posterior, ao controle binocular e atenção visoespacial anormais. Isso explicaria a razão pela qual alguns disléxicos se queixam de que as letras parecem estar em movimento durante a leitura⁴⁰⁻⁴¹.

A teoria magnocelular⁴⁰, por sua vez, defende que a disfunção magnocelular não se restringe às vias visuais, mas é generalizada a todas as modalidades (visual, auditiva e tátil). Além disso, como o cerebelo recebe entrada massiva de vários sistemas magnocelulares no cérebro, também se prevê que seja afetado pelo defeito magnocelular geral⁴².

Outra etiologia possível seria a do déficit cerebelar. Dore⁴³ acredita que a alteração no processamento fonológico envolvido na dislexia do desenvolvimento seria parte de um déficit sensoriomotor mais amplo e, assim, o treino de habilidades psicomotoras levaria a melhorias em vários domínios tais como a leitura e a escrita. Existe também a corrente que defende que as desordens de processamento auditivo seriam a causa da dislexia. Há, ainda, outras teorias que são menos aceitas e pouco divulgadas.

Entretanto, embora existam várias teorias explicativas, a hipótese do déficit de processamento fonológico é a que predomina entre os pesquisadores da área⁴⁴. De acordo com a teoria dominante, a dislexia seria uma desordem do neurodesenvolvimento com provável base genética. Uma anomalia precoce no posicionamento das redes neuronais explicaria as perturbações fonológicas observadas nos disléxicos, gerando dificuldades desproporcionais na aprendizagem do sistema de escrita⁴⁵.

Snowling⁴⁶ explica que a dislexia é caracterizada por uma dificuldade desproporcional e persistente de decodificação da palavra, que gera impacto no desenvolvimento da fluência na leitura, envolvendo, como consequência, os processos de compreensão leitora. A dislexia pode prejudicar também o desempenho da expressão escrita e problemas na memória de trabalho, atenção e organização são frequentemente relatados. Como as dificuldades de leitura em geral perpassam toda a vida do indivíduo, muitos estudantes abandonam a escola, embora alguns consigam alcançar a universidade.

Vellutino et al.⁴⁷ entendem que os disléxicos apresentam fracas e pouco específicas representações fonológicas, levando ao comprometimento de processos cognitivos requeridos na utilização de códigos fonológicos, ocasionando dificuldades na retenção, acesso e manipulação de fonemas. Outros autores⁴⁸ argumentam que as representações fonológicas estariam intactas e que haveria dificuldade por parte do disléxico de acesso às representações fonológicas. Essa explicação advém da constatação que a qualidade neural do córtex auditivo primário e secundário estaria preservada em detrimento da integridade funcional e estrutural da conexão estabelecida entre o córtex auditivo e o giro frontal inferior esquerdo, que é a área envolvida no processamento fonológico mais refinado.

Entretanto, independente de o problema ser de representação fonológica ou de acesso a essa representação, é amplamente aceito por adeptos da teoria cognitivista que crianças consideradas disléxicas apresentam uma dificuldade significativa em realizar a correspondência entre fonemas e grafemas; por essa razão, a leitura de pseudopalavras tem sido um teste importante para o diagnóstico da dislexia⁴⁵.

Snowling⁴⁶ afirma que o déficit fonológico afetaria a aprendizagem dos nomes das letras e esse é um dos primeiros sinais que a criança está em risco de desenvolver dificuldades de leitura. Essas dificuldades de reconhecer as letras e realizar a conversão grafema-fonema acarretam problemas de decodificação que podem ser mais bem percebidos na leitura de palavras que ainda não foram internalizadas na memória lexical, daí os profissionais utilizarem listas de pseudopalavras como meio de avaliar processos de decodificação leitora.

Em trabalho posterior, Snowling et al.¹¹ refletem de forma mais aprofundada sobre a hipótese do déficit fonológico e apresentam pesquisas⁴⁹ que argumentam que – apesar da força da hipótese do déficit fonológico,

dificuldades fonológicas não são necessárias nem suficientes para explicar a dislexia. Enquanto o processamento fonológico deficiente é o comprometimento mais consistentemente associado com a dislexia, várias crianças em risco familiar de dislexia – que não sucumbem a dificuldades de leitura - também têm problemas com a consciência fonológica. Por outro lado, muitos indivíduos com dislexia apresentam déficits fora do domínio fonológico¹¹. Snowling et al.¹¹ explicam ainda que a pontuação individual de uma criança em um teste padronizado de leitura reflete múltiplas fontes de variação (e dificuldade), revelando que a dislexia é caracterizada pela heterogeneidade e por diferenças individuais.

Pesquisadores pautados na perspectiva sociocultural também colocam em questão o “peso” da hipótese do déficit fonológico. Há quem pergunte, por exemplo, como uma “disfunção neurológica” teria como única manifestação a dificuldade na conversão entre grafemas e fonemas⁶. Seguindo esse entendimento, Moysés e Collares³⁸ questionam: como diferenciar uma criança disléxica de outra mal alfabetizada? A resposta é complexa e há dois conjuntos de estudos que apresentam argumentações distintas. Por um lado, apresentam-se pesquisas que testaram habilidades fonológicas em crianças de risco para dislexia; por outro lado, testaram-se essas mesmas habilidades em pessoas não alfabetizadas.

A fim de refutar a ideia de que o problema seria de baixo nível de alfabetismo, Dehaene⁴⁵ apresenta estudos longitudinais que foram realizados com escolares de risco para dificuldades de leitura comparadas a crianças de grupos-controle. Um desses estudos foi desenvolvido com crianças antes de iniciarem o processo formal de aprendizagem da leitura. Essas crianças foram confrontadas com listas compostas por palavras reais e pseudopalavras produzidas por uma modificação sutil, por exemplo, a substituição de um único fonema por outro (“suva” em vez

de “chuva”). A criança testada deveria, ao ouvir cada palavra, levantar o polegar para cima, sinalizando que a palavra existia na sua língua, ou para baixo, sinalizando que a palavra não existia na língua. As crianças que falharam nesse teste apresentaram mais problemas de leitura do que as que tinham sido bem-sucedidas. Essas pesquisas, segundo Dehaene, confirmam que o problema poderia estar relacionado a um déficit fonológico e não simplesmente às condições inadequadas de alfabetismo.

A fim de corroborar a hipótese do déficit fonológico, Dehaene⁴⁵ afirma que estudos de imagem cerebral revelam uma subativação na região temporal posterior esquerda e uma superativação do córtex frontal inferior esquerdo (zona de Broca) nos disléxicos. A intensa ativação da área de Broca ocorreria como uma forma de compensação decorrente da fraca ativação das regiões posteriores para a leitura, mas essa tentativa de compensação é, segundo o autor, muitas vezes infrutífera. Ao analisar os exames de imagem publicados por Eraldo Paulesu, Dehaene observou que existem ao menos duas regiões cerebrais subativadas na dislexia: o córtex temporal lateral e uma região temporal mais inferior que pertence à via visual ventral. Com efeito, uma das funções associadas à região temporal lateral é o tratamento das informações fonológicas da fala. Uma alteração na posição das redes neuronais explicaria as perturbações fonológicas vistas nos disléxicos e em algumas crianças de risco desde o primeiro ano de vida, diz o autor. Explicaria ainda as dificuldades desproporcionais em consciência fonêmica e conseqüentemente de aprendizagem do sistema alfabético. Essas dificuldades fonológicas impediriam a região occipito-temporal ventral esquerda, local da forma visual da palavra, de desenvolver um funcionamento adequado⁴⁵.

Outros pesquisadores⁵⁰, também buscando refletir sobre a hipótese do déficit fonológico para a dislexia, apresentam e analisam estudos que objetivaram

compreender melhor a relação entre consciência fonêmica e sucesso na aprendizagem da leitura. Um dos estudos citados, desenvolvido por Bradley e Bryant⁵¹, comparou crianças com QI semelhante e mesmo 'nível' de leitura, com e sem dificuldades de leitura. Listas de palavras que continham o mesmo fonema no início, no meio e no final da palavra foram apresentadas às crianças. Cada lista tinha um elemento estranho que deveria ser identificado. Exemplos dessas listas são: '*sun, see, sock, rag*' (fonema inicial); '*weed, peel, need, deed*' (fonema final) e '*nod, red, fed, bed*' (fonema medial). Embora as crianças com dificuldade de leitura tivessem o mesmo nível de leitura e fossem três anos e meio mais velhas do que as crianças pertencentes ao grupo das leitoras normais, elas tiveram um desempenho muito pior na identificação do elemento estranho nas listas de palavras apresentadas. Diante dessas evidências, os autores, que inicialmente questionaram se os déficits fonológicos seriam a causa ou a consequência das dificuldades de leitura, concluem que a diferença significativa no desempenho dos grupos não poderia ser uma simples consequência de habilidades de leitura menos desenvolvidas.

Ao observar essas pesquisas, é possível concordar que o baixo desempenho em atividades que requerem processamento fonológico em crianças com dificuldade de leitura pode sugerir uma relação de causa em vez de consequência. No entanto, é importante destacar experimentos que mostram diferenças entre o processamento fonológico de sujeitos alfabetizados e analfabetos.

Um destes estudos⁵², realizado com mulheres portuguesas alfabetizadas e analfabetas (por motivos sociais), revela que o mau processamento fonológico pode ser consequência do baixo desenvolvimento das competências de leitura e escrita. Os dois grupos de mulheres foram submetidos a atividades de repetição de

palavras e pseudopalavras usando a ativação cerebral por PET. Os resultados mostraram que a repetição de palavras foi semelhante entre os grupos, mas a repetição de pseudopalavras foi significativamente pior no grupo de analfabetos (84% e 33% de acertos respectivamente). A análise de erros mostrou que os analfabetos tentam transformar as pseudopalavras em palavras, mas segundo os pesquisadores, as pseudopalavras não podem ser repetidas exclusivamente por meio de processamento lexicosemântico ou algum tipo de processamento fonológico rudimentar, mas requer uma organização do sistema fonológico que só é encontrada em indivíduos alfabetizados. Nesse estudo, apenas os analfabetos não conseguiram ativar o córtex cingulado anterior e os gânglios da base ao tentar repetir pseudopalavras, mostrando que aprender uma representação visual da linguagem (neste caso, a escrita) e regras de correspondência fonema-grafema promovem diferenças no processamento que afetam o funcionamento do cérebro humano. Diante desses resultados, é possível compreender que a questão de causa e consequência não está totalmente elucidada, porém, o que parece não deixar dúvidas é que a linguagem escrita e a oral são sistemas que interagem⁵².

Vê-se, assim, que enquanto a corrente cognitivista se apoia em exames de imagem que mostram funcionamento cerebral diferente em sujeitos supostamente disléxicos; a contracorrente, por outro lado, coloca em xeque esses achados por meio do estudo de imagens do cérebro de pessoas não alfabetizadas por questões sociais⁵² ou falantes de língua estrangeira. Moysés e Collares³⁵, por exemplo, apresentam uma pesquisa realizada com norte-americanos tidos como bons leitores, mas que ao serem solicitados a ler em língua espanhola (idioma pouco conhecido para eles) apresentaram desempenho semelhante ao de pessoas consideradas disléxicas. As autoras explicam que é amplamente divulgado entre os pesquisadores que

acreditam no caráter constitutivo da dislexia que após o tratamento que envolve, principalmente, atividades de ordem pedagógica, o resultado do exame se normaliza. Entende-se, assim, que “aprender a ler faz com que os exames de neuroimagem mostrem ativação das áreas ligadas à leitura!” (p. 91).

Esses distintos modos de entender um fenômeno levam a crer que o debate sobre a dislexia continua e que, de fato, não há evidência irrefutável de que dificuldades de leitura sejam decorrentes de disfunção cerebral. Isso quer dizer que, diferentemente da dislexia adquirida, em que há lesão focal no SNC e perda de habilidade já adquirida, a chamada dislexia do desenvolvimento não revela qualquer lesão cerebral, mas um funcionamento cerebral de um leitor não proficiente ou de um aprendiz de escrita^{35,37}. Como visto, Dehaene relata que as áreas cerebrais posteriores seriam menos ativadas que as anteriores na dislexia. Todavia, há estudos⁵³ que mostram que em crianças em processo de alfabetização a região frontal do cérebro é mais ativada que as regiões posteriores, corroborando a ideia de “agenda aberta” da dislexia, e reiterando o entendimento de que o diagnóstico da dislexia não deve ser pautado em exames de imagem.

De qualquer forma, independente do aporte teórico de base, é inegável que escolares e pessoas de diversos segmentos sociais podem ter dificuldades persistentes e desproporcionais de leitura, mesmo depois de terem sido criadas condições favoráveis ao aprendizado e prática social da leitura e escrita. E, independentemente do “nome” que se dê para essa condição (perfil de aprendizagem, atraso, dislexia, dificuldade, singularidade, transtorno), não se pode negar que a criança precisa de ajuda⁵⁴.

Ressalte-se que a intervenção não deve ser pautada no “nome”/diagnóstico, mas na individualidade do sujeito. Isso significa que o plano terapêutico singular será guiado pelo perfil individual, pelos interesses individuais,

pelas necessidades individuais e pela modalidade de aprendizagem, que é única. Evidentemente, o diagnóstico, que ocorrerá durante o processo da intervenção, servirá para orientar algumas condutas educacionais ou clínicas, servirá como apoio para um prognóstico, ou mesmo sustentará a compreensão de algumas especificidades (como uma dificuldade que persiste), mas o tratamento, cabe reiterar, não se dá pelo diagnóstico.

Ainda em relação ao diagnóstico da dislexia, é relevante destacar que envolve aspectos de ordem subjetiva. Ao estudar o sentido da dislexia para o sujeito, a pesquisa de Leitão et al.⁵⁵ revelou que para alguns estudantes esse diagnóstico representou um alívio, na medida em que serviu de explicação para as dificuldades apresentadas. Para outros, no entanto, o diagnóstico representou uma “sentença”, como se o destino estivesse sendo selado por uma condição patológica. Esses diferentes sentidos atribuídos à dislexia são relevantes na medida que implicações subjetivas podem levar a prejuízos para o aprendizado^{37,56}. Dito de outro modo, crianças podem internalizar que não conseguem aprender em decorrência de um problema cerebral, dificultando, assim, o progresso na leitura. É preciso, então, que o diagnóstico seja pautado em critérios muito bem definidos e considere também fatores subjetivos.

Na atualidade, um aspecto relevante do diagnóstico é a resposta à intervenção. Mesmo o DSM V apresenta como critério que a criança tenha sido submetida à intervenção adequada por pelo menos seis meses, antes que se hipotetize a possibilidade de dislexia. Cabe comentar que a prática tem mostrado que não é o nível da dificuldade nem mesmo o desempenho em testes de leitura ou de processamento fonológico que determinam a evolução em terapia. Observa-se, com alguma frequência, estudantes com dificuldades severas (às vezes sequer reconhecem as letras), em idade avançada, que falham em testes de

processamento fonológico, e que, após intervenção, apresentam desempenho muito satisfatório e rápida evolução, podendo alcançar níveis desejados de alfabetismo antes dos 6 meses preconizados pelo DSM⁵⁶. Há, ainda, escolares que apresentam progresso lento e difícil no primeiro ano de atendimento, mas depois avançam em ritmo acelerado, arruinando qualquer hipótese de dislexia. Recomenda-se, assim, que esse diagnóstico não seja dado antes de dois anos de intervenção adequada. Recomenda-se, ainda, que mesmo diante de casos de dificuldades persistentes, que o diagnóstico seja uma construção conjunta.

Nesse ponto da discussão, cabe trazer Canguilhem⁵⁷, pois sua obra “O normal e o patológico” gera reflexões oportunas para a questão posta em análise. O autor explica que a determinação de constantes fisiológicas, por meio da obtenção de médias elaborados no âmbito de um laboratório, assinala o risco de uma correspondência direta do homem normal ao homem dito mediano, aquém das possibilidades das influências de suas próprias ações e das ações que o meio sobre ele proporcionam. Canguilhem cita Thibaudet que elaborou o seguinte questionamento: “a quantos metros o homem pode saltar?”. O autor entende que são as tabelas de recorde e não a fisiologia que podem responder essa pergunta. E afirma: “se podemos falar em homem normal, determinado pelo fisiologista, é porque existem homens normativos, homens para quem é normal romper as normas e criar novas normas” (p. 120).

Entende-se que, embora o chamado de transtorno específico de leitura tenha caráter persistente, e, como divulgado, as dificuldades persistiriam por toda vida, como saber se a prática da leitura não geraria compensações, reestruturando todo o funcionamento cerebral? O que se pode ter como certo é reconhecer, como explica Canguilhem⁵⁷, que a capacidade de superação do ser humano é ilimitada. Portanto, diagnósticos na área da

aprendizagem serão sempre um estado e não uma condição necessariamente vitalícia. Assim, se as atuais condições indicam para a dislexia, e se esse diagnóstico significa um estado de conforto para um sujeito em dado momento histórico, é recomendável que a escolha do sujeito seja acolhida pelo profissional que o atende. Entretanto, como dito, é preciso que essa “construção conjunta” (terapeuta-paciente) seja pautada em uma hipótese e não em uma verdade irrefutável.

A fim de sintetizar os pressupostos acima apresentados, cabe esclarecer que os filiados a uma prática não medicalizante da aprendizagem procuram enfrentar os problemas educacionais de forma mais ampla. Desse modo, em relação à dislexia, pode-se afirmar que:

- Embora o caráter orgânico da chamada “dislexia do desenvolvimento” não seja consensual, é evidente que escolares podem ter dificuldades persistentes e desproporcionais de leitura.

- O diagnóstico da dificuldade de leitura deve ser processual e considerar todos os fatores envolvidos na construção da queixa.

- Dificuldades em testes de processamento fonológico (ou funcionamento cerebral alterado em exames de imagem) indicam tão somente que o sujeito avaliado não é alfabetizado ou está em processo de aprendizagem da leitura.

- Se constatada uma dificuldade que indique possibilidade de dislexia, este diagnóstico deverá ser uma construção conjunta (*com* o sujeito) e pautada na ideia de uma hipótese.

- A hipótese da dislexia não precisa ser entendida como algo fixo e imutável, mesmo porque o cérebro é um órgão flexível e sujeito às condições do meio em que se vive.

- A intervenção não é pautada no diagnóstico, mas no perfil de aprendizagem e nas necessidades individuais. Para isso, é construído um planejamento terapêutico individualizado.

2.2 TDAH e medicalização

Em meio à proposta de formação de núcleo trabalho em perspectiva não medicalizante, é preciso esclarecer o que se entende por medicalização. Isso é importante na medida em que, não raro, observa-se em palestras e outras comunicações de profissionais ancorados em práticas convencionais expressões do tipo: “O pessoal da [anti]medicalização diz que esses transtornos não existem, mas eles existem sim”. Muito comum ainda é a discussão envolvendo a existência do TDAH (o TDAH existe?).

Grosso modo, medicalizar é transformar aspectos de ordem social, pedagógica, cultural, afetiva, psicossocial, linguística e política em doença ou transtorno⁵⁸. Historicamente, o termo medicalização era relacionado ao profissional de Medicina. Depois, com outros profissionais de saúde envolvidos (sobretudo) nos diagnósticos da aprendizagem, começou-se a utilizar também o termo patologização. Mesmo a psicologização é comumente usada quando as dificuldades de aprendizagem são associadas primariamente a alterações de ordem emocional. De qualquer modo, medicalização, patologização e psicologização da educação dizem respeito a atribuição de algum fator orgânico, interno ao indivíduo, como fonte dos problemas da ordem do aprender. Embora outros termos possam ser usados, neste trabalho optou-se por utilizar apenas “medicalização” e “não medicalização” ou “antimedicalização”.

A medicalização ocorre em todos os domínios da vida; isto é, não envolve apenas a área educacional. Conrad³ e outros autores mencionam a expressão ‘medicalização da sociedade’ para se referir a todas as formas de transformação de condições humanas (tristeza, sexualidade, comportamento etc.) em desordens tratáveis. O autor adverte que são muitos os agentes envolvidos nesse processo de transformação de problemas da vida em

condições médicas. Como exemplo, vale mencionar alguns movimentos sociais ou mesmo organizações/associações de portadores de ‘supostos’ transtornos que se engajam na defesa da causa medicalizante. Embora o campo de estudo da medicalização seja amplo, neste estudo aborda-se somente a medicalização da educação.

Vale reiterar que os adeptos da filosofia não medicalizante não relativizam os problemas de aprendizagem tampouco negam que as crianças necessitem de ajuda. Excetuando-se alguns adeptos radicais, que entendem que a dificuldade escolar é *exclusiva* da área da educação, boa parte dos profissionais de saúde dessa linha acredita que é preciso que se investiguem os múltiplos fatores que podem estar obstaculizando o aprendizado. Desse modo, a questão deixa de ser a existência do TDAH, por exemplo, mas a maneira como esse transtorno vem sendo diagnosticado, os excessos diagnósticos e a facilidade com que o TDAH é atribuído, antes mesmo que se compreendam os fatores de base que podem estar levando ou contribuindo para o surgimento de manifestações consideradas indesejadas⁵⁹. O que se aponta também são os aspectos subjetivos envolvidos e o fato de a criança começar, muitas vezes, a se orientar em meio ao diagnóstico que lhe foi atribuído^{37,59}. Quanto às escalas padronizadas que costumam orientar o diagnóstico, basta um olhar meio crítico para compreender por que tantos alunos se enquadram no que se acredita ser um transtorno do neurodesenvolvimento¹.

Um exemplo da tradição é o questionário denominado SNAP-IV⁶⁰. Esse instrumento foi criado a partir do DSM e costuma ser enviado aos educadores para que respondam sobre o aluno. As respostas têm servido para sustentar o diagnóstico de TDAH. O professor é orientado a assinalar da seguinte forma: “para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o(a) aluno(a). As

opções são *nem um pouco, só um pouco, bastante, demais*. Os itens que devem ser analisados estão abaixo:

1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.

2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.

3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.

4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.

5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.

6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.

7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).

8. Distrai-se com estímulos externos.

9. É esquecido em atividades do dia a dia.

10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.

11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.

12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.

13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.

14. Não para ou frequentemente está a “mil por hora”.

15. Fala em excesso.

16. Responde às perguntas de forma precipitada antes de elas terem sido terminadas.

17. Tem dificuldade de esperar sua vez.

18. Interrompe os outros ou se intromete (p. ex.: mete-se em conversas/jogos).

O SNAP IV – 18⁶⁰ serve aos propósitos deste estudo para ilustrar a diferença entre os filiados às distintas linhas de pensamento. De maneira genérica, há profissionais que utilizam esse questionário como critério para um diagnóstico neuropsiquiátrico, e há os que dispensam esse instrumento por refletirem criticamente sobre ele. Signor e Santana¹, filiadas ao paradigma sociocultural, trazem para discussão a noção vygotskyana de “formação social da mente”. Pautadas nessa noção, perguntam: “Se entendemos que a cognição se constitui na interação, compreendemos que uma criança, por razões diversas (vínculo afetivo?), pode ser atenta à aula do professor X e ter ‘dificuldade de manter a atenção’ na aula do professor Y[...]. Caso o professor X e o professor Y fossem convidados a responder ao questionário sobre essa mesma criança, as respostas seriam equivalentes?” (p.42). E seguindo esse raciocínio, as autoras perguntam ainda: “Cabe dizer que em nossa prática clínica ouvimos com frequência de alunos e professores que a turma inteira é muito agitada, pergunta, aliás, que não consta do instrumento de avaliação”. Outros pesquisadores igualmente contestam o SNAP IV. A título de exemplo, sobre o item “parece não estar ouvindo”, Moysés e Collares⁶ questionam: parece não estar ouvindo quem? Em que situação? “Todo pediatra sabe que quando uma mãe reclama que o filho não escuta, deve-se perguntar se isso ocorre quando ela chama para arrumar o quarto ou tomar sorvete” (p. 45).

Reitera-se, assim, que não se trata de desacreditar no transtorno, mas de questionar a forma como vem sendo realizado esse diagnóstico. O contexto de produção do que podem ser sinais de sofrimento da criança acaba sendo completamente relativizado. E assim, por meio de mecanismos unidirecionais, anulam-se as possibilidades de enfrentamento dos problemas que podem estar prejudicando a escolaridade².

Signor, Berberian e Santana⁶¹ mencionam “perfil TDAH” ao se reportarem a crianças resistentes ao que a escola propõe/impõe. Para as autoras, a depender de como a escola lida com alguns comportamentos tidos como indesejados, a criança pode ter como destino o consultório de um psiquiatra. Afirmam que algumas crianças acabam adentrando a um processo de discursivização negativa, onde lhe são atribuídos rótulos, com consequências subjetivas que se estendem ao aprendizado. Essa categoria, em que o TDAH é construído socialmente, poderia ser enquadrada no que as autoras denominaram TDAH-S (“apresentação social”).

De qualquer modo, uma característica do chamado TDAH que merece ser discutida em mais profundidade é a “se distrai com facilidade”. Há, de fato, crianças que são demasiadamente lentas para executar determinadas atividades por se distraírem de forma excessiva. Algumas vezes levam 50-60 minutos para ler um texto que poderia ser lido em 5-10 minutos, sem apresentar dificuldade de leitura de base e sem que o texto represente um desafio intransponível. Há queixa das famílias que os filhos passam horas do dia para fazer tarefas de casa que outras crianças poderiam resolver em tempo reduzido. E na escola não conseguem desenvolver as atividades na mesma velocidade que os demais, sem ter alguma “alteração” de leitura e escrita, como algo que poderia justificar tempo aumentado para execução das atividades. Talvez essa situação específica poderia se enquadrar naquilo que se acredita ser sintoma de “déficit de atenção”.

Aqui é importante considerar que a dificuldade de concentração em uma tarefa (que não desperta o interesse) é mais uma questão de execução do que de *falta* de atenção. Não seria, assim, uma falta, no sentido de déficit, mas um desvio do foco atencivo que gera implicações diretas para o desempenho em tarefas. Geram-se, ainda, consequências indiretas: estresse, angústia, tristeza,

evitação das atividades e até mesmo baixo desempenho escolar. Entretanto, considerando a subjetividade infantil, cabe questionar se rotular/diagnosticar uma criança com “déficit de atenção” seria uma solução efetiva para resolver esse problema que, de fato, existe.

Ocorre que muitas vezes esses diagnósticos servem a propósitos. Não apenas os interesses da indústria farmacêutica estão envolvidos na medicalização, mas interesses outros. Sempre houve o desejo de controle do sujeito. Se antes, a palmatória pendurada em cada sala de aula era o instrumento ideal para produzir alunos dóceis⁶², hoje o controle é químico³⁸.

Aliado a isso, está o discurso que *salva* a criança de uma dada condição: “É melhor passar a infância sendo chamada de criança incompetente, malcriada e preguiçosa, que são julgamentos morais, ou ser vista como portadora de déficit de atenção? Para os primeiros predicados não há tratamento. Para o último, sim”⁵⁹. (p. 13). Vê-se, assim, que a escola, a família, a mídia, alguns pesquisadores e profissionais de saúde, ou seja, toda uma sociedade está implicada nesse processo de produção de um transtorno³.

O TDAH serviria ainda para justificar mau desempenho escolar e um meio para a conquista de direitos: realizar provas em sala separada, tempo adicional para entregar trabalhos, flexibilização curricular, entre outras estratégias que nem sempre surtem o efeito desejado, especialmente quando se pautam no diagnóstico e não na individualidade do aluno⁶⁴.

De qualquer modo, independente de um diagnóstico médico, a prática clínica tem mostrado que crianças com tendência à distração precisam de estratégias preparadas conforme o seu perfil de aprendizagem. Mas, antes disso, seria oportuno perceber que os processos atencionais que proporcionam o aprender estão muito mais ligados à curiosidade ativa do que com a passividade da recepção imitativa⁶⁵. É preciso entender, ainda, que “um novo aluno”

precisa de uma nova escola³⁹. Curiosamente, não se tem observado benefícios de medicamentos estimulantes que facilitem a capacidade de concentração em tarefas que não sejam do interesse dessas crianças. Isso ocorre justamente porque a atenção não é uma função imanente, encerrada em si mesma, independente do meio externo^{2,66}.

Signor e Santana¹ exemplificam essa situação com o caso de uma criança que foi encaminhada à clínica pois a professora dizia que durante as aulas ele permanecia olhando para a parede. Dizem as autoras que em detrimento de algum medicamento, “se esse mesmo aluno continuar submetido à mesma aula, à mesma professora, ao mesmo processo interacional, sua função atensiva possivelmente não sofrerá qualquer transformação favorável, porque a questão não se reduz ao cérebro”. De acordo com as autoras, as queixas trazidas pela escola e família precisam ser investigadas para que a criança possa ser ajudada. Mas para que a queixa seja compreendida pelo profissional de saúde é preciso suporte teórico de base. Ou seja, se as funções cognitivas não forem entendidas enquanto parte de um sistema funcional complexo⁶⁶, é natural que se utilizem instrumentos, questionários e escalas que em nada contribuem para o entendimento dos múltiplos aspectos envolvidos nos processos de aprendizagem.

O que se pode dizer é que na atualidade a educação vive a “era dos transtornos”⁶, sustentada na “era na neofrenologia”⁶⁷. Isso significa que pesquisadores amparados em sistemas tecnológicos repetem as mesmas experiências localizacionistas que ocorriam no século XIX⁶⁷. No entanto, a noção de que crianças com TDAH teriam diferenças cerebrais vem sendo questionada por pesquisadores que colocam em xeque os problemas metodológicos desses estudos^{1,68}. Talvez em razão disso que, apesar de alguns relatos de melhora, pouco se observam efeitos significativos dos medicamentos

estimulantes; corroborando a ideia de que o que precisa ser modificado, em muitos casos, é o entorno sociocultural. Tal consideração não se sustenta apenas na prática clínica, mas em revisões sistemáticas que apontam baixa evidência nos estudos que demonstram efeitos favoráveis do metilfenidato para tratamento do TDAH⁶⁹, ou seja, a qualidade metodológica compromete a validade desses estudos.

Adicionalmente, além dos problemas de método, observam-se outros problemas, tais como, grande variabilidade nos resultados dessas pesquisas⁷⁰ e conflitos de interesses. Estes últimos ocorrem pois muitos estudos são financiados pelos laboratórios que produzem os medicamentos⁶⁹. Acrescente-se que, conforme o BRATS (Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde)⁶⁹, “a escassez de pesquisas em longo prazo é problemática, já que, em contextos clínicos, as crianças recebem metilfenidato por muito mais tempo do que foi observado no conjunto de estudos selecionados”. Esses dados foram gerados a partir de uma revisão sistemática da literatura (“Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”), produzida por pesquisadores filiados à ANVISA, e publicada no BRATS. E graças à relevância do BRATS para a saúde pública no Brasil, um grupo de pesquisadores realizaram uma análise crítica⁷¹ da referida revisão sistemática.

A pesquisa⁷¹ fez a busca do BRATS/Anvisa, pretendendo responder a duas perguntas: (1) “o BRATS incluiu todas as referências disponíveis na literatura?” e (2) “As conclusões refletiram os textos revisados?” Para os autores, não houve análise de toda a evidência, pois algumas bases de dados não foram incluídas, a exemplo da ISI, e “os artigos selecionados pelos autores do BRATS apontam para a eficácia e segurança do uso do metilfenidato. Entretanto, a conclusão final dos autores

não reflete isso e não deveria ser usada como referência para orientar decisões sobre o uso do metilfenidato”⁷¹.

Vale comentar que o objetivo do BRATS não foi reforçar a conclusão dos estudos selecionados, mas analisar a qualidade da evidência nas pesquisas primárias das revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados. Os autores⁶⁹ admitem que as pesquisas “demonstraram eficácia e segurança do metilfenidato em comparação ao placebo, atomoxetina, buspirona, dexanfetamina e doses ou apresentações diferentes de metilfenidato”. Entretanto, alegam que “os estudos primários apresentaram baixa qualidade metodológica, poucas semanas de seguimento e baixa generalização”. Soma-se a isso que, embora não tenham sido pesquisadas todas as bases de dados, dada a sua impossibilidade, a busca ocorreu nas bases *Medline* (via *Pubmed*) e na *Cochrane Library* e *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD). Houve ainda consulta aos sites das Agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde: *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), envolvendo quase dez mil participantes. Acrescente-se que, por ter sido produzido por pesquisadores filiados a uma instituição séria e isenta de conflitos de interesses, a ANVISA, o boletim sirva sim como referência para profissionais que almejam desenvolver um olhar crítico sobre as publicações envolvendo tratamentos medicamentosos para pessoa com o chamado TDAH.

De maneira geral, algumas das conclusões do BRATS, baseadas nas revisões dos estudos, são as seguintes:

- Considerando as limitações metodológicas das pesquisas, a avaliação do efeito do metilfenidato para TDAH deve ser cautelosa. É preciso diagnosticar corretamente os pacientes e buscar um equilíbrio entre riscos e benefícios antes de se iniciar a administração de metilfenidato em crianças e adolescentes.

- Recomenda-se o uso do metilfenidato em casos estritamente necessários.

- Outras alternativas, tais como intervenções sociais, psicológicas e comportamentais para terapia do TDAH devem ser consideradas.

- A fim de garantir um diagnóstico correto, recomenda-se não detectar o TDAH apenas com base em questionários ou observações, mas realizar uma avaliação completa, clínica e psicossocial.

- Há evidências de que crianças que não possuem TDAH estariam sendo medicadas e casos da doença sendo tratados sem necessidade.

- O diagnóstico do TDAH é dimensional, pois envolve padrões típicos de comportamento da faixa etária. Isso significa que os sintomas do transtorno podem ser encontrados nos indivíduos com desenvolvimento típico.

- Considerando seu alto potencial de abuso e dependência, torna-se premente a adoção de debates que abordem a atual problemática do consumo indevido do metilfenidato, informando à população sobre o mau uso, os efeitos adversos e as consequências jurídicas.

- O metilfenidato é classificado como droga segundo a Lei 11343 de 2006. Essa droga chegou ao Brasil em 1998 e, em 2011, haviam sido vendidas 1.212.850 caixas do medicamento, elevando o metilfenidato ao posto do psicoestimulante sintético mais consumido do país.

- Os efeitos adversos frequentes do metilfenidato são a diminuição do apetite, insônia e dor de cabeça. Os possíveis eventos graves são o comportamento agressivo, função anormal do fígado, acidente cerebrovascular, diminuição do crescimento e outros.

- Pesquisadores atribuem a diagnósticos imprecisos a causa do elevado número de prescrições do metilfenidato para TDAH.

- Publicação do Governo Basco exemplifica a preferência de alguns clínicos na utilização do DSM IV, os quais diagnosticam de três ou quatro vezes mais TDAH se comparado ao CID-10. Destacam, ainda, que a versão DSM V amplia as possibilidades diagnósticas e uso do metilfenidato.

- Embora pesquisas financiadas pela indústria farmacêutica afirmem que há escassez de pessoas diagnosticadas no Brasil, a revisão da literatura nacional de Itaborahy e Ortiz, realizada em 2013, revelou que somente três artigos científicos, num universo de trinta e cinco, corroboraram essa afirmação.

Essas conclusões, que revelam a fragilidade dos estudos que tentam comprovar os benefícios do metilfenidato, só fazem reforçar a ideia de que o TDAH é um problema multifatorial. Tal consideração leva a entender que a prática medicamentosa não deveria ser uma escolha exclusiva do médico, mas uma decisão dos envolvidos nesse processo, incluindo a criança. Há relatos de crianças que afirmam não precisar e não desejar consumir esse medicamento, mas acabam sendo convencidas dessa necessidade. Se o TDAH é, também, uma questão de ordem social, toda a sociedade necessita ser convocada à reflexão. Assim, se para algumas crianças pode ser especialmente difícil permanecer longos períodos envolvidas em algo que não lhes atrai, é preciso que as condições externas instiguem a sua curiosidade ativa⁶⁵ para que elas possam aprender e se desenvolver bem dentro e fora da escola.

Isso explica a razão de os filiados à perspectiva sociocultural diagnosticarem os aspectos sociais, linguísticos, históricos, afetivos, interacionais, políticos, educacionais, subjetivos, entre outros que podem estar agindo na produção dos sintomas; sem desconsiderar, como já dito, que esses transtornos podem ter sido construídos no decorrer da escolaridade; podem ser

decorrentes de processos singulares (perfil individual) ou podem ser consequência de algum sofrimento que a criança manifesta no corpo e na mente.

De forma resumida, pode-se dizer que os filiados à linha antimedicalizante:

- Não negam que o transtorno exista, o que se questiona é a forma reducionista de compreensão de fenômenos complexos, que tem levado a sociedade a presenciar uma “epidemia de TDAH”⁶.

- Entendem que os sintomas podem ser construídos por meio das vivências sociais.

- Entendem a necessidade de considerar os aspectos sócio-históricos e culturais para que se possam criar estratégias efetivas de enfrentamento.

- Consideram os efeitos subjetivos de um rótulo que pode anular as possibilidades de compreensão das manifestações apresentadas.

- Consideram que a tendência à distração é um fenômeno que compromete a execução de atividades e, portanto, estratégias clínicas e educacionais precisam ser implementadas para que a criança consiga superar essa dificuldade.

- Entendem que medicamentos podem ser administrados quando estritamente necessários e em curto espaço de tempo. Essa necessidade se verifica, por exemplo, quando a criança vivencia sofrimento psíquico intenso.

Esta subseção não poderia ser finalizada sem que um exemplo concreto fosse utilizado para distinguir diferentes maneiras de interpretação da realidade. Trata-se do caso de Susi^{1,2,61}, uma criança que foi diagnosticada com TDAH aos 6 anos de idade. Havia queixas de que a criança “não queria fazer as atividades... que a Susi não obedecia... que a Susi imitava a professora... que a Susi imitava os colegas... que a Susi brigava com os amigos....”. Essa menina, aos 10 anos de idade, participou de uma pesquisa sobre o TDAH

e relatou, em entrevista, que “melhorou a minha depois que comecei a tomar [metilfenidato]”.

Tal relato é sobremaneira importante na medida em que a corrente dominante se apoia em depoimentos de pessoas que, após uso da medicação, dizem terem alcançado avanços em todos os domínios da vida¹. Contudo, a mencionada pesquisa⁶¹ revelou, por meio de análise dialógica do discurso de Susi e de sua mãe, aliada à pesquisa documental, que a melhora não representou avanços para a aprendizagem ou socialização da criança. Embora ela tomasse metilfenidato desde os 6 anos de idade, só aprendeu a ler e escrever no terceiro ano quando teve “uma professora maravilhosa”. E ainda, aos 10 anos de idade, permaneciam as queixas de exclusão social (“ninguém quer ser meu amigo”).

Assim, conforme apontam os dados, o “melhorou a minha vida” estava relacionado a uma possível reação adversa da medicação (efeito conhecido como *efeito zumbi*), que fez com que a criança – aos 6 anos de idade – permanecesse paralisada em sala de aula: “estava para me dar um troço ver minha filha daquele jeito (sob efeito da medicação)”, disse a mãe. Esse efeito fez com que as queixas da professora sobre o comportamento da aluna fossem reduzidas (“pararam as reclamações, tinha até elogios”, nos termos da criança) e, com isso, Susi revelou que melhorou a sua vida^{1,2,61}.

Cabe assinalar que não se descarta a percepção subjetiva da “melhora”, uma vez que, conforme os termos da criança, as professoras pararam de se queixar de seu comportamento considerado inadequado. O que se discute é se essa “paz” alcançada no contexto da escola não teve um custo bastante elevado.

A história de Susi serve para ilustrar a complexidade do ser humano nas suas inter-relações e no quanto uma visão superficial tende a reduzir as possibilidades de compreensão dos fenômenos humanos, aniquilando-se

formas de enfrentamento mais eficazes. Dito de outro modo, um psiquiatra da linha medicalizante, a partir desse relato, provavelmente entenderia que a medicação gerou melhorias na vida da criança e persistiria na conduta medicamentosa. Outro profissional, por sua vez, poderia investigar em profundidade esse discurso visando compreender a que efeitos a menina estava se referindo. Entende-se que é essa atitude *realmente* investigativa que poderia “mudar a vida” de muitas crianças, pois, a depender do olhar, pode-se, de um lado, promover a saúde, ou, de outro, promover a doença, com todas as implicações para a subjetividade, aprendizagem e desenvolvimento da criança dentro e fora da escola⁷².

2.2.1 O TDAH, o Capital e o Tempo

No ensaio intitulado “Seria o TDAH uma condição anticapitalista?”, Basu⁷³, amparada no fato de que cinco sextos dos circuitos cerebrais são gerados após o nascimento, aposta na noção largamente defendida neste trabalho de um cérebro que se constrói por meio das interações sociais e da cultura. Assim, embora possam existir genes candidatos ao TDAH, esta “condição” poderá ou não ser desenvolvida a depender do entorno sociocultural de base. A autora remete a questão, em alguma medida, às (des)conexões entre pais e filhos geradas pelas condições de vida atuais e no impacto disso para o funcionamento cerebral das crianças. Hoje muito se fala em “pouco tempo, *mas* com qualidade”, mas caberia perguntar se esse pouco que muitos pais podem oferecer seria suficiente para garantir o desenvolvimento de processos mentais saudáveis. Pergunta-se ainda se essa escassez (de tempo) decorreria de sociedades que criam cada vez mais famílias estressadas, escolas prisionais e locais de trabalho tóxicos⁷³. Evidentemente, esse modelo de sociedade acabaria por excluir aqueles que não se

adaptam, não se moldam, não se encaixam; isto é, não aceitam serem consumidos por essa realidade.

O resultado dessa rejeição a um modo de ser - imposto pela sociedade (capitalista?) - é a busca por um diagnóstico e pela suposta libertação que esse rótulo proporcionaria. É frequente nos depararmos com depoimentos de pessoas que, após diagnosticadas, manifestam sensação de alívio: “agora eu me entendo”, “agora eu me aceito”, “a minha vida poderia ter sido diferente se eu tivesse sido diagnosticado na infância”. É como se as pessoas se encapsulassem para se sentirem protegidas, libertas das pressões e impressões geradas no grande meio social. E, assim, incluídas nas *caixinhas dos transtornos*, conseguem explicar à sociedade a razão da sua “diferença”: são neurodivergentes(!) e não “esquisitas”, “antissociais” e “desorganizadas”; liberam, portanto, a culpa geradora do sofrimento⁶⁴.

Cabe perguntar, entretanto, se essa necessidade de se desprender de julgamentos morais, tão mencionada na literatura, seria, de fato, o principal fator que levaria a procura por um diagnóstico psiquiátrico. Ou seja, ao que parece, pouco se discutem razões outras que poderiam estar contribuindo para que pessoas se reconheçam como neurodivergentes e busquem um profissional que tipifique o transtorno mental.

Santos⁷⁴, ao tratar do tema da inclusão social, diz que todos os indivíduos têm direito à *diferença*, mas, da mesma forma, todos têm direito à igualdade. Logo, há de se pensar que a necessidade de se encaixar a grupos específicos (ex. TDAH, TEA) esteja relacionada não apenas ao desejo de responder à sociedade, mas, sobretudo, à necessidade de exercer o direito à igualdade. Ao que tudo indica, o que se busca nesse processo diagnóstico é uma espécie de autorização médica para pertencer a um dado grupo.

Bakhtin⁷⁵, ao tratar das relações sociais, assinala a impossibilidade da solidão: “O próprio ser do homem

(tanto interno quanto externo) é *convívio mais profundo*. Ser significa *conviver*. Morte absoluta (o não ser) é o inaudível, a irreconhecibilidade, o imemorável. Ser significa ser para o outro e, através dele, para si” (p.340). Assim, não ser ouvido, reconhecido ou lembrado faz do ser o *não ser*. E já que sem o outro não se é e o *não ser* representa a morte, para fugir dessa condição, já que se está vivo, as pessoas excluídas buscam meios de convivência em grupos de “iguais” para que possam, assim, serem ouvidas, reconhecidas, lembradas.

Diante desse modo de entender, os biodiagnósticos serviriam aos anseios de pessoas que procuram de algum modo desenvolver o sentimento de pertença. O problema ocorre porque esse modelo de sociedade (capitalista?) - que descarta aqueles que não desenvolvem um perfil esperado - acaba sustentando interesses de setores que se alimentam e que lucram pesadamente com esse mecanismo social excludente, a exemplo da indústria farmacêutica e dos profissionais de saúde. Estes são, no entender de Temporão⁷⁶, o cimento entre a produção e o consumo dos medicamentos. Para o autor, nesse universo, os pacientes deixaram de ser pessoas e passaram a ser consumidores. “Consumidores alienados porque orientados, na maioria das vezes, por prescritores alienados [ou movidos por conflitos de interesses]” (p.77).

Esse cimento, qual seja, o saber médico, imprime características singulares a depender do processo de formação profissional ser mais humanista, pautado em uma escola democrática, aberta aos novos saberes, e voltado para a interdisciplinaridade, *ou* uma formação pautada em um biologismo rígido centrado apenas na sua especialidade ou subespecialidade (este último processo, como se sabe, constitui a corrente hegemônica)⁷⁶.

Outro componente do cimento que, segundo Temporão⁷⁶, conecta o espaço de produção de biodrogas ao espaço de consumo é a estratégia de *marketing* da indústria

produtora dessas drogas. A indústria farmacêutica investe maciçamente em publicidade dirigida aos médicos, aos outros profissionais de saúde e também aos potenciais consumidores, que pouco percebem que estão, todos, sendo vítimas de um processo de construção de uma consciência coletiva que cria desejos, necessidades e direitos.

Caliman⁶⁴ faz apontamentos que igualmente levam aos interesses por trás dos fabricantes de remédios; interesses esses que agem na produção de uma sociedade de consumo dessas drogas. A autora explica que um biodiagnóstico faz parte de um sistema que, como visto, procura criar uma mentalidade que isenta o sujeito da culpa, mas, ao mesmo tempo, o convoca para o tratamento. Para a autora, “o biodiagnóstico exerce seu poder individualizante e subjetivante. Nas biocidadanias é também outra forma de responsabilidade que se exige” (p.115-16). E, assim, Caliman⁶⁴ tece questionamentos que têm por objetivo tentar encontrar respostas para a expansão crescente dos biodiagnósticos na área de Psiquiatria. As perguntas tomam duas principais direções, uma relacionada à produção (“o que o produz o biodiagnóstico?”) e outra à consequência do biodiagnósticos (“quais são os impactos deste para o sujeito e sua família?”).

Quanto aos impactos do diagnóstico, a autora entende que este não produz apenas efeitos políticos, sociais e subjetivos. O ato de classificar funciona como uma tecnologia que controla e estigmatiza, participando de um fenômeno conhecido por bioidentidade⁶⁴, como se pode verificar, inclusive, em descrições de perfis nas redes sociais (ex. “julio_atípico – Autista e AH/SD”). E as bioidentidades participam das biossociabilidades⁶⁴; isto é, “atuam na constituição de sociabilidades desejadas pelos sujeitos diagnosticados”, como apontado anteriormente.

Da mesma forma, nas sociedades biológicas/excludentes (capitalistas?) tem-se acesso a um conjunto de direitos que também impactam a subjetividade na medida em que transformam o indivíduo em um “sujeito de

direitos”. Para os estudantes, de modo geral, esses supostos benefícios não estão relacionados ao direito a uma escola de qualidade, inclusiva, e que permita a construção do protagonismo e da autonomia. Ao contrário, os supostos direitos se relacionam sobremaneira a um direito que se relaciona ao tempo: direito de ter *mais tempo* para fazer as provas, direito de ter *mais tempo* para entregar os trabalhos, direito de ter *mais tempo* para fazer os deveres.

Tal discussão remete, de novo, ao ensaio de Basu⁷³. A autora, ao versar sobre a relação tempo X TDAH, relembra algo defendido por Russell Barkley. Como já dito neste trabalho, o estudioso do TDAH defende a ideia de que o transtorno opera um processo de cegueira do futuro, isto é, uma pessoa com TDAH funcionaria sobretudo no tempo imediato, por isso são frequentes atrasos, perda de compromissos e desorganização. Basu entende que o tempo funciona de forma diferente para quem tem que lidar com o perfil TDAH, isto é, haveria, nos termos da autora, "o esquecimento de uma construção particular do tempo: o tempo governado pelo relógio". Isso significa que a pessoa com esse perfil não experimenta um tempo linear devido às diferenças químicas no lobo frontal. "Esse tipo de humano é inimigo de um sistema econômico baseado no regime do tempo". Para quem tem déficit de atenção parece impossível gastar tempo em atividades para as quais não se tem motivação interna; "o cérebro TDAH é incompatível com burocracia", argumenta a autora.

Esse entendimento leva a um exemplo já citado em seção anterior, o de um menino que passava as aulas olhando para a parede e, por conta disso, foi encaminhado para um diagnóstico psiquiátrico e tratamento medicamentoso. Pergunta-se aqui se remédios conseguiriam, por si sós, criar motivação para algo que não desperta o interesse. Mas Basu fornece uma resposta possível: "para que uma criança com TDA aprenda matemática deve-se estruturar as atividades ao modo de um videogame". Isso quer dizer que remédios

podem não funcionar porque a mente é movida por interesses, motivações e desafios e nada disso pode ser produzido na imanência do cérebro.

Quanto aos adultos, a maioria do serviço remunerado pode ser classificado como burocracia, pois "não tem significado intrínseco, não agrega valor à sociedade e fazemos isso simplesmente para conseguir dinheiro para nos mantermos vivos"⁷³. E quando alguém vai contra o sistema (capitalista?) e reflete sobre ele (e resiste a ele) pode ser enquadrado em um distúrbio. Mas em meio a uma sociedade verdadeiramente democrática, os homens seriam livres para desenvolver seus talentos à vontade. Basu afirma que "o cérebro com TDA é construído para o pensamento livre e criativo. A mesma fiação que cria caos interno e distração também torna essas pessoas melhores em pensamento divergente, expansão conceitual e superação das limitações de conhecimento". A autora finaliza seu ensaio considerando um conceito primordial quando se pensa em algum tipo de "neurodivergência", a *afetividade*. O que as pessoas com perfil TDAH precisam é, na realidade, o que todo mundo precisa: de lugares em que possam ser acolhidas e que possibilitem a conexão com seus sentimentos e o investimento em suas paixões e na sua autoestima. E cada ser humano pode aprender "com a rejeição do cérebro TDA ao tempo" a criar esses espaços de amor e de cura". "Todos nós podemos abraçar a desordem que nos libertará", conclui a autora⁷³.

2.3 Transtorno de Processamento Auditivo e aprendizado da leitura e escrita: há uma relação?

Discutir o TPAC é de extrema relevância em um contexto em que estudantes com dificuldade na escola estão sendo levados a entender que, mesmo diante de limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade, essa dificuldade se deve a um "problema no ouvido"^{54,77}.

A alta prevalência de diagnósticos encontra respaldo na literatura, pois pesquisadores⁷⁸⁻⁷⁹ afirmam que sujeitos com dificuldade de aprendizagem, de compreensão, transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade, dislexia e transtornos de linguagem apresentam comprometimentos auditivos centrais. Surpreende ainda estudos que apontam que crianças com condições socioeconômicas desfavoráveis estariam predispostas a ter transtorno de processamento auditivo.

A pesquisa de Pereira e Schochat⁸⁰ investigou a relação entre processamento auditivo e segmento social de origem de alunos de escolas públicas e privadas da cidade de São Paulo. Os resultados mostraram que de 15 a 20% das crianças das escolas privadas e 70% dos alunos das escolas públicas evidenciaram algum grau de déficit em habilidades auditivas. Esses resultados sustentaram uma publicação da Revista Superinteressante (“Distraídos pelo barulho”)⁸¹.

Outra pesquisa revelou resultados similares. Balen, Boeno e Liebel⁸² investigaram a resolução temporal em 44 crianças em idade escolar divididas em classe social alta (G1), média (G2) e baixa (G3) e concluíram que o G1 apresentou melhor desempenho em ambas as orelhas se comparadas com G2 e G3, enquanto G2 foi melhor que G3. De acordo com os pesquisadores, essa diferença foi estatisticamente significativa em todos os grupos. Murphy et al.⁸³ também investigaram o processamento auditivo de 27 crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social em comparação com um grupo de controle composto por 21 crianças e adolescentes de mesma idade e com desenvolvimento típico. Uma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os grupos, com piores resultados para as crianças vulneráveis.

Esses estudos complementam uma questão já posta em outros trabalhos que contestam as pesquisas sobre o PA: se crianças em condições sociais desfavoráveis têm sido amplamente diagnosticadas com déficit de processamento

auditivo, é possível considerar esse “déficit” como um transtorno? Se, por um lado, os resultados desses estudos surpreendem, por outro lado, apontam para a normalidade desse suposto transtorno, pelo menos para as crianças de camadas socioeconômicas mais baixas; aquelas que representam a esmagadora maioria em países em desenvolvimento⁵⁴.

Essa relação entre TPAC e seguimento social de origem foi tema de uma revisão sistemática da literatura⁸⁴. Os pesquisadores se propuseram a explicar a razão pela qual crianças pertencentes a entornos sociais desfavoráveis teriam maiores chances de desenvolver o transtorno. Para eles, ao contrário do sistema auditivo periférico que já está pronto ao nascer, o sistema auditivo central se modifica durante a infância e adolescência. Assim, a renda familiar tem relação com a quantidade de estímulos recebidos pela criança, gerando implicações para o desenvolvimento dela. Segundo os pesquisadores, sabendo-se que a cognição, a memória e a linguagem são imprescindíveis para a realização da testagem de PA, é válida a correlação do nível socioeconômico com os resultados obtidos na avaliação⁸⁴.

O estudo de Signor et al.⁷⁷ remeteu a discussão às condições de alfabetismo que, por questões de acesso a bens culturais, podem ser diferenciadas entre os distintos grupos sociais. E, com base em Vygotsky, as autoras explicam que: “é esperado que pessoas com condições diferentes de alfabetismo apresentem desempenho distinto nos testes, uma vez que com habilidades de leitura e escrita novas conexões funcionais emergem e refletem em todas as esferas cognitivas”. Para Novaes-Pinto⁶⁷, esse “novo funcionamento cerebral” passa a ser um importante instrumento para a aprendizagem e para o desenvolvimento, levando à possibilidade de resolução de problemas em amplos e distintos domínios. As autoras concluem que “escolares com dificuldade de leitura e escrita podem apresentar baixo

desempenho em testes de PA sem que isso represente TPAC ou distúrbio de qualquer ordem”.

Apesar de alguns pesquisadores entenderem que o problema dos diagnósticos excessivos de TPAC se deve ao baixo *desempenho* nesses testes, outros pesquisadores se apoiam na premissa de que a dificuldade de leitura estaria relacionada a um real déficit de processamento auditivo, uma vez que “a percepção dos aspectos temporais do som desempenha papel crucial na aquisição da leitura e escrita”⁸⁵.

A hipótese de que um déficit de processamento auditivo temporal poderia estar subjacente à dificuldade de leitura foi estudada por Tallal et al⁸⁶. Tallal afirma que crianças com dificuldade de leitura teriam problemas em processar eventos acústicos breves e/ou que mudam rapidamente, sejam eles de fala ou não. Entretanto, essa explicação tem sido amplamente criticada. Snowling et al.⁸⁷ analisaram uma série de estudos que tiveram por finalidade testar habilidades de processamento auditivo rápido em populações com transtorno de desenvolvimento da linguagem e com dificuldade específica de leitura e observaram uma imensa variabilidade nos resultados dessas pesquisas.

E, assim, diante da discrepância verificada nesses achados, os autores sugerem algumas explicações possíveis. Segundo eles⁸⁷, a maioria dos testes de processamento auditivo rápido solicitaram aos participantes que fizessem uma discriminação entre frequência ou intensidade de tons rápidos ou breves. No entanto, esses estudos não controlaram as diferenças na capacidade de discriminação auditiva entre os participantes, levando a crer que os baixos escores de processamento auditivo de algumas pessoas com dificuldade de leitura e de linguagem poderiam ser resultado de um déficit de discriminação auditiva de base.

Outro aspecto que, conforme os autores, afeta a validade e confiabilidade dessas pesquisas é que o

desempenho em testes de processamento auditivo rápido dependem de habilidades cognitivas como atenção, memória, aprendizado e classificação de estímulos. E essas habilidades geralmente são fracas em crianças, particularmente aquelas com dificuldades de aprendizagem⁸⁷. Os autores questionam também as diferenças individuais nas habilidades de processamento entre as populações pesquisadas, a qualidade dos grupos-controle e a relação entre as habilidades de processamento auditivo verbal e não verbal.

Todos esses fatores, segundo Snowling et al.⁸⁷, destacam a necessidade de estudos futuros considerarem: (i) estabelecer a confiabilidade e validade de tarefas psicofísicas usadas para avaliar o processamento auditivo rápido; (ii) relatar as pontuações de indivíduos em vez de apenas médias de grupo; (iii) incluir uma ampla gama de testes de leitura e de linguagem oral a fim de determinar o perfil de alfabetismo e de linguagem oral de pessoas que falham em testes de processamento auditivo; (iv) incluir grupos de comparação clínica para determinar se déficit de processamento auditivo está relacionado especificamente à dificuldade de linguagem oral e escrita; e (v) examinar a relação entre o processamento verbal, não verbal e habilidades fonológicas⁸⁷.

Dawes e Bishop⁸⁸ destacam que diferentes etiquetas estão sendo dadas para os mesmos sintomas, gerando confusão por parte dos familiares das crianças e até mesmo dos próprios profissionais. Afirmam ainda que não há evidência científica que comprove algum benefício da terapia de processamento auditivo ou mesmo a generalização para competências em linguagem e aprendizagem. E assim, considerando a falta de evidência dessa abordagem, os pesquisadores sugerem que a leitura e a escrita sejam tratadas por meio de desenvolvimento direto dessas habilidades em vez de treinamento de habilidades auditivas isoladas.

Outra pesquisa⁸⁹ realizada com grupos-controle revelam que a suposta melhora do PA, na realidade, é efeito do teste-reteste e não do treinamento aplicado. Dessa forma, considerações sobre a linguagem da criança e sua aprendizagem devem estar fundamentadas em processos de avaliação da linguagem que abordem, além das questões linguístico-discursivas, aspectos subjetivos, culturais, vivenciais, interacionais, afetivos e educacionais envolvidos⁷⁷.

Para Signor et al.⁷⁷ é preciso compreender em que medida queixas de PA (“dizer ‘ah?’ com frequência”, “dificuldades para entender a fala em ambientes ruidosos”, “lentidão para responder”, “dificuldade de localizar a fonte sonora” etc.) podem estar relacionadas à dificuldade de entender, por exemplo, que o fonema /v/ é representado pelo grafema “v”. As autoras explicam que o desenvolvimento da oralidade e do processamento fonológico dependem da integridade do sistema auditivo, o que implica poder ouvir e compreender a informação que chega através do canal auditivo. Assim, se o TPAC é um diagnóstico dado a sujeitos com plenas capacidades auditivas (limiares auditivos normais) e intelectuais, é esperado que se tenham amplas possibilidades de desenvolver o processamento fonológico, que é a capacidade de manipular os sons da cadeia sonora⁷⁷. Mesmo que haja dificuldades significativas em ouvir em ambientes ruidosos, como em algumas salas de aula, as autoras explicam que essa dificuldade poderia ser superada pelo escolar, pois para a aprendizagem das relações entre fonemas e grafemas os docentes realizam várias repetições, e os alunos são inseridos em atividades diversas que estão, inclusive, atreladas a outros sistemas sensoriais de entrada da informação, como o visual e cinestésico. As autoras dizem ainda que a aprendizagem das relações entre sons e letras não se reduz à entrada da informação, “mas engloba uma aquisição conceitual, o que envolve, no caso da linguagem escrita, contextos significativos de

aprendizagem, acesso a bens culturais, inserção em práticas sociais de leitura e escrita, entorno de letramento familiar, relação do sujeito com a escrita, entre outros aspectos que levam a entender que o desenvolvimento do alfabetismo é um fenômeno multifacetado”⁷⁷.

Ressalta-se que não se nega aqui que estudantes possam ter alguma inabilidade nas vias auditivas centrais. O que se questiona é a relação que tem sido feita desse controverso transtorno com dificuldade de leitura e escrita; questiona-se ainda diagnósticos de TPAC fornecidos a estudantes sem sintoma de dificuldade de escuta em ambiente ruidoso, e, como elemento complicador, a redução de problemas socioeducacionais a uma suposta alteração de PA⁷⁷. Cabe lembrar, como mencionado, que essa relação, embora esteja sendo contestada há anos, ainda faz parte dos relatórios atuais emitidos por profissionais que realizam esses exames.

Assim, é imprescindível reiterar que:

- O principal sintoma do chamado TPAC diz respeito à dificuldade de ouvir em ambiente ruidoso. Isso leva a entender que uma pessoa, nessa situação, terá dificuldade de ouvir e, por consequência, de entender a fala, pois o sistema auditivo não consegue atenuar/mascarar o ruído de fundo. Não se trata, portanto, de um problema de compreensão de base.

- A queixa relacionada à dificuldade de escuta em ambiente ruidoso pode ser sintoma de TPAC ou pode ter relação com o perfil individual (irritabilidade em ambientes ruidosos). É preciso investigar se a queixa envolve prejuízos desproporcionais para os processos interacionais.

- Se a queixa de dificuldade em ambientes ruidosos se estender à sala de aula, é preciso que se analise o problema de forma contextualizada: o ruído é excessivo, acima do normal e por essa razão incomodaria a maioria das pessoas? Outras crianças também se queixam do barulho em sala de

aula? As crianças que não demonstram incômodo com o ruído são aquelas envolvidas na produção do barulho? É possível afirmar que o desconforto pode ter relação com o desejo de aprender. Assim, é importante investigar a queixa, e caso se constate real dificuldade de escuta em situação de ruído, encaminhar a criança para uma avaliação e tratamento preferencialmente em cabina acústica, com procedimentos destinados à reabilitação das habilidades auditivas deficientes.

-Se houver uma patologia de linguagem, associado a um possível TPAC, o sujeito terá um sintoma auditivo dentro de um quadro de linguagem.

-Não há evidência de que TPAC tenha relação com dificuldade de leitura e de escrita, mas uma criança com dificuldade escolar pode ter mau desempenho no teste. Cabe dizer que renomados estudiosos do campo da leitura e das dificuldades de leitura (Dorothy Bishop, Piers Dawes, Charles Hulme, Margaret Snowling, Genevieve Mc Arthur, Linnea Ehri, Ana Paula Berberian, Lúcia Masini, Giselle Massi, entre outros), no Brasil e no exterior, questionam essa relação, colocam em xeque a validade e confiabilidade das pesquisas, ou simplesmente desconsideram a possibilidade de relação entre processamento auditivo e aprendizado da leitura e escrita.

- É importante, para um possível diagnóstico de TPAC, não se pautar apenas na avaliação formal do PA, pois esse resultado pode não corresponder à realidade observada. A avaliação clínica é fundamental para verificar se existem sintomas de inabilidade do processamento auditivo e como esses se manifestam.

Após exposição acima, reitera-se que pesquisadores da linha sociocultural entendem que algumas pessoas podem ter dificuldade desproporcional de interagir socialmente em contextos de escuta competitiva ou ruidosa. O que se questiona é a arbitrariedade com que esse diagnóstico vem sendo realizado, os instrumentos

utilizados para essa testagem – que têm gerado altas taxas de prevalência do chamado TPAC, e, por fim, as relações que tem sido estabelecidas entre um transtorno auditivo e dificuldades de compreensão e aprendizagem.

3. Serviço de Apoio ao Escolar – como estruturar?

O objetivo desta seção é apresentar uma proposta de estruturação de um serviço de atendimento em saúde pública voltado à criança e adolescente com queixa de dificuldade escolar. Em geral, os pacientes são encaminhados às clínicas especializadas e hospitais que oferecem centros de tratamento aos escolares por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ressalte-se que alguns leigos questionam se o trabalho voltado ao diagnóstico e intervenção dirigidos para a dificuldade escolar não seria atribuição da Atenção Básica. Cabe esclarecer que os hospitais atuam não apenas na alta complexidade, mas também na média complexidade, sendo a atenção básica a porta de entrada do usuário do SUS⁹⁰.

A atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, que se orienta por todos os princípios do sistema, mas emprega tecnologia de baixa densidade. Destaca-se a unidade básica de saúde com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Quanto à média complexidade, é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a *disponibilidade de profissionais especializados* e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento⁹⁰.

Assim, a UBS ao receber um estudante com dificuldade no aprendizado poderá realizar o encaminhamento para que, na média complexidade, tenha acesso a uma equipe de especialistas, que fornecerá um diagnóstico e atendimento adequado, se for o caso.

A fim de exemplificar a diferença no escopo de atuação profissional pode-se citar o caso do fonoaudiólogo. Embora este profissional, na UBS, possa atuar na reabilitação, sua função principal residirá na promoção da saúde. Medidas coletivas visando à promoção da aprendizagem nas escolas da comunidade seriam recursos relevantes, até para evitar que alunos sejam encaminhados desnecessariamente aos centros de saúde. O fonoaudiólogo da UBS pode estabelecer vínculos com as escolas e propor parcerias com os gestores das unidades escolares, fornecendo informações relacionadas ao desenvolvimento da linguagem e aprendizagem, bem como formas de otimizá-las. Da mesma forma, o fonoaudiólogo pode atuar propondo projetos de desenvolvimento de oficinas de leitura e escrita dirigidas a toda população estudantil. Nessa situação, este profissional atuaria no empoderamento dos professores, gerando, por conseguinte, o protagonismo no ambiente educacional.

Vê-se, assim, que os níveis de complexidade foram pensados para que, de maneira articulada, gerem mais benefícios para o maior número possível de usuários. Desse modo, o profissional da atenção básica agiria de forma a promover a aprendizagem e o profissional superespecializado da média complexidade atuaria reabilitando aquele escolar que, embora tenha sido submetido a uma educação de qualidade, aquela promovida em parceria escola-UBS, necessita de recursos suplementares e de equipe de especialistas na área.

3.1 Finalidade

Um Serviço de Apoio ao Escolar precisa ser constituído por uma equipe multiprofissional que tenha por finalidade prestar assistência para estudantes com dificuldade na escola. O enfoque pautado na interdisciplinaridade se volta à investigação dos múltiplos fatores que podem estar obstaculizando o aprender. Tais serviços, quando alicerçados por uma abordagem não medicalizante, tendem a oferecer intervenção diagnóstica e assessoria às escolas, contribuindo para a construção de planejamentos pedagógicos singulares e inclusivos, centrados nas necessidades educacionais de cada aluno. Desse modo, esses serviços não se limitam a emitir laudos para que a escola requeira “benefícios” para o aluno, mas objetiva, em conjunto com a escola e a família, traçar estratégias para um aprendizado mais efetivo. A intenção da equipe sempre será acolher os questionamentos acerca da dificuldade escolar, propor formas de enfrentamento dos problemas vivenciados e potencializar o processo de ensino-aprendizagem. O que se busca é um trabalho em rede, por meio de parcerias entre os profissionais de hospitais ou clínicas especializadas, as equipes de saúde da família (UBS), os educadores e os estudantes que vivenciam dificuldades no processo educacional.

3.2 Equipe

A equipe essencial para atendimento aos estudantes com dificuldade na escola se constitui prioritariamente em médico (pediatra/hebiatra), fonoaudiólogo e psicólogo. Outras especialidades relevantes para compor a equipe são: assistente social, psiquiatra, pedagogo, psicopedagogo, psicomotricista e terapeuta ocupacional.

Um questionamento recorrente é sobre a necessidade de avaliação, pelo médico neurologista, de crianças com

queixa de dificuldade escolar. Observa-se, sobretudo nas escolas, que há uma tendência a se encaminhar alunos com dificuldade na escola para o “neuro”.

Segundo Grillo⁹¹, encaminhar crianças com queixa de dificuldade escolar para o neurologista é equivalente a “enxugar gelo”. Acrescente-se que essa prática é inviável no sistema público de saúde pois acaba gerando demanda reprimida e dificultando o acesso de crianças que realmente necessitam de atendimento com neurologista (por ex. paralisia cerebral, epilepsia, hidrocefalia, microcefalia, algumas síndromes genéticas, entre outras condições). É preciso reiterar que diagnósticos na área da aprendizagem, por exemplo, a dislexia, prescindem de exames de neuroimagem. O diagnóstico é clínico, baseado nos sinais e sintomas, que, no caso da chamada dislexia, representam uma dificuldade desproporcional no aprendizado da leitura e escrita. Como se sabe, quando se trata da dislexia do desenvolvimento isolada, o exame neurológico clínico é normal. Cabe esclarecer que se esse diagnóstico requer resposta à intervenção em leitura, e se essa intervenção é realizada por outros profissionais (fonoaudiólogo e pedagogos especializados), a avaliação do neurologista poderia ser dispensada.

De qualquer modo, a equipe essencial, após avaliar o estudante, irá definir os encaminhamentos que devem ser realizados para os demais membros da equipe. O relevante é que especialistas sejam requisitados segundo protocolos bem definidos.

Outro tópico que precisa ser discutido quando se pensa em equipe interdisciplinar é a própria noção do funcionamento da equipe. Há modelos de equipe pautados em agrupamento de agentes e justaposição das ações, e há modelos que se sustentam na integração de trabalhos. Se a primeira noção é caracterizada pela fragmentação, a segunda é pautada na integralidade das ações em saúde, na interação comunicativa dos agentes e

na superação do isolamento de saberes⁸⁴. Ressalte-se que a equipe filiada ao paradigma biomédico dá margem a um único tipo de atenção à saúde, modelo visto como pertinente a toda situação referente ao processo saúde-doença nos planos individual e coletivo. Ao seguir esse paradigma, os profissionais deixam de investir na construção conjunta de projetos assistenciais singulares que abarquem a complexidade e multidimensionalidade das necessidades em saúde⁹².

3.3 Humanização nas práticas de saúde e apoio ao escolar

Uma atuação humanizada seguindo a política do SUS se apoia nos princípios da transversalidade, indissociabilidade e protagonismo⁹³. É relevante ampliar as relações de trabalho a partir da comunicação entre pessoas e grupos. Transversalizar significa compreender que não existem relações hierarquizadas; assim, no caso da dificuldade escolar, os especialistas da saúde não impõem diagnósticos ou tratamentos⁹³. Ao contrário disso, o que se busca é uma construção conjunta que permita aos assistidos (o escolar, sua família e sua escola) uma participação ativa no seu processo diagnóstico e terapêutico. Entende-se que esse processo conjunto tende a produzir saúde (e aprendizado) de forma mais corresponsável, pois, ao convocar a participação de todos os envolvidos, gera comprometimento de todos, sendo, portanto, muito mais efetivo.

A indissociabilidade entre gestão e atenção à saúde prevê que ambos – trabalhadores e usuários do SUS – devem conhecer como funciona a rede de saúde e participar dos processos de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Desse modo, o cuidado e a assistência não ficam restritos à equipe de saúde, tendo os usuários responsabilidades no cuidado de si e de sua rede sociofamiliar. Tendo em vista

esses princípios, o sistema reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e deveres e incentiva a autonomia dos sujeitos no complexo processo de produzir saúde e melhor qualidade de vida.

Esses princípios estão atrelados ao conceito de clínica ampliada. Segundo essa noção, para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, devem ser considerados processos de singularidade dos sujeitos. A clínica ampliada permite ainda enfrentar processos de fragmentação do conhecimento e das ações em saúde, combatendo a ineficácia do modelo biomédico⁹³. É preciso, assim, enriquecer o processo diagnóstico, o que implica escuta qualificada, análise de contextos, percepção dos afetos e visão integral do ser humano. O conhecimento produzido por meio do diálogo, tanto entre os profissionais envolvidos (os da saúde e da educação), quanto entre os profissionais e os assistidos, possibilita decisões compartilhadas e compromissadas com a saúde e a autonomia⁹³.

3.4 A Escuta qualificada

A humanização do atendimento em saúde é de extrema importância para a abordagem de casos que requerem a necessidade de acolhimento, criação de vínculos e desenvolvimento de relações de confiança e respeito entre profissional de saúde e *paciente*. A escuta qualificada (EQ) é uma das ferramentas utilizadas nesse contexto em que são exigidas dos profissionais de saúde habilidades envolvidas na estratégia de integralidade da intervenção. No caso aqui em discussão, a entrevista inicial é o primeiro momento de contato entre os membros da equipe, o estudante com queixa escolar e seus familiares. No entanto, durante todo o processo de intervenção terapêutica, o acolhimento é passado por uma escuta cuidadosa.

Para Raimundo e Cadete⁹⁴, vai-se além da concepção de ouvir, envolvendo verdadeira reflexão das experiências do indivíduo. Escuta-se além das palavras, interpretando gestos e expressões corporais para a melhor compreensão do que é dito, muitas vezes, de forma não verbal. É desta forma que a EQ revoluciona a lógica tradicional do cuidado em saúde, humanizando práticas de diagnóstico, tratamento e prevenção ao considerar diferentes circunstâncias (social, física, educacional, emocional) dos sujeitos participantes⁹⁵. A EQ é o ato de estar sensível ao que é expresso através de gestos e palavras, inserindo-se como importante ferramenta para que as diretrizes orientadoras da Política Nacional de Humanização (PNH) possam, de fato, nortear os processos de trabalho em atenção à saúde⁹⁶.

A PNH foi implantada no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde com o intuito de enfatizar a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população⁹⁷. Essa política preconiza um modelo de atenção centrado no usuário, orientando para que as práticas de saúde estejam voltadas para o sujeito e não para a doença⁹⁸. Os cuidados nessa área não devem estar centrados apenas em “indivíduos adoecidos”, mas também na prevenção de transtornos mentais e fatores de riscos, apontando caminhos para a melhora dos hábitos e da qualidade de vida.

Assim se possibilita o exercício da plena cidadania do sujeito; e escutá-lo com qualidade seria o processo base para conhecê-lo e elaborar o plano terapêutico específico necessário. Muitas vezes o usuário não reconhece seus sofrimentos ou conflitos, cabendo ao profissional que realiza a EQ o manejo das questões cotidianas que podem gerar complicações. A EQ não é prerrogativa de um profissional específico, mas deve ser uma prática de toda a equipe⁹⁹, cuja capacidade clínica deve ser trabalhada, desde o acolhimento, para "escutar de forma ampliada,

reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções" (p. 23).

Percebe-se, portanto, que a abordagem do processo saúde-doença vai além dos aspectos biológicos, atentando-se sobremaneira a questões psicossociais. No Brasil, essas questões exigem dos profissionais de saúde uma investigação aprofundada da demanda trazida para a clínica da aprendizagem. Algumas perguntas que podem nortear a investigação são: Por que a família trouxe o filho para um atendimento em saúde por queixa de dificuldade escolar? Foi a escola que encaminhou ou a iniciativa foi da família? A família concorda com o “diagnóstico” pedagógico? O que a família espera dos profissionais de saúde: laudo, avaliação, tratamento? A família está disposta a aderir a alguma possibilidade de ajuda externa à escola? A família tem condições de trazer o filho para a clínica? Como a família se relaciona com os serviços públicos de saúde? Como entendem o que é dito pelos profissionais das equipes? Como expressam o que desejam comunicar¹⁰⁰? Vê-se, assim, que a escuta vai muito além da exploração das questões específicas do aprendizado. É preciso considerar também a necessidade de adotar diferentes estratégias: um atendimento só com os profissionais de saúde e o estudante; outro com a família sem o estudante, e outro com a família e o estudante em um mesmo momento.

Na abordagem inicial é informado ao usuário como será a conversa com os profissionais e que haverá sigilo do que lhe for dito. Essa conduta é importante para a formação do vínculo almejado, gerando confiança para troca de informações. Goulardins¹⁰¹ sintetiza as ações para a promoção do vínculo: o acolhimento estabelece e permite o cuidado e o suporte reforça a segurança e empodera o indivíduo para buscar soluções para seus problemas. A experiência de ser ouvido é muito poderosa; definitivamente tem efeito benéfico, pois enquanto fala, o

indivíduo escuta a si mesmo. Esse caminho transforma a relação e permite resultados por vezes mais satisfatórios com as intervenções propostas¹⁰¹.

Por outro lado, o esforço de escutar e interpretar situações de sofrimento psíquico, violação de direitos e abusos envolve o profissional em um compromisso que pode ser desgastante do ponto de vista emocional e/ou físico. Especialmente nas situações que envolvem sofrimento psíquico, quem escuta torna-se corresponsável por trabalhá-las de forma a mitigar possíveis consequências indesejáveis. Por isso entendemos ser importante que se pratique a EQ em duplas de profissionais, permitindo a criação de uma cultura de trabalho compartilhado não só para discutir os casos, mas também para dividir angústias.

É importante, ainda, que as situações reconhecidas pela dupla praticante da escuta sejam discutidas com a equipe interdisciplinar. O debate em equipe possibilita definir não somente as condutas necessárias ao paciente/estudante, mas criar espaços mais amplos para compartilhar possíveis repercussões para aqueles que realizam a escuta. Como reconhece Duarte et al.⁹⁷, o acolhimento entre profissionais é um exercício contínuo, sendo necessário, portanto, que haja sempre diálogo entre os profissionais, em educação permanente, com ação e reflexão em constante debate.

3.5 Competências socioemocionais e de linguagem: possibilidades na escola e em grupos de terapia

As competências socioemocionais e de linguagem estão no escopo de práticas e pesquisas que envolvem o ensino e aprendizagem, uma vez que tais competências fazem parte do contexto escolar e de vida das pessoas. Como indicam pesquisas, o desempenho na escola não se reduz à assimilação de conteúdos, mas envolve em boa medida elementos inerentes à gestão das emoções. Se,

conforme Vygotsky¹⁰², os aspectos de ordem cognitiva e emocional são inter-relacionados, é possível entender a razão pela qual a queixa escolar está quase sempre acompanhada de relatos relacionados à exclusão social, ao isolamento, à dificuldade de expressar sentimentos, à dificuldade de realizar trabalhos em grupo, à recusa em frequentar a escola, entre outros. Tais manifestações acompanham muitas crianças e jovens que acabam, por vezes, desenvolvendo sintomas: apatia, tristeza, falta de motivação, ansiedade, desânimo, autoestima baixa, agressividade, dor de cabeça, tontura, mal-estar, entre outros que terminam por comprometer as possibilidades de enfrentamento dos aspectos do aprendizado.

Depreende-se, assim, e amparados na noção de sujeito multifacetado³⁶, que o fenômeno da aprendizagem só pode ser efetivamente compreendido por meio da abordagem biopsicossocial. A par dessa necessidade, o desenvolvimento das competências socioemocionais está previsto na Base Nacional Comum Curricular (BNCC); isso significa dizer que a escola é uma instituição que tem como dever mobilizar recursos e estratégias para a promoção da educação socioemocional em distintas situações, dentro e fora do contexto escolar. Segundo CASEL, para que isso ocorra, é fundamental promover competências relacionadas à autoconsciência, autogestão, consciência social, habilidades de relacionamento, tomada de decisão responsável, entre outras³⁷.

Entendemos que as competências socioemocionais podem também ser desenvolvidas na clínica, uma vez que, como diz Vygotsky, os processos emocionais e cognitivos estão entrelaçados de forma ontológica, assim como a queixa escolar não se restringe ao aprendizado. Ademais, nas instituições educacionais, de modo geral, ainda são incipientes projetos que contemplem esses domínios; reforçando, nesse sentido, a necessidade de a equipe interdisciplinar implementar planos terapêuticos para que

a dificuldade escolar seja enfrentada de forma ampla. Isso implica resgatar a função da linguagem como mediadora das interações sociais, pois as atividades linguístico-discursivas estão diretamente relacionadas à promoção da autonomia dentro e fora da escola. Ao entender que as emoções são expressas na e por meio da linguagem, a junção das especialidades – Fonoaudiologia e Psicologia – pode ser um recurso terapêutico de grande valia sobretudo no atendimento voltado a grupos de estudantes com queixa de dificuldade escolar.

Com relação às intervenções terapêuticas em grupo, cabe ressaltar que não visam apenas atender à demanda ou reduzir custos para o sistema público de saúde, mas “constituir grupos em torno de interesses, propostas e objetivos comuns potencializa a realização de projetos que, se individualmente são difíceis ou impossíveis de serem efetivados, tornam-se uma realidade em e pelo grupo”¹⁰⁴ (p.8). Acrescente-se que o trabalho voltado a grupos se apresenta como um contexto profícuo para que práticas de linguagem oral e escrita sejam vivenciadas e concebidas como práticas sociais que se constituem na relação com os outros.

Ancorados na perspectiva sociocultural, concebemos as produções em torno da linguagem como um processo em que o sujeito, por meio da língua em uso, utiliza-se de signos linguísticos significativos, materializados em enunciados proferidos em situações de interação social. Distancia-se assim da visão tradicional de língua como resultado de um sistema normativo de unidades linguísticas e a-históricas¹⁰⁵; perspectiva essa que ainda permeia parte expressiva da realidade educacional do país, gerando, por consequência, um contingente imenso de crianças que ao terminarem os anos iniciais não alcançaram competências básicas em leitura, escrita e matemática¹⁰⁶.

Pesquisas indicam que a educação em países desenvolvidos revela uma preocupação dos educadores

não apenas com o aprendizado, mas com os aspectos autorregulatórios do alunado; tais como saber expressar, por meio da linguagem, necessidades, desejos e pensamentos, seguir regras, não ter comportamento disruptivo na sala de aula, ter relativo controle emocional e ser empático. Crianças que conseguem desenvolver essas características são consideradas pelos professores como mais propícias para ter, inclusive, bom desempenho em leitura, escrita e matemática¹⁰⁷.

Os estudantes que conseguem gerir suas emoções são mais capazes de verbalizar os seus sentimentos e estão mais inclinados a demonstrar empatia e preocupação com os outros. Isso leva a crer que a gestão das emoções facilita relações interpessoais favoráveis, contribuindo, desse modo, para a aceitação social e conseqüente êxito educacional. Efetivamente, alunos mais empáticos são mais propensos às negociações necessárias à vida em sociedade, gerando, outrossim, redução de conflitos e bem-estar social¹⁰⁸.

Mostow *et al.*¹⁰⁹ entendem que há correlação entre linguagem, no sentido de boa capacidade de um indivíduo de se expressar, e autogestão das emoções. Para os autores existe relação entre conhecimento das emoções e competência verbal, pois esta favoreceria a possibilidade de captar as informações transmitidas pelas emoções alheias, resultando, entre outros benefícios, em melhor desempenho na escola. Por outro lado, a dificuldade de lidar com as próprias emoções e as dos outros levaria a manifestações indesejadas, tais como falta de motivação, dificuldade em manter o foco e se interessar pelas atividades desenvolvidas no contexto escolar.

A partir do entendimento da estreita relação entre competências socioemocionais, de linguagem e acadêmicas, e da real necessidade de os profissionais desenvolvê-las, seja em contexto clínico ou educacional, torna-se premente o planejamento de programas destinados ao suporte da educação dita integral. A seguir

há uma explanação sobre algumas das competências postas em jogo nesta seção e possibilidades de estratégias para que programas sejam desenvolvidos tanto na clínica quanto na escola.

As competências socioemocionais estão relacionadas a domínios da vida que revelam formas de ser, de agir, de pensar e de sentir das pessoas; é o modo como as pessoas se relacionam consigo e com as pessoas à sua volta, como tomam decisões, como enfrentam situações e adversidades¹¹⁰. O desenvolvimento dessas competências está relacionado ao pilar da educação intitulado “aprender a ser”¹¹¹.

A urgência de fortalecer, nas nossas crianças e jovens, um conjunto de competências que lhes permitam (con)viver melhor em uma sociedade marcada por imensos desafios socioeconômicos e pela velocidade das mudanças em domínios diversos, permeia discussões e debates que envolvem políticas públicas educacionais atuais em contexto mundial¹¹⁰.

Vários autores estabelecem diferentes classificações para as distintas competências socioemocionais e seus desdobramentos. Daremos ênfase aqui a uma matriz de cinco macrocompetências - abertura ao novo, amabilidade, autogestão, resiliência emocional e engajamento com os outros - com alguns de seus desdobramentos, e possíveis estratégias de desenvolvimento¹¹².

3.5.1 Abertura ao novo e amabilidade

A abertura ao novo envolve a vontade para aprender, a criatividade, a curiosidade e o interesse artístico. Tudo isso diz respeito à capacidade de uma pessoa de ser curiosa, imaginativa, de valorizar a diversidade de saberes, conhecimentos e tendências artísticas, culturais e intelectuais. Essas virtudes colaboram para que os sujeitos possam lidar com situações inusitadas ou que impliquem

flexibilidade e adaptação. Dentre os elementos envolvidos na ‘abertura ao novo’, cabe destaque para a curiosidade, uma vez que esta se correlaciona à necessidade de descobertas, de exploração, de investigação, ao pensamento crítico e à resolução de problemas.

A criatividade, por sua vez, pode se originar a partir da curiosidade; é a flexibilidade cognitiva, que permite ir além do dado (pensar fora da caixa), é gerar novas ideias, criar modos de fazer diferente, fazer ajustes quando necessário, aprender com os erros, combinar o dado e o novo. O interesse artístico, outro elemento de ‘abertura ao novo’, diz respeito à valorização das distintas manifestações artísticas, é a sensibilidade para apreciar a beleza em suas diversas formas; é também a possibilidade de desenvolver a arte, expressando-a por meio de ideias, pensamentos e linguagens¹¹².

A abertura ao novo proporciona o desenvolvimento de competências necessárias ao bom desempenho escolar e por essa razão está relacionada ao avanço na escolaridade e à futura vida profissional dos estudantes. Na escola, essa abertura se manifesta quando os educadores promovem interesses em torno de algo nunca abordado anteriormente. A curiosidade para aprender coisas novas; o desejo de pesquisar para desenvolver conhecimentos, expressar e valorizar diferentes leituras de mundo; a vontade de apreciar e produzir expressões criativas, ou seja, ir além do que é dado, são características que fazem parte da competência de abertura ao novo¹¹².

Para instigar a descoberta do novo, os profissionais de saúde e de educação podem partir da mobilização de conhecimentos prévios. É importante adotar estratégias que não estejam pautadas apenas na apresentação de conteúdos, mas também na sua sistematização. Para isso, é preciso identificar lacunas, pontos de aprofundamento e ao final de uma aula ou sessão de atendimento (fonoaudiológico, psicopedagógico, psicológico) em

grupo expressar quais aspectos serão abordados no encontro seguinte. O profissional poderá adotar uma postura problematizadora, propondo perguntas e desafios que instiguem a pesquisa e a troca de conhecimentos.

Essas são práticas essenciais para fomentar o aprendizado. Perguntas simples, de localização de informações, ou que tenham o objetivo único de testar a memorização do assunto tratado, pouco servem para despertar a curiosidade, o desenvolvimento do raciocínio e uma postura crítica.

É importante também, para que o processo de construção do conhecimento ocorra de forma plena, que a mediação do adulto favoreça a circulação da palavra, de forma que todos os participantes do grupo possam exprimir seus pontos de vista. Essa troca de experiências promove um sentimento de colaboração, em vez de competição, propiciando o aprendizado e o trabalho em equipe por meio da contribuição de todos os envolvidos¹¹².

Sugerimos, assim, que o caminho para aprender coisas novas siga o seguinte movimento: conhecimento prévio → expectativa do novo → desenvolvimento de hipóteses → apresentação do novo → busca de lacunas → busca de fontes seguras → pesquisa → descoberta → discussão → sistematização → checagem das hipóteses e revisão do conhecimento prévio → aprendizado → produção de novas ideias e pensamento crítico.

Quanto ao interesse por arte, é importante fomentá-lo por meio de manifestações diversas, entre elas, artes visuais, música, dança, teatro, etc., bem como promover os recursos materiais, simbólicos e estéticos para que seja possível desfrutar e compreender a intenção do artista. Conhecer e valorizar a cultura local e a cultura mundial, em toda a sua diversidade e contexto histórico, é um elemento que propicia oportunidade de acesso e produção de arte, isto é, de poder se expressar e expressar a realidade externa por meio da arte¹¹².

Ocorre, porém, que muitas vezes o interesse artístico é associado à expressão livre dos estudantes ou a um dom de grupos específicos. Mas a capacidade de desfrutar de um trabalho artístico ou mesmo de se expressar através da arte pode ser potencializada por meio de uma educação norteada pela noção de que o domínio estético e cultural é uma parte importante do fazer humano¹¹². Para proporcionar o desenvolvimento dessas competências em espaços educacionais ou terapêuticos, é necessário engajar os estudantes em atividades que favoreçam a possibilidade de explorar e produzir arte em domínios amplos e variados.

Desenvolver conhecimentos sobre a linguagem fotográfica, recursos de gravação e edição de áudio e vídeo, produzir podcasts, utilizar aplicativos para desenho e pintura digital, visitar museus *on-line*, participar de grupos de dança ou de teatro, rodas de leitura e escuta de poesias, entre inúmeras outras possibilidades, são algumas das estratégias que favorecem a mobilização do interesse de se expressar e entender o outro por meio da arte. As manifestações artísticas que envolvem o corpo de forma mais ampla, como a dança e o teatro, favorecem também as possibilidades de interação social¹¹².

O mundo contemporâneo se reveste de uma ética da diversidade, de imensas modificações sociais, políticas e culturais e de uma perspectiva inclusiva no convívio entre as culturas. Tudo isso implica o respeito, a solidariedade e a cooperação que tomados em conjunto resgatam e valorizam o poder criativo da humanidade, expresso pela sua diversidade cultural. Conclama também o diálogo intenso das oposições: a ordem e o caos; o uno e o múltiplo; a razão e a emoção; a ciência, a filosofia e a arte; o homem, a sociedade e a natureza. O reconhecimento da pluralidade recoloca o Homem em sua dimensão de humanidade (p.18)¹¹⁰.

Outra competência a ser traçada neste espaço envolve empatia, respeito e confiança. Essa competência, a

amabilidade, é importante para a criação de vínculos interpessoais e para a cooperação e colaboração entre as pessoas. A empatia é um elemento da amabilidade e envolve a capacidade de se colocar no lugar do outro, de preocupar-se com suas necessidades e oferecer apoio. A escuta empática requer atenção ao que o outro diz, ao seu tom de voz e linguagem corporal. O contato visual e as perguntas que são realizadas durante os turnos conversacionais são sinais de interesse que tendem a fazer com que o interlocutor se sinta apoiado¹¹³. Quanto ao respeito, implica tratar as pessoas da forma como gostaria de ser tratado, com bondade, consideração, tolerância e justiça; e a confiança, por fim, envolve ter expectativas favoráveis sobre os outros e acreditar em suas boas intenções¹¹⁴.

A amabilidade no contexto escolar se manifesta na capacidade de o estudante se expressar e agir com a intenção de promover o bem-estar de colegas e professores. Essas virtudes, que englobam também tolerância e altruísmo, tendem a gerar um sentimento de pertença, favorecendo a permanência e desempenho na escola¹¹⁵. Quando adotada de forma coletiva, a amabilidade produz um espaço saudável, seguro, flexível, equilibrado e acolhedor; reduzindo, sobremaneira, situações de violência na escola. Os estudantes que são respeitosos tendem a desenvolver boa saúde mental e habilidades que permitem mediar conflitos de forma mais justa para as partes envolvidas. É importante ressaltar, entretanto, que o desenvolvimento dessas competências não se dá de forma linear, pois se relaciona em boa medida à idade e ao contexto social de cada estudante. É preciso considerar ainda os perfis individuais, a diversidade do grupo e trabalhar todos esses aspectos de forma processual¹¹⁴.

Para desenvolver a empatia, as ações precisam estar pautadas na comunicação não violenta, na escuta empática e também em atividades dialógicas em que os estudantes possam expressar seus sentimentos, se ouvir e ouvir os

outros. O profissional que lida com crianças e adolescentes precisa desenvolver essas competências nos seus estudantes nas práticas em grupo. A mediação de conflitos nessas práticas leva os participantes a entenderem a necessidade de ouvir, de esperar a vez, de entender o ponto de vista do outro, de ter cuidado com o outro; tais ações produzem vínculos necessários a uma interação amável¹¹⁴. É interessante também que essa postura acolhedora seja praticada quando algum estudante apresenta, por alguma razão, um comportamento indesejável ou quando um estudante novo chega ao grupo ou mesmo quando um estudante tem alguma deficiência ou é estrangeiro. Assim, se, por exemplo, um aluno é surdo, no caso da escola, é importante que os demais aprendam a LIBRAS para que todos possam interagir e trocar experiências. Outras estratégias podem envolver jogos em que se faz necessário ter alternâncias de papéis, reconhecendo, em cada situação, os aspectos emocionais envolvidos¹¹⁴.

Reconhecer emoções básicas, como alegria, tristeza, medo, raiva, entre outras, permite aos estudantes aprenderem a identificar esses sentimentos e trabalhá-los em suas relações. Várias dinâmicas podem servir para a finalidade de desenvolver esse aprendizado. Por exemplo, no caso dos grupos terapêuticos, os integrantes podem acessar imagens de rostos de pessoas expressando emoções distintas. Os estudantes podem ser levados a observar as fotos e imagens e tentar descrever as emoções observadas. É interessante ainda que reflitam sobre o que pode ter desencadeado aquela emoção¹¹⁴. Outras estratégias podem ser pensadas no sentido de potencializar as boas emoções e minimizar as emoções indesejadas. A presença do fonoaudiólogo junto ao psicólogo é oportuna, como já dito, pois as competências socioemocionais podem ser desenvolvidas juntamente com as competências discursivas. A situação de grupo é a condição ideal para que tais competências sejam abordadas, pois é por meio

da interação social mediada pela linguagem que os sujeitos se constituem¹¹⁶.

Uma atividade sugerida para os primeiros encontros do grupo terapêutico, no caso do trabalho desenvolvido na clínica, pode envolver a percepção e análise dos próprios sentimentos. Os participantes podem ser compelidos a pensar e relatar algumas das emoções que já experienciaram e, depois de ouvir o relato dos colegas, verificar se já vivenciaram emoções parecidas com alguém do grupo; como se sentiram, como tentaram resolver a situação; se, agora em outro momento, agiriam do mesmo modo ou de forma diferente. Compartilhar essas vivências com o grupo e refletir sobre as próprias emoções e as alheias, acolhendolas, é um exercício que leva à conscientização sobre os aspectos de ordem emocional, podendo favorecer o autocontrole, a empatia e a assertividade¹¹⁴.

Estudos de situações hipotéticas ou reais (mas externas ao grupo), envolvendo conflitos e desentendimentos, também podem ser trazidas pelo mediador com o intuito de gerar debate de ideias e opiniões. As situações podem ser relatadas pelo adulto e os estudantes podem ser levados a criar soluções visando à resolução dos conflitos. É preciso que a análise seja permeada por questões relacionadas à (in)justiça, à (in)tolerância e às emoções envolvidas nas relações interpessoais postas em destaque. O objetivo é, ao se colocar no lugar de cada lado, compreender a natureza dos conflitos e a partir disso expor argumentos que possam levar a conclusões sobre os fatos. É relevante, nesse modo de trabalho, levar ao entendimento de que muitas vezes os conflitos são necessários (para que acordos sejam celebrados) e que as ações indesejadas (brigas, discussões destemperadas) são meios ineficazes de solução. É preciso, assim, mesmo diante de divergências, propiciar um clima respeitoso no espaço escolar¹¹⁴.

O respeito dirigido aos outros faz parte do compromisso de reconhecer e acolher as diferenças em

espaços de ensino e aprendizagem inclusivos¹⁷. Mas, vale a pergunta: a escola tem dado conta de promover o respeito entre alunos e entre eles e os professores? Caberia, assim, aos profissionais de saúde considerar a necessidade de abordar o respeito, enquanto competência, durante o processo terapêutico. Esse papel envolveria não apenas o trabalho direto com as crianças no contexto clínico, mas também assessoria às escolas. Uma proposta para um serviço de apoio ao escolar implica tomar a escola como um sujeito (muitas vezes “doente”) e dirigir esforços para que as ações clínicas possam ser seguidas no espaço escolar, beneficiando outros estudantes, professores, gestores, enfim, a escola como um todo.

É importante ressaltar que o enfoque voltado ao respeito passa em grande medida pela forma como os estudantes são tratados pelos adultos. A construção de uma comunicação empática é um passo importante a ser seguido. Mais especificamente em relação aos professores, é preciso que esteja bem estabelecida a noção de que os ritmos de aprendizagem variam; isso significa entender que o respeito envolve sobremaneira crer que todos são diferentes em seus potenciais, limites e possibilidades, ou seja, há uma diversidade imensa de perfis de aprendizagem que se manifestam dentro e fora da escola. Ao valorizar os distintos saberes e o compartilhamento desses saberes como um modo valioso de aprender, o adulto acaba criando um sentimento entre o grupo de valorização recíproca, de colaboração e bem-estar¹⁴.

Uma forma de exercício do respeito é propor conteúdos por meio do uso de diferentes estratégias e linguagens, tornando-o acessível a todos. Da mesma forma, propor atividades de acordo com o perfil de cada aluno também pode ser um recurso para avaliar aquilo que o aluno já compreendeu e aquilo que precisa ser reforçado. A participação pode ser expressa pela oralidade, pela escrita, por desenhos, por fotografias,

vídeos, enfim, existem diferentes modos de expressar conhecimentos e todos devem ser incentivados¹¹⁴. Reconhecer os avanços, mesmo que pequenos, e valorizar cada pequena conquista são elementos que se voltam para a autoestima do estudante. E como apontam pesquisas¹¹⁸, a autoestima está diretamente relacionada ao bom desempenho escolar. Além disso, cria uma valorização intragrupo favorecendo a geração de um espaço acolhedor e inclusivo, onde todos são especiais porque todos se ajudam e se respeitam.

As estratégias desenvolvidas para o grupo, sejam na escola ou na clínica, são fundantes para priorizar a autorregulação das emoções. Tais estratégias englobam o planejamento de atividades que levem à conscientização sobre a relevância do controle das emoções como meio de construir uma convivência social saudável. Rodas de conversa podem ser uma forma interessante de verbalizar sobre o que se sente em situações de conflito e quais ações seriam indicadas para que as situações fossem resolvidas considerando-se também o respeito. A partir disso, regras de boa convivência podem ser registradas pelas participantes através de propostas que, além de focarem no respeito ao outro, envolvam também o respeito às regras constituídas em parceria com esse outro. Os estudantes que participam dessa construção certamente estarão mais comprometidos em cumprir os combinados estabelecidos¹¹⁴, e, como essa atividade envolve a produção escrita, o profissional de fonoaudiologia pode (em parceria com o de psicologia) agir como mediador do trabalho com a linguagem escrita. Esse momento pode ser oportuno também para diferentes formas de registro, como desenhos, fotos, pinturas, entre outras que sejam significativas para os estudantes.

Acerca desse tema, cabe trazer Vygotsky⁶⁶, pois o autor defende que se deve educar pelo bem. Deve-se, assim, convencionar no grupo quais serão as ações caso situações

de desrespeito sejam observadas no contexto escolar ou de terapia. O autor usa como um exemplo o cigarro, propondo que não se deve dizer a um ser em formação que o cigarro provoca câncer de pulmão e por conta disso deve ser evitado. Deve-se enfatizar, ao contrário, o quanto é bom ter pulmões saudáveis para que se possa respirar livremente e oxigenar as células do corpo e do cérebro, contribuindo, com isso, para uma boa saúde. Essa ‘educação para o bem’, longe de punir aqueles que simplesmente quebram regras preestabelecidas, serve para gerar compreensão real e motivar o cumprimento dos acordos. Assim, se cumprem regras não por medo da punição, mas porque são importantes para si e para a coletividade.

É importante, nesse caminho de autoconhecimento e conscientização, o trabalho voltado também à diversidade, seja religiosa, política, racial, cultural, física etc; proporcionando o entendimento que cada pessoa é única e, portanto, tem suas características, suas crenças, suas opiniões, seus talentos, seus gostos e desgostos. É preciso que se escute com atenção o que o outro tem a dizer para, na sequência, debater ideias. Os estudantes precisam entender que nem sempre se tem afinidade com o outro ou se compartilha das mesmas crenças e opiniões que ele, mas é preciso desenvolver uma atitude de cordialidade com o outro para que se receba essa atitude também¹¹⁴.

Uma forma de criar vínculos afetivos, seja na clínica ou na escola, é possibilitar momentos de conversa, de escuta, de acolhimento, para que as crianças se sintam seguras para compartilhar suas questões e encontrar no outro/profissional um porto seguro. A confiança é um sentimento que propicia essa segurança; diz respeito a acreditar que as pessoas próximas podem ser importantes para o desenvolvimento pessoal e coletivo. Confiar nas boas intenções do outro e na sua contribuição para ajudar diante de conflitos internos é um elemento fundante da saúde mental¹¹⁴. Parte-se do princípio que não somos

autossuficientes, mas, ao contrário, precisamos que o olhar do outro, vendo aquilo que (do nosso lugar) não podemos ver, nos direcione a uma completude provisória¹¹⁹. É importante também que a confiança seja estabelecida com a turma, entre os estudantes, no caso de escolas.

Ainda no contexto da escola, é preciso que os estudantes saibam quando devem recorrer a ajuda de um educador. É possível hipotetizar situações/conflitos e perguntar aos alunos em quais delas seria importante convocar um adulto. Os estudantes podem ser levados a entender que algumas vezes uma conversa com o colega já é suficiente, mas em outras, especialmente quando envolve uma questão de segurança, é importante pedir ajuda. Nessa direção, é oportuno que os estudantes compreendam que comunicar uma situação preocupante é bem diferente de denunciar um colega esperando que ele seja punido. É preciso que os estudantes percebam também a relevância de comunicar ocorridos que estejam relacionados a qualquer tipo de violência física ou psicológica¹¹⁴. É importante ainda, nesse exercício, pensar juntos em modos de criar soluções para os problemas que se apresentam. Esses “exercícios” podem ser realizados na clínica em grupos de atendimento. Nesse segmento é preciso que se realizem perguntas que provoquem os integrantes no sentido de pensarem em como agir para despertar a confiança nos outros e como buscar pessoas em quem confiar, como perdoar, como aprender a partir dos próprios erros e com os dos outros.

3.5.2 Autogestão

A autogestão permeia os processos de aprendizagem e é necessária quando um estudante está em sala de aula, na sala de terapia, estudando um conteúdo ou realizando atividades escolares. O foco, a responsabilidade, a determinação, a persistência e a organização são

elementos de autogestão. Enquanto o foco envolve a capacidade de se concentrar na atividade que está sendo realizada, a responsabilidade envolve assumir e cumprir compromissos¹²⁰.

A organização, por sua vez, está relacionada à gestão do tempo, com o planejamento de etapas para se alcançar o resultado pretendido e ao gerenciamento de compromissos futuros. A determinação é definida pelo esforço pessoal para atingir algum objetivo, e a resistência envolve a capacidade de não desistir e não procrastinar diante de desafios e obstáculos¹²⁰. Envolver os estudantes em projetos e atividades, tanto na escola quanto na clínica, implica envolvê-los também nos processos inerentes à execução de tais atividades. Promover a consciência sobre esses fatores é crucial para que se possa atingir os objetivos estabelecidos previamente.

A determinação, como dito, é um elemento da autogestão e pode ser tratada com os estudantes como um domínio importante da vida. Muitas vezes, nas escolas, alguns estudantes são rotulados como alguém que não se esforça e com isso acabam sendo culpabilizados pelo fracasso escolar. Desconsidera-se, muitas vezes, o entorno sociocultural, a qualidade das interações estabelecidas na própria escola e fora dela, entre outros aspectos que podem fazer com que esses estudantes tenham estabelecido uma relação sofrível com a escola. Outras vezes, os estudantes, eles mesmos, desacreditam no seu potencial diante do aprendizado e por essa razão não se sentem motivados a prosseguir com determinação. É preciso assim que os alicerces para o aprendizado pleno sejam construídos por meio da mediação com o outro mais experiente⁶⁶.

O professor e os terapeutas podem e devem contribuir para o desenvolvimento da determinação. É preciso conhecer histórias de vida, desafios de vida, problemas pessoais e comunitários, interesses, sonhos e a partir disso tudo criar projetos de intervenção que tenham

por finalidade mobilizar a determinação. Os profissionais clínicos (psicopedagogos, fonoaudiólogos, psicólogos) podem, da mesma forma que os professores, apoiar, por exemplo, propostas de estudos de conteúdo ou de realização de alguma atividade ou trabalho. É preciso que as metas sejam traçadas em conjunto e que se leve em consideração alguns fatores tais como tempo, possibilidades do estudante diante da tarefa, dificuldades, fontes de pesquisa e suporte. É preciso também que os estudantes sejam encorajados a pensar nos ganhos em termos de aprendizagem que cada “tarefa” irá lhe proporcionar. Esse aspecto é relevante para que o aprendizado esteja no horizonte do aluno e se torne algo significativo. Cabe ressaltar que muitas vezes uma tarefa ou estudo de conteúdo acaba sendo tomado como algo realizado para se obter uma nota de desempenho, como se fosse para cumprir uma obrigação e não como um meio de se desenvolver por meio do aprendizado¹¹⁸.

Atrelada à determinação está o foco. A atenção é, nos termos de Vygotsky⁶⁶, dirigida pelas motivações, interesses e desejo. No caso dos estudantes, especialmente os mais novos, é comum que se distraiam quando a atividade não é do interesse deles, é repetitiva, muito fácil ou muito difícil. Nesse ponto, cabe retomar o autor quando diz que a aprendizagem ótima se situa na zona de desenvolvimento proximal, que é a diferença entre aquilo que o estudante consegue fazer sozinho e aquilo que consegue fazer com ajuda; isto significa que a aprendizagem é ótima quando se trabalha no nível do desafio. Não é dizendo repetidas vezes “preste atenção” que esse processo cognitivo será mobilizado, ou mantido por muito tempo¹.

Outro aspecto a ser considerado é que cognição e emoção são aspectos indissociáveis e interdependentes, conforme Vygotsky⁶⁶, de modo que fatores emocionais podem comprometer a atenção e conseqüentemente o

aprendizado na escola. O que se propõe aqui não é uma psicologização da aprendizagem, mas o entendimento de que as emoções afetam a vida toda da criança, incluindo a aprendizagem na escola⁵⁸. Outras questões podem influenciar na dificuldade de manter o foco como estresse e cansaço. As estratégias devem então considerar os hábitos, o ambiente, formas de participação em situação de grupo, temas a serem abordados, a organização do tempo e do espaço, os interesses que devem ser considerados ou promovidos, a necessidade de intervalos e formas de apresentação dos conteúdos abordados, além de aspectos relacionados às próprias condições de vida¹²⁰.

Quanto à organização, envolve uma série de fatores. A organização tem a ver com rotina de estudos em casa, com a disciplina, com o tempo, com o espaço para estudo e com o material. Envolve também a pontualidade com a escola e a organização dos espaços coletivos. O material já pode ser organizado no dia anterior, para evitar atropelos e esquecimentos no dia¹²⁰. Esses aspectos podem ser discutidos também em espaços de terapia, pois há uma recorrência nos relatos de professores (de estudantes com dificuldade escolar) fatos relacionados à falta de organização. Em situações de atividade em grupo é sempre necessário dividir tarefas e afazeres, sendo assim, por meio da interação e combinados é possível que se trabalhe com organização e responsabilidade.

A corresponsabilidade com o aprendizado, por parte do estudante, pode ser conquistada a partir da boa relação com o conhecimento, gerada pela necessidade de aprender coisas novas. Mas a aprendizagem pode ser algo difícil; nem sempre aprender algo novo é fácil. Ocorre que muitas vezes os estudantes podem desistir quando se deparam com desafios considerados intransponíveis. E é bastante comum, na clínica, ouvir relatos de familiares que dizem que o estudante desiste, que verbaliza que é muito difícil executar a atividade e que não consegue. A persistência

pode ser trabalhada também na conscientização que envolve a aprendizagem enquanto um processo. Então, ao se deparar com o difícil, o estudante precisa diagnosticar o que está dificultando o processo de aprender e modos de resolução da dificuldade, como, por exemplo, buscar fontes, perguntar, pedir ajudar, retornar a um conteúdo anterior; algumas vezes fazer um intervalo e retomar em outro momento, ler várias vezes o mesmo conteúdo, entre outras formas de lidar com o difícil. É preciso também, seja na clínica ou na escola, levar os estudantes a perceberem que o difícil de hoje será o fácil de amanhã, ou seja, quando se aprende algo de verdade, se torna mais fácil e ficamos comprometidos com a busca de outro difícil porque o fácil de antes já não nos move mais¹.

Ao considerar que os estudantes apresentam diferentes perfis de personalidade e de aprendizagem, os profissionais de saúde e de educação podem trazer ao grupo uma série de reflexões promovidas por meio de perguntas. Assim, perguntar como cada um prefere aprender, quais estratégias utilizam para estudar, como fazem para administrar o tempo, como se planejam, como fazem o registro do conteúdo, como se organizam quando estão diante de várias tarefas, quais recursos usam para fazer pesquisas, etc, são meios interessantes de promover a autorreflexão, por um lado, e pensar em estratégias, por outro. O convívio com os estudantes é importante para identificar aqueles que precisam de atenção mais individualizada para que possam avançar e ter bom desempenho na escola.

3.5.3 Engajamento com os outros

O engajamento com os outros envolve a iniciativa social, o entusiasmo e a assertividade. A iniciativa social é a capacidade que um indivíduo tem de se relacionar e de se sentir confortável durante a interação com outras

pessoas, mesmo com pessoas desconhecidas, em grandes ou pequenos grupos. Já a assertividade, é um elemento que se relaciona à capacidade de se comunicar de forma eficiente, defender ideias, expor necessidades, sentimentos e opinião, mobilizar pessoas e exercer liderança quando necessário. O entusiasmo, por seu turno, é se envolver de forma alegre e interessada no trabalho, nas atividades de vida diária, empregando energia para executar ações do dia a dia. É uma postura afirmativa diante das coisas da vida. Quando desenvolvem o engajamento com os outros, os estudantes se abrem às interações sociais e ao interesse pelo mundo. Essa competência quando bem desenvolvida reduz níveis de estresse e de ansiedade, favorecendo o bom humor e a sensação de felicidade¹²¹.

O desenvolvimento da assertividade no contexto escolar é de extrema relevância para a geração de interações sociais saudáveis e conseqüentemente de motivação e disposição para aprender. É bastante comum, na clínica da aprendizagem, nos depararmos com estudantes que vivenciam a exclusão escolar, o isolamento, que não conseguem se relacionar e, em virtude disso, o contexto escolar passa a ser motivo de sofrimento. É frequente estudantes que se queixam de não gostar da escola e de não querer frequentar a escola; o que certamente afeta o aprendizado e pode levar até mesmo à evasão escolar¹⁰⁵.

A iniciativa social ajuda a desenvolver projetos em equipe, a estabelecer contato com pessoas desconhecidas, a ter bom relacionamento com os colegas na escola e em outros espaços de convivência; facilita a criação de uma rede de comunicação e de apoio. Essas características são relevantes para o aprendizado na medida em que possibilita pedir e estar disponível a ajudar as pessoas, a conhecer realidades diferentes por meio de contatos sociais mais amplos e com isso aumentam-se as possibilidades de ampliar o olhar sobre o outro e o meio social¹²¹.

A assertividade envolve também a capacidade de ser ouvido, de dar voz às ideias e expressar opiniões, adequar a comunicação ao contexto e exercer o protagonismo, tomar decisões de forma responsável e agir quando se depara com situações de injustiça. A assertividade quando bem desenvolvida pode ser um fator de prevenção de *bullying* pois, no papel da vítima, o estudante consegue comunicar seu descontentamento com a situação e buscar formas de enfrentamento junto com os profissionais. Já no papel de espectador, quando presencia essa situação (com os outros), o estudante é capaz de agir em defesa da vítima e se engajar com ela na busca de uma solução, muitas vezes convocando os educadores, profissionais de saúde e familiares¹²¹.

Na escola, a capacidade de se comunicar com pessoas conhecidas e desconhecidas, colegas e professores e expor ideias se relaciona em boa medida com o protagonismo infantil. Para desenvolver essa capacidade, ou iniciativa social, seja em grupos de terapias ou na escola, os profissionais podem propor uma série de atividades. Em situação de debate ou em rodas de conversa, é importante mediar a situação para que os participantes tenham oportunidade de falar. Para os estudantes mais quietos, a exposição verbal pode ser conseguida por meio de perguntas.

As perguntas sobre um determinado assunto podem ser dadas de antemão, facilitando assim a organização da exposição; isto é, cada estudante pode ficar responsável por iniciar um tópico ou responder a uma pergunta específica. Na escola, por se tratar, em geral, de turmas numerosas, os educadores podem organizar pequenos grupos, duplas ou trios, de modo que os estudantes tenham a possibilidade de trabalhar com colegas que tenham pouca proximidade. Nas escolas, as ditas panelinhas são muito comuns, então é viável que os professores façam os agrupamentos; evitando, inclusive,

que os “excluídos” fiquem sozinhos¹. É importante entender que essa interação com colegas mais distantes favorece a iniciativa social.

A escola também é um local propício para propostas mais amplas. Assim, por exemplo, estudantes de quinto ano podem ser inseridos em projetos de contação de histórias para estudantes de primeiro ano. Outras propostas envolvem: grupos de teatro na escola, feiras de literatura, de ciências, feira das nações, produção de jogos e brincadeiras, entre outras tantas atividades de produção e exposição de ideias que podem cooperar para que a iniciativa social seja desenvolvida e outras competências também. Iguamente às outras competências, a iniciativa social pode ser trazida à consciência, e fomentada, nessa direção, o sentimento colaborativo. Assim, os estudantes podem ser compelidos a se colocar no lugar daqueles que são mais introvertidos e pensar em estratégias para “puxar assunto” e envolver esses estudantes de modo que todos estejam “enturmados”¹²¹.

Uma dica seria propor situações-problema, extraídas da vida real ou hipotéticas, e pedir à turma que discutam soluções. Um exemplo é dado abaixo:

A aluna Manuela estuda em uma sala do sexto ano de uma escola pública e costuma ficar sozinha na hora do intervalo e durante as aulas também. Ela não consegue cultivar vínculos de amizade na escola. Os outros alunos preferem não realizar trabalhos em grupo com ela e isso tem gerado um estado de sofrimento e rejeição à escola. Em trabalho de pesquisa nessa escola, uma pesquisadora, dando-se conta da situação, senta-se ao lado de Manuela, na hora de um intervalo de aulas, e questiona a razão pela qual ela não estava com as outras meninas naquele momento. A resposta de Manuela foi a seguinte: “Não posso ficar com elas, elas ficam falando de namorado, só falam de meninos”. Ao investigar melhor, a pesquisadora

descobre que a família de Manuela é muito religiosa e bastante rígida.

A situação acima requer, em primeiro lugar, que a turma exerça a empatia. Esse processo pode ocorrer por meio de questões: Como será que Manuela se sente no espaço da escola (triste, desamparada, sozinha, insegura)? Depois, é preciso que se trate do problema em questão, elaborando estratégias em conjunto para que a questão seja abordada de forma ampla. Outras questões relacionadas ao problema anterior e que podem ser debatidas em grupos são: o que fazer quando se tem dificuldade para falar em público ou dificuldade para fazer trabalhos em grupo? Como fazer para acolher aquele colega que, embora tenha a mesma idade, tem crenças, atitudes e interesses diferentes dos da maioria da turma? Essas discussões todas promoverão não apenas uma série de aprendizados e vivências, mas também, e certamente, irão contribuir para a construção de ambientes acolhedores.

Outra competência fundante para o desenvolvimento escolar (e extraescolar) é, como apontado em outras partes deste trabalho, a assertividade. Ser assertivo é saber se expressar com respeito e consideração. As interações em grupo são situações ideais para que todos se expressem, exponham ideias e possam debater opiniões contrárias com tranquilidade e segurança. O objetivo não é fazer o outro mudar de ideia, mas apresentar argumentos que justifiquem a tomada de posição²¹.

Uma ideia interessante para exercitar a assertividade é, em grupo(s), selecionar influenciadores digitais e propor que analisem como essas pessoas se comunicam, como são capazes de influenciar pessoas, captar seguidores, defender ideias, difundir tendências e estilos de vida, como se posicionam diante dos problemas sociais¹⁰. Avaliar a assertividade do outro é um meio de conscientização e de desenvolvimento pessoal; oportuniza também o

desenvolvimento do senso crítico. Nesse exercício, pode ser interessante analisar os fatores que fazem com que os estudantes sigam determinado influenciador¹²¹.

Caminhando lado a lado com a assertividade está o entusiasmo. Nem sempre é tarefa fácil ter entusiasmo nas relações, nas discussões, em tarefas e temas, a princípio, menos interessantes para os estudantes. Por isso, é preciso que estratégias sejam pensadas para que a disposição se faça presente também diante de assuntos menos instigantes. Essa competência está interligada a outras, como, por exemplo, a curiosidade para aprender coisas novas¹²¹.

O que se sabe é que tanto na escola como nas terapias em grupo, o entusiasmo pode ser favorecido por meio de metodologias ativas, gamificação e em projetos que os estudantes tenham poder decisório¹²¹. O profissional de saúde e de educação precisa demonstrar que nutre expectativas favoráveis em relação ao potencial dos estudantes, fortalecendo sua autoestima e desejo de corresponder às expectativas.

3.5.4 Resiliência

O termo resiliência surgiu no campo da Física dos elásticos e diz respeito à propriedade pela qual a energia contida em um corpo deformado é devolvida quando é cessada a ação que causou a deformação elástica. Nesse sentido, é a habilidade de uma substância ou material retornar à sua forma original quando a pressão é retirada. Para a Psicologia, a resiliência é a habilidade de voltar rapidamente para o estado de saúde ou de espírito usual/basal, depois de passar por abalos, doenças e dificuldades. Está relacionada com padrões de adaptação ao estresse e à habilidade de superação de adversidades¹²².

Tolerância ao estresse implica conseguir lidar com sentimentos desagradáveis e difíceis de evitar. Saber lidar da melhor forma possível com esses sentimentos ajuda a

criar soluções para os problemas que são inerentes à vida em sociedade. A tolerância à frustração diz respeito à capacidade de controlar a raiva e a irritação, mantendo a serenidade diante de situações frustrantes. A autoconfiança, outro componente da resiliência, é a crença na possibilidade de seguir em frente ao se deparar com situações difíceis; envolve também a autovalorização e o sentimento de autorrealização, permitindo que as coisas da vida fluam de forma mais satisfatória¹²³.

A resiliência está relacionada então à capacidade de conseguir lidar com as adversidades, aprendendo com elas e regulando as emoções advindas das situações não desejadas. Ressalte-se que saber regular as emoções não significa deixar de senti-las. Todo mundo sente raiva, ansiedade, medo, insegurança; a questão é compreender em que medida essas emoções mobilizam pessoas na busca por soluções, ou as imobilizam, dificultando os relacionamentos interpessoais e gerando desgaste emocional. A capacidade de ser resiliente permite analisar as situações indesejadas com clareza, favorecendo o equilíbrio necessário para a resolução dos problemas¹²³.

É importante ressaltar que os estudantes dos anos iniciais do Ensino Fundamental estão em processo de desenvolvimento de suas competências socioemocionais. Eles estão aprendendo a conhecer e nomear as suas emoções e as dos outros também¹⁰⁷. A vida na escola favorece esse aprendizado pois submete os sujeitos a uma complexidade de sentimentos que naturalmente afloram quando se está em qualquer situação de grupo⁶⁵. Aprender a ler e escrever são relevantes também nesse processo pois a escrita permite o registro dos sentimentos, sendo uma possibilidade a mais de lidar com aquilo que se sente.

A partir do sexto ano do Fundamental, os estudantes se sentem mais capazes de desempenhar algumas funções típicas da adolescência, mas se sentem ainda inseguros diante de várias situações. As rodas de conversa são, como

já dito, espaços de reflexão e de desenvolvimento do autoconhecimento; assim, ter uma rede de apoio composta por profissionais preparados para escutar e amparar os aspectos da adolescência pode ajudar no desenvolvimento socioemocional¹²³. É preciso, assim, que estratégias sejam pensadas para que esse trabalho possa ser desenvolvido tanto na escola quanto na clínica. Um exemplo de estratégia segue abaixo.

O adulto pode registrar com as crianças situações de vida e classificar com elas aquilo que está e aquilo que não está sob controle¹²³:

SOB CONTROLE	SEM CONTROLE
Vou jogar basquete na quinta-feira	Minha equipe vai vencer o jogo
Vou estudar para a prova	Vou tirar boa nota na prova
Vou fazer a tarefa de casa	Vou receber um elogio

As crianças podem ser levadas a escolher as situações e classificá-las como situações que podem ou não ser controladas. A partir disso, o profissional poderá estimular a noção de que nem sempre vale a pena nos preocuparmos de modo exagerado com situações que estão fora de controle. Para encerrar, o mediador pode pedir para que cada estudante apresente sua “tabela de controle”, ou seja, revele as situações que elegeram como controláveis e não controláveis e os seus motivos para classificá-las de um modo ou de outro. É válido destacar que no caso de situações que estão distantes do controle o que se pode fazer é – tão somente – agir para aumentar a probabilidade de que algo aconteça¹²³. Outras atividades podem ser pensadas, sempre nesse sentido de promover reflexões necessárias ao desenvolvimento de competências que permitiram lidar com situações adversas de forma assertiva. Dividir as crianças em grupos, no caso da escola, ou em grupo de terapia, se estiverem na clínica, e propor

que um integrante de cada vez seja uma espécie de mentor, ou seja, aquela pessoa que se depara com relatos de situações-problema e realiza aconselhamentos. Desafios que são enfrentados nas situações cotidianas e na própria escola podem servir como mote para a atividade. Para os estudantes mais velhos, podem ser oferecidas matérias de revistas ou jornais, para que possam ser analisados aspectos relacionados à resiliência e outras competências socioemocionais¹²³.

Um outro caminho possível para o desenvolvimento de habilidades de atenção, resiliência e de autogestão psicoemocional é a prática da *mindfulness*/atenção plena nas escolas. Experiências têm sido conduzidas no espaço escolar, com diferentes faixas etárias, e em todas têm sido observada alguma eficácia¹²².

De acordo com Rahal¹²²: “a atenção plena é uma maneira de se relacionar com a experiência presente que envolve, por um lado, a habilidade de prestar atenção de forma intencional e sem julgamento do que acontece momento a momento e, por outro, desenvolve a própria faculdade de estar atento e consciente (*awareness*)”.

O *mindfulness*/atenção plena é uma prática contemplativa que surgiu nas tradições budistas há milênios e foi inserida nas ciências ocidentais de forma secular. No campo da Psicologia, foi introduzida, por Roberto Assagioli, em 1910, através do que ele denominou “Psicossíntese”, um sistema de psicoterapia que integra conhecimentos da Psicologia Budista e Zen. Inicialmente, as intervenções validadas nessa área ocorreram no contexto hospitalar com o foco na redução do estresse de profissionais de saúde. Nos dias atuais, conforme Rahal¹²², diversas abordagens terapêuticas utilizam-se da atenção plena, entre elas a Terapia Cognitiva-Comportamental Baseada em *Mindfulness* e Aceitação, a Terapia Comportamental Dialética, a Terapia de Aceitação e Compromisso, o Programa *Mindfulness* para Redução de

Estresse (MBSR), a Terapia de Prevenção de Recaída Baseada em *Mindfulness* (MBRP), a Terapia da Compaixão, a associação de abordagens psicodinâmicas e *mindfulness*, entre outras.

No contexto escolar, as pesquisas são mais recentes, contudo, mostram-se bastante promissoras. As pesquisas apontam que alguns minutos diários de prática da atenção plena ou algumas vezes por semana promovem significativos benefícios, tais como a melhora da performance cognitiva, do humor e do comportamento, o aumento da resiliência, da concentração/atenção, promovem bem-estar e pacificam o ambiente escolar. Além disso, as pesquisas indicam que essa prática é bem aceita pelos estudantes de diferentes idades e pelos docentes. É importante ressaltar que para estudar é fundamental ter capacidade de manter e sustentar a atenção, além de uma atitude de serenidade; porém, raramente, os educadores têm formação específica para ajudar seus alunos a alcançarem esse estado de concentração e foco.

3.6 Assessoria à escola

Implementar uma proposta de ação voltada à queixa escolar implica, necessariamente, estabelecer parceria entre clínica e escola. É preciso que os profissionais troquem informações para que a criança possa ser compreendida de forma integral. A partir dessa parceria, os profissionais de saúde poderão ter mais subsídios para a produção de planejamentos clínicos singulares, e a escola, por sua vez, poderá construir planejamentos pedagógicos individualizados considerando também necessidades observadas em contexto clínico.

Ressalte-se que diferentemente da clínica tradicional que tem por tradição elencar uma lista de procedimentos que devem ser adotados na escola, tais como: “fale frases

curtas”, “evite ambiguidades”, “coloque o aluno na primeira carteira”, “cheque a compreensão”, “evite distratores” etc, o que se propõe aqui não é um plano padrão, modelar, pautado em um diagnóstico (por ex, “alunos com TDAH podem fazer prova em local reservado”), mas um planejamento exclusivo, produzido por todos os envolvidos.

Quanto ao diagnóstico médico, muitas vezes, pode até servir como elemento de discriminação. Dito de outro modo, se dois alunos de uma dada sala têm dificuldade para copiar do quadro, mas um deles tem diagnóstico médico e o outro não, apenas o aluno com diagnóstico terá direito a receber o material impresso? Outro exemplo: Se dois alunos, aos 10 anos de idade, ainda não conseguem ler com autonomia, mas um deles tem diagnóstico da saúde, apenas este terá direito de receber apoio pedagógico no contraturno? Certamente, o diagnóstico médico sustenta algumas condutas educacionais ou clínicas, mas é preciso que a escola não fique na dependência exclusiva de uma classificação médica, mesmo porque nem todos os alunos têm/terão acesso a uma avaliação clínica de qualidade. Além disso, nem todas as dificuldades remetem a uma questão médica. Muitas vezes são processos envolvidos no ritmo da aprendizagem individual, lembrando que é preciso evitar ficar comparando os alunos ou criar um padrão estabelecido a priori e que precisa ser alcançado a qualquer custo.

Para a elaboração do plano, é preciso que, primeiramente, se conheça o aluno, seus interesses, suas necessidades, seus medos, suas dificuldades, suas habilidades. A partir desse conhecimento, podem ser planejadas estratégias visando proporcionar avanços no campo da aprendizagem. De forma esquemática, é preciso compreender que:

1 - O aluno tem que ser visto na sua individualidade. Essa compreensão envolve escuta qualificada dos discursos do aluno, da família e dos professores; é importante resgatar a história das dificuldades, como se manifestam, e analisar a qualidade das interações sociais (escola e família). Algumas perguntas que precisam ser respondidas são: Quem é esse aluno, do que ele realmente precisa? Como o aluno gostaria que o processo inclusivo ocorresse? Como ele imagina um contexto escolar mais favorável à sua aprendizagem? Quais são suas sugestões para que a aprendizagem e socialização na escola ocorram de modo mais efetivo? É preciso que a escola acolha o aluno, que o convoque a participar ativamente desse processo, para que desperte nele o comprometimento necessário à efetividade de qualquer proposta educativa.

2 - O planejamento pedagógico singular requer uma reflexão por parte da escola. A escola precisa refletir sobre as estratégias que propõe – ou que executa a partir das indicações que recebe nos relatórios da saúde - e no quanto muitas delas são ineficientes e, às vezes, até prejudiciais. Por exemplo, por que, via de regra, um aluno com diagnóstico de TDAH precisa se sentar na frente dos outros? Será que é a posição na sala que irá favorecer a atenção? Se esse aluno tiver um histórico de exclusão, na frente ele não estará mais distante do grupo? É preciso analisar cada ação adotada e suas implicações para o aprendizado e bem-estar do aluno.

3 - Outras questões se fazem necessárias, quando se pensa na inclusão de alunos com especificidades educacionais, são: A escola é rígida demais? Não compreende a heterogeneidade de seu público? É conteudista? O sistema avaliativo é voltado para provas? Quanto às avaliações, é difícil conseguir que a escola abandone o sistema de provas, mas poderia reduzir o número de avaliações, substituindo muitas delas por projetos. Como explica Vygotsky⁶⁶, esse sistema de provas é “pedagogicamente nocivo”. Para o autor, a avaliação da aprendizagem mediante aplicação de prova tende a modificar os processos de formação de

conhecimentos. Isto é, quando o aluno foca na memorização visando ser testado, há perdas substanciais para a aquisição de conceitos e noções, pois o objetivo deixa de ser “aprender” e passa a ser “desempenhar” bem na prova. “A experiência mostrou que a aprendizagem de memória ocorre de modo inteiramente diverso e dá resultados plenamente diferentes em função do tipo de verificação pelo qual passa o experimentando” (p.170). Assim, para que os alunos tenham condições de assumir um compromisso com a sua aprendizagem, é preciso que o sistema seja flexível às necessidades e possibilidades individuais.

4 - Algumas escolas têm adotado a proposta do desenho universal¹²⁴ buscando melhor acessibilidade ao ensino. Da mesma forma que uma rampa permite acesso a todos, independentemente das suas condições físicas, em sala de aula as propostas de ensino podem considerar a diversidade. Assim, se o objetivo é trabalhar com poesia, os diferentes perfis de alunos podem gerar distintas possibilidades de ensino e aprendizagem. Um aluno pode, a partir da escuta/leitura/interpretação de poesias, ser levado a produzir uma ilustração, outro aluno pode elaborar uma retextualização, outro aluno pode produzir uma música, entre outras várias formas de se produzir conhecimento. Há uma série de referências que tratam do assunto e poderiam ser um instrumento para práticas pedagógicas mais inclusivas e produtivas.

5 - O planejamento pedagógico, embora seja elaborado a partir das necessidades individuais, precisa considerar aspectos de ordem coletiva. Isto é, o aluno deve ser levado a perceber que suas dificuldades não são exclusivas dele. A ansiedade com provas, com tempo, com participação em sala, entre outras inquietudes, certamente abrange vários outros alunos, de modo que algumas flexibilizações precisam ser estendidas a quem precise. É relevante ainda, como ação educativa, construir um sentimento coletivo que acolha toda forma de diferença e, que em meio à

diversidade, os estudantes sejam levados a compreender que as estratégias educacionais são planejadas para que cada um possa desenvolver o seu potencial. Assim, a turma não precisa se sentir incomodada se um colega, em virtude de alguma especificidade, tiver, por exemplo, permissão para fazer um breve intervalo pois não suporta 50 minutos ininterruptos de aula. Cabe esclarecer que não se propõe aqui que a escola seja um ambiente desregrado, mas um local onde se planejam normas considerando o custo/benefício de cada uma delas. Entende-se que ter um intervalo durante a aula levaria à perda de conteúdo, logo este recurso deveria ser adotado apenas em situações muito específicas. Ademais, o ideal é que a aula não seja inteiramente expositiva e que aos alunos seja ofertada à possibilidade de participação mais intensa, para que a permanência em sala seja motivada por interesses gerados pelos assuntos tratados na escola.

6 - O chamado “segundo professor”, aquele exclusivo para um aluno, tem sido fonte de debate. Muito comum é o encaminhamento aos centros de saúde com a finalidade única de obtenção de laudo para segundo professor. De acordo com as diretrizes nacionais, teria direito a esse atendimento os alunos com deficiência, ou seja, aqueles que portem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com diversas barreiras podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade¹²⁵. Entretanto, tem-se visto na prática, provavelmente seguindo regulamentos regionais, alunos com dificuldade de aprendizagem (sem deficiência) conquistando esse recurso. Nesses casos, o segundo professor se limita, muitas vezes, a ajudar nos conteúdos que estão sendo passados em sala de aula. Mas, cabe perguntar, o que acontece quando um aluno está no sexto ano de escolaridade mas seu nível de alfabetismo corresponde ao do primeiro ano? O segundo professor para alunos com dificuldade de aprendizagem tem se mostrado uma política pouco eficiente. Para que os recursos humanos (os pedagogos)

possam ser melhor aproveitados, seria oportuno que esses profissionais atendessem, no contraturno escolar, pequenos grupos de alunos com dificuldades semelhantes e dirigissem seus esforços para que os alunos conseguissem superar obstáculos que, em sala de aula, dificultam a autonomia. Assim, se um aluno de sexto ano não consegue ler com autonomia e por isso necessita de um leitor, por que não disponibilizar acesso a um apoio pedagógico e proporcionar a esse aluno a oportunidade de aprender a ler? É evidente que durante a aula, no sexto ano, o aluno que já ultrapassou o ciclo de alfabetização não irá desenvolver a competência leitora desejada. Em suma, é preciso recurso pedagógico extraclasse para que o aluno possa recuperar o atraso em relação à turma.

7 - Para Vygotsky⁶⁶, a aprendizagem se conquista na diferença entre aquilo que o aluno consegue fazer sozinho e aquilo que ele consegue fazer com ajuda. Ou seja, é preciso que se trabalhe no nível do desafio (Zona de Desenvolvimento Proximal). Assim, a escola não irá fornecer nem atividades tão difíceis, que impossibilitem a resolução, nem tão fáceis que desmotivem o aluno. É nesse sentido que o aluno pode ser verdadeiramente ajudado. Cada escola precisa criar meios para medir a eficácia dos recursos que oferece aos seus alunos, e se não estiverem sendo eficientes é preciso redirecionar, criar novas formas de ajuda.

8 - Com relação ao AEE (Atendimento Educacional Especializado), a escola precisa ser informada que a exigência do laudo pode ser dispensada, mesmo no caso do público-alvo da educação especial, “uma vez que o AEE se caracteriza por atendimento pedagógico e não clínico”. Se for necessário, o professor do AEE poderá articular-se com profissionais da área da saúde, tornando-se o laudo médico, nessa situação, um documento anexo ao Plano de AEE. Sendo assim, o “laudo” *não é um documento obrigatório, mas complementar, se a escola julgar*

necessário. É fundamental que o direito à educação não seja cerceado pela exigência de laudo médico¹²⁶.

Vê-se assim, vale reiterar, que a ajuda da saúde não se limita ao laudo. A parceria pode e deve ir além. O objetivo é gerar propostas individualizadas e verificar se estão sendo eficientes na promoção da aprendizagem e da inclusão, lembrando que “a Declaração de Salamanca estabelece como princípio que as escolas do ensino regular devem educar todos os alunos, enfrentando a situação de exclusão escolar das crianças com deficiência, das que vivem nas ruas ou que trabalham, das superdotadas, em desvantagem social e das que apresentam diferenças linguísticas, étnicas ou culturais”¹²⁵. A noção de “necessidades educacionais especiais” ressalta a interação das características individuais dos alunos com o ambiente educacional e social, convocando o ensino regular para o desafio de atender às diferenças. Com a perspectiva da educação inclusiva, considera-se que as pessoas se modificam continuamente transformando o contexto no qual se inserem. Esse processo é dinâmico e exige uma atuação pedagógica voltada para modificar a situação de exclusão, enfatizando a importância de ambientes heterogêneos que promovam a aprendizagem de todos os alunos¹²⁵.

Modificar a situação histórica da exclusão social e educacional implica, no entender de Abed¹¹⁰, as dimensões paradigmática, temporal, espacial, metodológica e avaliativa. A “dimensão paradigmática” significa se conscientizar acerca dos valores subjacentes à prática pedagógica, quais sejam, a visão de sujeito, de conhecimento, de ensino e de aprendizagem. Isso favoreceria a formação de um professor agente de transformação. “Conhecer os fundamentos teóricos acerca de como o ser humano se desenvolve, como se aprende e como se ensina, prepara o professor para assumir a função de mobilizador de mudanças a partir do seu papel na

triangulação entre o ensinante, o aprendente e os objetos do conhecimento” (p. 126).

Para a autora¹¹⁰, é primordial estabelecer vínculos com os estudantes, adequando e equilibrando a dupla função docente, a de autoridade (relação hierárquica) e de parceiro nas construções conjuntas. Nas relações entre o aluno e o objeto do conhecimento, o professor possibilita o movimento dialético e dinâmico e promove a busca do equilíbrio entre polaridades da aprendizagem, que envolvem, por exemplo, a manutenção do arcabouço de conhecimentos produzidos pela humanidade e a construção de novos conhecimentos; a liberdade responsável e os limites impostos pelas normas socialmente aceitas.

Quanto à dimensão espacial, a organização física da sala de aula reflete a intenção do professor e, portanto, pode ser modificada a partir do objetivo envolvido no aprendizado. Assim, configurações das posições dos alunos no espaço (carteira atrás de carteira, em U, em pequenos grupos, sentados no chão, em círculo) precisam ser pensadas a partir dos diferentes conteúdos, atividades propostas e recursos que poderão ser disponibilizados¹¹⁰.

A dimensão temporal, por sua vez, envolve a gestão do tempo em função das demandas de cada turma e das exigências do currículo. Este último precisa ser objeto de reflexão a partir de alguns questionamentos: “O currículo está a serviço de quê?”; “Quais são as vantagens e as desvantagens das distintas organizações curriculares?”; “Quais resultados precisam ser alcançados?”; “Quais são os objetivos que precisam ser repensados?”¹¹⁰

Quanto à “dimensão metodológica”, é função do professor promover o pensamento complexo e o desenvolvimento do indivíduo de forma global. Para tanto, é preciso diversificar os recursos mediadores e as atividades propostas, a fim de contemplar os distintos perfis de aprendizagem em meio as exigências educacionais, de forma a preparar os estudantes para as

complexas demandas da vida na contemporaneidade. O uso de recursos diversos, como a música, as artes e os jogos (vistos aqui como recursos pedagógicos), e a utilização de recursos tradicionais, como a memorização da tabuada, lista de exercícios e as aulas expositivas contemplam diferentes finalidades e devem ser consideradas como atividades complementares. O paradigma pós-moderno convoca a pensar o novo a partir da história. Isso significa que é necessário promover o confronto entre o conhecimento construído pelo aluno e o conhecimento formal, por meio da articulação entre a linguagem cotidiana e a científica. Esse caminho de construção do conhecimento abarca tanto o movimento da explicação (professor) quanto o da compreensão (aluno)¹¹⁰.

A dimensão avaliativa¹¹⁰, por fim, remete a uma série de questões que estão relacionadas sobremaneira à evolução de cada aluno e de cada turma a fim de orientar a prática pedagógica futura. O professor precisa entender ainda que avaliar seus alunos é também avaliar o seu fazer pedagógico. Para que esse processo avaliativo seja coerente com o suporte epistemológico, é preciso fundamentar o processo avaliativo, assumindo, portanto, a postura de condutor do processo, atribuindo-lhe sentido e valor.

Considerações Finais

Não medicalizar, na perspectiva adotada neste trabalho, não implica não diagnosticar, não tratar, relativizar os problemas, ou mesmo deixar a criança à própria sorte ou simplesmente “devolvê-la” para a escola. Evidentemente, quando se verifica que a queixa é *apenas* pedagógica, a criança pode ser encaminhada para um apoio pedagógico, sem necessidade de permanência na clínica. De qualquer maneira, no processo avaliativo do sujeito/aprendiz, é preciso que os profissionais estabeleçam um olhar investigativo diante das questões que o levaram à clínica.

O processo de investigação deve considerar que um diagnóstico aprofundado não remete apenas à natureza das dificuldades apresentadas, mas ao discurso produzido pelo escolar e sua família. Há crianças que, por exemplo, têm poucas dificuldades de escrita, mas manifestam um sofrimento na relação com a linguagem escrita. Evitam ler e escrever, relatam não gostar da escola, apresentam a noção internalizada da incapacidade de aprender. Assim, a depender da qualidade das interações pregressas e atuais, a criança pode estar enredada em uma dada condição que foi sendo construída no decorrer da escolaridade. Sejam rótulos sociais (“burro”, “agitado”, “agressivo”, “preguiçoso”) ou diagnósticos médicos (TDAH, TEAp, TPAC, TOD), vale investigar a queixa e de que forma ela pode estar dificultando ou impedindo processos de aprendizado e desenvolvimento dentro e fora da escola. Desse modo, o que se propõe é uma abordagem centrada na noção de clínica ampliada, voltada não somente para a observação dos fenômenos, mas na compreensão das suas

manifestações por meio da investigação da relação dos sujeitos nos contextos em que se inserem.

Ressalte-se que profissionais apoiados na corrente hegemônica, biomédica, apresentam uma visão unidirecional, seguindo o raciocínio de causa e efeito. Moysés e Collares³⁸ afirmam que “esse tipo de raciocínio (se A causa B, B só pode ser causado por A) estrutura-se na própria medicina como ciência, numa época em que o objeto de estudo eram basicamente doenças infecto-contagiosas, em que A é um agente biológico bem determinado e externo ao homem; hoje, aceita-se a limitação desse raciocínio mesmo nesse grupo de doenças”. Entretanto, dizem as autoras, no campo dos transtornos da aprendizagem prevalece a lógica de causa e efeito, mesmo quando não há o envolvimento significativo de aspectos de ordem biológica.

Apoiados nesse olhar estigmatizante, adeptos da perspectiva biologizante entendem que diagnosticar é buscar no sujeito, no seu cérebro, as causas do não aprender. Se nas décadas de 1970 e 1980, conforme Patto¹²⁷, as causas do fracasso escolar eram atribuídas “a um aluno mal alimentado, carente, sem prontidão para aprender e com uma família desestruturada e desatenta aos seus problemas”, a questão hoje se resume à tipificação do transtorno. Incluir o aprendiz na sociedade é, nesse modo de entender, fornecer a sigla - atrelada (possivelmente) a uma prescrição médica; visando, ainda, à aquisição de “direitos”.

Aqui não se relativiza a necessidade de terapias e medicamentos sob condições específicas e realmente necessárias. Mas cabe questionar se medicar ou oferecer tempo adicional para fazer provas, por si sós, são ações includentes e eficazes para a superação do problema. Considera-se, ainda, que a inclusão pautada em diagnóstico médico implica na exclusão daqueles que *igualmente* apresentam necessidades educacionais, mas não tiveram acesso ao sistema de saúde. Entendendo a

inclusão como um direito de todos (sem distinção), a conquista de benefícios deve se pautar *mais* nas necessidades de cada aluno – no diagnóstico pedagógico – e *menos* em diagnósticos da saúde. A “exigência” do diagnóstico médico (por parte de muitas escolas) não deveria ser para conquistar direitos, mas sim para que se possa ampliar a compreensão sobre as necessidades de aprendizagem e formas de ajuda.

É preciso, assim, tanto na clínica quanto na escola, assumir uma noção menos reducionista de inclusão. A inclusão, como propõe Skliar¹⁷, deveria, primeiramente, tornar insustentável a ideia do “normal”, seja o normal corporal, o normal da língua, da aprendizagem, da sexualidade, do comportamento, da escrita e da leitura, o normal da atenção, o normal escolar, etc. Haveria a necessidade de aproximação da educação com os estudos de gênero, os estudos culturais, os relacionados ao pós-estruturalismo, à filosofia da diferença. O autor¹⁷ explica que os mecanismos de exclusão e inclusão seguem as mesmas diretrizes de controle individual. “O sistema que exercia o poder excluindo, agora cego àquilo que acontece lá fora – e já não pode controlar com tanta eficácia –, se propõe a fazê-lo por meio da inclusão ou, para melhor dizer, mediante a ficção da promessa integradora.” (p.28).

Skliar¹⁷ considera que se cria na escola a ilusão de um território inclusivo, mas é onde se exerce a exclusão dos que são pensados como anormais. Diz que, seguindo essa “lógica perversa”, só podemos entrar em relação com o outro de forma objetificada em meio à modalidade do diferencialismo, em termos de tolerância, de aceitação, de respeito. E com isso, na escola, como na vida, “acabamos reduzindo toda a alteridade a uma alteridade próxima, a alguma coisa que tem de ser obrigatoriamente parecida a nós – ou ao menos previsível, pensável, assimilável”. (p.29)

Esse novo modo de entender a inclusão implicaria, para os profissionais de saúde, extrapolar os muros da

clínica e propor ajuda efetiva para que o escolar possa, de fato, ser inserido em programas educacionais efetivos. Dessa forma, nomear uma dificuldade ou simplesmente medicar, é uma prática que deveria ser ressignificada. Vale dizer que, para alívio daqueles que estão realmente comprometidos com a promoção da saúde e do aprendizado, essa prática *puramente* organicista tem sido fonte de debate em âmbito mundial.

Recentemente, em editorial publicado na Revista *The Lancet*^{A28} (*Brain health and its social determinants*), há um alerta proferido pela nova presidente da Associação Americana de Psiquiatria, Vivian Pender. Para a médica, “we need to be more aware of the broader context in which that illness occurred and how that context has shaped the health outcome”. O fato de Pender ter sentido a necessidade de criar uma força-tarefa para examinar essa questão, diz o editorial, reflete a força com que muitos psiquiatras dos Estados Unidos estão apegados ao modelo biomédico de doença mental e à utilidade da farmacoterapia. Prescrever, certamente, é mais fácil do que “resolver” as circunstâncias econômicas e sociais de um paciente, mas os tratamentos medicamentosos têm suas limitações. Pender não descarta a importância da medicação, mas incentiva os colegas a repensarem as abordagens tradicionais, incluindo para o campo de estudos não apenas as disciplinas de neurologia e psiquiatria, mas também das neurociências, epidemiologia e sociologia¹²⁸.

Esse alerta é importante pois em virtude de falta de acesso ao *lado B* dessa história, a maioria das pessoas (profissionais, familiares e estudantes) acaba sendo capturada pelo discurso dominante. A contraposição das diferentes vertentes em torno dos transtornos que envolvem o aprendizado objetiva evidenciar que existem distintos modos de interpretação da realidade. Entender que cada fenômeno – *transtorno* – apresentado neste

trabalho é multifatorial é crucial para despertar a consciência em torno de processos que, como dito, podem ter sido construídos no decorrer das vivências de seres humanos que vivem em sociedade. Compreender essa construção faz parte de um propósito que tem por finalidade criar estratégias de enfrentamento e superação eficazes. Reiteramos que não estamos negando a existência de problemas reais, mas discutindo diagnósticos que têm sido concebidos à margem das práticas sociais¹. A proposta de intervenção clínica *não* medicalizante seria, assim, fundamentada em princípios e procedimentos que visam contribuir para que as escolas brasileiras cumpram sua função social, constituindo-se como instituições educacionais verdadeiramente inclusivas, guiadas segundo o paradigma do direito à diversidade, à identidade cultural e à autonomia⁷².

Referências

- 1-SIGNOR R; SANTANA AP. TDAH e medicalização: implicações neurolinguísticas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. São Paulo: Plexus Editora, 2016.
- 2-SIGNOR, R. O sentido do diagnóstico de TDAH para a constituição do sujeito/aprendiz. Tese. (Doutorado em Linguística). Florianópolis. UFSC, 2013.
- 3-CONRAD P. The medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Maryland: Baltimore, 2007
- 4-GOULART MP. Ministério Público e políticas públicas. In: Congresso Brasileiro de Gestão do Ministério Público,8, 2017, Brasília. Anais [...]. Brasília: [s.n.], 3 de ago, 2017.
- 5-SANTOS BS; CHAUI M. Direitos humanos, democracia e desenvolvimento. São Paulo: Cortez editora, 2013.
- 6-MOYSES MA; COLLARES C. Medicalização: o obscurantismo reinventado. In: COLLARES, C. L.; MOYSÉS, M.A; RIBEIRO, M. F. (orgs.). Novas capturas, antigos diagnósticos na ERA DOS TRANSTORNOS. São Paulo: Mercado de Letras, 2013, p. 41- 64.
- 7-FREIRE P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- 8-ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. DSM V. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- 9-AUSPELD. Understanding learning difficulties. Disponível em: www.dsf.net.au. 2017.
- 10-INTERNATIONAL DYSLEXIA ASSOCIATION. Disponível em: International Dyslexia Association - ...until everyone can read! (dyslexiaida.org)
- 11-SNOWLING MJ; HULME C; NATION K. Defining and understanding dyslexia: past, present and future. Oxford Review of Education, v. 46, n. 4, p. 501-513, 2020.

- 12- PAIVA MG, AZEVEDO PG. Dificuldades de aprendizagem: enfoque psicopedagógico. In: MONTIEL JM, CAPOVILLA FC (Org.). Atualização em transtornos de aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.
- 13-CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10). Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10>
- 14-ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. DSM IV, 1994
- 15-MURPHY K, GORDON M. Avaliação de adultos com TDAH. In: BARKLEY R. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 437-465.
- 16-BARKLEY R. TDAH: Transtorno de Déficit de Intenção. Palestra. Disponível em: Dr Russel Barkley TDAH Transtorno de Deficit de Intenção - YouTube. [abda_tdah_brasil](http://abda_tdah_brasil.com). 2011.
- 17-BARKLEY R. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2006
- 18-NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. 2006. Disponível em www.nice.org.uk/TA098.
- 19-AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Implementing the Key Action Statements: An Algorithm and Explanation for Process of Care for the Evaluation, Diagnosis, Treatment, and Monitoring of ADHD in Children and Adolescents. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html>.
- 20-SWEETMAN S. The Complete Drug Reference. London: Pharmaceutical Press. Electronic version, Greenwood Village, Colo: Thomson Healthcare.
- 21-AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. (central) auditory processing disorders — the role of the audiologist [Position Statement]. 2005.
- 22-MUSIEK FE, BARAN JA, PINHEIRO ML. Duration pattern recognition in normal subjects and patients with cerebral and cochlear lesions. *Audiology*, v. 29, n. 6, p. 304-13, 1990.
- 23-GEFFNER D. Central auditory processing disorders: definition, description, and behaviors. In: GEFFNER D, ROSS-SWAIN D. (Eds.).

Auditory processing disorders: assessment, management, and treatment. 1ª ed. San Diego: Plural Publishing, 2007.

24-CHERMAK GD, BELLIS JB, MUSIEK FE. Neurobiology, cognitive Science, and intervention. In CHERMAK GD, MUSIEK FE. Handbook of central auditory processing disorder: Comprehensive intervention. San Diego, CA: Plural. v. 2, 2 ed, p. 33-38, 2014.

25-PERROTA C. SIMPÓSIO: Políticas e ações no cenário social: construindo possibilidades. III Seminário Internacional A educação medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças, 2013.

26-MENDES-CIVITELLA et al. Guia de orientação para avaliação e intervenção no processamento auditivo central. Conselho Federal de Fonoaudiologia. 2020

27-BISHOP DVM et al. Auditory temporal processing impairment: neither necessary nor sufficient for causing language impairment in children. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Rockville, v. 42, p. 1295-1310, 1999.

28-MOORE DR; HUNTER LL. Auditory processing disorder (APD) in children: A marker of neurodevelopmental syndrome. Hearing, Balance and Communication, v. 11, n. 3, p. 160-167, 2013.

29-MOORE DR. Editorial: Auditory Processing Disorder. Ear Hear, v. 39, n. 4, p. 617-620, 2018.

30-NEIJENHUIS K et al. An Evidence-Based Perspective on “Misconceptions” Regarding Pediatric Auditory Processing Disorder. Front Neurol, v. 10, p. 287, 2019.

31-ILIADOU VV et al. Letter to the Editor: An Affront to Scientific Inquiry Re: Moore, D. R. (2018) Editorial: Auditory Processing Disorder, Ear Hear, 39, 617-620. Ear Hear, v. 39, n. 6, p. 1236-1242, 2018.

32-BELLIS TJ; JORGENSEN LE. Aging of the auditory system and differential diagnosis of central auditory processing disorder in older listeners. In: MUSIEK, F E; CHERMAK, GD. (Eds.) Handbook of central auditory processing disorder: auditory neuroscience and diagnosis. 2ª. San Diego: Plural Publishing, v.1, 2014.

33-MUSIEK FE et al. GIN (Gaps-In-Noise) test performance in subjects with confirmed central auditory nervous system involvement. Ear Hear. v. 27, n. 3, p. 608-618, 2005.

34-BREWSTER CC et al. Heritability of non-speech auditory processing skills. Eur J Hum Genet, v. 24, n. 8, p. 1137-44, 2016.

- 35-MOYSÉS MA, COLLARES CAL. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.). Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- 36-BAKHTIN M. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- 37-MASSI G. A dislexia em questão. São Paulo: Plexus, 2007.
- 38-MOYSÉS MA; COLLARES CAL. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. Caderno Cedes 28 – O sucesso escolar: um desafio pedagógico, 1992.
- 39-MASINI L. Uma nova criança exige uma nova escola. In: COLLARES CL, MOYSÉS MA, RIBEIRO MF. (orgs.). Novas capturas, antigos diagnósticos na ERA DOS TRANSTORNOS. São Paulo: Mercado de Letras, 2013, p. 181-190.
- 40-STEIN J; WALSH V. To see but not to read; the magnocellular theory of dyslexia. Trends Neurosci. V. 20, p. 147-152, 1997.
- 41-HARI R; RENVALL H; TANSKANEN T. Left minineglect in dyslexic adults. Brain. v. 124, p. 1373-80, 2001.
- 42-STEIN J; TALCOTT J; WITTON C. The sensorimotor basis of developmental dyslexia. In: Fawcett AJ, editor. Dyslexia: theory and good practice. London: Whurr, 2001, p. 65-88.
- 43-DORE W. Dyslexia: the Miracle Cure. London: John Blake Publishing, 2006.
- 44-RAMUS F, ROSEN S, DAKIN, S. et al. Theories of developmental dyslexia: insights from a multiple case study of dyslexic adults. Brain, 126, p. 841-865, 2003.
- 45-DEHAENE S. Os neurônios da leitura: Como a ciência explica nossa capacidade de ler. Porto Alegre: Penso, 2012.
- 46-SNOWLING MJ. Dyslexia. London: BlackWell Plubisher, 2013.
- 47-VELLUTINO FR; FLETCHER JM; SNOWLING JM; SCANLON DM. Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades? J Child Psychol Psychiatry. v. 45, n. 1, p. 2-40, 2004.
- 48-BOETS B, OP DE BEECK HP, VANDERMOSTEN M, SCOTT SK, GILLEBERT CR, MANTINI D, et al. Intact but less accessible phonetic representations in adults with dyslexia. Science. v. 342, n. 6163, p. 1251-1254, 2013.

- 49-PENNINGTON BF. From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, v. 101, n. 2, p. 385–413, 2006.
- 50-HULME C; SNOWLING MJ. *Developmental disorders of language learning and cognition*. London: Wiley-Blackwell, 2009.
- 51-BRADLEY L; BRYANT P. Categorizing sounds and learning to read—a causal connection. *Nature*. In: HULME C; SNOWLING MJ. *Developmental disorders of language learning and cognition*. London: Wiley-Blackwell, 2009.
- 52-CASTRO-CALDAS A, PETERSSON KM, REIS A, STONE-ELANDER S, INGVAR M. The illiterate brain: Learning to read and write during childhood influences the functional organization of the adult brain. *Brain*, 121(Pt 6), p. 1053-1063, 1998.
- 53-Curso ABC. Alfabetização baseada na ciência. Disponível em: Curso Alfabetização Baseada na Ciência (ABC) (mec.gov.br)
- 54-SIGNOR R, CLAESSEN M, LEITÃO S: Interventions for dyslexia in Brazil: a scoping review discussed within the perspective of international best practice, *Australian Journal of Learning Difficulties*, 2020.
- 55-LEITÃO S; DZIDIC P; CLAESSEN M et al. Exploring the impact of living with dyslexia: The perspectives of children and their parents. *International Journal of Speech-language Pathology*, v 19, n 3, 322–334, 2017.
- 56-SIGNOR R. Dislexia: Uma análise histórica e social. *Revista Brasileira De Linguística Aplicada*, v. 15, n. 4, p. 971–999, 2015.
- 57-CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
- 58-COLLARES CAL; MOYSÉS MA. preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- 59-UNTOIGLICH G. Usos biopolíticos do suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: que lugar para o sofrimento psíquico na infância? In: COLLARES CL; MOYSÉS MA; RIBEIRO MF. (Orgs.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na ERA DOS TRANSTORNOS*. São Paulo: Mercado de Letras, 2013, p. 119-132.
- 60-SNAP IV. Disponível em: Microsoft Word - SNAP IV.doc (tdah.org.br) acesso em 15/10/2021.

- 61-SIGNOR R; BERBERIAN AP; SANTANA AP. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 43, n. 3, jul./set. 2017
- 62-FOUCAULT M. Vigiar e Punir. Petrópolis: Vozes, 2009.
- 63-ROHDE LA. Pela precisão do diagnóstico. VEJA, São Paulo, ed.2332, ano 46, n.31, 31 de julho.2013. Entrevista concedida a Adriana Dias Lopes.
- 64-CALIMAN L. Os biodiagnósticos na era das cidadanias biológicas. In: COLLARES, C. L.; MOYSÉS, M.A; RIBEIRO, M. F. (orgs.). Novas capturas, antigos diagnósticos na ERA DOS TRANSTORNOS. São Paulo: Mercado de Letras, 2013, p.119-33.
- 65-FERNÁNDEZ A. A atenção aprisionada: psicopedagogia da capacidade atencional. Porto Alegre: Penso, 2012.
- 66-VYGOTSKY LS. Psicologia pedagógica. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- 67-NOVAES-PINTO RC. Cérebro, linguagem e funcionamento cognitivo na perspectiva sócio-histórico-cultural. Inferências a partir do estudo das afasias. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 55-64, 2012.
- 68-LEO JL; COHEN D. Broken brains or flawed studies? A critical review of ADHD neuroimaging studies. The Journal of Mind and Behavior, Orono, v. 24, n. 1, p. 29-56, Win. 2003.
- 69-BRATS – Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Ano VIII nº 23 | março de 2014.
- 70-PRASAD V; BROGAN E; MULVANEY C et al. How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behavior and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. v. 22, n. 4, p. 203- 216, 2013.
- 71-MACHADO FS; CAETANO SC; HOUNIE AG. et al. Uso de metilfenidato em crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Rev Saúde Pública, 2015.
- 72-MACHADO ML; SIGNOR R. Os transtornos funcionais específicos e a educação inclusiva. In: MARQUESAN I; SILVA H; TOMÉ M. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014, p.506-515.

- 73-BASU L. Seria o TDAH uma anticapitalista? Traduzido por Ronei Rodrigues. Rev Outras Palavras. Disponível em: outraspalavras.net. 2022.
- 74-SANTOS B. A gramática do tempo. São Paulo: Cortez, 2010.
- 75-BAKHTIN M. Estética da criação verbal. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- 76-TEMPORÃO JG. Indústria farmacêutica e medicalização. In: COLLARES CL; MOYSÉS MA; RIBEIRO MF. (Orgs.). Novas capturas, antigos diagnósticos na ERA DOS TRANSTORNOS. São Paulo: Mercado de Letras, 2013, p.65-92
- 77-SIGNOR R; VIEIRA S; BERBERIAN AP; SANTANA AP. Auditory processing disorder x reading and writing difficulties: Is there a relationship? Revista Brasileira De Linguística Aplicada, v. 18, n 3, p. 581–607, 2018.
- 78-PRANDO ML; MORAES AL. Perspectivas neuropsicológicas da avaliação do processamento auditivo na dislexia do desenvolvimento. In: SALLES JF, NAVAS AL. Dislexias do desenvolvimento e adquiridas. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, p. 101-132, 2017.
- 79-SERRALLACH, B. et al. Neural biomarkers for dyslexia, ADHD, and ADD in the auditory cortex of children. Frontiers in Neuroscience, Lausanne, v. 10, p. 324-334, 2016.
- 80-PEREIRA LD; SCHOCHAT E. Processamento auditivo central: Manual de avaliação. São Paulo: Lovise, 1997.
- 81-PEIXOTO F. Distraídos pelo barulho. Revista Superinteressante. Disponível em <https://super.abril.com.br/comportamento/distraido-pelo-barulho/>, 2000.
- 82-BALEN SA; BOENO MR; LIEBEL G. A influência do nível socioeconômico na resolução temporal em escolares. Revista Da Sociedade Brasileira De Fonoaudiologia, v. 15, n. 1, p. 7–13, 2010.
- 83-MURPHY CFB; PONTES F; STIVANIN L; SCHOCHAT E. Processamento auditivo em crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade. Sao Paulo: Medical Journal, v. 130, n. 3, p. 151–158, 2012.
- 84-CARVALHO NG; NOVELLI CV; COLELLA-SANTOS MF. Fatores na infância que podem influenciar o processamento auditivo: revisão sistemática. Revista Cefac, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 1590-1603, 2015.

- 85-TERTO SS; LEMOS SM. Aspectos temporais auditivos: produção de conhecimento em quatro periódicos nacionais. *Revista Cefac*, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 926-936, 2011.
- 86-TALLAL P. Auditory temporal perception, phonics and reading disabilities in children. *Brain and Language*, v. 9, p. 182–198, 1980.
- 87-SNOWLING MJ; GOOCH D; MC ARTHUR G; HULME C. Language Skills, but Not Frequency Discrimination, Predict Reading Skills in Children at Risk of Dyslexia. *Psychological Science*, v. 29, n. 8, p. 1270–1282, 2018.
- 88-DAWES P; BISHOP D. Auditory processing disorder in relation to developmental disorders of language, communication and attention: a review and critique. *International Journal of language and Communication Disorder*, London, v. 44, p. 440-65, 2009.
- 89-COHEN W et al. Effects of computer-based intervention through acoustically modified speech (Fast ForWord) in severe mixed receptive-expressive language impairment: outcomes from a randomized controlled trial. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, Rockville, v. 48, p. 715-729, 2005.
- 90-BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.
- 91-GRILLO E. Webpalestra. Saúde da criança: quando encaminhar para o neuropediatra? Disponível em: Webpalestra: Saúde da criança - quando encaminhar para o neuropediatra? - YouTube
- 92-PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. saúde pública*. v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- 93-POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH. Disponível em: (saude.gov.br)
- 94-RAIMUNDO J; CADETE M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 2, p. 61-67, 2012.
- 95-SANTOS AB. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS em Revista*, v. 1, n. 2, p. 170-179, 2019.
- 96-SANTOS JP. A escuta qualificada – instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado. 24 f. Monografia

(Especialização em Gestão de Pessoas). São Paulo: Programa FGV in company, 2014. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/373251596/TCCEscuta-Qualificada>>.

97-DUARTE LP et al. Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária. 2017.

98-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção . Saúde. Política Nacional de Humanização PHN. Brasília: Ministério da Saúde, 1. ed., 2013a.

99-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

100-PITOMBEIRA D; OLIVEIRA LC. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciência & saúde coletiva*, v. 25, p. 1699-1708, 2020.

101-GOULARDINS JB. Você já ouviu falar de escuta qualificada? Disponível em: <http://www.fisioterapiaichc.com.br/voce-ja-ouviu-falar-de-escuta-qualificada/>

102-VYGOTSKY LS. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

103- Competências socioemocionais. Disponível em: (educacao.sp.gov.br)

104-BERBERIAN AP; SANTANA AP. (Org). Fonoaudiologia em contextos grupais. São Paulo: Plexus Editora, 2012.

105-SIGNOR R. Os gêneros do discurso como referenciais para a atuação fonoaudiológica. 2010. (Mestrado em Linguística). Curso de Linguística. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

106-INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Disponível em: Resultados — Inep (www.gov.br)

107-MACHADO P. Relações entre o conhecimento das emoções, as competências acadêmicas, as competências sociais e a aceitação entre pares. *Aná. Psicológica [online]*. v. 26, n. 3, p. 463-478, 2008.

- 108-MILLER AL; FINE SE; GOULEY KK., SEIFER R. et al. Showing and telling about emotions: Interrelations between facets of emotional competence and associations with classroom adjustment in Head Start preschoolers. *Cognition and Emotion*, 20, 1170-1192, 2006.
- 109-MOSTOW AJ; IZARD CE; FINE S; TRENTACOSTA CJ. Modeling emotional, cognitive, and behavioral predictors of peer acceptance. *Child Development*, 73, p. 1775-1787, 2002.
- 110-ABED ALZ. O desenvolvimento das habilidades socioemocionais como caminho para a aprendizagem e o sucesso escolar de alunos da educação básica. São Paulo, 2014.
- 111-DINÂMICAS PARA AULAS SOCIOEMOCIONAIS. Disponível em: 5 dinâmicas para aulas socioemocionais - YouTube
- 112-INSTITUTO AYRTON SENNA. Ideias para o desenvolvimento de competência socioemocionais: abertura ao novo, 2020.
- 113-ESCUA EMPÁTICA. Disponível em: Escuta ativa empática | Socioemocional de Educadores | Tradução em Libras - YouTube
- 114-INSTITUTO AYRTON SENNA. Ideias para o desenvolvimento de competência socioemocionais: amabilidade, 2020.
- 115-ABED ALZ. O desenvolvimento das habilidades socioemocionais como caminho para a aprendizagem e o sucesso escolar de alunos da educação básica. *Rev Construção Psicopedagógica*, v. 24, n. 25, 2016.
- 116-SIGNOR R; BERBERIAN AP. Terapia em grupo voltada à linguagem escrita: uma proposta com base nos gêneros do discurso. In: BERBERIAN AP; SANTANA AP (Org). *Fonoaudiologia em contextos grupais*. São Paulo: Plexus Editora, 2012, p.9-32.
- 117-SKLIAR C. A inclusão que é “nossa” e a diferença que é do “outro”. In: RODRIGUES D. *Inclusão e educação: doze olhares sobre a educação inclusiva*. São Paulo: Summus Editorial, 2006, p.15-35.
- 118-MANTOVANINI MC. Professores e alunos problema: um círculo vicioso. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- 119-BAKHTIN M. Problemas da poética de Dostoiévski. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

- 120-INSTITUTO AYRTON SENNA. Ideias para o desenvolvimento de competência socioemocionais: autogestão, 2020.
- 121-INSTITUTO AYRTON SENNA. Ideias para o desenvolvimento de competência socioemocionais: engajamento com os outros, 2020.
- 122- RAHAL GM. Atenção plena no contexto escolar: benefícios e possibilidades de inserção, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392018010258>
- 123-INSTITUTO AYRTON SENNA. Ideias para o desenvolvimento de competência socioemocionais: resiliência, 2020.
- 124-ALVES MM; RIBEIRO J; SIMÕES F. Universal Design for Learning (UDL): Contributos para uma escola de todos. *Indagatio Didactica*, v. 5, n. 4, 2013.
- 125-BRASIL. MEC/SECADI Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. 2008.
- 126-MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. NOTA TÉCNICA Nº 04 / 2014 / MEC / SECADI / DPEE. 23/01/2014. Orientação quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/ superdotação no Censo Escolar, 2014.
- 127-PATTO MHS. A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010
- 128-EDITORIAL. Brain health and its social determinants. *The Lancet*, v. 398, 2021.

ANEXO – UM GUIA PARA O PROFESSOR

SUGESTÕES PARA A *INCLUSÃO* DO ALUNO COM DIFICULDADE ESCOLAR

Prezado professor, se você está recebendo este material é porque seu aluno passou por uma triagem ou frequenta o Núcleo Interdisciplinar de Apoio ao Escolar situado _____. Nosso objetivo é construir uma parceria com a família e a escola para que possamos desenvolver estratégias para que o aprendizado do aluno possa ocorrer de forma mais efetiva.

Como sabemos, a escola não tem a autonomia necessária para gerir todas as questões implicadas na dificuldade escolar. Isso se deve, em parte, porque as políticas públicas existentes estão direcionadas prioritariamente para o público-alvo da educação especial. Mas, o que fazer quando o aluno não apresenta deficiência física, visual, intelectual, auditiva ou múltipla, mas também vivencia processos de exclusão social e educacional? Entendemos que esse aluno também deveria ser amparado por políticas de inclusão.

Tratar do tema da inclusão é de suma importância, pois parcela expressiva da população nas escolas sofre com a dificuldade escolar. As dificuldades podem se manifestar de maneiras variadas e gerar estresse, ansiedade, desânimo, autoestima baixa e falta de motivação para muitos alunos. Sem o apoio sistemático da escola, muitos alunos vão se perdendo no processo educacional, algo que vai acarretando impactos a longo prazo, dificultando cada vez mais o aprendizado. Ao criar uma sala de aula inclusiva, a escola colabora para reduzir as barreiras ao

aprendizado, gerando oportunidades de aprendizagem, bem-estar e convívio social mais favorável.

É muito comum recebermos as seguintes queixas relacionadas à dificuldade escolar: leitura, escrita manual, matemática, compreensão leitora, produção textual, compreensão e expressão oral, lentidão e dificuldade para copiar do quadro, qualidade da letra, atividade excessiva, tendência à distração e interação social prejudicada. Nesses casos, é possível observar algumas situações possíveis: dificuldade visual, dificuldade auditiva, deficiência intelectual, dificuldade escolar persistente (o chamado “transtorno específico de aprendizagem”) e dificuldade escolar transitória, aquela de origem social, pedagógica ou afetiva.

Se há suspeita de deficiência intelectual, o aluno deve ser encaminhado para centros de reabilitação (CER). Tais centros estão capacitados para fornecer diagnóstico e reabilitação no campo das deficiências, a exemplo da FCEE, CCR/RIA e APAEs. O nosso serviço atua nos casos de dificuldade escolar persistente e dificuldade escolar transitória. Para o diagnóstico diferencial entre uma dificuldade persistente ou transitória, muitas vezes é necessário inserir o escolar em intervenção diagnóstica. Apenas assim, pela resposta à intervenção, ou seja, pelo desempenho do estudante durante as sessões de atendimento, é que será possível diagnosticar a origem da queixa escolar. Entretanto, em alguns casos, é possível verificar durante a avaliação inicial que se trata de uma questão de ordem puramente pedagógica e reencausar o aluno para que as questões educacionais sejam resolvidas na própria escola. Em qualquer caso, a escola precisa elaborar um plano pedagógico para que o aluno que tenha alguma limitação/barreira possa ter suas oportunidades de aprendizado ampliadas.

A princípio, ressaltamos que a finalidade do nosso Núcleo não é *medicalizar* a aprendizagem ou interferir na abordagem pedagógica adotada pela escola. E também não

pretendemos simplesmente fornecer um laudo para que o aluno conquiste direitos. O que propomos é, se necessário, construir um plano terapêutico singular e colaborar com a escola para que elabore um *plano pedagógico individualizado*. É importante esclarecer, no que concerne aos termos “singular” e “individualizado”, que dois estudantes podem ter o mesmo diagnóstico médico e possuir necessidades educacionais bastante distintas, por isso o planejamento precisa ser único, pautado nas necessidades observadas durante as vivências com o estudante.

Diferentemente da clínica tradicional que tem por prática elencar uma lista de procedimentos que podem ser adotados pela escola, tais como sugerir ao professor que: “fale frases curtas”, “evite ambiguidades”, “coloque o aluno na primeira carteira”, “cheque a compreensão”, “evite distratores” etc., o que se propõe aqui, como dito antes, não é um plano padrão, modelar, pautado em um diagnóstico (por exemplo: “alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade podem fazer prova em local reservado”), mas um planejamento exclusivo, produzido por todos os envolvidos.

Quanto ao diagnóstico médico, muitas vezes, pode até servir como elemento de discriminação. Dito de outro modo, se dois alunos de uma dada sala têm dificuldade para copiar do quadro, mas um deles tem diagnóstico médico e o outro não, apenas o aluno com diagnóstico terá direito a receber o material impresso? Outro exemplo: Se dois alunos, aos 10 anos de idade, têm dificuldade de leitura, mas um deles tem diagnóstico da saúde, apenas o *aluno com laudo* terá direito de receber apoio pedagógico no contraturno? Certamente, o diagnóstico médico sustenta algumas condutas educacionais ou clínicas, mas é preciso que a escola não fique na dependência exclusiva de uma classificação médica, mesmo porque nem todos os alunos têm/terão acesso a uma avaliação clínica de qualidade. Além disso, nem todas as dificuldades remetem

a uma questão de saúde. Muitas vezes, as questões são de origem social/pedagógica.

Para a elaboração do plano pedagógico singular, é preciso que, primeiramente, se conheça o aluno, seus interesses, suas necessidades, seus medos (ansiedade, tensão, nervosismo, bloqueios), suas dificuldades e suas habilidades. A partir desse conhecimento, podem ser planejadas estratégias visando proporcionar avanços no campo da aprendizagem. De forma esquemática, é preciso compreender que:

1 - O aluno tem que ser visto na sua individualidade. Essa compreensão envolve escuta qualificada dos discursos do aluno, da família e dos professores; é importante resgatar a história das dificuldades, como se manifestam, e analisar a qualidade das interações sociais que ocorrem na escola e em família. Algumas perguntas que precisam ser respondidas são: Quem é esse aluno, do que ele realmente precisa? Como o aluno gostaria que o processo inclusivo ocorresse? Como ele imagina um contexto escolar mais favorável à sua aprendizagem? Quais são suas sugestões para que a aprendizagem e socialização na escola ocorram de modo mais efetivo? É preciso que a escola acolha o aluno, convocando-o a participar ativamente desse processo, para que desperte nele o comprometimento necessário à efetividade de qualquer proposta inclusiva.

2 - O planejamento pedagógico singular requer uma reflexão por parte da escola. A escola precisa refletir sobre as estratégias que propõe – ou que executa a partir das indicações que recebe nos relatórios da saúde – e no quanto muitas delas nem sempre são eficientes. Por exemplo, por que, via de regra, um aluno com diagnóstico de TDAH precisa se sentar na frente dos outros? Será que é a posição na sala que irá favorecer a atenção? Se esse aluno tiver um histórico de exclusão social, na frente ele não estará mais distante do grupo? É preciso analisar cada ação adotada e suas implicações para o aprendizado e bem-estar do aluno.

Com isso, não estamos afirmando que se sentar na primeira carteira é uma ação que deve ser evitada. Estamos propondo, tão somente, que se pense se essa ação é indicada para todo aluno que apresenta um comportamento considerado mais ativo ou com tendência à distração. É preciso que cada situação seja pensada na sua complexidade.

3 - Outras reflexões que se fazem necessárias diante do tema da inclusão são: A escola é rígida demais? O sistema avaliativo é voltado primordialmente para provas? Quanto às avaliações, é difícil conseguir que a escola abandone o sistema de provas, mas poderia reduzir o número de avaliações, substituindo muitas delas por projetos. Como explica Vygotsky (2010), a avaliação da aprendizagem mediante aplicação de prova tende a modificar os processos de formação de conhecimentos. Isto é, quando o aluno foca na memorização visando ser testado, há perdas substanciais para a aquisição de conceitos e noções, pois o objetivo deixa de ser aprender e passa a ser desempenhar bem na prova. “A experiência mostrou que a aprendizagem de memória ocorre de modo inteiramente diverso e dá resultados plenamente diferentes em função do tipo de verificação pelo qual passa o experimentando” (p.170). Assim, para que os alunos tenham condições de assumir um compromisso com a sua aprendizagem, é preciso que o sistema seja flexível às necessidades e possibilidades individuais. Para Leite (2011), são notáveis os efeitos aversivos da avaliação tradicional, dificultando o vínculo de alguns alunos com o objeto do conhecimento. O autor propõe que se resgate a função diagnóstica da avaliação, argumentando que uma prova só tem sentido (em uma sociedade democrática) se seus resultados forem utilizados a favor do aluno. Isso significa que os resultados da avaliação não devem servir para promover autoestima baixa, mas para compreender as condições de ensino e aprendizagem, visando ao aprimoramento desse processo. Somente assim, como função diagnóstica, as provas servirão para favorecer a mediação pedagógica,

propiciando um crescente envolvimento afetivo do sujeito com o conteúdo veiculado pela escola.

4 - Algumas escolas têm adotado a proposta do desenho universal buscando melhor acessibilidade ao ensino. Da mesma forma que uma rampa permite acesso a todos, independentemente das suas condições físicas, em sala de aula as propostas de ensino podem considerar a diversidade. Assim, se o objetivo é trabalhar com poesia, os diferentes perfis de alunos podem gerar distintas possibilidades de ensino e aprendizagem. Um aluno pode, a partir da escuta/leitura/interpretação de poesias, ser levado a produzir uma ilustração, outro aluno pode elaborar uma retextualização, outro aluno pode produzir uma música, entre outras várias formas de se produzir conhecimento. Há uma série de referências que tratam do assunto e poderiam ser um instrumento para práticas pedagógicas mais inclusivas e produtivas.

5 - O planejamento pedagógico, embora seja elaborado a partir das necessidades individuais, precisa considerar aspectos de ordem coletiva. Isto é, o aluno precisa perceber que suas dificuldades não são exclusivas dele. A ansiedade com provas, com tempo, com participação em sala, entre outras inquietudes, certamente abrange vários outros alunos, de modo que algumas flexibilizações precisam ser estendidas a quem precise. É relevante ainda, como ação educativa, construir um sentimento coletivo que acolha toda forma de diferença e, que em meio à diversidade, os estudantes sejam levados a compreender que as estratégias educacionais são planejadas para que cada um possa desenvolver o seu potencial. Assim, a turma não precisa se sentir incomodada se um colega, em virtude de alguma especificidade, tiver, por exemplo, permissão para fazer um breve intervalo pois não suporta 50 minutos ininterruptos de aula. Cabe esclarecer que não se propõe aqui que a escola seja um ambiente desregrado, mas um local onde se planejam normas considerando o custo/benefício de cada uma delas. Entende-se que ter um intervalo de alguns

minutos durante uma aula levaria à perda de conteúdo, logo esse recurso deveria ser adotado apenas em situações muito específicas. Ademais, o ideal é que a aula não seja inteiramente expositiva e que aos alunos seja ofertada à possibilidade de participação mais intensa, para que a permanência em sala seja motivada por interesses gerados pelos assuntos tratados na escola.

6 - O chamado segundo professor, aquele exclusivo para um aluno, tem sido fonte de debate. Muito comum é o encaminhamento aos centros de saúde com a finalidade única de obtenção de laudo para segundo professor. De acordo com as diretrizes nacionais, teria direito a esse atendimento os alunos com deficiência, ou seja, aqueles que portem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com diversas barreiras podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade. Entretanto, temos visto na prática, provavelmente seguindo regulamentos regionais, alunos com dificuldade de aprendizagem (sem deficiência) conquistando esse recurso. Temos nos deparado com situações em que o segundo professor se limita, muitas vezes, a ajudar nos conteúdos que estão sendo veiculados em sala de aula. Mas, cabe perguntar, o que acontece quando um aluno está no sexto ano de escolaridade, mas seu nível de alfabetismo corresponde ao do primeiro ano? O segundo professor, quando se limita a reforçar os conteúdos veiculados durante a aula, pode acabar sendo um recurso de baixa efetividade. Para que os recursos humanos (os pedagogos) possam ser mais bem aproveitados, seria oportuno que esses profissionais atendessem, no contraturno escolar, pequenos grupos de alunos com dificuldades semelhantes e dirigissem seus esforços para que os alunos conseguissem superar obstáculos que, em sala de aula, dificultam a autonomia. Assim, se um estudante de sexto ano não consegue ler com autonomia, por que não disponibilizar acesso a um apoio pedagógico e proporcionar a esse aluno a oportunidade de aprender a ler? É evidente que durante

a aula, no sexto ano, esse aluno que já ultrapassou o ciclo de alfabetização terá poucas oportunidades para desenvolver a competência leitora desejada. Em suma, os recursos disponibilizados precisam ser bem direcionados, para que as necessidades educacionais possam ser supridas de forma mais satisfatória.

7 - Para Vygotsky, a aprendizagem se conquista na diferença entre aquilo que o aluno consegue fazer sozinho e aquilo que ele consegue fazer com ajuda. Isto é, é preciso que se trabalhe no “nível do desafio”. Assim, a escola não irá fornecer nem atividades tão difíceis, que impossibilitem a resolução, nem tão fáceis que desmotive o aluno. É nesse sentido que o aluno com necessidades educacionais específicas poderá ser ajudado. Cada escola precisa criar meios para medir a eficácia dos recursos que oferece aos seus alunos, e se não estiverem sendo eficientes é preciso redirecionar, criar novas formas de suporte.

8 - Com relação ao AEE (Atendimento Educacional Especializado), a escola precisa ser informada que a exigência do laudo pode ser dispensada, mesmo no caso do público-alvo da educação especial, “uma vez que o AEE se caracteriza por atendimento pedagógico e não clínico”. Se for necessário, o professor do AEE poderá articular-se com profissionais da área da saúde, tornando-se o laudo médico, nessa situação, um documento anexo ao Plano de AEE. Sendo assim, o “laudo” *não é um documento obrigatório, mas complementar, se a escola julgar necessário*. É fundamental que o direito à educação não seja cerceado pela exigência de laudo médico (Nota Técnica do MEC).

9 - Em síntese, o que se propõe é que a escola, ao se deparar com um aluno com dificuldade escolar, faça os ajustes necessários para que o estudante possa ter oportunidade de aprender e de superar os desafios impostos pelas especificidades educacionais. Seguem, abaixo, algumas indicações:

Necessidade educacional	Sugestão para a escola
<p>O aluno não consegue ler e escrever com autonomia</p>	<p>Ajuda individualizada de professor auxiliar de sala; O conteúdo impresso deve ser enviado para casa; Apoio pedagógico no contraturno voltado à alfabetização; Ledor e/ou avaliações orais.</p>
<p>O aluno consegue ler, mas não compreende o que lê</p>	<p>Trabalhar a função da leitura (ler é para entender); Fornecer explicação sobre o tema antes de iniciar a leitura; Fragmentar os textos em partes menores e estudar parte a parte; As perguntas de compreensão devem ser realizadas por trechos; O aluno deve ser incentivado a procurar as palavras desconhecidas ou tentar apreender o significado delas pelo contexto, quando possível; O aluno deve ser incentivado a reler cada trecho até que consiga compreender, para então prosseguir com a leitura; Esse processo todo deve ser iniciado com textos mais curtos e de complexidade enunciativa mais baixa.</p>
<p>O aluno não consegue copiar todo o conteúdo do quadro</p>	<p>Incentivar que copie o que consegue; O aluno não pode ficar ansioso por não conseguir copiar todo o conteúdo; Levar o aluno a compreender que esse desafio de copiar poderá ser superado aos poucos; Enviar o conteúdo impresso;</p>

	Evitar cópias demasiadas do quadro (isso vale para todos os alunos).
O aluno não consegue escrever em letra cursiva ou letra pouco legível	Não exigir letra cursiva, mas incentivar seu uso aos poucos; Levar o aluno a entender que o tipo de letra importa menos e o conteúdo do escrito importa mais; Levar o aluno a entender que a letra precisa ser legível para que os outros possam entender, então, durante a revisão do escrito é preciso que a qualidade da letra seja revista também.
O aluno fica nervoso durante as avaliações	O nervosismo pode ocorrer porque o aluno não se preparou para a prova ou por bloqueios relacionados às suas dificuldades (lentidão, dificuldade de leitura e escrita, dificuldade de aprendizagem e compreensão); Sugere-se que seja fornecido tempo adicional para as provas.
O aluno tem baixo desempenho nas avaliações	O ideal é que as provas sirvam como um diagnóstico da aprendizagem. O aluno que tem repetidas “notas” baixas pode perder a motivação para aprender e a escola pode se tornar local de sofrimento. O que se sugere é que o aluno tenha oportunidade de experimentar o sucesso nas avaliações. Em caso de dificuldade de aprendizagem, as provas precisam ser adaptadas (pouco conteúdo por vez; enunciados curtos e objetivos; local silencioso e ajuda para

	interpretação das questões, <i>para alunos com dificuldade de leitura</i>).
O aluno fala em demasia, muitas vezes temas fora de contexto	O aluno pode ser levado a perceber, em momento a sós com um professor, que há o momento de falar e o momento de ouvir, e que é importante saber silenciar quando é preciso. O professor pode usar de momentos observados para fornecer exemplos. A conscientização é importante nessas situações. Outra estratégia é procurar contextualizar algumas observações elaboradas pelo aluno, valorizar suas contribuições, mas tentar controlar comportamentos indesejados.
O aluno não participa, permanece quieto durante as aulas	É importante descobrir a razão da falta de participação. Esse comportamento pode ser decorrente de um perfil individual ou ser consequência de algum problema vivenciado. De qualquer modo, o professor pode incentivar uma pequena participação, evitando, claro, uma exposição indesejada.
O aluno não consegue parar quieto	O aluno inquieto pode ter um perfil mais ativo, pode estar vivenciando um problema de ordem emocional/relacional/afetivo ou pode estar insatisfeito com a prática adotada pela escola. A causa precisa ser investigada. De qualquer forma, a escola pode

	colaborar fazendo as flexibilizações necessárias, dando responsabilidades para esse aluno e tornando as aulas mais dialogadas e menos expositivas.
O aluno não consegue se organizar e não faz os deveres	É preciso verificar a razão pela qual o aluno não faz: ele não consegue fazer? Ele se desespera com deveres em demasia? Ele não tem apoio da família para conseguir desenvolver as atividades em casa? É preciso que se descubra por que o aluno não faz e desenvolver estratégias de auxílio (reduzir a quantidade de deveres, explicar na escola o que precisa ser feito, fornecer atividades que sejam possíveis dentro das condições atuais).
A família se queixa que o aluno fica horas do dia (em casa) envolvido com os deveres	Os deveres precisam ser dosados conforme a possibilidade de cada aluno. Não é indicado que um aluno que estude pela manhã (na escola) passe a tarde inteira e muitas vezes parte da noite envolvido em deveres escolares. É preciso que a escola encontre um equilíbrio para que os deveres sejam fonte de aprendizado e não de sofrimento. Da mesma forma, a família pode informar a escola em relação ao tempo despendido com os deveres, para que a escola encontre subsídios para poder encaminhar uma quantidade de deveres que não sobrecarregue a criança e nem seus familiares.

<p>O aluno é lento para realizar as atividades e se distrai com facilidade</p>	<p>A tendência à distração pode ocorrer por várias razões (“déficit de execução”, dificuldade de aprendizagem, problemas emocionais, perfil individual, falta de interesse e motivação e autoestima baixa). É importante promover interesses e lançar desafios que sejam possíveis. Muitas vezes é importante apoio pedagógico no contraturno e suporte psicopedagógico fora da escola.</p>
<p>O aluno se mostra resistente ao que é proposto pela escola</p>	<p>A resistência revela um conflito entre aquilo que a escola propõe e aquilo que o aluno consegue desempenhar em dada fase de sua escolaridade. Muitas vezes, quando a escola faz as adaptações curriculares necessárias, os conflitos se diluem e as resistências desaparecem.</p>
<p>O aluno tem dificuldades para se relacionar com colegas e professores</p>	<p>Essa dificuldade pode ser por timidez, por autoestima baixa, por perfil de personalidade (que pode gerar exclusão social). Pode ser ainda decorrente de alguma condição de saúde que precisa ser investigada. Um psicólogo pode auxiliar nesses casos, mas, na escola, os professores podem favorecer o processo de socialização do aluno. Por ex. Propor trabalhos em duplas, criar vínculo afetivo com o aluno, valorizar suas pequenas conquistas, incentivar o desenvolvimento de suas habilidades. A afetividade no</p>

	campo da escola é fundamental para gerar relações sociais mais produtivas.
O aluno tem dificuldade de compreender as explicações fornecidas em sala de aula	Sugere-se que o professor forneça repetidas explicações, utilize também uma linguagem mais acessível buscando atingir os alunos com mais dificuldades para entender, use recursos com imagem e som para facilitar a compreensão e procure fazer contato visual para verificar se os alunos estão compreendendo o que está sendo dito.

Vale reiterar, por fim, que a ajuda da saúde não se limita ao laudo. A parceria pode e deve ir além. O objetivo é gerar propostas individualizadas e verificar se estão sendo eficientes na promoção da aprendizagem e da inclusão, lembrando que “a Declaração de Salamanca estabelece como princípio que as escolas do ensino regular devem educar todos os alunos, enfrentando a situação de exclusão escolar das crianças com deficiência, das que vivem nas ruas ou que trabalham, das superdotadas, em desvantagem social e das que apresentam diferenças linguísticas, étnicas ou culturais”. A noção de necessidades educacionais específicas ressalta a interação das características individuais dos alunos com o ambiente educacional e social, convocando o ensino regular para o desafio de atender às diferenças. Com a perspectiva da educação inclusiva, considera-se que as pessoas se modificam continuamente transformando o contexto no qual se inserem. Esse processo é dinâmico e exige uma atuação pedagógica voltada para modificar a situação de exclusão, enfatizando a importância de ambientes heterogêneos que promovam a aprendizagem de todos os alunos.

Em caso de dúvidas, estamos disponíveis através dos seguintes contatos: _____

Atenciosamente,

Local e Data: _____

Referências consultadas para este ANEXO

BRASIL (2008). MEC/SECADI Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.

LEITÃO S, DZIDIC P, CLAESSEN M, GORDON J, HOWARD K, NAYTON M, BOYES M. Exploring the impact of living with dyslexia: The perspectives of children and their parents. *International Journal of Speech-language Pathology*, v. 19, n. 3, p. 322–334, 2017.

LEITE SA. Afetividade e práticas pedagógicas. Itatiba: Casa do Psicólogo, 2011.

MASINI L. Uma nova criança exige uma nova escola. In: COLLARES CL, MOYSÉS MA, RIBEIRO MF. (orgs.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na ERA DOS TRANSTORNOS*. São Paulo: Mercado de Letras, 2013, p. 181-190.

MOYSÉS MA, COLLARES CAL. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Caderno Cedes 28 – O sucesso escolar: um desafio pedagógico*. 1992.

NOTA TÉCNICA Nº 04 / 2014 / MEC / SECADI / DPEE. 23/01/2014. Orientação quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar.

SIGNOR R, BERBERIAN AP, SANTANA AP. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 43, n. 3, 2017.

SIGNOR R, CLAESSEN M, LEITÃO S. Interventions for dyslexia in Brazil: a scoping review discussed with in the perspective of international best practice, Australian Journal of Learning Difficulties, 2020. DOI: 10.1080/19404158.2019.1709216

SIGNOR RCF, SANTANA AP. TDAH e medicalização. São Paulo: Plexus, 2016.

VYGOTSKY LS. Psicologia pedagógica. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

É na interface entre a Saúde e a Educação que surgiu a ideia de produzir um livro com o tema da Clínica da Aprendizagem. Por meio da contraposição entre as perspectivas cognitivista e sociocultural, os leitores são convidados a refletir sobre as diferentes maneiras de se compreender os processos envolvidos quando há uma queixa de dificuldade no aprendizado. A partir do referencial sociocultural, as autoras apresentam as bases para a estruturação de serviços de apoio ao escolar fundamentadas nas noções de medicalização, alteridade, competências socioemocionais, clínica ampliada, escuta qualificada e humanização nas práticas de saúde.

