



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa de Pós Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**AS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PSICÓLOGOS ESCOLARES E CLÍNICOS**

**REFERENTES AO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM DE CRIANÇAS**

**DIAGNOSTICADAS COM TDAH**

**Adrielly Garcia Siebert**

**Brasília, março de 2017**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa de Pós Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**AS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PSICÓLOGOS ESCOLARES E CLÍNICOS  
REFERENTES AO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM DE CRIANÇAS  
DIAGNOSTICADAS COM TDAH**

**Adrielly Garcia Siebert**

**Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília, como requisito parcial à  
obtenção do título de Mestre em Processos de  
Desenvolvimento Humano e Saúde, área de  
concentração: Desenvolvimento Humano e  
Educação.**

**ORIENTADORA: Profa. Dra. Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino**

**Brasília, março de 2017**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

SSI571 Siebert, Adrielly Garcia  
c AS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PSICÓLOGOS ESCOLARES E  
CLÍNICOS REFERENTES AO PROCESSO DE ENSINO  
APRENDIZAGEM DE CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM TDAH /  
Adrielly Garcia Siebert; orientador Lúcia Helena  
Cavasin Zabotto Pulino. -- Brasília, 2017.  
150 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Processos de  
Desenvolvimento Humano e Saúde) -- Universidade de  
Brasília, 2017.

1. Psicologia Escolar. 2. Psicologia Clínica. 3.  
Patologização. 4. Transtorno de Déficit de Atenção e  
Hiperatividade (TDAH). 5. Processo de Ensino e  
Aprendizagem. I. Helena Cavasin Zabotto Pulino,  
Lúcia , orient. II. Título.

Esta dissertação recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino - Presidente

PGPDS - Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Norma Lúcia Neris de Queiroz - Membro Externo

Faculdade de Educação

---

Profa. Dra. Wilsa Maria Ramos - Membro Interno

PGPDS – Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Regina Lúcia Sucupira Pedroza – Suplente

PGPDS - UnB

**Brasília, março de 2017**

## Dedicatória

À todas as pessoas diagnosticadas com TDAH e, especialmente, àqueles que se propõem a cuidar profissionalmente da saúde e da educação desses sujeitos.

## Agradecimentos

*Ninguém tira o trono do estudar  
Ninguém é o dono do que a vida dá  
E nem me colocando numa jaula porque sala de aula  
Essa jaula vai virar  
(Black, 2015)*

Nós passamos pelos anos de 2015 e 2016 marcados por diversas mudanças, lutas e resistências em relação à educação. Foi a música do Dani Black, belissimamente interpretada por Chico, Dado Villa-Lobos, Paulo Miklos (e outras 15 vozes), que me acompanhou nos diversos momentos em que me vi vítima, rebelde, salvadora, ativista, pacifista, amarrada e potencializada. Mas confesso que a rebeldia foi uma força crescente em mim. Esses belos versos me enchem de entusiasmo, força, coragem e vontade de acordar todos os dias e fazer isso tudo caminhar de uma forma diferente.

Meu noivo, que pacientemente me acompanhou em todos os trajetos de idas e vindas no trecho Paracatu-Brasília, me chamou de doida no dia que eu escutei a mesma música num trecho de 100km entre Cristalina e Paracatu após realizar duas entrevistas em Brasília que vocês conhecerão mais adiante. Mal sabe ele que a “doidura” é uma construção social, apropriada subjetivamente. Minha “doidura”, minhas regras! Eu estava tomada por tanta emoção, que elas me escapuliram como lágrimas depois de tanta informação nova, tanto conhecimento, tantas sensações esquisitas de crescimento e ideias que fritavam dentro de mim. Eu me recusei durante dois anos a ser a mesma, foi por isso que eu escolhi o mestrado e a vida acadêmica.

A parte do “mal sabe ele” é um exagero meu, para dar um ar dramático ao texto, entende? Como historiador, professor, crítico da/na educação, ele fortaleceu em muitos momentos, meu desejo de que as coisas acontecessem de forma diferente. Foi ele que (também) leu carinhosamente essas linhas e fez crescer as perguntas dentro de mim, essencial para a proposta enriquecedora do mestrado. Meu amor, eu te amo. Obrigada por me ajudar a ser melhor a cada dia.

Lúcia, minha querida orientadora, devo confessar a você que em muitos momentos, seja em sala de aula, seja nas conversas com os profissionais que entrevistei, ou mesmo nos espaços que não diziam respeito exatamente ao mestrado, eu pensei: “O que a Lúcia faria nesse momento?”. Você é uma referência de humanidade para minha vida. A sua permissão de me deixar voar com as análises, com a trilha metodológica e com meu conhecimento de ser gente no mundo, permitiram que o compromisso ético-político assumido com essa combinação de palavras que se segue a partir daqui pudesse dizer ainda mais da pesquisadora que me torno a cada dia. Muito além da escrita rígida que a academia nos exige (que compreendemos ter seu lugar e sua importância) Lúcia e Regina me ensinaram a brincar no mestrado, a me divertir com as desconstruções que fazíamos, a ser gente no meio das normas. Como eu disse na qualificação, “eu sou da Lúcia e da Regina”, quero pertencer a isso tudo que é amável, crítico, humano, belo!

Ter orientação humanizada que me permite ser quem eu sou não me distanciaria de colegas queridas e queridos que me permitem ser quem eu sou. She, Ana, Camila, Nath, André e Aline, obrigada por me ajudarem com leituras, críticas, apresentação de trabalho, mas principalmente pela parceria de viver juntos, dividir dúvidas, ansiedades e conversas de corredor. Conhecer a atuação de vocês, o tema de estudo, preencheu meu coração nesse tempo e eu tenho certeza de que essa história só está começando.

Quero agradecer ao senhor Will Moura, vindo diretamente do Monte Feliz, protagonista do nascimento de uma caloura curiosa, às vezes chata, num grupo de pesquisa longínquo (nem tanto) de onde surgiram as primeiras aproximações com a Psicologia Escolar. Você foi uma escolha que fiz pra mim como profissional e como amigo. Dizem que é perto dos bons que a gente fica melhor. Esse gingado acadêmico que você leva a cada frase ajudou muito nessas linhas dissertativas e sem dúvida nas linhas (tortas) da vida que escolhemos compartilhar juntos como amigos, colegas de trabalho, coordenadores “CDéFis”, psicólogos, sócios, e qualquer outro papel que venhamos a aceitar.

Falando das origens na Psicologia Escolar, agradeço à Carmen e Anabela, professoras da UFU, que inicialmente plantaram a sementinha da Psicologia Escolar Crítica. Esse encontro me fez ter sede em responder algumas perguntas nesta dissertação.

À Simone, companheira “CDF”, que implacavelmente deixou esse português mais robusto e confiável, evitando “driquísses” pelo caminho. E claro, ao amado Gui que desde o pré-projeto fez a pior parte dessa dissertação, as normas da APA. Como diria o poeta: o que seria das normas da APA se não fosse o mau gosto?

Agradeço aos meus amados Isa, mãe e pai que apoiaram minha inscrição no mestrado, torceram por mim na escrita do projeto, ficaram esperando a ligação depois da entrevista, contaram para a família toda que eu passei, combinaram hospedagem em Brasília, mandaram mensagem semanal perguntando “onde você está hoje, Paracatu ou Brasília?”. O que eu sou hoje tem base no amor que recebo todos os dias de vocês. Eu acreditei no meu potencial crítico, porque vocês me permitiram estudar, me permitiram pensar além do óbvio.

À professora Maristela e ao André que me proporcionaram momentos enriquecedores no Estágio Docência. Vocês tornaram o impossível, possível. Maristela obrigada pela compreensão, pelo acolhimento, pelas leituras e pela condução dentro e fora de sala de aula.

À minha querida Rejane que me abrigou carinhosamente (e não pela primeira vez) em sua casa (modelo miniatura) e em seu coração (enorme).

Ao meu tio Marcos, a minha tia Lu, a minha vovó Candinha, que também me esperaram em casa com pizza ou um lanche bem fresquinho depois de um longo trajeto na estrada ou na UnB.



À Karyne e a Dayse que foram, desde muito cedo, as referências de psicólogas no IIC, colégio em que estudei da minha segunda série ao terceiro ano do Ensino Médio. Ao IIC que, sem dúvida, contribuiu para a minha formação humana.

Agradeço aos participantes da pesquisa Pedro, Ana Fábria, Talita e Maíta (nomes fictícios), por tanta construção incrível e ideias humanas que ajudaram a construir os caminhos dessa pesquisa. Obrigada por me permitirem conhecer um pedacinho do universo profissional de vocês.

Ao PGPDS e à UnB que tornaram tudo isso possível.

## Resumo

No exercício da sua profissão, os psicólogos clínicos e escolares, muitas vezes, são convocados à busca da “cura” dos problemas da educação, podendo confirmar o pensamento patologizante do processo de desenvolvimento infantil, ou, em uma postura crítica, serem agentes de desconstrução dessa lógica na promoção de reflexões que encarem a dificuldade de aprendizagem a partir de uma ótica contextualizada e complexa da vida da criança. Esta pesquisa, orientada a partir da perspectiva histórico-cultural, teve como objetivo compreender as concepções e práticas, de psicólogos escolares e clínicos, relativas ao processo de diagnóstico e acompanhamento de crianças diagnosticadas com TDAH. Como procedimentos de construção de informações, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com quatro psicólogos, dois clínicos e dois escolares, que atendem demandas de queixa escolar. As informações construídas foram estruturadas em eixos temáticos, a partir das falas dos participantes, e analisadas com base na Epistemologia Qualitativa de González-Rey. Foram construídas quatro (4) temáticas: 1) Concepções e práticas relativas à infância, desenvolvimento e aprendizagem; 2) Concepções e práticas relativas à Educação e à Escola; 3) Concepções e práticas relativas ao TDAH; 4) Como os psicólogos escolares e clínicos se reconhecem e se relacionam mutuamente no trabalho com a criança diagnosticada com TDAH. A análise permitiu que se produzisse um conhecimento construtivo-interpretativo das falas dos psicólogos, articuladas à perspectiva teórica que orienta esta pesquisa. Encontramos no tema 01 visões que percebem a infância como imprevisibilidade, como um devir puro e como a fase fundante do desenvolvimento humano. No tema 02, a escola é vista pelos profissionais como um ambiente que nem sempre esgota suas possibilidades de intervenção e, muitas vezes, transfere a responsabilidade do processo de ensino-aprendizagem para os profissionais da saúde. Os entrevistados refletiram sobre a necessidade de esse ambiente trabalhar mais os aspectos subjetivos dos alunos, dos educadores, e da família. Apresentamos no tema 03, a dúvida dos participantes quanto ao diagnóstico do transtorno e do processo de medicalização em torno de seu tratamento. O posicionamento dos participantes refletiu um pensamento contra hegemônico do TDAH. No tema 04, os psicólogos especificam o trabalho do psicólogo escolar envolvendo o coletivo da escola - família, aluno e professor - e dão ênfase à formação de professores e ao diálogo com os profissionais que atendem as crianças fora da escola. Em relação ao trabalho do clínico, destacam a necessidade de visitar a escola e de conhecer o comportamento da criança e das relações que se estabelecem nesse contexto. Além disso, compreendem que o clínico tem a possibilidade de conhecer os processos subjetivos da família e da criança de forma mais profunda.

**Palavras-chave:** Psicologia Escolar, Psicologia Clínica, Patologização, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Processo de Ensino e Aprendizagem.

## Abstract

In the exercise of his profession, the school and clinical often called to seek the “cure” of educational problems, confirming the pathological understanding of the child development process, or, through the critical thinking, be agents of deconstruction of this logic by promoting reflections about the learning difficulties from a contextualized and complex perspective of the child’s life. This research, oriented from the historical-cultural perspective, aimed to understand the conceptions and practices of school and clinical psychologists, regarding the process of diagnosis and follow-up of children with ADHD. As information-building procedures, semi-structured interviews were conducted with four psychologists, two clinical psychologists and two school psychologists, who meet demands for school complaints. This information was structured in themes, based on the participants’ statements and on the field diary records, and analyzed based on González-Rey’s Qualitative Epistemology. Four (4) themes were constructed: 1) Conceptions and practices related to childhood, development and learning; 2) Conceptions and practices related to Education and School; 3) Concepts and practices related to ADHD; 4) How school and clinical psychologists recognize and relate to each other while working with the child diagnosed with ADHD. The analysis allowed the construction of a comprehensive understanding of the psychologists’ speeches, articulated to the theoretical perspective that guides this research. We find in the Meaning Zone 01 visions that perceive the childhood as unpredictable, as a pure becoming and as the foundational phase of human development. In the Meaning theme 02, the school is seen by professionals as an environment that does not always exhaust its possibilities of intervention and, often, transfers the responsibility of the teaching-learning process to health professionals. The interviewees reflected on the necessity of this environment to work more the subjective aspects of students, educators and the family. We present in the Meaning theme 03, the doubt of the participants regarding the diagnosis of the disorder and the process of medicalization around their treatment. The positioning of the participants reflected an anti-hegemonic thinking of ADHD. In Meaning Zone 04, psychologists specify the work of the school psychologist involving the school collective – family, student and teacher – and emphasize teacher training and dialogue with professionals who serve children out of school. Regarding the work of the clinician, they emphasize the need to visit the school and to know the behavior of the child and the relationships that are established in that context. In addition, they understand that the clinician has the possibility to know the subjective processes of the family and the child in a deeper way.

**Keywords:** School Psychology, Clinical Psychology, Pathologization, Attention Deficit Disorder and Hyperactivity, Teaching and Learning Process.

## Sumário

Capítulo 1 - Apresentação do trabalho.....	1
Capítulo 2 – Revisão de literatura.....	7
Perspectiva histórica da infância.....	7
Desenvolvimento humano e aprendizagem no contexto escolar.....	14
Atuação do psicólogo em interface com a educação e a saúde .....	20
Processo de patologização e medicalização da educação.....	28
A construção do TDAH.....	39
Capítulo 3 – Objetivos.....	54
Capítulo 4 – Metodologia.....	55
Participantes.....	57
Instrumentos.....	58
Procedimentos para Construção das Informações.....	60
Procedimentos para a Análise das Informações.....	60
Capítulo 5 – Resultados e Discussão.....	62
Tema 01: Concepções e práticas relativas à infância, desenvolvimento e aprendizagem.....	64
Tema 02: Concepções e práticas relativas à educação e à escola.....	77
Tema 03: Concepções e práticas relativas ao TDAH.....	84
Tema 04: Como os psicólogos escolares e clínicos se reconhecem e se relacionam mutuamente no trabalho com a criança diagnosticada com TDAH.....	98
Capítulo 6 - Conclusões e Implicações do Estudo.....	116
Referências.....	122
Apêndice A – Entrevista Psicólogo Clínico.....	131
Apêndice B – Entrevista Psicólogo Escolar.....	132
Apêndice C – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.....	133
Anexo A – SNAP-IV.....	135

## Lista de figuras

- Figura 1 - Venda de caixas dos medicamentos Ritalina, Concerta e Venvanse em Unidades Físicas Distribuídas (UFD) nas farmácias de todo o Brasil no período de Outubro de 2007 à Setembro de 2014.....48**
- Figura 2 - Venda de Cloridato de Metilfenidato em Unidades Físicas Distribuídas: comparação entre meses e ano no período de Outubro de 2007 a junho de 2014.....49**
- Figura 3 - Articulação dos temas.....58**

### Lista de Abreviaturas e Siglas

ABDA	Associação Brasileira de Déficit de Atenção
ABRAPEE	Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BRATS	Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DI	Deficiência Intelectual
DPAC	Distúrbio de Processamento Auditivo Cenral
DSM	<i>Diagnostic na Statistical Manual of Mental Disorders</i>
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET	Tomografia por Emissão de Pósitron
ProDAH	Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade
RMN funcional	Ressonância Magnética Nuclear funcional
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SPECT	Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TOD	Transtorno Desafiador Opositivo
UFD	Unidades Física Distribuída
UnB	Universidade de Brasília
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

## Capítulo 1 – Apresentação do trabalho

*Coração não é tão simples quanto pensa  
Nele cabe o que não cabe na dispensa  
Cabe o meu amor  
(Fressato, 2011)*

Certa vez, estive em contato com a equipe pedagógica de uma escola no interior de Minas Gerais para conversar sobre Sofia (nome fictício), uma menina de 7 anos com dificuldades de leitura e escrita que eu atendia em consultório particular. Sofia era uma criança doce e carinhosa; muito obediente ao pai, apresentava um medo grande de não agradar as pessoas. Parecia-me que ela havia decidido, desde muito cedo, não perturbar ninguém à sua volta. Para conseguir que Sofia tivesse acesso à sala de reforço da sua escola, os pais a levaram ao médico querendo compreender a questão: *Por que ela não aprende?* A menina, que comigo, no consultório, brincava de princesa, professora e mãe, saiu de lá com um laudo de “autismo leve”, razão que me levou a procurar pessoalmente a escola.

Meu objetivo com a visita era refletir, junto com a professora, a supervisora, a coordenadora e a diretora, as consequências desse diagnóstico no processo de escolarização da criança, bem como a necessidade de haver uma avaliação mais detalhada sobre o caso. Duas falas me marcaram profundamente nesse dia e me fazem dividir esse breve relato com vocês, leitores, antes de iniciarmos nosso estudo. A professora da criança, ouvindo com atenção meus questionamentos, se posicionou na conversa: *“Adrielly eu entendo seu questionamento. Eu mesma tenho uma sobrinha com autismo e ela tem comportamentos muito diferentes da Sofia”*. Antes que eu pudesse ter alguma reação à consideração da professora, a supervisora, responsável pela sala de recursos, advertiu: *“Mas você não tem pós-graduação nessa área. Não pode fazer uma afirmação dessas porque não conhece a doença”*. Meu primeiro espanto se deveu a esta fala. Em seguida se

direcionou a mim: “*Eu já falei com o pai dela, Adrielly, que se você concordar com o laudo do médico, ele pode até comprar um carro com desconto*”, referindo-se ao auxílio do governo às pessoas com algum tipo de deficiência.

Esse não é o único exemplo que eu poderia contar para vocês das experiências que já vivi nessa equação que envolve psicólogo, escola, família, médicos e patologização. Mas certamente foi a partir desse cenário que a minha atuação logo começou a florescer e me trouxe até o mestrado. Antes de fortalecer as reflexões propostas nessa dissertação, escolho compartilhar algumas vivências que tive como psicóloga clínica e escolar antes de chegar a essa especialização, pois elas também justificam meu posicionamento e as concepções de pesquisa que adoto nas linhas que se seguem.

A verdade é que eu não escolhi fazer psicologia, eu escolhi ser psicóloga, e isso fez muita diferença na minha caminhada. Diferente dos meus colegas, que se deslumbravam com a psicologia clínica, eu cheguei à psicologia com grandes referências na educação, eu queria ser aquilo que via nas psicólogas da minha escola, uma coisa que eu não sabia muito bem nomear... Talvez fosse a mediação que elas conseguiam fazer com lados tão discordantes e a humanidade com que tratavam quem quer que fosse (até os que eu achava que não mereciam, naquela época). Posteriormente, atuando na clínica, eu recebi grandes demandas relacionadas com educação, fenômeno amplamente discutido por diversos autores que serão apresentados mais adiante. E eu represento parte da estatística de como a área da saúde se ocupou também dos cuidados educacionais. E no “CDF”, cursinho pré-vestibular em que atuei como psicóloga escolar, eu pude construir minha própria atuação com a autonomia que eu desejava, pois minha prática nasceu junto à instituição.

Ao me graduar e iniciar meus trabalhos, percebi algo que me assustou. Ali, no meu *setting* laboral, eu era “dona” do meu “próprio” modelo de psicologia, uma vez que todas



as apropriações que fiz das teorias, leituras, produções acadêmicas faziam parte da minha formação e eram expressas nas minhas perguntas, afirmações, dúvidas, e até vestimentas. Eu supostamente “decidia” o que a criança “tinha” ou que ela “era”, porque os pais, professores ou responsáveis acreditavam na legitimidade da psicologia como ciência, descrita no meu diploma, ou na guia do convênio que me exigiam. A escola demandava minha decisão, me pressionava para que ela fosse revelada. A família demandava que eu lhe dissesse o que fazer. O convênio exigia que eu diagnosticasse para que o tratamento fosse liberado. A sociedade parecia me perceber como uma boa profissional quando eu citava pesquisas científicas. E, meus caros leitores, eu só tenho três anos de atuação, mesmo que acompanhada por supervisores ao longo desse tempo o “não sei” se passou na minha cabeça todos os dias, gerou insegurança, deu a sensação de incompletude em muitos momentos. Eu queria ser reconhecida como uma “boa profissional” perante a sociedade, mas se essa meta não fosse questionada, poderia me levar a comprometer o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes que chegam até mim com demandas extremamente complexas. Eu precisava parar para pensar sobre minha atuação para além do que eu já vinha fazendo.

Refletir sobre a medicalização da educação faz parte desse compromisso que assumi. O tema despertou-me grande interesse (e, confesso, que rebeldia também) desde o primeiro contato. Depois, com a atuação profissional, isso ficou expressivo nas pessoas que conheci. A questão envolve uma família e, eventualmente, uma escola, que acabam desamparadas com as dúvidas e disputas teóricas entre estudiosos e profissionais. Por isso, a minha pergunta foi mudando ao longo do tempo de “por que a criança não aprende?” para “o que é possível ser feito tanto na clínica quanto na escola para que o

desenvolvimento dela seja facilitado?”. E foi sob essa pergunta que essa dissertação de mestrado se estruturou.

É relevante refletir sobre o cenário político, econômico, científico e midiático em que as concepções e explicações a respeito da dificuldade de aprendizagem infantil nascem, pois essas podem confirmar o pensamento patologizante do processo de desenvolvimento infantil, culpabilizando a criança ou a família das dificuldades enfrentadas. Por outro lado, em uma postura crítica, essas mesmas concepções podem ser agente de desconstrução dessa lógica, na promoção de reflexões que perceba a dificuldade de aprendizagem a partir de uma ótica contextualizada e complexa da vida da criança.

Nesse sentido, a presente dissertação justifica-se pela tentativa de colaborar com a ampliação do olhar para a criança e seu desenvolvimento, considerando todos os contextos e atores envolvidos no processo de desenvolvimento e aprendizagem da criança, como a família e os educadores escolares. Em relação ao acompanhamento de crianças consideradas com problemas ou transtornos no processo de escolarização, especificamente aquelas com diagnóstico de TDAH, temos a expectativa de ampliar as possibilidades de intervenção psicológica a partir das referências e saberes dos psicólogos escolares e clínicos envolvidos e implicados na situação de aprendizagem. É sobre a proposta de uma psicologia crítica, embasada em aspectos contextualizados e políticos, que esta pesquisa se estrutura e se torna necessária como questionamento de toda e qualquer postura estigmatizante do sujeito. Será dos e nos encontros entre educação e psicologia que buscarei, junto à minha orientadora, compreender e propor saberes como possibilidades de atuação.

O estudo aqui proposto visa compreender as concepções e as práticas de psicólogos escolares e clínicos relativas ao processo de diagnóstico e acompanhamento de crianças

com TDAH. Portanto, faz-se necessária essa pesquisa com o intuito de defender o compromisso político com a educação, enquanto espaço social de subjetivação, visando garantir os direitos de cidadania das crianças e dos adolescentes em processo de queixa escolar. Além disso, defende-se o compromisso ético com a formação de psicólogos clínicos e escolares que atuam com crianças com queixa escolar. Este compromisso refere-se a uma ruptura com a visão adaptacionista da psicologia em relação ao processo de ensino e aprendizagem, envolvendo a construção de uma educação participativa que busca romper com a produção de dificuldades escolares. Colocamos os processos de patologização em foco, especialmente por encontrarmos em nosso próprio meio de atuação, como psicólogos, motivações para fortalecer nossa prática nos diversos espaços que a educação ocupa, buscando ampliar a visão crítica do modo de ver o ser humano e o mundo.

Para tanto, esta dissertação se estrutura em seis capítulos. Neste primeiro capítulo - Apresentação - introduzimos o tema da dissertação e as justificativas social, acadêmica e pessoal para a escolha desse tema. Aqui, também, apresentamos a estrutura da dissertação em seus vários capítulos, especificando o assunto de cada um deles. O Capítulo 2 – Revisão de Literatura - traça os fundamentos teóricos desta pesquisa, abrangendo as perspectiva histórica da infância, desenvolvimento humano e aprendizagem no contexto escolar, atuação do psicólogo em interface com a educação, processo de patologização e medicalização da educação e a construção do TDAH. No terceiro capítulo - Objetivos - são colocados os objetivos geral e específicos desta pesquisa. O quarto capítulo – Metodologia - apresenta a proposta da Epistemologia Qualitativa, escolhida para a pesquisa e o método, especificando os participantes, os instrumentos, os procedimentos de construção de informações e os procedimentos de análise das informações. O quinto, - Resultados e Discussão - apresenta as concepções e práticas dos participantes das áreas de

psicologia escolar e psicologia clínica. A compreensão, construída a partir da interpretação das formas de pensar e atuar dos participantes dos dois campos da psicologia supracitados, é explorada no sentido de se pensar possibilidades de articulação entre elas, ressaltando-se os possíveis processos de uma práxis (teórico-prática) que se mostre complexa, crítica e contextualizada, que considere os significados culturais e científicos do TDAH e os sentidos específicos que se desenvolvem pelos sujeitos envolvidos em cada caso, em relação ao processo de “tornar-se TDAH”. O Sexto Capítulo – Conclusão e implicações do estudo – resgata o objetivo da pesquisa e avalia em que medida o processo da dissertação alcançou os objetivos propostos inicialmente. Além disso, aborda a importância e as limitações da pesquisa, apontando para outras pesquisas que poderiam desenvolver aspectos levantados por esta. Em seguida, são colocadas as Referências que sustentaram o trabalho.

## Capítulo 2 – Revisão de literatura

### Perspectiva histórica da infância

*Saiba, todo mundo teve infância  
Maomé já foi criança  
Arquimedes, Buda, Galileu  
E também você e eu  
(Calcanhoto, 2004)*

O estudo sobre a infância contempla diversos conceitos e expectativas sobre o desenvolvimento da criança, que se atualizam e se transformam ao longo do tempo. As particularidades dessa construção foram apropriadas e teorizadas por diferentes áreas do conhecimento como a psicologia, a filosofia, a sociologia e a medicina. Nesta sessão, retomaremos, brevemente, a construção social e histórica da infância para refletir como essas concepções estão orientados por visões e valores produzidos em uma determinada cultura, tempo e época. Analisar essas diferenças, como ponto de partida, oportunizará a apresentação dos fundamentos teóricos que balizam esta pesquisa.

Phillipe Ariès (1981), historiador pioneiro do estudo da infância, narra como a compreensão deste momento do desenvolvimento humano deu-se como uma construção social e histórica. Na Idade Média, particularmente na Europa, o conceito de infância, tal como o concebemos hoje, não existia. Esse fato pode ser claramente observado na ausência de representações do infante nas obras de arte da época. A criança era percebida como um adulto em miniatura, sem que houvesse características ou particularidades que lhes distinguissem. A necessidade da participação dos pequenos nos afazeres da casa e no trabalho contribuía com essa concepção, uma vez que homens, mulheres e crianças dedicavam-se a produzir para manter o sustento da família.

Posteriormente, no século XVII, o termo “infância” esteve associado à dependência. Os valores e desejos esperados nessa fase da vida estariam subjugados aos

dos adultos – responsáveis pela transmissão dos valores morais, religiosos e de trabalho, que aprenderam outrora. Marcadas pela indiferença, as crianças sofriam ações de controle e enclausuramento pelos mais velhos (Nogueira Filho, 2009).

Com a chegada do século XVIII, a criança começa a aparecer como figura central nos retratos, encarnando a promessa para o futuro, não por fazer parte de um grupo em que se identificasse a necessidade de atenção específica, mas por sua beleza e graciosidade. As figuras do menino Jesus e da pequena Virgem Maria começaram a ser retratadas nessa época, momento em que foram criados os primeiros modelos de escola (Ariès, 1981). A perspectiva infantil muda especialmente no século XIX com a educação ocupando espaço social importante. Nesse momento, a organização escolar trabalha em prol de proteger as crianças das influências do mundo adulto, uma vez que é notado um universo de assuntos não apropriados a elas. Havia, portanto, discussões, obrigações, costumes, lazer e vestimentas inadequados ao infante (Nogueira Filho, 2009).

O século XX foi marcado, no Brasil, pela construção e fortalecimento de pressupostos fundamentais da educação, para que se sustentasse uma expectativa de progresso do desenvolvimento humano, de modo que o estágio educativo seguinte representasse algo melhor que o anterior. Muitas mudanças foram feitas para que a identidade educacional brasileira fosse se estabelecendo em relação aos processos educacionais de como ensinar, ordenar os conhecimentos e institucionalizar processos de socialização (Bujes, 2001). A escola passou a ser, ao longo do tempo, a promessa de um futuro melhor, pois, por meio dela, seria possível alcançar ascensão social e econômica. As políticas públicas propostas ao longo do século (as quais não nos debruçaremos nesta

dissertação<sup>1</sup>) expressavam as concepções de infância da época e inspiravam as práticas dos educadores nas escolas.

Sobre essas mudanças, Bujes (2001, p.16) conta de sua atuação como professora na década de 1980:

todas as crianças eram iguais, e se não fossem, deveríamos trabalhar para que se tornassem iguais. Elas poderiam variar nas idades, nas etapas do desenvolvimento, no domínio das habilidades, nos níveis de desempenho mas, no fundo, todas participavam de um grande projeto de espécie humana, todas se desenvolviam da mesma forma, todas eram essencialmente capazes de atingir o ápice das possibilidades previstas.

Como a autora sugere, a infância foi sendo colocada em um padrão normatizador de desenvolvimento e aprendizagem, gerando a expectativa de que todas as crianças reagiam – ou deveriam reagir – aos mesmos estímulos de maneira igual. A naturalização do discurso sobre uma infância única, verdadeira para todas as crianças, deu ênfase a uma classificação da criança por fases de faltas, carências e fragilidades, escondendo o que há de mais particular em cada sujeito e cristalizando a infância em um período de tempo cronológico, linear e previsível. A própria palavra infância vem do latim *infantia*, *in* – negativo, *fari* – falar, aquele que não fala. A concepção de infância é marcada, portanto, pela falta, pela incapacidade, como condição de não-adulto, não falante da língua, como “ainda não” (Andrade, 1998).

Um empenho sistemático foi adotado por parte das ciências em função de estudar e ajustar o que houvesse de mais desconhecido e inesperado no infante, fazendo uso de mecanismos de aplicação de critérios e explicação do que é ser criança, da medição e correção dessa fase (Larrosa, 2000). O conjunto de saberes estruturados funcionou e ainda funciona na tentativa de intervir e controlar a agitação, a inquietude, a dificuldade de

---

<sup>1</sup> Para maiores informações, indicamos a leitura de Saviani, D. (2004). *O legado educacional do século XX no Brasil*. Autores Associados.

aprendizagem, a novidade e o questionamento da criança para o adulto, para que ela não lhe tire seu poder e suas certezas (Momo, 2007).

O processo de tornar a infância uma fase merecedora de olhares especializados, que demanda pela satisfação de necessidades diferenciadas dos adultos, contribui para o surgimento de um novo público consumidor, o infantil.

Podemos ir a algumas lojas e encontrarmos roupas de crianças, brinquedos de crianças, objetos para o quarto das crianças. Podemos repassar o programa de espetáculos e vermos filmes para crianças, teatros para crianças, música para crianças, exposições para crianças, parques infantis, circos, festas infantis, programas de televisão para crianças. Se visitarmos a cidade, veremos escolas de música para crianças, escola de artes plásticas, de dança, centros de lazer, ludotecas, centros poliesportivos (Larrosa, 2000, p.229).

Contraditoriamente, a aparente especialização dos serviços para atender uma demanda infantil, aproxima novamente a criança da perspectiva do mundo adulto, no consumo, nas vestimentas, nas obrigações, nas rotinas estressantes e dias abarrotados de atividades. O mundo infantil também se confunde com o mundo adulto quando são cobrados resultados cognitivos, motores, psicológicos e pedagógicos que lhes oferecem a promessa de inserção no mercado de trabalho futuramente (Momo, 2007). A dificuldade em perceber a criança em seu próprio processo de subjetivação deixa oportunidade para a patologização do desenvolvimento humano. Ao esperar que todos se comportem de maneira igual, excluímos o sujeito no processo educativo e abrimos possibilidades para a instalação de doenças (trataremos melhor desse assunto no tópico – Processos de patologização e medicalização da educação).

Torna-se um compromisso deste trabalho, desprendermo-nos das concepções de infância que posicionem a criança como um ser subalterno, inacabado, “ainda não” ou miniadulto. Ao contrário, alinha-se à perspectiva histórico-cultural do desenvolvimento humano, a qual compreende a subjetividade sempre do ponto de vista dialético na construção do sujeito. É na teia das experiências humanas, a partir da sociedade, da



cultura, da condição psicobiológica que o ser torna-se, de fato, humano. Considera-se, portanto, um humano sempre em processo de desenvolvimento, que se constrói por ele mesmo e é construído pelo outro com o qual convive (Galvão, 1995). Para Vigotski (2007), o ser humano é um ser biologicamente social e cultural ao mesmo passo em que se constitui histórica e culturalmente biológico. Dessa forma, à medida que ele é constituído por sua biologia e pelos processos naturais, é produto e produtor de sua realidade social e histórica (Vigotski, 1991, 2007).

González Rey (2002), ao teorizar sobre a subjetividade humana, propõe a constituição do ser como um movimento em que o interno e o externo configuram-se concomitantemente para produzir sentidos e significados sobre si e sobre o mundo no espaço subjetivo. O autor descreve a subjetividade como “um complexo e plurideterminado sistema, afetado pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que o constituem dentro do contínuo movimento das complexas redes de relações que caracterizam o desenvolvimento social” (p.9). Nessa perspectiva, não há humano estático, uma vez que a subjetividade se dá como um processo, requerendo dinamismo e propondo o fim da dicotomia entre mente e corpo, razão e emoção, cognição e imaginação (Vigotski, 1991).

Nessa linha, analisamos a perspectiva teórica das redes de significações propostas por Rossetti-Ferreira (2006), assumindo como pressupostos básicos a complexidade e a constituição semiótica do sujeito no estudo do desenvolvimento humano. A metáfora da rede possibilita compreender diversas ordens micro e macro contextuais, sejam elas pessoais, relacionais, materiais ou simbólicas, focalizando os complexos processos de construção dos significados e sentidos dados pelo sujeito. A partir das interações sociais, possibilitadas pela integração da experiência passada às situações presentes, os processos

de imitação de modelos e de confrontação das necessidades, sentidos e representações, darão ao sujeito condições de atribuir seus próprios sentidos de si, do outro e do todo.

Pulino (2001) propõe uma análise da infância como um devir, trazendo o entendimento de que a criança vive a experiência radical da novidade em seu próprio processo de desenvolvimento subjetivo, relacionando-se, portanto, à potência, à possibilidade e à invenção. Larrosa (2000, p.187) afirma que a criança

é um outro porque é sempre algo diferente da materialização de um projeto, da satisfação de uma necessidade, do cumprimento de um desejo, do complemento de uma carência ou do reaparecimento de uma perda. É um outro enquanto outro, não a partir daquilo que nós colocamos nela. É um outro porque sempre é outra coisa diferente do que podemos antecipar, porque sempre está além do que sabemos, ou do que queremos ou do que esperamos. Desse ponto de vista, uma criança é algo absolutamente novo que dissolve a solidez do nosso mundo e que suspende a certeza que nós temos de nós próprios.

Para que não sejamos encerrados por uma visão míope da criança, é necessário compreender que ela *é*, no presente. Existe ali, desde muito cedo, um sujeito de direito e de desejo, que intervém no mundo e o transforma, na mesma medida em que recebe intervenções e transformações do contexto no qual se insere (Pulino, 2001).

Pulino (2016b) propõe, também, uma análise dos lugares que os adultos designam às crianças a partir das estruturas sociais construídas e consolidadas socialmente, como são as casas de detenção de menores, orfanatos, assentamentos e a escola, por exemplo. Ela também analisa os lugares simbólicos que reservamos à criança na TV, nos *outdoors*, nas propagandas, nas histórias, nos livros infantis ou científicos e no imaginário social. Porém, há outros lugares, que a autora chama de lugares de infância, os quais não são estabelecidos pela determinação adulta, pois consistem em lugares criados pela própria criança, como o lugar do faz de conta, da exploração e da busca pelo não conhecido. Esses lugares potencializam a infância como tempo/lugar de criação.

Ao compreender a infância como tempo de originalidade, de inserir-se na cultura, na linguagem, na experiência de surpreender-se com aquilo que há de inédito no mundo, podemos pensá-la também como um tempo/lugar de tornar-se humano que estará sempre em construção, prolongando-se por toda a vida. Pulino (2016b) propõe ainda uma dimensão do ser humano, a *condição de infância*, que não se resume à condição de ser criança, mas pode ser pensada em relação ao adulto aberto ao outro e a novas experiências. A condição de infância do humano requer uma educação que leve em conta a disponibilidade para ouvir o outro, para acolher o diferente, para criar o novo. Nessa condição, não cabem experiências previsíveis, mas sim a constante atualização das reflexões e posturas que gerem uma experiência irrepetível.

Nesse sentido, lidar com a educação da criança é um exercício de nos afastarmos de crenças pré-determinadas para darmos lugar ao advento do inesperado, para que a criança possa ser ativa e criativa em seu processo de subjetivação. A condição de infância é um exercício de subjetivação em que o sujeito, criança ou não, atua de forma autêntica (Pulino, 2016a). A infância, contextualizada, leva-nos a uma compreensão de inúmeras infâncias, as ricas, as pobres, as brancas, as indígenas, as negras, as com dificuldade de aprendizagem, as com deficiência, as com superdotação, as órfãs ou as que vivem nas ruas. Trata-se tanto de uma postura epistemológica e metodológica, quanto de uma escolha política (Vasconcellos, 2008).

A partir dessas considerações, passamos a abordar a compreensão da infância com respaldo na teoria de desenvolvimento histórico-cultural.

## **Desenvolvimento humano e aprendizagem no contexto escolar**

A escola, desde o seu surgimento, teve uma estreita relação com a educação, apesar de não se configurar um vínculo de dependência entre ambas. A educação, que tem sido vista como responsável pela seleção e transmissão de conhecimentos, abrange um campo mais amplo e plural do que aquele que o ambiente escolar consegue oferecer. Dessa forma, a família, a política, o sindicato, transmitem saberes especializados nos quais a escola nem sempre concentra seus objetivos.

Hannah Arendt (2009), por sua vez, compreende a educação como uma questão elementar do ser humano, estreitamente relacionada à natalidade. Sustenta que existe educação porque todos os dias nascem pessoas em estado de vir a ser. A educação faz parte do desenvolvimento humano, uma vez que a criança nasce despreparada para viver de forma autônoma, necessitando do outro mais experiente para prover-lhe alimentação, conforto e segurança.

Os adultos, segundo a filósofa, não só dão a vida ao bebê, mas lhe apresentam o mundo, que vem se configurando, através das gerações, como algo estabelecido na tradição, nos valores, nos costumes disseminados pelo ambiente cultural a partir de informações sistematizadas. O nascimento de uma criança representa, assim, uma novidade ameaçadora para o mundo e para a organização social. O mundo, em contraposição, pode se constituir como uma ameaça à novidade da infância. Numa relação dialética, a novidade da criança e a antiguidade do mundo deverão conviver, de forma pacífica ou não (Pulino, 2016a).

Pulino (2016a), ao refletir sobre as contribuições de Arendt (2009), analisa que o outro estará presente não apenas em termos de sobrevivência para a educação da criança,

mas fará parte de todo o seu processo de desenvolvimento. “Dessa forma, o outro – seja adulto, jovem ou criança – também se constitui e se modifica no contato com a criança a quem apresenta o mundo e educa, da mesma forma que o próprio mundo vai se modificando a partir dessas relações” (p.31). A educação é, portanto, o encontro com o outro, com o mundo e consigo mesmo. Nesse sentido, Polonia e Dessen (2007) colocam que a escola e a família compartilham funções educacionais na transmissão e construção do conhecimento culturalmente organizado. Sob esse pressuposto, ambas se configuram como instituições primordiais na promoção ou inibição do desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social da criança.

Para Charlot (2006),

A educação é um triplo processo de humanização, socialização e entrada na cultura, singularização-subjetivação. Educa-se um ser humano, o membro de uma sociedade e de uma cultura, um sujeito singular. Podemos prestar mais atenção a uma dimensão do que a outra, mas, na realidade do processo educacional, as três permanecem indissociáveis. Se queremos educar um ser humano, não podemos deixar de educar, ao mesmo tempo, um membro de uma sociedade e de uma cultura e um sujeito singular (p.15).

Charlot (2006) compreende que a educação consiste na articulação de processos de humanização, de socialização e entrada na cultura, e de singularização-subjetivação, de forma indissociável. Como analisa Pulino (2016a), o autor propõe essa definição como recomendação para que os educadores, trabalhem a educação a partir da articulação dessas dimensões, compreendendo que, conscientes desse tríplice processo ou não, tendo ou não a intenção de trabalhá-lo, eles acontecem simultaneamente. A escola, na cultura ocidental, constitui-se oficialmente e publicamente como um espaço de produção do ser humano, do tornar-se humano na sociedade, na história e na cultura, de forma única. Sobre isso, Freire (1996) coloca:

Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que meu “destino” não é um dado, mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a história em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidade e não de determinismo. Daí que insista tanto na problematização do futuro e recuse sua inexorabilidade (pp. 98-99)

A partir dessa compreensão, a noção de escola requer o entendimento deste espaço, não só ligado à aprendizagem, mas como um lugar de encontro com o outro, com o objetivo de ministrar sistematicamente o ensino coletivo. Dayrell (1996) analisa que a instituição escolar seria resultado do confronto entre a organização oficial desse sistema, composto por suas políticas, funções, hierarquias e subdivisões e, por outro lado, do que torna a instituição um ambiente de diversidade cultural, considerando os sujeitos envolvidos no processo. Logo, a professores, alunos e funcionários, compete a construção singular da rede de relações, sentidos e significados construídos no espaço educacional. Dentro dessa perspectiva, o autor analisa a escola como um espaço sociocultural. Apesar do convite de Dayrell (1996) em reconhecer e reforçar a diversidade cultural presente na escola, o autor chama a atenção para um processo de homogeneização dos sujeitos nesse ambiente. O fenômeno ocorre quando alunos e educadores são percebidos como detentores das mesmas necessidades e expectativas ao adentrar o ambiente escolar (Kelman & Sousa, 2015, Coelho, 2015).

O enfoque histórico-cultural de Vigotski (2007) pressupõe que o ser humano é produto de uma conjunção natural e biológica ao mesmo passo em que é produtor e produto de sua realidade social e histórica. A própria condição biológica também se dá em um processo cultural e social. Essa teoria tem como proposição básica a constituição do ser humano a partir de seu contexto e, sobretudo, sua capacidade de exercer um papel ativo e criativo na construção de seu próprio desenvolvimento no mundo, a partir das relações que estabelece com as pessoas à sua volta. Nesse sentido, o desenvolvimento humano não é

concebível alheio ao contexto em que se apresenta, porém não poderá estar restrito às oportunidades do meio em que vive.

A fim de entender como a constituição do sujeito se dá pela apropriação dos legados culturais e sociais, a perspectiva teórica histórico-cultural propôs o conceito de mediação como fundamental para se compreender a constituição do sujeito na relação com o outro. Essa percepção foi importante, pois, por muito tempo, se mediu o quociente intelectual e a capacidade de aprendizado da criança a partir de ciclos já estabelecidos previamente, marcados por aquilo que ela era capaz de realizar sozinha. Vigotski (1991) criticou essa forma de medir a inteligência e o desempenho da criança e propôs que se pensasse em termos de níveis de desenvolvimento das pessoas. Criou o conceito de *nível de desenvolvimento real*, que se refere àquilo que a pessoa, ou a criança, é capaz de realizar por si só. No entanto, ao considerar que o aprendizado se iniciava em ambientes informais, como a família, por exemplo, o autor preconizou um nível de desenvolvimento potencial, criado a partir daquilo que a pessoa é capaz de fazer com o auxílio de outra mais capaz, ao que Vigotski denominou *nível de desenvolvimento potencial*. A distância entre o nível de desenvolvimento real e o nível de desenvolvimento potencial caracteriza o que o autor chamou de *zona de desenvolvimento proximal* (ZDP), ou seja, um campo intermediário do processo de desenvolvimento e aprendizagem do sujeito. Nas palavras de Vigotski (1991)

Ela é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes (p.58).

A concepção de ZDP foi importante por perceber a aprendizagem como um processo contínuo, em que o outro participa do desenvolvimento da criança, como

mediador do processo da aprendizagem dela, facilitando seu desenvolvimento, ou a passagem do nível de desenvolvimento real ao potencial, tornando esse potencial em real e abrindo outra ZDP. O desenvolvimento, aqui, é visto por Vigotski (1991) como um processo contínuo, mediado pelo outro, no contexto cultural. A visão do desenvolvimento como um processo contínuo e mediado culturalmente, revela um forte contraste entre a concepção da criança em relação, em desenvolvimento, com a percepção clássica que via a criança como um “ainda não”, estática, vítima de medições nos testes escolares, analisada a partir de um ciclo periódico e pré-determinado de desenvolvimento. A mediação, para Vigotski (1991) é, portanto, a relação do sujeito com o mundo e outros sujeitos.

Em crítica à periodização do desenvolvimento clássica proposta por Piaget (1987), Vigotski (1996) propõe o conceito de *estrutura da idade* a fim de analisar, em cada idade, todo o processo de transformação das funções psicológicas de forma integrativa, ou seja, trata-se da percepção dos processos parciais que se constituem como um *todo único* do sujeito e que modificam a estrutura da personalidade. Para Vigotski (1996) não é possível fragmentar o todo psicológico em partes, pois é necessário compreender a integralidade psicológica a partir de traços e momentos que conservam a antecedência do todo. Dessa forma, a estrutura da personalidade e da atividade da criança será analisada a partir das mudanças psíquicas e sociais que são percebidas pela primeira vez em cada idade, determinando então sua consciência e sua relação com o meio. A concepção das estruturas por idade será compreendida como um todo complexo que integra processos parciais do desenvolvimento tais como percepção, memória, linguagem, atenção. Tais funções não se desenvolverão de maneira uniforme e proporcional, mas terão, em cada idade, sua predominância, de forma que as funções mais importantes servirão de fundamento para as outras que surgirão. Para Vigotski (1996),



a situação social de desenvolvimento para uma dada idade representa o ponto de partida de todas as mudanças dinâmicas, ocorrentes no desenvolvimento durante um dado período. Ela determina completamente aquelas formas e o meio no qual a personalidade da criança subsequente adquire novas propriedades, adquirindo-as do meio, como fonte principal do desenvolvimento, no caminho em que o social torna-se individual. (pp. 188-189)

As forças que mobilizam o desenvolvimento infantil de uma idade para a outra negam e destroem a própria estrutura de desenvolvimento formada na idade anterior, colocando fim na etapa vigente e direcionam o desenvolvimento para a etapa seguinte (Vigotski, 1996). As novas formações proporcionadas nesse movimento transformam toda a estrutura da consciência infantil e, conseqüentemente, a relação da criança com o meio externo, de forma que a criança já não é a mesma e o meio não é o mesmo.

Vigotski (1996) caracteriza o desenvolvimento pela alternância de períodos estáveis e críticos. Aqueles dizem respeito às mudanças “microscópicas” da estrutura de personalidade que se acumulam até certo limite para manifestar, mais tarde, como uma repentina mudança qualitativa. Os períodos críticos, por sua vez, caracterizam-se pelas rupturas e transformações que resultam na reestruturação das necessidades e motivações da criança na sua relação com o meio externo. Pasqualini (2009) evidencia o princípio do método dialético nessa perspectiva, destacando que o acúmulo quantitativo propicia o salto qualitativo e destaca que “fica claro que o desenvolvimento é um processo dialético, em que a passagem de um estágio a outro se realiza não por via evolutiva, mas sim, revolucionária” (p.36).

Nesse processo, Pasqualini (2009) destaca a importância fundamental atribuída por Vigotski (1996) ao afeto no desenvolvimento psíquico, concebendo-o em unidade ao intelecto. Herculano (2016) estuda o processo de vinculação afetiva especialmente na relação docente-discente e as contribuições da psicologia nos processos educacionais. A

autora, apoiada nos estudos de Vigotski e Wallon, compreende que o afeto é algo inerente ao ato de aprender, um composto indissociável da ação humana e que interfere diretamente na motivação dos sujeitos envolvidos nesse processo. Ela nos aponta que, embora o afeto esteja no campo subjetivo da constituição do sujeito, ele não deve ser visto como uma ordem abstrata ou neutra, mas constituída em estreita relação ao estudo da cultura e da política das representações de ser professor, ser aluno e, em nossa proposta, ser psicólogo. Portanto, a composição da afetividade se dará sob a percepção de como o sujeito se vê e é visto pelo outro, como ele se sente no ambiente. Sendo assim, o professor, o diretor, o psicólogo, não terão trabalhos satisfatórios exercendo-o apenas como especialista, técnico, pois sua história de vida, seus valores e características estão implicados no processo de vinculação com o aluno, ou com o colega de trabalho na escola.

A perspectiva de desenvolvimento histórico-cultural aqui apresentada vai ao encontro da concepção da criança como um devir, como um tempo de experimentação, descoberta e invenção do novo. A criança é, portanto, mais do que ela consegue fazer hoje, ela é o seu potencial de aprendizagem. Nesse sentido, os processos de desenvolvimento e aprendizagem são interdependentes e distinguirão os espaços de aprendizados formais como conservadores ou transformadores a partir da concepção de infância, desenvolvimento e aprendizagem que adotam. Sob esses fundamentos, buscaremos, no tópico seguinte, compreender a relação da psicologia com a educação, bem como as questões suscitadas nesse encontro

### **Atuação do psicólogo em interface com a educação e a saúde**

Ao buscarmos compreender a história da psicologia no Brasil, é possível perceber que ela encontrou um terreno fértil no campo educacional para consolidar-se como área de estudo e de atuação. A constituição histórica da psicologia e da educação, deu-se de forma recíproca, considerando a relação entre desenvolvimento e aprendizagem como pontos convergentes entre elas. (Antunes, 2008; Guzzo, 2007).

As autoras Barbosa e Marinho-Araújo (2010), ao considerarem o processo histórico da psicologia, afirmam que

a principal característica da atuação em psicologia escolar durante a primeira metade do século XX foi o caráter remediativo com o qual se tratavam os problemas de desenvolvimento e aprendizagem. Esse fato evidencia a forte influência da medicina e a consolidação de uma atuação clínica no trabalho do psicólogo escolar junto aos contextos educacionais, nos quais se privilegiava o enfoque psicométrico por meio da avaliação da prontidão escolar, da organização de classes para alunos considerados especiais, dos diagnósticos e dos encaminhamentos para serviços especializados (2010, p. 395).

Sobre o caráter remediativo mencionado pelas autoras, compreende-se que as ações dos profissionais da psicologia deram-se, e ainda se dão, de forma a minimizar os problemas que já haviam sido desenvolvidos, à medida que eram convocados a tratá-los. É dentro desse contexto que a atuação do psicólogo escolar caracterizou-se sob um modelo clínico de atendimento e tornou-se hegemônica, muitas vezes decorrente das expectativas da própria escola de que o profissional solucione os problemas que lhes são apresentados no menor espaço de tempo possível, caracterizando, geralmente, a utilização de testes psicológicos (Barbosa & Marinho-Araújo, 2010).

Em função disso, o diálogo entre educação e psicologia teve suas origens na psicometria e nos processos de diagnóstico e “cura” dos problemas de aprendizagem, sendo uma prática presente ainda hoje. Essas ações, por vezes, culpabilizam ora a criança, ora a família, sem considerar os fatores institucionais, sociais, pedagógicos, históricos e culturais que engendram as dificuldades no processo ensino-aprendizagem. A prática do

psicólogo vem servindo a um posicionamento que vai ao encontro do discurso de desadaptação à escola, instalando uma perspectiva corretiva (Morais & Souza, 2000).

Os anos de 1970 foram marcados por mudanças no âmbito da educação a partir da promulgação da lei nº 5.692(1971) que promoveu a ampliação do sistema educacional e efetivou a expansão da escolarização gratuita e obrigatória, compreendendo mudanças notáveis no contexto escolar. Com o aumento da quantidade de alunos em sala e a convivência entre diferentes realidades socioculturais nesse espaço, ocorreram muitas dificuldades de adaptação à nova realidade, principalmente porque a expansão representou uma mudança quantitativa no quadro educativo em relação ao acesso à escolaridade, mas essa mudança não esteve necessariamente atrelada a qualidade da educação que se propunha. Diante desse contexto, a psicologia foi convocada a auxiliar na resolução dos problemas vivenciados, utilizando estratégias de intervenção consonantes ao respaldo científico positivista, vigente na época. As noções de neutralidade, quantificação, classificação deram suporte para a explicação das dificuldades de aprendizagem a partir da medição da inteligência, dos atributos afetivos, motores e outros que viessem ser necessário avaliar. No entanto, a proposta de atuação do profissionais não cumpriu com o esclarecimento das causas e tratamento das dificuldades de aprendizagem, ao contrário, contribuiu para instalar a passividade entre os agentes escolares, além da segregação do aluno considerado “diferente” (Barbosa & Marinho-Araújo, 2010).

Em seu livro “Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à Psicologia Escolar”, Patto (1984) propôs um questionamento sobre a atuação da psicologia, a respeito do papel político-social da atuação do psicólogo, bem como dos pressupostos teóricos e metodológicos que direcionavam a construção dos conhecimentos destes no campo da educação. Barbosa e Marinho-Araújo (2010) analisam que a insatisfação dos psicólogos escolares com sua atuação, por voltar do ano de 1980, provocou discussões produtivas em

torno do trabalho no âmbito educacional, culminando na criação da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE, 1989/1991). Desde então, a entidade vem contribuindo para a divulgação das reflexões propostas nessa área de atuação em busca de práticas críticas e contextualizadas ao ambiente escolar.

Um dos questionamentos que os profissionais levantaram a respeito da atuação da psicologia em relação aos processos educativos foram os termos psicologia escolar e psicologia educacional. A primeira se referiu ao campo da prática profissional e a segunda à área de pesquisa em psicologia. Essa dicotomia foi repensada por autores que adotam uma perspectiva crítica da psicologia escolar, uma vez considerada que teoria e prática articulam-se mutuamente na constituição da ciência psicológica (Souza, 2009). Adotando essa mesma postura crítica, assumimos, nessa dissertação, a definição proposta por Martínez (2003, p.107) de psicologia escolar, em que a autora define como

Um campo de atuação do psicólogo (e eventualmente de produção científica) caracterizado pela utilização da Psicologia no contexto escolar, com o objetivo de contribuir para otimizar o processo educativo, entendido este como complexo processo de transmissão cultural e de espaço de desenvolvimento da subjetividade.

Martínez ressalta, a partir dessa definição, que a psicologia escolar não está associada em função do campo de atuação em relação aos saberes psicológicos – como é a psicologia da aprendizagem ou a psicologia do desenvolvimento - mas a partir de um campo de atuação profissional que exige a utilização de uma gama diversificada de saberes organizados em múltiplas áreas da psicologia como ciência particular. Dessa forma, a psicologia escolar é capaz de contribuir com a otimização do processo educativo quando compreende complexidade e plurideterminação desse (Martínez, 2003).

Martínez (2009, 2010), por outro lado, analisa que a psicologia escolar ainda tem atravessado uma fase de questionamento sobre sua atuação, na qual convivem práticas tradicionais e emergentes. Sobre as práticas tradicionais, a autora refere-se, à atuação

orientada por um modelo clínico-terapêutico em que o processo de avaliação e diagnóstico expressa dificuldades centradas no aluno, realizadas por um profissional desconectado do contexto de aprendizagem e que faz uso de testes com forte conotação quantitativa. Nessa perspectiva, a atuação se dá a partir da instalação de um problema, configurado como resposta às dificuldades já apresentadas. Além disso, a autora compreende que as práticas tradicionais não dizem respeito, necessariamente, a uma perspectiva de trabalho exclusiva do psicólogo, fazendo destaque a avaliação, diagnóstico, atendimento e encaminhamento de alunos com dificuldades escolares; formação e orientação de professores; orientação profissional, sexual, orientação a alunos e responsáveis; e elaboração e coordenação de projetos educativos específicos.

A respeito da atuação de psicólogos no campo educacional, diversos autores têm percebido uma alta demanda nos Serviços Públicos de Saúde para atendimento psicológico de crianças que apresentam queixa escolar (Patto, 1981, 1992; Moysés & Collares, 1992; Machado & Souza, 1997; Silva, 2002; Marçal & Silva, 2006; Rezende, Lima, Naves & Silva, 2010; Rosa, 2011; Souza, 2011; Angelucci, 2013). Especificamente em relação aos prontuários de quatro clínicas-escolas do curso de Psicologia, na cidade de São Paulo, Souza (2013) verificou que a concepção dos profissionais sobre a queixa escolar é atribuída a um problema individual ou familiar, na qual a participação da escola é pequena ou, em alguns casos, inexistente. Esse fato é observado na construção do psicodiagnóstico, em que é eleito um roteiro de perguntas direcionadas à história de vida da criança (parto, doenças, acontecimentos traumáticos), à ausência de informações sobre os atendimentos prévios dos quais ela tenha passado, bem como à uma série de valores preconceituosos sobre a parcela mais pobre da população. Na análise da autora, esse processo diz mais sobre quem avalia do que quem é avaliado, uma vez que é a partir do olhar profissional, constituído por suas crenças e valores, ou seja, o modo como este profissional percebe a

infância, o desenvolvimento e a aprendizagem, é que será decidido um plano de psicodiagnóstico.

Além disso, devemos analisar que, se estivermos diante de uma criança repetente, ou que não tenha tido um acompanhamento acadêmico satisfatório, que se encontra em um processo contínuo de perda de autoestima, o resultado da avaliação nos contará mais do processo de escolarização dela, do que propriamente de sua capacidade intelectual. O que foi observado por Souza (2013), por meio de alguns casos relatados nos prontuários analisados, é que, na maioria das vezes, o resultado é entregue à criança e à sua família, selando a crença de um diagnóstico restrito ou até mesmo equivocado e, a partir disso, “a criança acaba convencida de sua própria incapacidade para aprender” (p. 34).

Em uma análise da política higienista, que teve origem no século XIX, Costa (1979) reflete sobre como se tornou banal dizer que a estrutura familiar está deixando de cumprir suas antigas funções, propondo uma posição de dependência da família com os agentes educativo-terapêuticos. Esta concepção, instalada pela medicina social, reforça a incapacidade da família de proteger seus membros, ou seja, sem possibilidade de conhecer seu próprio processo, a família necessita de auxílio especializado, pois não consegue encontrar saída para os conflitos que vive. Será, então, papel do pedagogo, do psicólogo, do assistente social, do médico e de outros profissionais afins, dedicar-se ao processo concebido como uma reabilitação da família que é vista, por muitos destes profissionais, como desequilibrada, incapaz e doente.

Crianças e adultos, confrontados com certa desresponsabilização sobre o que lhes acontece, tornam-se também impotentes para atuarem sobre seus sofrimentos e aprendizados. E a impotência é então mais um efeito deste discurso biológico. Torna-se, aparentemente potente o especialista que saberia o que fazer diante do diagnóstico que profere (Guarido, 2011, p. 37).

Concebida como um tempo de preparo e prevenção, a infância exigirá cuidados que produzam indivíduos capazes e saudáveis para trabalhar (Guarido, 2011). Dessa forma, quando a autonomia familiar, no processo de assistência e tutela da infância, passa a ser dirigida a um conjunto de autoridades especialistas, a infância é colocada em um lugar de vulnerabilidade e necessidade de controle e adaptação.

Compreendemos, portanto, que a noção de normalidade constituir-se-á dentro de um constructo científico (Canguilhem, 1990). No entanto, se compreendemos que a ciência se dá a partir de uma construção social, podemos concluir que as concepções de doença e saúde também serão. Estes especialistas, a partir do respaldo social e cultural do cientificismo, estabelecem critérios de normalidade e anormalidade baseados no contexto histórico, econômico e político sobre o qual atuam. Estamos nos referindo, dentro desta lógica, de uma hegemonia cartesiano-newtoniana, que percebe o ser humano sob uma visão segmentada, desconectada de seu contexto social, em que, mente e corpo são instâncias diferentes e independentes (Canguilhem, 1990).

Em consonância com essa visão, Untoiglich (2013) propõe que :

Cada época constrói suas próprias coordenadas sobre o saudável e o doente, o normal e o patológico e oferece um menu fechado de características nosológicas para se incluir. [...] Nenhuma classificação é considerada natural e os pressupostos dados observáveis de nenhum modo representam leituras objetivas da realidade, já que se encontram atravessadas por interpretações que se apoiam em saberes e experiências prévias que remetem tanto a questões científicas como ideológicas, políticas, econômicas, entre outras (p. 119).

Em busca de concretizar a proposta da psicologia crítica, nosso objeto de estudo, enquanto profissionais da educação e da saúde, não deve ser apenas a criança e suas deficiências, mas todo o espaço que ela ocupa, deixando marcas de seu processo de subjetivação. Sob uma compreensão crítica, entendemos que a intervenção dá-se sobre os



fenômenos, através de um olhar que busca sempre conectar com a realidade social, econômica, política, institucional do objeto de estudo (Saraiva, 2013).

Em sua tese de doutorado, “Visão Crítica de Educação e de Psicologia: elementos para a construção de uma visão crítica de Psicologia Escolar”, Tanamachi (1997) estabelece quatro categorias que indicam uma atuação crítica do psicólogo escolar: (a) consideração das diversas determinações sobre o contexto educativo (sociais, econômicas, políticas, históricas); (b) percepção das contribuições teórico-práticas relacionadas à realidade em que se insere; (c) referências teórico-metodológicas de autores do pensamento crítico e a maneira como são apropriadas; (d) evidências de um compromisso técnico-político e/ou teórico-prático com a transformação da psicologia.

A partir das críticas que a psicologia sofreu com suas práticas individualizantes e excludentes, entendendo-as como ações ineficientes às necessidades escolares, novos procedimentos estão sendo pensados a fim de conferir à atuação do psicólogo um caráter mais preventivo. Compreende-se, assim, que a noção de prevenção diferencia-se exclusivamente da antecipação de um fenômeno para que ele não ocorra. Ao contrário, diz respeito à superação de uma visão adaptacionista, modificando a ênfase empregada à dificuldade escolar, para a ênfase às possibilidades, da mesma maneira, caminhando da atenção ao distúrbio, às dificuldades, às doenças, para a atenção à saúde, às mudanças de olhar a atuação profissional, às competências, à qualidade de vida e, como sugerido por Ayres (2005), à felicidade. Trata-se de "construir a saúde em vez de contra-atacar a doença - prevenir em vez de curar" (Guzzo, 2003).

Marinho-Araújo e Almeida (2005) esclarecem que a atuação preventiva não condiz com a ideia de adaptação ou ajustamento dos comportamentos inadequados aos padrões aceitos socialmente. Diz respeito, diferentemente, a uma atuação que evidencia as contradições e incoerências entre as práticas consolidadas no ambiente escolar e das

demandas dos sujeitos que compõem este contexto, construindo oportunidades para que novos processos de conscientização se efetivem.

Como exemplos das possibilidades de atuação dentro da perspectiva emergente, Martínez (2010) cita: diagnóstico, análise e intervenção em nível institucional, especialmente no que diz respeito à subjetividade social da escola, visando delinear estratégias de trabalho favorecedoras das mudanças necessárias para a otimização do processo educativo; participação na construção, no acompanhamento e na avaliação da proposta pedagógica da escola; participação no processo de seleção dos membros da equipe pedagógica e no processo de avaliação dos resultados do trabalho; contribuição para a coesão da equipe de direção pedagógica e para sua formação técnica; coordenação de disciplinas e de oficinas direcionadas ao desenvolvimento integral dos alunos; contribuir para a caracterização da população estudantil com o objetivo de subsidiar o ensino personalizado; realização de pesquisas diversas com o objetivo de aprimorar o processo educativo; e facilitar de forma crítica, reflexiva e criativa a implementação das políticas públicas.

Segundo Remen (1993), a compreensão ampliada de saúde busca valorizar a experiência subjetiva, levando-o a reconhecer sua identidade e seu poder pessoal de mudança. Tal visão amplia tanto a compreensão que se tem sobre a saúde e a doença como componentes de um mesmo processo, quanto sensibiliza todos os atores envolvidos neste processo a perceberem os recursos positivos que o sujeito possui para a superação de suas dificuldades. Dessa maneira, olhar para o comportamento da criança, na escola, sob uma perspectiva contextualizada de saúde é conceber uma visão de suas dificuldades e potencialidades, considerando sua subjetividade e sua história de vida.

A partir da construção do trabalho da psicologia em interface com a educação, especialmente quando se observa uma atuação tradicional em relação ao atendimento de

queixa escolar, observamos o fortalecimento e ampliação dos processos de patologização e medicalização da educação, assunto do nosso próximo tópico.

### **Processo de patologização e medicalização da educação**

*Quem é você que se esconde  
Atrás de um nome qualquer?  
Não aparece pra mim  
Estende a mão trazendo a chuva  
Tocando o som do trovão  
Será que vamos saber?  
(Iorc, 2013)*

O processo de biologização da educação, há alguns anos, era observado basicamente pela ciência médica, representando ações de buscar causas biológicas nos processos de ensino e aprendizagem. Entretanto, outras áreas do conhecimento, como a psicologia, a fonoaudiologia, a psicopedagogia e a enfermagem se apropriaram dessa compreensão, exigindo que um termo mais abrangente fosse empregado. Collares e Moysés (1994), em análise a essas mudanças, compreendem que o termo patologização foi adotado para compreender, então, o processo que reduz a aspectos biológicos as questões sociais, históricas, políticas e culturais envolvidas no processo de ensino-aprendizagem. Dentro dessa perspectiva, o processo de patologização da educação, fruto do pensamento hegemônico sobre a saúde, torna questões complexas e multideterminadas em fenômenos restritos à análise fisiológica ou anatômica. Nesse processo, a patologização favorece a medicalização.

Amparamo-nos na definição de medicalização proposta pelo Conselho Regional de Psicologia sobre Medicalização da Educação e da Sociedade:

Entendemos por medicalização o processo em que as questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, são reduzidas à lógica médica, vinculando aquilo que não está adequado às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica, expressa no adoecimento do indivíduo. Assim, questões como os comportamentos não aceitos socialmente, as

performances escolares que não atingem as metas das instituições, as conquistas desenvolvimentais que não ocorrem no período estipulado, são retiradas de seus contextos, isolados dos determinantes sociais, políticos, históricos e relacionais, passando a ser compreendidos apenas como uma doença, que deve ser tratada (2017).

Ressalta-se, portanto, que medicalização e medicação são conceitos diferentes, pois pode haver medicação sem, no entanto, haver medicalização. Medicação, neste sentido, trata-se de um dos instrumentos possíveis para tratamento de extremo sofrimento psíquico, enquanto, medicalização, trata-se de reduzir o sintoma a uma disfunção bioquímica. Dessa forma, o posicionamento crítico frente ao processo de medicalização não percebe a medicação como desnecessária ou ineficaz, ao contrário, em casos de extremo sofrimento psíquico como é o caso das psicoses e depressões que paralisam o sujeito, a medicação torna-se uma intervenção indispensável. No entanto, perceber a medicação como uma das modalidades de tratamento do sofrimento psíquico é diferente de conceber o sintoma como uma disfunção cerebral, uma vez que o sintoma sinaliza relações complexas entre o meio social, cultural e econômico (Cruz, 2011).

Para compreender essa construção, torna-se pertinente a este estudo entender como a abordagem neuroquímica dos fenômenos psíquicos deu-se de forma progressiva ao longo desses anos, sendo alimentada e ganhando respaldo científico através da medicina social (Rodrigues, 2003).

Entre as décadas de 1950 e 1970, a relação existente entre Psiquiatria e Psicanálise dava-se de maneira significativa, uma vez que os transtornos mentais eram percebidos como secundários à angústia sentida pelo indivíduo. No entanto, o consenso de que o tratamento medicamentoso seria eficaz quando combinado com a psicoterapia, não se manteve por muito tempo. Apesar de evidências crescentes da influência de variáveis psicossociais sobre a etiologia e reabilitação de diversas doenças, o modelo biomédico

tornou-se hegemônico, estando presente em grande parte das práticas em saúde (Rodrigues, 2003). Mais recentemente, o Projeto de Lei do Ato Médico (2014) confirma esse posicionamento ao propor como privativo dos médicos o diagnóstico de doenças que acometem o sujeito.

Na década de 1980, com o lançamento da fluoxetina no mercado, houve uma vulgarização do uso de antidepressivos. O seu consumo em larga escala, somado à mitificada propaganda da mídia, incentivou a crença da existência de uma “pílula da felicidade” (Rodrigues, 2003). Nesse mesmo período, é incorporada ao DSM-III (do inglês *Diagnostic na Statistical Manual of Mental Disorders*) uma caracterização nosológica emblemática ao transtorno do pânico. A resposta clínica a uma determinada substância farmacológica tornou-se determinante para o diagnóstico desta patologia. Esta edição do manual buscou mudanças que levaram a uma caracterização das doenças de forma descritiva e atórica que cumprisse com a fidelidade diagnóstica, evitando hipóteses etiológicas. A generalização tornou-se uma proposta do DSM-III com função de anular qualquer aspecto singular do sujeito. Segundo Rodrigues (2003), diante dos critérios classificatórios estabelecidos, diferentes médicos são capazes de chegar ao mesmo diagnóstico e, a partir disso, cabe a eles escolherem o tratamento mais adequado, farmacoterápico ou psicoterápico (sugerimos ainda uma terceira possibilidade: farmacopsicoterápico). Dentro desse contexto, a medicação, antes utilizada como aliada ao tratamento psicoterapêutico, assume um papel de protagonista no tratamento e, em muitos casos, torna-se a única opção oferecida (Rodrigues, 2003).

Segundo Frances (2013), psiquiatra americano envolvido diretamente com a construção de alguns DSMs, este livro era, até 1980, desconhecido e de pouco interesse dos profissionais da saúde. No entanto, o poder psiquiátrico cresceu a partir da publicação

do DSM-III, tornando-se, segundo o autor, um *best seller* na cultura médica, a “bíblia” da psiquiatria. O impacto na vida das pessoas foi significativo, uma vez que houve a ampliação na classificação dos transtornos mentais e conseqüentemente um crescimento do número de pessoas consideradas doentes. Sintomas que antes eram vistos como próprios da vida humana passaram a ser classificados como doenças psiquiátricas, tratáveis com medicamentos. O principal beneficiado por essas crescentes classificações é a própria psiquiatria se institui como “saber” sobre a doença mental e encerra uma perspectiva de avaliação e classificação cujo cerne é moral (Harper, 2013).

O discurso psiquiátrico passa a avaliar a capacidade do sujeito para o trabalho, para os relacionamentos afetivos, para o desenvolvimento da sexualidade, para a aprendizagem escolar, buscando na tecnologia (testes, medicamentos, exames), respaldo para justificar seus procedimentos. Dessa forma, a patologização da vida representa a reinvenção de um projeto que já ocorria nos períodos de grande internação no século XIX: uma conduta de dominação, de intimidação e controle social, no entanto, caracterizada hoje sem grades, coações ou instrumentos de suplício, mas de ações e ideais invisíveis, que silenciam. O discurso psiquiátrico, então, não é um discurso meramente médico, mas político, tendo em vista o processo de exclusão que a pessoa em sofrimento psíquico é sujeitada (Frayze-Pereira, 1985). Este desenvolvimento aponta para uma tendência concentrada nas atividades de biotecnologia, fortalecendo a indústria farmacêutica, uma das mais lucrativas do mundo. Há um forte interesse deste mercado em manter sua hegemonia, fortalecendo o ideal de cura através da "medicalização da vida", afastando-se, portanto, das propostas de promoção de saúde e prevenção de doenças (Traverso-Yépez, 2001).

O que tem sido reconhecido, com esse tipo de prática, é um número cada vez maior de pessoas medicalizadas em idades cada vez mais precoces, sem se considerar, no

contexto da investigação, a complexidade de fatores que perpassam as manifestações singulares de cada sujeito. A distância, propositalmente criada, entre o pesquisador e o objeto investigado, gera uma possibilidade hierárquica de o especialista dizer tudo sobre o objeto que investiga. Essa impessoalidade gera também um risco de destituir da ciência a responsabilidade política sobre sua prática (Guarido, 2011).

A facilidade em que a determinação física de um sofrimento é dada, compreende uma ação de domesticar a expressão singular do sujeito visando uma adaptação àquilo que é aceito e respaldado pelo conhecimento científico. Na compreensão de Vigotski (1991), não existirá um corpo que não tenha sua origem no meio social, portanto, qualquer ação que use a medicação como única via de tratamento será reducionista e ineficaz.

Historicamente, o termo medicalização foi cunhado a partir da década de 1970, por Ivan Illich, referindo-se a um processo de autoridade médica ampliada, que enfraquece as possibilidades de as pessoas lidarem com seus próprios sofrimentos e frustrações ao longo da vida (Moysés; Collares, 2011). Em seu estatuto de ciência moderna, a medicina exerce a competência de legislar o que seja doença ou saúde. Neste sentido, o olhar estritamente biológico da vida denuncia suas raízes positivistas, sendo disseminado por outros campos científicos como a psicologia, a enfermagem, a fisioterapia e a fonoaudiologia.

A partir da década de 1950, as práticas dos profissionais da saúde e da saúde mental, tornaram-se, progressivamente, dependentes do arsenal de drogas lícitas de maneira crescente e abrangente. A partir dessa realidade, refletimos sobre a medicalização da vida a serviço dos lucros da indústria farmacêutica. “Os remédios, quando tomados como objetos de consumo, deixam, de certa forma, o campo restrito da terapêutica médica, passando a funcionar também na lógica do mercado” (Guarido, 2011, p.34).

Especificamente em relação à educação, serão diversas as manifestações sintomáticas de sofrimento psíquico no espaço escolar: “não acompanha a classe”,

“atrapalha a aula”, “é hiperativo”, “é preguiçoso”, “é desligado”, “não presta atenção”. A medicina, portanto, buscará, por meio do conhecimento científico, explicar as experiências da dificuldade escolar também sob a visão naturalista, ou seja, os problemas enfrentados pelo sistema educacional seriam consequências de doenças físicas que a própria medicina teria competência de resolver (Moysés & Collares, 2011).

Ao tomar como referência a infância, podemos observar que os transtornos percebidos nessa época do desenvolvimento são supostamente “descobertos” quando a criança passa a frequentar a escola. No momento em que o aluno não aprende a ler ou escrever ou apresenta dificuldade em prestar atenção na aula e nas atividades propostas, levanta-se a suspeita, principalmente pelos profissionais da escola, de que um possível transtorno esteja instalado. Atentamo-nos nessa perspectiva, ao de fato de que o transtorno diz respeito, muitas vezes, a quebra de normas e regras estabelecidas no ambiente escolar, a partir da expectativa social sobre o que a criança deve ou não fazer ou como ela deve ou não se comportar, como ocorre na observação da agitação em sala ou da falta de atenção nas tarefas (Brzozowski & Caponi, 2013).

Brzozowski e Caponi (2013) escrevem que essa compreensão nem sempre foi assim. Há alguns anos os problemas escolares eram solucionados na escola ou na família. A preocupação com a área da saúde não existia “talvez porque a medicina não fosse tão resolutiva quanto hoje” (p.211). As autoras avaliam que alguns aspectos significativos ocorreram e ainda ocorrem nesse processo, uma vez que aqueles alunos considerados malvados, irresponsáveis, preguiçosos ou mal-educados passam a ser vistos como doentes e o tratamento antes feito por meio de castigos ou até mesmo da expulsão da escola, ganha um modelo que garante a permanência do aluno na escola, bem como um tratamento diferenciado. Outro aspecto relevante refere-se à uma solução viável, barata e legalmente aceita para o controle do comportamento infantil. Pais ou responsáveis e professores,



confusos com a definição do que é direito e o que é dever da criança, encontram, na medicação, uma alternativa que estabelece limite sem ferir, resultando em um comportamento calmo, obediente e concentrado.

No entanto, outros aspectos negativos estão embutidos nesse processo. O medicamento impede que uma análise social, envolvida na queixa da dificuldade escolar, ocorra. Por um lado, a “culpa” do não aprendido ou do mau comportamento localiza-se exclusivamente no corpo da criança, pois o diagnóstico pressupõe, hegemonicamente, uma lesão cerebral ou uma disfunção bioquímica. Por outro, há um processo de “desculpabilização” dos indivíduos (criança, família e escola) que não são ensinados a assumir as responsabilidades e a construir alternativas sobre o sofrimento.

Para Welch, Schwartz e Woloshin (2008) está havendo uma epidemia de diagnósticos que, conseqüentemente, produzem uma epidemia de tratamentos. Muitos destes, advertem os autores, são altamente prejudiciais à saúde, especialmente nos casos em que não seriam necessários. No entanto, se compreendermos a lógica econômica relacionada, perceberemos que atualmente a indústria farmacêutica se encontra como uma das mais lucrativas do mundo, e para que um produto tenha um bom posicionamento no mercado, a indústria cria estratégias para gerar demanda. O objetivo, neste caso, não se relaciona com uma proposta de promoção de saúde e prevenção de doenças, relaciona-se com a capacidade de produção, venda e lucro.

Ao lidar com soluções médicas capitalizáveis, vendidas em frascos e divulgadas por uma equipe de marketing, lidamos também com diagnósticos capitalizáveis (Bianchi, Ortega, Faraone, Gonçalves, Zorzanelli, 2016). Temporão (2013) chama a atenção para o modo como o conhecimento médico funciona como o elo entre o espaço de produção e o espaço de consumo, para a indústria farmacêutica. Há, segundo ele, um determinado

padrão assistencial que combina ações de investimento em pesquisas, proteção patentária e campanhas publicitárias que reforça o prestígio e o saber médico, reconhecidamente científico e detentor de um suposto saber científico, fundamentado em uma epistemologia de ser humano especialmente biológico e curável por fármacos.

O produto desse elo entre o médico e a indústria farmacêutica é, muitas vezes, o laudo. O laudo, seja ele médico, psicológico, fonoaudiológico ou pedagógico, serve como um instrumento profissional para professar informações construídas a partir de um processo avaliativo. Ao buscar a etimologia da palavra, laudo provém do verbo latino *laudo, laudare*, que denota elogiar, enaltecer, exaltar.

O Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR) escreve uma ementa definindo o laudo médico.

Por definição, documentos médico-legais são informações escritas, por um médico, por qualquer razão, em que matéria médica de interesse jurídico é relatada. São obrigatoriamente emitidos por profissionais habilitados, na forma da legislação vigente e que praticaram os atos médicos específicos. [...] A estrutura padrão do laudo consiste em: Preâmbulo, quesitos, histórico, descrição, discussão, conclusão e resposta aos quesitos. Deve ser claro, mesmo a leigos, procurando sempre explicar os conceitos médicos emitidos, se houver possibilidade de não entendimento. É sempre parecer escrito de árbitro ou perito em toda a perícia realizada. É um relatório de quadro clínico e sua evolução. Deve haver uma descrição de todos os sinais e sintomas, os resultados dos exames realizados, o tratamento adotado, a evolução apresentada e esperada pelo paciente (CRM/PR, 2017).

Já o Conselho Regional de Psicologia (CRP) de São Paulo define:

O relatório ou laudo psicológico é uma apresentação descritiva acerca de situações e/ou condições psicológicas e suas determinações históricas, sociais, políticas e culturais, pesquisadas no processo de avaliação psicológica. Como todo DOCUMENTO, deve ser subsidiado em dados colhidos e analisados, à luz de um instrumental técnico (entrevistas, dinâmicas, testes psicológicos, observação, exame psíquico, intervenção verbal), consubstanciado em referencial técnico-filosófico e científico adotado pelo psicólogo. A finalidade do relatório psicológico será a de apresentar os procedimentos e conclusões gerados pelo processo da avaliação psicológica, relatando sobre o encaminhamento, as intervenções, o diagnóstico, o prognóstico e evolução do caso, orientação e sugestão de projeto terapêutico, bem como, caso necessário, solicitação de acompanhamento

psicológico, limitando-se a fornecer somente as informações necessárias relacionadas à demanda, solicitação ou petição (CRP/SP, 2017).

Em ambos os casos, prevê-se um processo de análise, com respaldo científico, que garantam informações sobre os instrumentos utilizados na investigação, os resultados alcançados e as conclusões profissionais a qual o especialista se dispõe a escrever. No entanto, como observado por Patto (1997) e Salazar (1996), nem sempre o laudo cumpre seu papel.

Patto (1997), ao analisar laudos psicológicos em uma escola pública de 1º grau, hoje reconhecido como Ensino Fundamental, identificou uma linguagem estereotipada utilizada nos registros, com frases que repetiam as mesmas informações para diferentes crianças, descrevendo uma criança abstrata, sempre a mesma. Em relação à instrumentação, os profissionais mencionavam testes de avaliação da inteligência, da personalidade e das chamadas habilidades especiais, sendo criticados pelos pesquisadores por se tratarem, em sua maioria, de testes americanos, criados no contexto da Primeira Guerra Mundial que, sozinhos, tornavam-se vereditos nos conceitos da psicologia.

Para Salazar (1996), o processo de encaminhamento das crianças para atendimentos especializados demonstra um movimento escolar de alocar as causas da dificuldade de aprendizagem fora dos muros da escola. O autor propõe uma análise mais profunda dessas ações, observando que, de um lado, a escola transfere suas responsabilidades pedagógicas para outrem e, por outro, o psicólogo (ou outros profissionais) assumem um papel de salvação em relação à dificuldade de aprendizagem, acreditando na sua capacidade de resolver problemas escolares por meio de suas avaliações. Nesse modelo, os professores tomam lugar de triadores de patologias a fim de encaminhá-los aos especialistas da saúde.

É importante perceber que os laudos são demandados a partir de uma organização social e legislativa dos processos educativos e da saúde. Os convênios de saúde funcionam

como meio de propagação dessa prática, uma vez que autorizam alguns tratamentos a partir do diagnóstico emitido pelo profissional.

O diagnóstico institucionalizou-se – o planejamento, financiamento e organização dos serviços é determinado pelo sistema diagnóstico. Os seguros de saúde exigem diagnósticos para liberar recursos. Até mesmo nos serviços de saúde pública há frequentemente a exigência de diagnósticos para fins administrativos, assim como novos sistemas de cadastro eletrônico na área de saúde. Na academia, os organismos financiadores e as publicações científicas continuam partindo do pressuposto de que as categorias diagnósticas em psiquiatria são confiáveis e válidas (Harper, 2013, p. 79. Tradução livre).

Transportando-nos para a realidade brasileira, a força do laudo também é utilizada como estratégias dentro das escolas públicas e particulares quando essas exigem um laudo médico/psicológico para permitir o acesso de algumas crianças ao reforço escolar, à turma com número reduzido de alunos ou à sala de apoio. Especificamente em relação à educação pública do Distrito Federal, no que diz respeito à disponibilidade de atendimento especializado dos Transtornos Funcionais Específicos, a Portaria Nº 39, de 9 de março de 2012 (Decreto n. 31195, 2009) resolve

Que os estudantes com Transtornos Funcionais Específicos (Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade - TDAH, Dislexia, Discalculia, Disortografia, Disgrafia, Dislalia, Transtorno de Conduta e Distúrbio do Processamento Auditivo Central - DPAC) não são público alvo da Educação Especial, mas devem ser atendidos em articulação entre essa e a Escola Comum, conforme definição da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva; [...]

#### PÚBLICO ALVO [...]

Art. 5º Os alunos com Transtornos Funcionais Específicos, com laudo médico, avaliação e indicação pelo Serviço Especializado de Apoio à Aprendizagem serão atendidos no turno contrário ao de sua matrícula na escola comum, conforme Programa previsto nesta Portaria;

Art. 6º Os alunos com Transtornos Funcionais Específicos terão matrículas garantidas em turmas com quantitativo reduzido, de acordo com Estratégia de Matrícula Anual;

Art. 7º O aluno permanecerá no atendimento, conforme previsto em seu processo avaliativo, considerando a natureza do Transtorno Funcional Específico apresentado e o plano personalizado de atendimento.

O atendimento educacional especializado será concedido no ato da matrícula, mediante comprovação do laudo diagnóstico por meio da Secretaria de Educação do Distrito Federal. Santos (2015) analisa a força do diagnóstico a partir de sua institucionalização, considerando a estreita relação entre a conquista de um direito e a necessidade de enquadramento em uma suposta anormalidade. Há, portanto, uma prática de supervalorização do laudo, tornando-o, muitas vezes, o ponto determinante de toda ação direcionada a criança para a superação de suas dificuldades escolares. Essa prática reforça a ideia de que deve haver um diagnóstico nosográfico, e que, sem uma classificação prevista cientificamente, pouco se pode fazer pela criança em sala de aula. Neste sentido o médico, ou qualquer profissional da saúde, torna-se o especialista que, sob um discurso científico racional, pode dizer exatamente aquilo que a criança “é” e aquilo que ela necessita, pois os demais sujeitos que compõe o contexto social da criança (pais, professores) não possuem conhecimento suficiente para uma participação ativa no processo de construção de possibilidades de enfrentamento (Harper, 2013).

Patologizar e medicalizar a educação é um processo percebido na construção do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Aprofundaremos essa questão no próximo tópico.

### **A construção do TDAH**

*TDAH não sei... acho que se eu tivesse que fazer uma pesquisa sobre TDAH eu ajudaria o mundo a entender melhor a construção social que é essa doença (Pedro).*

Moraes (2012), em sua tese de doutorado intitulada “Como se fosse lógico”, constrói uma análise histórica em relação ao TDAH, demonstrando que há um embrião do

transtorno fecundado nas pesquisas de Bradley com crianças já consideradas “hiperativas” em 1937. Bradley utilizou a Bencedrina para estimular o sistema nervoso central e assim avaliar as alterações do comportamento infantil na performance escolar, nas respostas emocionais e nas mudanças psicológicas observadas após a administração do medicamento. Apesar da diversidade de respostas observadas nas 30 crianças analisadas, o pesquisador se impressionou com os ganhos educacionais obtidos a partir da medicação e seus achados serviram de base para as pesquisas que se seguiram.

Durante a década de 1960, o transtorno tornou-se muito conhecido devido à publicidade que recebeu nesse período e também devido à controvérsia em relação ao uso de remédios, especialmente a Ritalina (metilfenidato), para o tratamento. Ao longo dos anos de 1970, o TDAH tornou-se a doença psiquiátrica infantil mais comum nos Estados Unidos, demandando o surgimento de clínicas especializadas para identificar e tratar este distúrbio. Os investimentos em pesquisa cresceram e os estudos epidemiológicos mostravam que cerca de 3 a 5% das crianças em idade escolar eram hiperativas, sendo a maior parte meninos. A hiperatividade era vista como um distúrbio infantil, identificado nos primeiros anos da fase escolar (Conrad & Potter, 2000, p.563).

Em um panorama histórico, os sintomas de hiperatividade, desatenção, timidez, sentimento de rejeição, super-agressividade e até delinquência, fizeram parte (em maior ou menor grau) de diversos diagnósticos como Disfunção Cerebral Mínima (DCM), Síndrome da Hiperatividade, Hiperkinesia (hiperação), Distúrbio de Hiperatividade Infantil, além de outras categorias descritas (Moraes, 2012). Mas foi na década de 1980, mesmo ano do lançamento do DSM-III, que o transtorno de fato surgiu, ainda sob a designação de ADD - *Attention Deficit Disorders* (Moysés & Collares, 2010).

Posteriormente, com a publicação do DSM-IV em 1994, houve a organização dos sintomas do TDAH em três grupos: desatenção, hiperatividade e impulsividade. A

desatenção relacionou-se a dificuldade em manter a atenção a detalhes ou em atividades lúdicas, a ocorrência de esquecimento em atividades cotidianas, a recusa em seguir instruções e a distração recorrente. A hiperatividade esteve ligada a comportamentos de inquietação motora, agressividade, a agir de forma inapropriada, a dificuldade do indivíduo em manter-se sentado ou esperar a sua vez. A impulsividade referia-se a ação sem controle racional, sem a preocupação com as consequências dos atos, ocorrendo dificuldade em conter impulsos em situações que deveriam pensar antes de agir (Moraes, 2012).

A publicação do DSM-V em 2013 preservou a sintomatologia do transtorno, no entanto, introduziu algumas mudanças nos critérios diagnósticos. A exigência de que os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade estivessem presentes até os sete anos de vida foi alterada. No novo manual, o limite foi expandido para os doze anos de idade. Além disso, houve a inclusão de exemplos adultos para a identificação das desordens em todo o ciclo de vida. Outra mudança ocorreu em relação à permissão do diagnóstico comórbido entre o TDAH e o Transtorno do Espectro Autista (Araújo, Lotufo Neto, 2014; Ribeiro, 2015).

Ribeiro (2015) chama atenção para o fato de o TDAH ter sido incluído no DSM-V na classificação dos Transtornos do desenvolvimento neurológico (Neurodevelopmental Disorders), distinto do DSM-IV que o classificava vinculado aos “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência”, apontando para uma visão ainda mais biológica da doença. Outra novidade da quinta edição foi a viabilidade de se classificar o TDAH em “Leve”, “Moderado” e “Grave”, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo. Em todas as mudanças empregadas na descrição do TDAH há um claro alargamento dos critérios diagnósticos, tornando-os cada vez mais sujeitos a interpretação médica. As alterações são polêmicas,

pois expõem o grande risco de gerarem uma superestimativa dos sintomas e o consequente aumento da incidência de TDAH na população geral. O DSM-V promove uma flexibilização dos critérios diagnósticos, possibilitando que mais pessoas se identifiquem com suas descrições (Moraes, 2012).

Somados a esse ampliação, há uma grande facilidade de se realizar o diagnóstico a partir do instrumento SNAP-IV (Anexo 1), questionário que transcreve o quadro sintomático apresentado no DSM-IV a fim de servir como um instrumento operacional de aplicação para emissão do diagnóstico. Por encontrar suporte na Associação Americana de Psiquiatria, o instrumento assume características científicas que levam profissionais, familiares e educadores a enquadrar crianças e adolescentes dentro dos parâmetros esperados para o TDAH. Trata-se de um método simples que consiste em observar os critérios listados e ver a correspondência no comportamento infantil. Pesquisas usam o SNAP-IV e comparam opiniões entre médicos, familiares ou educadores, confirmando a coerência entre as falas e percepções sobre a criança, o que reforça os sintomas e consequentemente o diagnóstico (El Haji, Bueno, Zaninotto, De Lucia, & Scaff, 2014; Montiel, Bartholomeu, Armond, Jacini, Bueno, Lima & Cecato, 2014; Paranhos, Aucelio, Silva, Pigossi, Vieira, Silva & Picanço, 2013).

Para endossar essa discussão, recorreremos à Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) como entidade político-científica e também midiática, tendo em vista seu amplo investimento em marketing e divulgação do TDAH, para refletir sobre os caminhos de identificação, diagnóstico e cura do transtorno. No site da ABDA ([www.tdah.org.br](http://www.tdah.org.br)), com o título “Diagnóstico em Crianças”, a associação descreve que “qualquer diagnóstico só pode ser fornecido por um profissional médico especializado (psiquiatra, neurologista, neuropediatra)”, no entanto, disponibiliza em seguida o



questionário SNAP-IV (Anexo A), descrevendo passo a passo como utilizar o instrumento (ABDA – Diagnóstico em crianças, 2017). Moraes (2012) relata que médicos também solicitam a resposta do questionário pela família e pelos educadores.

O SNAP-IV baseia-se na descrição diagnóstica estabelecida para o TDAH no DSM-IV. O critério é, portanto, clínico, baseado nas informações trazidas por familiares e educadores sobre a conduta da criança. Moraes (2012) avalia o instrumento como um "interrogatório para a extorsão das informações que implicarão o controle sobre o corpo da criança" servindo, portanto, para "concluir o inquérito em torno da culpa do sujeito por se mexer muito, por se inquietar e não conseguir parar de tamborilar a mesa de consulta".

Em explicação às mudanças ocorridas na interpretação dos sintomas do TDAH para diagnóstico, Prof. Dr. Paulo Mattos, Presidente do Conselho Científico da ABDA, escreve:

O DSM-5 recebeu algumas críticas por parte da imprensa e de alguns pesquisadores, porém nenhuma das críticas apresentadas com relação ao diagnóstico de TDAH foi fundamentada em resultado de pesquisa científica, mas sim em meras "opiniões pessoais", algo que é obviamente inaceitável nos tempos modernos. Cabe ressaltar que o uso do DSM-5 tem como maior benefício padronizar diagnósticos clínicos (mesmo que de modo imperfeito), diminuindo a variabilidade que ocorreria caso cada pesquisador tivesse sua "opinião pessoal" sobre o assunto (ABDA, 2017 – Entenda o TDAH nos critérios do DSM-5).

A ABDA é uma associação fundada em 1999 com a missão de "Divulgar informações científicas sobre o Transtorno do Déficit de Atenção (TDAH) capacitar profissionais de saúde e educação, oferecer suporte através de grupos de apoio e orientações aos portadores e seus familiares" (2017). Moraes (2012) apresentou dados de uma média de 160 mil visitas mensais no site, onde é promovido apoio aos familiares e portadores do transtorno, via telefone, e-mail e postagens de conteúdos no site.

Há uma sistematização desse veículo em torno de argumentos supostamente científicos que remontam prejuízos severos ao desenvolvimento infantil e em seguida

demandam a necessidade do diagnóstico precoce e do tratamento medicamentoso. Em A ABDA > Carta de princípios - são apresentados os "Fundamentos científicos sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)", do que vale destacar:

2) O TDAH é um transtorno sério, uma vez que os portadores apresentam maiores riscos de desenvolver vários transtornos psiquiátricos (tais como depressão e ansiedade), abuso e dependência de drogas e álcool, maior frequência de acidentes, maiores taxas de desemprego e divórcio e menos anos completados de escolaridade. (ABDA, 2017 – Carta de princípios).

Em seguida, os familiares são chamados à responsabilidade:

III - Os familiares de portadores de TDAH têm igualmente responsabilidades e direitos [...]

2) A responsabilidade de aderir ao tratamento proposto e procurar ajuda profissional sempre que necessário.

3) O direito de solicitar ao profissional de saúde informações científicas sobre os tratamentos disponíveis e seus riscos e benefícios (ABDA, 2017 – Carta de princípios).

Em outro espaço do site, com o título: "Brasil gasta mais de R\$ 1,8 bilhão por tratamento inadequado ao TDAH" os dados apresentados com base em uma estimativa sobre o número de brasileiros, entre 5 e 19 anos, com TDAH, sem tratamento.

Os resultados indicam que o Brasil tem um prejuízo de aproximadamente R\$ 1.841 bilhões de reais por ano levando-se em conta apenas as consequências do TDAH não tratado naquela faixa etária (repetências escolares e atendimentos médicos de emergência por acidentes, aspectos amplamente documentados e confirmados na literatura científica nacional e internacional). Por outro lado, o tratamento com metilfenidato de curta-ação três vezes ao dia, como recomendado pela OMS, levaria a uma economia de R\$ 1.163 bilhões por ano (ABDA, 2017).

As previsões dramáticas sobre o TDAH não são feitas apenas pela ABDA. Encontramos no site da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através do Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ProDAH), uma área de atividades do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e do Serviço de Psiquiatria do

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade, o seguinte registro:

As crianças e adolescentes com TDAH apresentam prejuízos claros no seu funcionamento escolar e social. Assim, ao longo do desenvolvimento, o TDAH está associado com um risco aumentado de mau desempenho escolar, repetências, expulsões e suspensões escolares, relações difíceis com familiares e colegas, desenvolvimento de ansiedade, depressão, baixa autoestima, problemas de conduta e delinquência, experimentação e abuso precoces de drogas, acidentes de carro e multas por excesso de velocidade, assim como dificuldades de relacionamento na vida adulta, no casamento e no trabalho (PRODAH, 2017)

Mesmo que os sites não apresentem as pesquisas que referenciam tais conclusões, tratam-se de entidades políticas, produtoras de informações científicas divulgando o diagnóstico.

Para perspectivas de futuro como essas, soluções heroicas, rápidas e com grande praticidade são oferecidas, como podemos observar no site da ABDA:

O Tratamento do TDAH deve ser multimodal, ou seja, uma combinação de medicamentos, orientação aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao portador. A medicação, na maioria dos casos, faz parte do tratamento. A psicoterapia que é indicada para o tratamento do TDAH chama-se Terapia Cognitivo Comportamental que no Brasil é uma atribuição exclusiva de psicólogos. Não existe até o momento nenhuma evidência científica de que outras formas de psicoterapia auxiliem nos sintomas de TDAH (ABDA – Tratamento, 2017).

Apesar de o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) nº23 refutar essa colocação ao afirmar que “as evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento com o metilfenidato em crianças e adolescentes, em geral, têm baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização” (BRATS, 2014, p.9), a ABDA não compartilha da mesma ideologia. Em seguida à proposta de tratamento, com o título “Medicamentos recomendados em consensos de especialistas”, uma lista de psicoestimulantes são listados e divididos em mais de seis opções de escolhas onde constam nome químico, nome comercial, dosagem e duração

aproximada do efeito. Caso os estimulante da primeira escolha (Venvanse, Ritalina, Concerta, Ritalina LA) "não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo estimulante". Na terceira escolha é citado o Strattera. Na quarta escolha são descritos os antidepressivos Tofranil, Pamelor, Wellbutrin SR. E a recomendação da quinta escolha segue: "caso o primeiro antidepressivo não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo antidepressivo". A sexta escolha trata-se dos alfa-agonistas, onde é citado a Atensina. Por fim, outros medicamentos são citados como opções, inclusive os não fabricados no Brasil (ABDA - Tratamento, 2017).

Para Aguiar (2004), existe uma difusão social do conceito de doença que objetiva instigar o próprio paciente a fazer seu diagnóstico e pensar num tratamento possível. Sendo o DSM baseado na mera descrição de sintomas, sem a exigência de exames complementares, a descrição diagnóstica serve de identificação para o paciente e assim, conseqüentemente, torna possível que ele estabeleça seu diagnóstico e, inclusive, o tratamento farmacológico que julgar mais conveniente. A virtualização do DSM – e aqui também incluímos a construção e divulgação de instrumentos diagnóstico como o SNAP-IV e a própria descrição de tratamento dada pela ABDA - virtualiza o médico, permitindo que cada paciente possa exercer o papel de médico de si mesmo, salvo as permissões burocráticas para assinar a receita e concretizar a compra dos remédios. O fato é que, identificados com os sintomas, o paciente pode sugerir o diagnóstico e o tratamento ao especialista.

Na perspectiva dessa reflexão, a pesquisa de Moraes (2012) analisou 112 matérias do jornal Folha de São Paulo para compreender o tipo de visão que era dada ao TDAH entre os anos de 1997 e 2012. Em relação à apresentação da doença (sintomas, etiologia e diagnósticos), as reportagens não questionavam seus fundamentos. Era tida, em geral,

como uma doença de base genética, neurológica e, em algumas reportagens, apresentou associações com o estilo de vida da mãe (fumante ou que use drogas). Sobre o tratamento, o autor observou que 30% das matérias faziam referência à Ritalina, considerando um número expressivo que indica uma grande importância dada ao tratamento medicamentoso. Outros fatores relevantes nas análises foram os riscos e impactos negativos do TDAH em ambiente escolar e profissional. Moraes (2012) relata que o "leitor é levado a imaginar uma vida de perigos, fracassos e frustrações devido ao não diagnóstico e tratamento da doença" (p.191). A fim de garantir a legitimidade das reportagens, psiquiatras, neurologistas e psicólogos de renomados centros de pesquisa nacionais e internacionais são convidados a se posicionar como especialistas no assunto, muitos deles pertencentes à ABDA. A família e a escola também aparecem como instituições importantes no reconhecimento da doença e agentes fundamentais na percepção dos sintomas e busca por tratamento (Bianchi, Ortega, Faraone, Gonçalves & Zorzanelli, 2016).

Os discursos encontrados na Folha de São Paulo são similares ao da associação, demonstrando o grande alcance do poder político e midiático desse grupo que promove um pensamento hegemônico sobre o TDAH. É importante destacar que o site tem o apoio dos laboratórios Janssen e da Novartis, fabricantes dos psicoestimulantes Concerta e da Ritalina, respectivamente. Esses medicamentos são recomendados pelo site da ABDA como primeira escolha para o tratamento do TDAH. A Shire, indústria que também comercializa medicamentos para o tratamento do TDAH, é outra apoiadora da associação (Moraes, 2012, Bianchi, Ortega, Faraone, Gonçalves, Zorzanelli, 2016).

Como analisou Moraes (2012), os argumentos da ABDA giram em torno de cinco eixos: 1) O TDAH tem seus sintomas descritos desde o século XVIII por Alexander

Crichton; 2) Há a observação dos sintomas em diferentes culturas; 3) As pessoas com TDAH têm maiores problemas sociais, educacionais e legais; 4) O transtorno é listado pela Organização Mundial da Saúde, por isso reconhecido e científico; 5) Diversos artigos científicos públicos e que seguem as normas éticas demonstram alterações no funcionamento cerebral, portanto, não há dúvidas em torno de sua existência.

Há uma constante luta para que o TDAH seja visto como "um transtorno sério", por isso, as palavras "verdadeiro", "prestigiadas" e "renome" aparecem, reiteradamente, como confirmação do discurso científico no site da ABDA, de forma a buscar distância das pesquisas vistas pela associação como frutos de mera "opinião pessoal". Nessa perspectiva, a associação procura, na verdade do discurso científico, o sufrágio necessário para atrair e manter seus associados, além de promover a luta contra os críticos da medicalização, julgando-os dogmáticos e fabricantes de mentiras quanto ao TDAH (Moraes, 2012).

A fim de reiterar a crítica à medicalização, especialmente em relação aos psicoestimulantes utilizados no tratamento do TDAH, Ortega, Barros, Caliman, Itaborahy, Junqueira e Ferreira (2010) analisaram artigos científicos da Revista Brasileira de Psiquiatria, o Jornal Brasileiro de Psiquiatria, os Arquivos de Neuropsiquiatria, a Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul e a Revista de Psiquiatria Clínica, bem como mídias impressas não científicas, como a Folha de São Paulo, o Jornal O Globo e o Jornal Extra, além das revistas semanais Veja e Época, no período entre de 1998 e 2008. O objetivo foi de analisar a maneira como a Ritalina tem se difundido como resultado científico para o público leigo. Os autores perceberam que em ambos os tipos de publicação, há uma predominância do tratamento do TDAH por via medicamentosa. De maneira unânime, as produções científicas confirmam a eficácia da substância, descrevendo-a como indispensável para o tratamento. A discussão promovida pelas mídias não científicas se faz

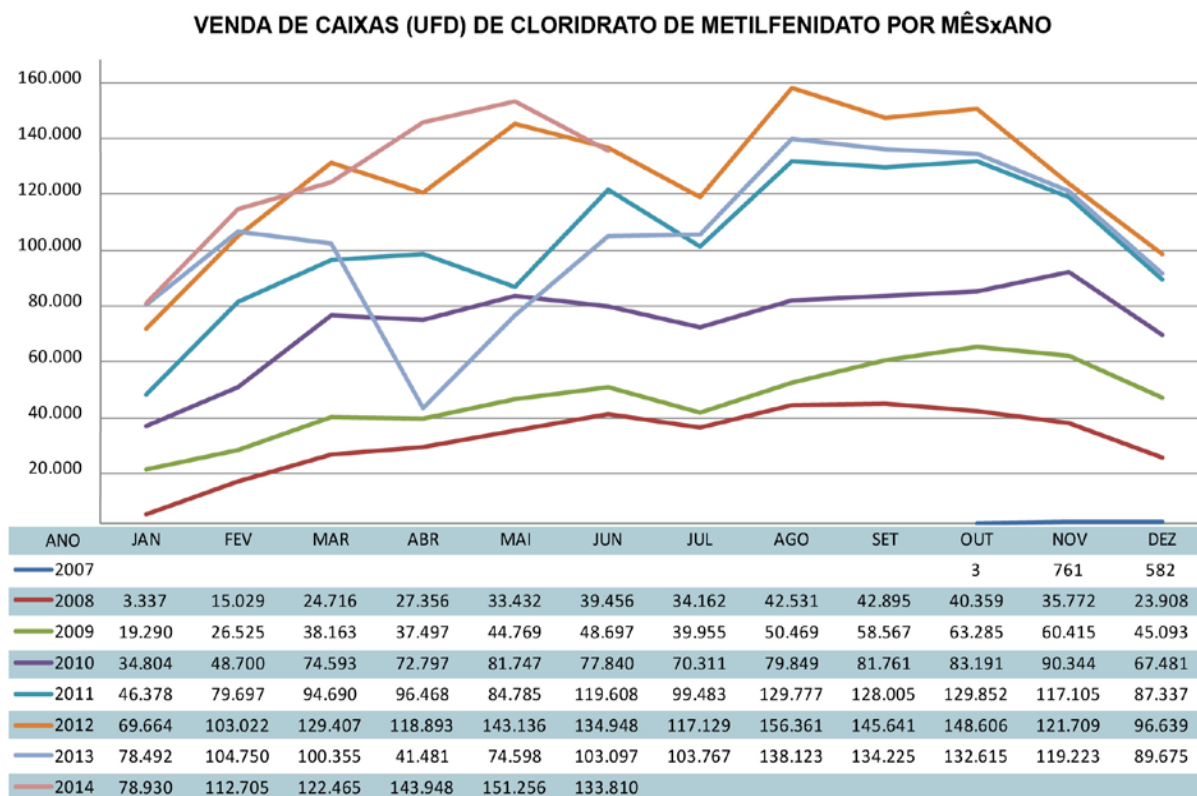
de uma maneira mais variada, discutindo a psicodinâmica dos pacientes, bem como as pressões e exigências sociais por ele vividas. O discurso nesse espaço é um pouco mais abrangente para comportamentos relativos a atenção, concentração e autocontrole, no entanto, ainda falha na consideração do contexto em que a doença é gerada.

O Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade (2015) lançou uma nota técnica sobre o consumo de psicofármacos no Brasil, a partir dos dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados ANVISA, entre os anos de 2007 e 2014. Foram analisados os medicamentos Ritalina, Concerta e Venvanse, psicoestimulantes indicados para o tratamento do TDAH. O Brasil apresenta uma crescente importação do Metilfenidato ao longo dos anos, passando de 578 kg importados em 2012 para 1820 kg importados em 2013, ou seja, um aumento de mais de 300% ao longo desse período.

A partir da solicitação das informações junto ao Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), sob direito da Lei de Acesso à Informação, a venda de UFD (Unidades Físicas Distribuídas) desses medicamentos em todo o país apresentou indicativos irrefutáveis quanto a um processo de medicalização da população. Em Outubro de 2009, Ritalina registrou a venda de 58.719 caixas e em Outubro de 2013 esse número subiu para 108.609 caixas, um aumento de mais de 180% em 4 anos. O mesmo período também registrou aumento do Concerta e do Venvanse (Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, 2015).







Fonte: SNGPC (2015)



**Figura 2.** Venda de Cloridrato de Metilfenidato em Unidades Físicas Distribuídas: comparação entre meses e ano no período de Outubro de 2007 à junho de 2014.

Fonte: De “Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade” (2015). In Nota técnica o consumo de psicofármacos no Brasil dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados ANVISA (2007-2014) (p.8). Recuperado de [http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet\\_v2.pdf](http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet_v2.pdf)

Um evento curioso acontece com os dados apresentados pelo Fórum de Medicalização sobre a venda de caixas (UFD) na relação mês x ano. As pesquisas apontam um padrão de consumo observado ao longo dos meses, indicando uma queda acentuada na venda dos medicamentos entre os meses de janeiro e dezembro. Esse fenômeno é percebido, por exemplo, no ano de 2012 em que a venda de metilfenidato representou 4,7% no mês de janeiro e 10% no mês de outubro. O padrão indica que possivelmente o público consumidor do medicamento são crianças e adolescente em processo de escolarização. O crescente aumento da venda entre os meses de agosto, setembro e outubro, sugerem épocas em que a reprovação escolar é eminente. Outra análise indica-

nos que a queda nas vendas do medicamento nos meses de dezembro, janeiro e julho relacionam-se às férias escolares (Moraes, 2012).

As autoras Moysés e Collares (2011) dedicaram-se amplamente a questionar as pesquisas que embasam a existência do TDAH. Em especial, destacamos o capítulo “Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica” no livro “Medicalização de crianças e adolescentes”. As autoras discutem os fundamentos do diagnóstico, bem como suas propostas de tratamento numa perspectiva histórica das pesquisas científicas. Elas procuram refletir sobre a inconclusividade dos achados em relação ao transtorno e sobre a maneira pela qual a tecnologia médica serviu para sofisticar e justificar a causa como uma lesão cerebral. Em relação aos procedimentos de neuroimagem, que englobam exames como Ressonância Magnética Nuclear funcional (RMN funcional), Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único (sigla em inglês SPECT) e Tomografia por Emissão de Póstron (sigla em inglês PET), as autoras analisam que tem sido técnicas úteis na detecção precoce de várias doenças como tumores e outras sequelas. No entanto, quando mal utilizadas, servem para ampliar o processo de patologização.

Os exames que se propõem a avaliar as funções de determinado órgão ou sistema apresentam uma peculiaridade: é fundamental que o órgão ou sistema em questão estejam em funcionamento, isto é, devem ser ativados por estímulos adequados de modo a desencadear a função que se pretende estudar no exato momento em que ocorre o exame. Tal fato, um tanto óbvio, cria um obstáculo intransponível para nosso assunto: se se pretende avaliar as áreas e funções cerebrais envolvidas no domínio da linguagem escrita, tais áreas e funções devem ser ativadas exatamente pela linguagem escrita! Ora, mas então seu resultado estará comprometido em todos os que não souberem ler, independente da causa ou motivo. Até mesmo em quem não souber ler o texto apresentado no exame apenas porque está escrito em uma língua que desconhece! Como então o exame pode avaliar a presença de uma pretensa doença neurológica que comprometeria esse domínio? Voltemos a nosso desafio, que vem reiterado neste texto: admitindo que essa doença exista – logicamente em taxas que seriam muito inferiores aos 10 a 12% apregoados – como diferenciar uma pessoa com tal problema de uma mal alfabetizada? (Moysés & Collares, 2011, p.90)

As autoras seguem a proposta do texto problematizando que o alargamento dos diagnósticos acontece em função – também – da má utilização das tecnologias nas pesquisas sobre o TDAH. É importante analisar que, apesar de as pesquisas sobre o transtorno estarem sustentadas sobre tecnologias avançadas, como os procedimentos de neuroimagem, a investigação realizada por médicos e psicólogos é clínica, ou seja, é perpassada pelo olhar profissional acerca do comportamento da criança e não sobre os resultados do RMN funcional, SPECT ou PET.

Assim, nos possíveis encontros entre a psicologia e a educação, a atuação do psicólogo no atendimento às demandas educacionais apresenta o desafio de buscar por um olhar mais amplo para a questão da patologização e medicalização da educação, particularmente no que se refere ao diagnóstico de crianças com TDAH.

## Capítulo 3 – Objetivos

### **Geral**

Compreender as concepções e práticas de psicólogos escolares e clínicos relativas ao processo de diagnóstico e acompanhamento de crianças com TDAH.

### **Específicos**

Relacionar as concepções de infância, aprendizagem e desenvolvimento com as práticas dos psicólogos;

Analisar, historicamente, a construção do TDAH;

Analisar como os participantes compreendem o contexto e os atores envolvidos no processo de tornar-se TDAH;

Demonstrar se e como as atuações desses profissionais articulam-se mutuamente;

Interpretar críticas, expectativas e sentimentos dos profissionais em relação a seus papéis no processo de diagnóstico e acompanhamento de crianças com TDAH.

## Capítulo 4 – Metodologia

A metodologia de uma pesquisa revela uma escolha epistemológica dos pesquisadores, manifestando a visão de ser humano e o posicionamento ético e político deles, com o processo investigativo. Dessa forma, a proposta científica não se desloca do compromisso social de quem se propõe realizá-la, por isso considera-se que a metodologia e a epistemologia são intrinsecamente relacionadas.

Tendo esse pressuposto em vista, apoiamos-nos na Epistemologia Qualitativa proposta por González-Rey (1997), que defende o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, compreendendo-o como uma produção e não como uma apropriação linear da realidade estudada. Nessa perspectiva, afastamos-nos de uma proposta metodológica puramente descritiva, marcada por uma epistemologia positivista que visa encontrar, no material empírico, uma verdade única. Os pressupostos científicos de objetividade, cientificidade e neutralidade são questionados para evidenciar a subjetividade do próprio pesquisador e dos participantes da pesquisa na construção relacional do conhecimento, rompendo, portanto, com a dualidade sujeito-objeto (González-Rey, 2002).

Como alternativa à ciência positivista, enfrentamos o desafio de estudar a subjetividade humana a partir da perspectiva dialética, complexa e histórico-cultural. Na tentativa de romper com as dicotomias tradicionais presentes na história do pensamento psicológico - social e individual, consciente e inconsciente, cognitivo e afetivo – buscamos conquistar "o lugar ativo do pesquisador e do sujeito pesquisado como produtores de pensamento" (González-Rey, 2002, p.33). Dessa forma, o conhecimento é compreendido

como uma construção dialógica e relacional, não se restringindo à descoberta ou reconhecimento da realidade a fim de elaborar uma teoria.

Assumir o compromisso de ir além da mera descrição, da aparência ou do imediatismo visível é apoiar-nos na análise das diversas determinações do fenômeno, a partir de seus próprios processos contraditórios, considerando, sempre, o diálogo possível entre a literatura na qual a pesquisa baseia-se. Desprendemo-nos da pretensão de estabelecer relações de causalidade ou de iniciar nossa pesquisa visando confirmar ou refutar hipóteses estabelecidas previamente, para nos aproximar da produção de conhecimento que faça emergir novas perguntas e novas possibilidades de investigação.

González Rey (2002) destaca que o papel da teoria é

uma construção sistemática, confrontada constantemente com a multiplicidade de ideias geradas por quem as compartilha e que se opõe a elas, do que resulta um conjunto de alternativas que se expressam na pesquisa científica e que seguem diferentes zonas de sentido sobre a realidade estudada. Nenhuma teoria pode ser considerada resultado final, capaz de dar conta em termos absolutos do estudado, pelo qual as categorias que apresentamos não podem ser reificadas (p. 59-60).

Na compreensão do autor, a rigidez não é capaz de caracterizar uma teoria, nem mesmo a ela se faz a obrigatoriedade em dar respostas ou soluções, mas elabora, constantemente, um movimento processual e dinâmico de produção de informações.

Nesse contexto, o processo de construção das informações não se orienta por uma lógica a priori, mas enfatiza o pesquisador em seu caráter ativo, com suas representações teóricas, valores, intuições e seu próprio movimento subjetivo aberto ao momento empírico de seu trabalho. O caráter construtivo-interpretativo dá-se justamente nessa dinâmica contraditória e de permanente tensão entre o momento teórico do pesquisador e a complexidade inapreensível do momento empírico (González-Rey, 2005).

## **Participantes**

Participaram desta pesquisa quatro psicólogos registrados no Conselho Regional de Psicologia (CRP-01), atuantes no Distrito Federal, sendo dois atuantes na área clínica e dois na área escolar, em uma amostra por conveniência. Os psicólogos foram escolhidos pela facilidade de acesso e aceite em realizar a pesquisa, a partir da indicação de outras pessoas. Considerando que poderia haver qualquer inconveniência que afastasse um dos participantes, achamos por bem convidar dois psicólogos de cada área.

Em todos os casos, elegeu-se como critério o atendimento e acompanhamento de crianças com queixa escolar, diagnosticadas com TDAH. Compromissados com as questões éticas, esclarecemos que o nome dos participantes e suas respectivas identidades serão preservados. São eles: Talita, Maíta, Pedro e Ana Fábria.

Talita tem 30 anos, é formada há sete anos e atua como psicóloga escolar na rede pública de ensino há quatro anos e meio. Antes de atuar na área escolar, trabalhou como psicóloga organizacional nos Correios por sete meses. Atualmente exerce sua função na Secretaria de Educação, de forma itinerante, onde atende em três escolas da periferia do Distrito Federal, abarcando cerca de 1500 crianças. É especialista em psicopedagogia e adota a perspectiva histórico-cultural como suporte para suas atividades na escola.

Pedro tem 32 anos, é formado há oito anos e atua como psicólogo escolar em uma escola associativa, sem fins lucrativos, do Distrito Federal. Em sua formação, conta ter trabalhado como psicólogo clínico em sua cidade natal, no sul do país, atendendo demandas específicas de comprometimento do desenvolvimento infantil, como o autismo. Mudou-se para Brasília há dois anos, já com a conclusão do mestrado em Filosofia da

Educação. Atualmente cursa o doutorado, também em Filosofia da Educação. Adota a perspectiva psicanalítica como suporte para a sua atuação na escola.

Maíta tem 27 anos, é formada há seis anos e atua como psicóloga clínica na rede privada, atendendo a diferentes faixas etárias. Ela conta, com grande carinho, sobre o estágio em psicologia escolar que realizou, por mais de um ano, atuando com crianças com dificuldades de aprendizagem. A experiência do estágio motivou-lhe a buscar formação no mestrado em Psicologia do Desenvolvimento Humano. Concluído o mestrado, atuou como psicóloga em uma instituição de ensino superior e atualmente trabalha na área clínica e faz doutorado em Psicologia do Desenvolvimento Humano. Adota a perspectiva Análise Transacional e Logoterapia como suporte para a sua atuação na clínica.

Ana Fábria tem 32 anos, é formada há 10 anos e atua como psicóloga clínica na rede privada desde a sua formação. Conta que “sempre soube que queria atender crianças”, por isso restringiu seus atendimentos a crianças de todas as idades e a adolescentes. É especialista em Análise Transacional e realizou um curso de psicodiagnóstico infantil como complemento para sua atuação.

## **Instrumentos**

Foram utilizados como instrumentos e materiais para a pesquisa um gravador de áudio e dois roteiros de entrevistas semiestruturadas (Apêndice A e B).

Elegemos as entrevistas semiestruturadas como instrumento de pesquisa a fim de construir um encontro com o outro, com seu posicionamento no mundo, permitindo direcionar o diálogo na investigação sem impedir que surgissem desdobramentos do assunto tratado, seja por parte do entrevistador, seja por parte do entrevistado. Nessa proposta, as entrevistas ganham um caráter flexível que favorece a construção de outros



campos de diálogo que não os pré-estabelecidos. Dessa forma, “o sujeito não responde linearmente às perguntas que lhe são feitas, mas realiza verdadeiras construções implicadas nos diálogos nos quais se expressa. Nesse contexto, a pergunta representa apenas um dos elementos de sentido sobre os quais se constitui sua expressão” (González Rey, 2002, p.55).

A entrevista, na investigação qualitativa, pretende sempre se transformar em um diálogo. Por isso, pensar que há uma coleta de dados é algo inaplicável atualmente, pois a entrevista busca uma construção de informações a partir dos instrumentos escolhidos para o trabalho do pesquisador em campo. A escolha desse instrumento revela os valores, modos de conceber o ser humano e o mundo, expectativas e experiências do pesquisador que, por sua vez, não encontrará algo pronto, determinado aprioristicamente.

Dentro dessa perspectiva, propusemos os roteiros de perguntas semiestruturadas (Apêndice A e B) direcionados a partir das seguintes questões: (a) identificação, caracterização e formação do participante; (b) concepções de infância; (c) concepções e práticas em relação ao TDAH; (d) diálogo do psicólogo com outros profissionais.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em um único encontro, com duração aproximada de uma hora e meia. Sobre o local das entrevistas, deixamos livre para que os participantes escolhessem um espaço mais adequado a eles, tendo variado entre o consultório, a escola e a própria casa do profissional. Posteriormente, foram transcritas e organizadas, retirando vícios de linguagem recorrentes como “né”, “é” e “então”, de forma a promover mais fluência à leitura e compreensão da ideia transmitida sem, no entanto, comprometer seu teor.

### **Procedimentos para Construção das Informações**

A realização da pesquisa concretizou-se a partir da submissão e aceite do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, CEP/FS.

Inicialmente, os profissionais foram abordados e consultados sobre a disponibilidade e o interesse em participar do estudo. Ao declararem interesse em colaborar, foram fornecidas todas as informações sobre a pesquisa por meio da leitura e dos esclarecimentos referentes ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice C) a qual destacava os objetivos e procedimentos, a importância do sigilo, do anonimato, os riscos e os benefícios da pesquisa, a liberdade de participar ou interromper a participação, até que se estivesse pronto para decidir colaborar ou não. A partir da concordância, o TCLE foi assinado em duas vias; uma delas ficou com o sujeito pesquisado e a outra com a equipe de pesquisadores. As entrevistas foram gravadas, transcritas e, depois de analisadas para a produção de conhecimento, foram destruídas para garantir o sigilo.

A seleção dos profissionais foi feita a partir da disponibilidade em participar da pesquisa, em uma amostra por conveniência.

### **Procedimentos para a Análise das Informações**

As entrevistas foram analisadas conforme a Epistemologia Qualitativa de González Rey, destacando, a partir da fala dos participantes, temáticas principais para que fosse possível construir uma análise dos aspectos subjetivos expressos pelo sujeito de pesquisa no entrecruzamento das falas, na leitura de todo o processo investigativo. As tmáticas se

retroalimentam em um processo capaz de produzir criatividade a partir da construção de categorias de análise e elaboração teórica. Portanto, é possível analisar aquilo que é subjetivo, que aparece no cruzamento das falas e na leitura do todo.

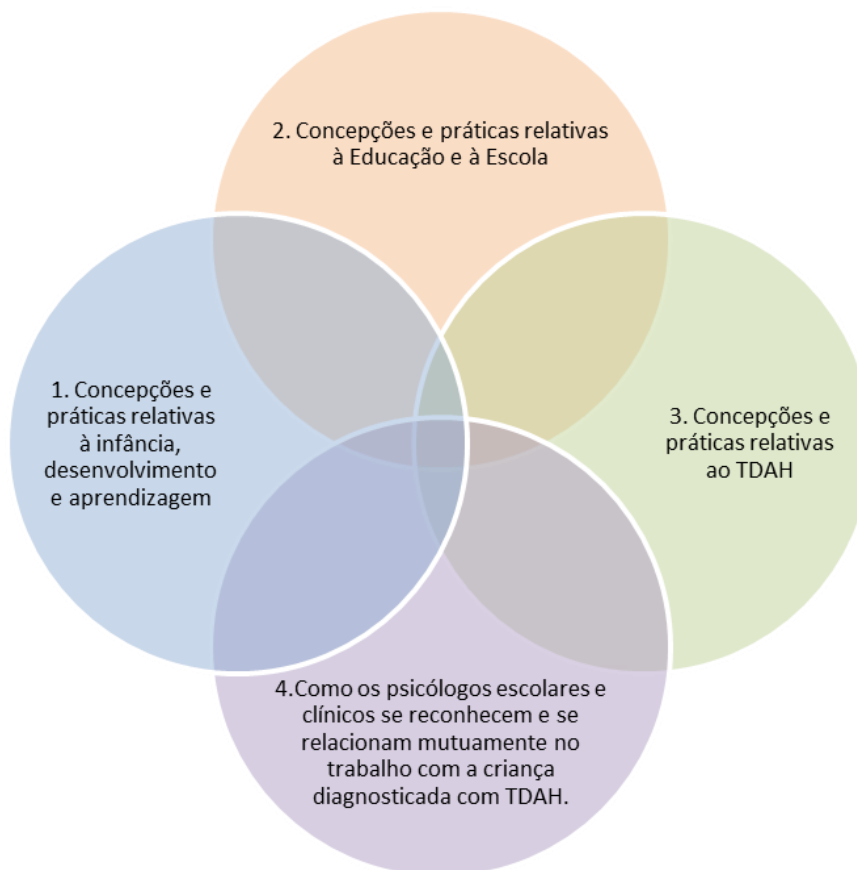
Para chegarmos à definição dos temas propostos, leituras e releituras das transcrições das entrevistas foram realizadas de modo a possibilitar a apreensão e compreensão das informações construídas na relação pesquisador-participante. Na fase de análise, buscamos colocar em evidência temáticas recorrentes e proximais entre as falas dos profissionais, identificando indicadores e elementos de significação presentes nos materiais analisados. Por fim, esses indicadores foram agrupados em quatro temas, descritos adiante.

## Capítulo 5 – Resultados e Discussão

*Depois de tudo até chegar neste momento  
Me negar conhecimento é me negar o que é meu  
Não venha agora fazer furo em meu futuro,  
Me trancar num quarto escuro e fingir que me esqueceu  
Vocês vão ter que acostumar porque...  
(Black, 2015)*

Como descrito no Capítulo 4 - Metodologia, entrevistamos quatro psicólogos aqui denominados Pedro, Talita, Maíta e Ana Fábria (nomes fictícios). Ao analisar toda a gama de informações construídas no processo de pesquisa, foi possível chegar à construção de quatro temas: 1) concepções e práticas relativas à infância, desenvolvimento e aprendizagem, 2) concepções e práticas relativas à educação e à escola, 3) concepções e práticas relativas ao TDAH, 4) como os psicólogos escolares e clínicos se reconhecem e se relacionam mutuamente no trabalho com a criança diagnosticada com TDAH.

Os temas elaborados, não se configuram de forma isolada, mas articulam-se mutuamente. Para tanto, retomamos o objetivo desse trabalho de “compreender as concepções e práticas de psicólogos escolares e clínicos relativas ao processo de diagnóstico e acompanhamento de crianças com TDAH” e adotamos um processo de análise e discussão - representado na Figura 3 - e que se segue abaixo. A partir dessa análise, percebemos que as atuações dos psicólogos clínicos e escolares, os quais participaram da pesquisa, podem ser compreendidas nas interseções os temas, portanto, na relação dialética entre elas.



**Figura 3.** Articulação dos temas

A divisão temática tem o objetivo de promover melhor compreensão do campo complexo das falas dos sujeitos. No entanto, os temas caracterizam-se por sua indissociabilidade. O tema “concepções e práticas relativas à infância, desenvolvimento e aprendizagem”, trata dos modos de ver a criança e seu desenvolvimento, bem como das implicações dessas concepções no modo de ser e conviver com a criança. O tema “concepções e práticas relativas à educação e à escola” procura dimensionar a participação dos profissionais no contexto da escola e da família, tendo por base suas concepções acerca dessas instituições. O tema “concepções de práticas relativas ao TDAH” visa compreender a percepção do transtorno e das propostas de atuação a partir desse contexto. O tema “como os psicólogos escolares e clínicos se reconhecem e se relacionam mutuamente no trabalho com a criança com TDAH”, diz respeito à articulação de

expectativas, troca de informações, busca de redes de apoio possíveis, limites e possibilidades de atuação entre as áreas. O ponto de encontro entre os quatro temas sugere a análise das diversas infâncias e seus respectivos contextos, nuances, subjetividades. Haverá sempre algo único no encontro entre essas análises que está a depender do sujeito analisado e o meio ao qual se insere.

### **Tema 01: Concepções e práticas relativas à infância, desenvolvimento e aprendizagem**

*Toda criança é nossa, a que dá trabalho e a que não dá (Talita).*

A fim de compreender a fala dos psicólogos escolares e clínicos entrevistados, no que se refere ao atendimento de crianças diagnosticadas com TDAH, debruçamo-nos, primeiramente, sobre suas concepções de infância, desenvolvimento e aprendizagem, considerando a relação dialética entre a atuação profissional e a leitura do universo infantil no processo ensino-aprendizagem.

Maíta chama-nos a atenção sobre sua visão ampliada de infância, logo que fizemos a pergunta a ela sobre sua concepção de infância

*A gente recorre muito a adultos para falar sobre crianças. E a resposta está ali, nas crianças. Se a gente souber observar, a infância é uma dimensão do humano. Muito mais que um tempo cronológico, é a criança criando. [...] A infância impõe imprevisibilidade e isso é o que eu acho mais difícil para nós adultos quando a gente está diante de uma criança... a academia lida muito mal com essa questão da infância, claro que tem que ter uma organização, mas acho que é tudo muito quadrado. Infância é essa abertura para a novidade. Os adultos estão muito preocupados em dar respostas. A criança ainda ensina a perguntar. É desnaturalizar aquilo que é comum, a criança vê tudo pela primeira vez. Às vezes a criança fala “vou pintar o céu de vermelho” e ela já é crucificada, porque o céu não é vermelho.*

Em um pensamento semelhante, Pedro descreve

*é que daqui a pouco uma criança entra aqui na sala e talvez aconteça isso, e ela vai olhar isso daqui e vai falar “o que que é isso?”, eu vou devolver a pergunta pra ela, não quero que ela aprenda o que que é isso, eu quero que ela saiba uma resposta. Porque aí as crianças não estão civilizadas e elas terão possibilidades de construir respostas que nós velhos adultos, cristalizados, mortos-vivos, já não conseguimos mais, pra nós isso aqui sempre vai ter uma prancheta. Pra criança pode ser um escudo, um objeto que caiu da estação espacial internacional.*

As falas de Maíta e Pedro ajudam a refletir sobre a visão do adulto na convivência com a criança; convivência que implica em ouvi-la, falar com ela em uma linguagem própria, brincar, fantasiar, perceber o mundo “como se fosse a primeira vez”, perguntar mais do que responder e permitir que as respostas surjam da observação do mundo, do sentir. Essa compreensão, mesmo que descrita formalmente pela academia, não permite que o inesperado da infância surja, senão na relação. A criança do livro, setorizada em perspectivas cronológicas, remete-nos a uma criança formatada, sempre a mesma em todos os lugares. Por isso, compreendemos que a imprevisibilidade, citada por Maíta, vai ao encontro da concepção de criança proposta por Pulino (2001) quando a autora escreve sobre a novidade radical que é o nascimento de uma criança. A identidade desse sujeito constrói-se em um tornar-se com o outro, que pode subverter o que já se encontra determinado para ela numa cultura, em uma promessa econômica e na família. Nessa linha de raciocínio, Ana Fábria conta sua experiência clínica no diálogo com os pais:

*A primeira coisa na minha entrevista de anamnese com os pais, eu pergunto “como eu vou te frustrar?”. Às vezes converso, explico, falo de mim, mas eu nem pergunto qual é a expectativa para o atendimento, porque vai vim com floreio “eu quero isso, que quero aquilo... eu quero um espaço... não sei o que... pra ele ser feliz... e a paz mundial”. Ok, então “como eu vou te frustrar? o que você acha que vai dar errado?” (risos) e aí geralmente nessa pergunta eles gostariam que eu modulasse a criança e aí eu já quebro. Não vai modular. Ela não vai ser um ponto final. Sua criança vai ser sempre exclamativa. Nós vamos aprender a ter ela exclamativa porque a gente precisa das exclamações na vida.*

Quando a infância é percebida sob uma perspectiva naturalizadora, espera-se que todas as crianças comportem-se da mesma forma, correspondendo às expectativas socialmente impostas a elas. Sobre isso, Ana Fábria refere-se à necessidade dos pais de

modularem a criança. No entanto, a criança surge como novidade e surpreende por sua originalidade ao demonstrar que, mesmo sob a influência de seus determinantes sociais e históricos, ela é capaz de interpretar o mundo à sua maneira (Pulino, 2001). As exclamações da vida, as quais Ana Fábria refere-se, remete-nos a uma perspectiva de desenvolvimento que está sempre acontecendo, pois não haverá um momento em que a criança encerra-se, como um ponto final. As exclamações da vida dar-se-ão, portanto, no entrecruzamento do contexto no qual ela insere-se, constituindo-o e sendo constituída por ele (Vigotski, 1991). Nessa aproximação entre o determinado e o original, Pedro conta-nos sobre sua vivência na escola em que atua (aqui chamaremos a instituição de Nossa Escola, a fim de manter seu nome em sigilo):

*A gente percebe que as crianças fazem movimentos racistas, movimentos misóginos, movimentos de preconceito de um modo geral. E aí eles [os professores] falam: “ué, mas a gente nunca conversou sobre isso com as crianças, como que elas estão fazendo essas falas racistas?” Ah... porque elas saem daqui, entram no carro, olham para o ônibus, veem que só tem negros no ônibus, veem que os negros estão em outros lugares da sociedade, veem que os negros que têm na Nossa Escola são as babás que trazem as crianças. Então começam a perceber essa relação de outro lugar que não a palavra.*

Nesse trecho, Pedro problematiza que, no imaginário adulto, há a expectativa de que a criança desenvolva-se apenas sob a sua supervisão, a partir da sua fala, do seu direcionamento, do seu controle. No entanto, nesse momento, a criança surpreende por sua originalidade, por ter uma apreensão própria do mundo que a cerca. Além disso, há a expectativa de a infância ser vista como um estágio universal, inadequado para se pensar as diferentes culturas ou as diferentes épocas. Compreender o desenvolvimento de uma criança negra na sociedade brasileira é diferente de compreender o desenvolvimento de uma criança branca e esses mesmos grupos têm compreensões diferentes no século XVIII e no século XXI, no Brasil ou na Ásia. Para Vigotski (2001) “a tarefa da Psicologia consiste justamente em revelar não o eterno infantil, mas o historicamente infantil” (p.96)



ou mesmo o culturalmente infantil. Alinhado a esse pensamento, Pedro diz: *“a infância ao mesmo tempo em que é vítima de uma construção social, também pode ser uma construção social que vai emancipar a sociedade depois. Nesse sentido, eu penso que a Nossa Escola é um projeto de sociedade”*.

Os fatores que determinam as promessas sociais a uma criança, como propõe Pulino (2001), são previamente construídos por uma família, um meio social, econômico, cultural e histórico. A identidade infantil é desenhada também pelos pais como um projeto cultivado durante nove meses de espera daquele ser, quando encontram-se o desejo e as condições daquela família. Há uma placenta social, afetiva e simbólica sendo gestada e um ambiente material a sua espera. O nascer da criança faz nascer também o inesperado e, a partir da interpretação que a criança faz de si e do mundo à sua volta, um movimento único de vida acontecerá. Dessa forma, a criança necessita também da supervisão do adulto para que ela consiga interpretar os determinantes que a cercam e também as novidades as quais surgem na relação com o outro para ampliar suas possibilidades de vida.

Pedro coloca-nos sua reflexão *“Quem divide o comportamento da criança? É o nosso olhar. O comportamento da criança é um devir puro. Não é uma divisão, isso é social, isso é afetivo, isso motor, isso é neurológico, isso é alimentar. Não, a criança, ela está ali”*. Apreciamos o convite de Pedro em analisar, de forma sistemática, o comportamento infantil, propondo que a divisão didática a qual se faz na análise do funcionamento humano seja percebida de maneira multideterminada e complexa. No entanto, contrapomos seu posicionamento para refletir se é possível pensar em uma ação da criança como um devir puro, uma vez que, ao nascer, ela encontra determinações sociais, políticas, econômicas de um mundo que carrega uma história anterior à criança.

Os aspectos evolutivos e filogenéticos, como propõe Vigotski (1996), dizem de uma constituição genética, anatômica e fisiológica do ser humano. Todavia, a dimensão biológica não é capaz de produzir, isoladamente, percursos de desenvolvimento ou processos de humanização de um bebê a partir de seu nascimento, mas necessitará da mediação do outro. Dentro dessa perspectiva, Rossetti-Ferreira (2006) destaca o lugar do “outro social” como incapaz de modificar o desenvolvimento geneticamente programado, mas como inseparável da constituição do ser como humano, a partir da interação pessoa-meio e também da facilitação dos processos de aprendizagem por meio da zona de desenvolvimento proximal. Sobre a supervisão do adulto, Ana Fábria também apresenta sua percepção:

*a infância é o espaço de construção do indivíduo mais rico e mais fundamental, bem Waldorf<sup>2</sup>. Os primeiros sete anos pra mim são cruciais. Cuidar de tudo nos primeiros sete anos é algo que vai ajudar embasar e construir um indivíduo com muito mais possibilidade de saúde integral do que negligências nessa fase. De todos os tipos, principalmente a negligência afetiva. Negligência da escuta, de qualidade do cuidado, do afeto, da presença. A segunda infância, ainda na linha Waldorf, seria essa cristalização do que ficou legal, do que está bem, do que são os poderes dessa criança, os seus tesourinhos, para eles terem espaço, para eles crescerem. E para o que não está bem, a gente precisa ajustar agora. Porque senão o extrato da adolescência vai vir um pouco mais caro. Então a infância como um todo é a melhor parte para a gente se construir bem. E é onde a gente está mais vulnerável, porque a gente precisa muito do adulto.*

Em contraponto ao exposto, retomamos a fala de Ana Fábria quando ela questiona a necessidade dos pais em modular suas crianças para que elas estejam adaptadas ao meio social. Essa proposta entra em conflito com a visão sobre a primeira e a segunda infância declaradas acima, pois pressupõem escalas de desenvolvimento periódicas, marcadas por uma ordem cronológica. O “ajuste” necessário, sugerido por Ana Fábria na segunda

---

<sup>2</sup> A Pedagogia Waldorf, citada por Ana Fábria, foi desenvolvida por Rudolf Steiner em 1919 na Alemanha. Sua proposta educacional tem como princípio valorizar a vivência da criança antes de qualquer teoria estudada, propondo, portanto, um currículo escolar individualizado que abarque a demanda de aprendizado do próprio aluno em cada fase de sua vida. Em sua premissa de ensino, a prioridade é formar seres humanos. O querer, o sentir e o pensar são estimulados a partir do desenvolvimento físico, espiritual, intelectual e artístico da criança (Silva, 2007).

infância, também remete a um modelo de modulação e adaptação ao que se espera sobre ser criança. Em outro contexto, Ana Fábria retrata que a criança não é um ponto final, ou seja, ela não estará pronta em determinado momento, mas será exclamativa, marcada por surpresas e novidades a partir de sua própria apreensão do mundo. Questionamo-nos então se a “*cristalização*” dos processos de desenvolvimento, como a entrevistada sugere, permite a transformação das funções psicológicas da criança, em um movimento contínuo de mudança, uma vez que cristalização pressupõe imobilização.

Talita, por sua vez, fala sobre a criança com baixa renda familiar “*eu tenho crianças aqui que não são crianças, que são exigidas como adultos, que precisam trabalhar, que vão à escola para comer. Então eu não sei se isso seria... eles estão num corpinho de uma criança e numa vida de adulto*”. Talita atua em uma escola pública na periferia do Distrito Federal, e nos traz a marca de uma realidade socioeconômica desprivilegiada, compreendendo essa realidade como uma não infância.

Vale refletir que, ao pensar a infância como momento fundante do desenvolvimento humano, damos espaço para a estruturação da necessidade de controle dessa fase para que se tenha como resultado um desenvolvimento infantil linear. A psicogenética walloniana contrapõe-se a essa perspectiva por perceber o desenvolvimento como um progressivo somatório de sistemas mais complexos que resultam na reorganização de elementos presentes desde o princípio. Para Wallon (Galvão, 1995), a transição de um estágio de desenvolvimento para outro não se trata apenas de uma ampliação de sistemas, mas de uma reformulação, podendo ocasionar crises as quais afetam perceptivelmente a conduta da criança. O autor acredita que o desenvolvimento infantil é um processo marcado por conflitos, seja de origem exógena (desencontro das ações da criança com o meio exterior – estruturação do mundo adulto e da cultura) ou de

origem endógena (efeitos da maturação física) que desorganizam e tiram a estabilidade da criança com o seu meio. No entanto, ele percebe que esses conflitos são fatores dinamogênicos, propulsores do desenvolvimento, fazendo-o direcionar aos momentos de crise maior atenção (Galvão, 1995).

A percepção da infância como “a fase mais importante da vida” coloca o adulto em uma possível dedicação excessiva e tensa em relação ao desenvolvimento infantil, movimento amplamente criticado pela perspectiva histórico-cultural (Vigotski, 2007). Nessa situação, se o curso de vida da criança for interpelado por uma dificuldade, um trauma, uma relação familiar difícil, uma condição financeira precária ou um diagnóstico como o TDAH (por exemplo), instala-se a insegurança familiar ou educacional, porque a infância **deve** ser intocável, **deve** ser perfeita para gerar frutos de um adulto feliz (ou produtivo para a sociedade capitalista). Corremos o risco de impedir que as crianças construam suas primeiras estruturas psicológicas para lidar com o sofrimento, comungando a ideia de que elas nada sabem sobre o contexto a sua volta, ou como se elas fossem totalmente incapazes e dependentes dos adultos, os quais são colocados no papel de detentores do saber sobre a vida, a educação e a felicidade.

Aqui temos o cuidado de compreender que a percepção da autonomia infantil não está associada à reprodução de uma perspectiva individualista, a qual compreende o ser autônomo como um ser livre das amarras sociais ou dissociado do contexto ao qual se insere, como se em suas ações pesasse apenas sua própria vontade. A autonomia à qual nos referimos é fruto de um processo de construção de relações com o outro, na interação com as limitações impostas pelo âmbito natural e social. Portanto, o sujeito autônomo constitui-se de maneira integrada às suas condições históricas, sociais, políticas, econômicas e culturais e nunca isoladamente. Dessa forma, não podemos conceber que um sujeito,

sozinho, consiga construir sua própria autonomia, assim como não é possível dar a autonomia ao outro. A autonomia será uma construção dialógica e dialética em que o sujeito articula a sua subjetividade, de forma crítica e ativa, estruturando e reestruturando seu meio a partir de suas experiências individuais e coletivas (Dias, 2005). O adulto, nesse sentido, é também quem medeia as relações da criança com o mundo. Em relação a isso,

Maíta conta:

*A criança às vezes precisa ser desagradada, ela precisa entender que a escola tem que ser esse espaço para a brincadeira, coisas que a criança gosta. Mas tem um momento que a criança vai ter que sentar e vai ter que fazer a atividade. Acho que aprender a lidar com isso já é ir aprendendo a tolerar as frustrações, saber que tem tempo pra tudo.*

A percepção do adulto sobre os feitos da criança expõe suas concepções de infância, desenvolvimento e aprendizagem. Sobre isso, Pedro expõe:

*Gosto de pensar no desenvolvimento, não numa escada, mas várias camadas que ao mesmo tempo elas podem se sobrepôr e que a gente não vai ter um momento que é melhor ou pior que o outro. Tem uma coisa que eu sempre costumo trocar aqui, a gente traz muitos estagiários e os estagiários escrevem relatórios e eles estão construindo uma visão. E muitas vezes eles escrevem assim: “ele (a criança) já está fazendo tal coisa” ou “ele **ainda** está fazendo outra coisa”, e o que eu sempre costumo colocar do lado dessas expressões é: a gente pode evitar trabalhar com essas palavras, porque essas palavras subentendem escalas psicométricas de desenvolvimento, que vão dizer o que se espera.. Se você não tomar cuidado, com a perspectiva do desenvolvimento, a gente patologiza. Quem dá esses critérios? Quem que inventou o critério de que com dois anos a criança tem que fazer tal coisa? Não foi a criança. [...] Porque se não, eu começo falar assim: “porque a criança com autismo não desenvolveu tal e tal coisa”. Isso é péssimo, isso é péssimo! Porque aí você só vai conseguir olhar para ela como alguém que não chegou em tal lugar [grifos nossos].*

A percepção de desenvolvimento de Pedro na qual não há um momento melhor ou pior que o outro, contrapõe-se a fala de Ana Fábria, em sua proposta de ver a infância como a fase fundamental do ser humano, tornando-se oportuna a discussão da periodização do desenvolvimento humano por meio da análise que a autora Pasqualini (2009) faz sobre as obras de Vigotski. Ao contrário da proposta da teoria histórico-cultural, existe um

pensamento que naturaliza o fenômeno psicológico por perceber o desenvolvimento a partir dos sintomas que o ser humano apresenta nas etapas da vida. A tentativa de explicar esses fenômenos parte da compreensão da natureza universal do ser e, portanto, do psiquismo como um *a priori* do humano. As fases do desenvolvimento como estágios que, embora sejam construídas por meio de interação com o meio social, revela a busca de uma ordem fixa, válida para todos os sujeitos em todas as culturas e momentos históricos. Pedro demonstra-nos em sua fala o quanto a percepção de desenvolvimento e aprendizagem do profissional é capaz de produzir processos de patologização no ambiente escolar.

Pasqualini (2009) coloca que a proposta de estágios do desenvolvimento não consiste num problema por si só, uma vez que ela traz grandes ganhos teórico-práticos. A periodização elucida a questão da sensibilidade de determinados períodos do desenvolvimento e suas respectivas influências educativas, além de possibilitar a compreensão dos princípios de transição de um período para outro e suas forças motrizes. Não há dúvidas de que um processo sequencial da ordem da natureza exista. No entanto, por apresentar um caráter descritivo e organizador, os estágios não permitem que se tenham compreensão sobre a natureza dos fatores que delimitam ou impulsionam o desenvolvimento (Vigotski, 1996). Rossetti-Ferreira (2006) questiona “se o estágio poderia ser útil como princípio descritivo, porém não enquanto conceito teórico”.

Opondo-se a uma análise meramente descritiva, Vigotski (1996) sustenta uma análise psicológica explicativa que apresente nexos dinâmico-causais do desenvolvimento. Para tanto, o autor defende que a periodização do ciclo de vida não deve ser feita com base em estímulos externos, mas internos, compreendendo que cada avanço no desenvolvimento estará diretamente determinado pela formação de estruturas

possibilitadas na etapa anterior. Para que essa reformulação das estruturas psicológicas aconteça e um novo estágio de desenvolvimento caracterize-se em uma qualidade diferente da anterior, o conceito de mediação será fundamental para explicar as interações e interlocuções entre a sociedade e a pessoa.

Antes de aprofundarmo-nos sobre o conceito, Pedro traz-nos um breve relato que exemplifica esse processo.

*A gente tem um “problema” na nossa turma, tem uma criança girando as mochilas de todos os alunos, ela sai, não escuta, não fala, a gente não sabe se ela nos entende, mas ela fica tirando as nossas mochilas do gancho. “Ah, a gente tem um problema”. O que um adulto fala? “a gente tem uma criança com autismo. Vamos usar o método X...”. Diferentemente dos adultos as crianças dirão: “Será ele fala a língua das mochilas?”, “será que ele está escutando alguma coisa que a gente não escuta?”, então os educadores vão mediando esse processo. Essa criança ela não vai falar, talvez, não vai aprender algumas coisas que as outras vão aprender – olha o conceito de aprendizado –, mas ela vai se apropriar de vários elementos e esse coletivo vai cuidar dela. Que agora é na educação infantil. Depois, Ensino Fundamental, depois, Ensino Médio. Como que essa criança vai circular por esse grupo em momentos diferentes? Ela vai ter que ficar em casa? Acho que não, acho que o grupo pode, coletivamente, incluí-la. Leva-la para os lugares, estar junto com ela, mesmo que ela não converse, não ouça direito, tenha uma demanda específica. Mas ela quer estar aqui com essas crianças. Ela se vincula de alguma forma. As crianças se vinculam com ela de outra forma.*

No processo de tornar-se humano, o sujeito incorpora e se apropria dos legados culturais e sociais os quais medeiam, simbólica e concretamente, o vínculo dele com o mundo e, a partir do conceito de zona de desenvolvimento proximal o qual concebe o espaço/tempo entre aquilo que a criança consegue fazer sozinha e aquilo que ela consegue fazer com o auxílio de outra pessoa mais capaz, amplia-se a possibilidade de desenvolvimento. Por isso, os processos de desenvolvimento e aprendizagem são considerados por Vigotski (1991) como interdependentes. Com tamanha possibilidade de desenvolvimento a partir da mediação do adulto, questionamo-nos sobre a formação desses adultos que trabalham com as crianças, particularmente sobre a formação de psicólogos e educadores.

Nessa linha de pensamento, Pedro expõe:

*A criança vai dizer o que ela precisa. Uma coisa que a gente trabalha na Nossa Escola, é que precisa olhar para a criança e escutar: o que as crianças estão demandando? Que a criança vai para o mundo, ela está voltada para o universo, e nesse interesse que ela tem pelo universo, ela desenvolve. [...] Desenvolvimento é o movimento da própria criança para o mundo. Mas não é uma palavra que interfere no meu trabalho, que eu **preciso** desenvolver as crianças, as crianças **têm** um desenvolvimento, elas se desenvolvem. O que eu preciso fazer é criar condições e possibilidades para que as crianças tenham espaços afetivos e relacionais, que possibilitem que ela socialize, que ela troque, que ela escute o outro, que ela construa sua autonomia, sua identidade, isso é desenvolvimento. Cada um no seu tempo, a partir das condições que ela tem, das possibilidades daquele corpo, daquela subjetividade, e que sempre, aquele desenvolvimento não para.*

Hannah Arendt (2009) analisa que o humano tornará o ato de educar em um ato de acolhimento. O mundo acolhe a criança como novidade, apresentando-lhe seus determinantes históricos e sociais por meio da educação e seus mediadores e, nessa relação, o mundo modifica-se. Por outro lado, a criança acolhe o mundo com sua história, seu modo de organização, suas leis e crenças, mas acolhe de maneira original, ainda que contextualizada em um determinado campo de significações possíveis dentro da cultura. Segundo Charlot (2006), o processo de convivência e socialização caracterizará a transformação da criança, das pessoas com quem ela relaciona-se, da cultura e do mundo. Nessa perspectiva, o movimento da criança para o mundo é também o movimento do mundo para a criança.

Vigotski (1996) atribui importância fundamental ao afeto no processo de ensino-aprendizagem, concebendo-o em unidade com o intelecto: “o afeto e o intelecto não são dois polos reciprocamente excludentes, mas duas funções psíquicas estreitamente vinculadas entre si e inseparáveis” (p.314). Nesse sentido, as possibilidades de aprendizagem de uma criança serão ampliadas com a construção de significados afetivos por elas. Sobre esse processo, Maíta relata um atendimento em clínica, de uma criança de 13 anos diagnosticada com TDAH.



*Ele percebia (a desatenção) só nessas disciplinas específicas [matemática e ciências], porque ele dizia “não gosto dessas disciplinas, não gosto do professor”. Eu vi que isso ajuda muito, o lado afetivo que é super desconsiderado, infelizmente. Às vezes os profissionais focam muito “ah, tem uma alteração cerebral” pode até ser que tenha, mas eu não acho que isso é determinante, porque têm vários outros fatores que precisam ser considerados. A questão da aprendizagem também está muito relacionada à questão afetiva ne?! Se você não está bem, saudável, é difícil correr tudo bem na aprendizagem, nós somos uma unidade... A mente humana é muito complexa. [...] Outra coisa, em casa quando ele ia pra casa do pai dele, ele tirava notas boas, quando ele ficava na mãe dele, ele tirava notas ruins. Outra coisa estranha porque mudava a circunstância, mudava o ambiente e mudava o resultado dele. Eu perguntei isso pra ele também e ele falou “ah porque meu pai estuda comigo, meu pai tem mais paciência”, era um momento deles, era um momento de sentar com o filho, estudar juntos enfim... Isso facilita também, porque é mais que ter alguém para ensinar, é o pai, a presença. Quando ele estudava na mãe dele tinha muitas brigas, então era mais conflituosa, brigas, grito, aquilo afetava muito ele. A mãe não tinha muita paciência “como que não consegue aprender isso? Você não está vendo?”. E às vezes o conflito dava a sensação de que ele não ia aprender nunca.*

Maíta convida-nos a uma ampliação da perspectiva de aprendizagem e de desenvolvimento da criança no momento em que compreende o contexto das dificuldades escolares para além do aspecto fisiológico. Nesse caso, ela analisa o quão importante é para a criança a voz de autoridade dos pais ou responsáveis e dos professores e a maneira como a relação de afeto entre eles influencia a confiança em si mesmo e a “concentração” para a atividade. Sobre a dificuldade de aprendizagem, Talita comenta: *“Eu vejo que é uma demanda muito mais do adulto do que da criança. A criança vai testando os limites, ela vai experimentando. Se o professor não faz um bom vínculo com ela, ela toca o terror mesmo”*.

Em outro atendimento que Maíta fez, na clínica, ela demonstra essa expectativa dos pais em relação a uma criança de oito anos: *“A mãe pensava ‘ele precisa estar na melhor escola, na escola mais exigente, porque ele vai ser muito exigido, ele vai **precisar** passar na UnB, vai **precisar** ser concursado’”* [grifos nosso]. A fala da mãe expõe uma necessidade de produtividade e inserção no mercado de trabalho, típica de uma sociedade capitalista. No entanto, a preocupação dos adultos quanto ao rendimento exigido pela

escola pode trazer uma responsabilização quase exclusiva da criança pelo processo de ensino-aprendizagem, desconsiderando a complexidade deste e do funcionamento da rede de relações de todos os atores envolvidos, bem como suas condições objetivas e subjetivas.

Percebemos, a partir das análises propostas, que a compreensão sobre a infância, o desenvolvimento e a aprendizagem perpassam por uma reflexão sobre os determinantes históricos, culturais e biológicos da criança, sem desconsiderar, no entanto, a sua capacidade ativa e criativa nesse processo.

Em um contexto geral, as falas do Pedro e da Maíta trazem percepções da criança contextualizada em seu tempo histórico e em sua cultura, resgatando a importância de reconhecer e favorecer o próprio processo autônomo dela, como imprevisibilidade, originalidade, por ser única no mundo. No entanto, algumas contradições aparecem na fala do Pedro e nos chama a atenção. A infância, vista como “devir puro”, marca sua compreensão, fazendo-nos questionar a suposta naturalização dos movimentos da criança para o mundo, também criticada pelo próprio psicólogo escolar em outros contextos da entrevista. A noção de “puro devir” remete-nos quase a uma “criança em si” ou uma “criança por si”, desprendida da mediação do mundo a sua volta.

Há, por outro lado, uma não-infância na fala da Talita, coadunando com a percepção da infância como “a fase fundante do ser humano”, presente na fala da Ana Fábria. Essas concepções indicam-nos a uma formatação e normatização do que é ser criança, a partir da percepção de esta ser “a fase mais importante da vida”, ou “a fase onde o desenvolvimento acontece e merece maiores cuidados”. Nessa concepção, as diferentes infâncias são desconsideradas por não se enquadrarem em um plano ideal de desenvolvimento e aprendizagem da nossa sociedade (as ricas, as pobres, as órfãs, as em situação de vulnerabilidade, as que trabalham ou as que não estudam), criando

possibilidade para a necessidade tensa de controle e de uma mediação idealizada com o mundo a sua volta.

## **Tema 02: Concepções e práticas relativas à educação e à escola**

*Foi a doença, foi o patológico que me levou para a educação (Pedro).*

Essa temática apresenta e discute as falas dos psicólogos clínicos e escolares sobre suas concepções e práticas em relação à educação, à família e à escola.

Dessen e Polonia (2007) compreendem que a escola e a família constituem dois contextos de desenvolvimento fundamentais para a educação do sujeito, embora exerçam funções diferentes. Ao trazer uma discussão sobre o tempo que a criança passa na escola contrapondo com o tempo que a criança passa com a família, a fala do Pedro faz-se pertinente para pensar as concepções e práticas dos psicólogos em relação aos processos educacionais e o vínculo desses com a família.

*A família, a mãe, o pai, são os seres mais interessantes para a criança. O ser que ela mais vai dedicar atenção, a partir do qual ela mais vai se construir subjetivamente, a partir do olhar desses seres. E quando a gente começa a perder essas figuras paterna, materna, esse outro familiar, a gente começa a fragilizá-lo, e a escola também não consegue fazer intervenções. Porque a criança vai se desestruturando, vai perdendo uma base sólida de construção afetiva.*

Em relação à família, Polonia e Dessen (2007) destacam que as figuras parentais exercem grande influência no desenvolvimento de vínculos afetivos, da autoestima, do autoconceito de seus membros, possibilitando a construção de modelos de relações que são projetados para outros contextos sociais. A família é, portanto, um dos primeiros ambientes de socialização da criança. Ao assegurar a proteção e o bem-estar de seus membros, desde o nascimento, configura-se como a primeira instituição social do sujeito,

mediadora dos modelos culturais. "Ela é a matriz da aprendizagem humana, com significados e práticas culturais próprias que geram modelos de relação interpessoal e de construção individual e coletiva" (Polonia & Dessen, 2007, p.22). As experiências vividas em família propiciam a formação de repertórios comportamentais, em relação a resoluções de problemas. Nesse sentido, ela é a base para construção de significados universais, como os cuidados com a infância e também de significados particulares como a percepção da escola para uma determinada família.

Por outro lado, a escola é percebida como o espaço de reunião das diversidades de conhecimentos, atividades, crenças, valores, tornando-se um ambiente não só físico, mas psicológico, social e cultural. O sistema escolar, mediante atividades programadas e informações sistematizadas, inclui interações contínuas e complexas, tornando-se um ambiente multicultural que abrange construções de laços afetivos e a inserção social (Polonia & Dessen, 2007). Sobre isso, Ana Fábria coloca:

*As escolas que são mais próximas dos pais me parecem mais cuidadosas. Essa é a minha bandeira. Porque são duas coisas diferentes a escola grande e a escola pequena. Escola grande é a instituição que tem várias turmas do mesmo segmento. É uma escola que a orientadora pode até saber quem é quem, mas não tem como ela se aproximar tanto e saber "essa é a mãe", "esse é o pai", "essa mãe faz isso", "esse pai faz isso", como nas escolas pequenas. Naquela interface escola-família "ah a escola trabalha junto com a família" mas nem a escola nem a família sabem muito bem que é isso e a gente está bem na intercessão, nós psicólogos, psicopedagogos, os fonos estão bem na intercessão. Porque se perdem, quem manda pra quem, quem faz o que. As escolas pequenas têm um pouco mais de possibilidade de entender isso, eu acho.*

O posicionamento de Ana Fábria remete-nos à possibilidade de construção de vínculo afetivo entre aqueles que educam. Em sua análise, a escola pequena facilita o diálogo entre a equipe escolar e a família, contribuindo com a contextualização das práticas escolares na realidade de vida da criança. Atentamo-nos a refletir que Ana Fábria traduz a realidade de famílias que possuem o privilégio de contar com o serviço

educacional privado, conquistando, assim, o direito de escolha por uma escola grande ou pequena para a criança. No entanto, sabemos que nem todas as famílias têm oportunidade de escolher a escola.

Polonia e Dessen (2005) compreendem os ambientes familiar e escolar como contextos de desenvolvimento humano e ressaltam a importância do firmamento de relações adequadas entre eles. Para elas, o processo de aprendizado e de desenvolvimento da criança pode ser maximizado quando a família e a escola mantêm boas relações, uma vez que professores e responsáveis podem buscar estratégias conjuntas e específicas ao respectivo papel que exercem na vida da criança. Por um lado, as autoras percebem que o ambiente familiar é negligenciado como promotor de desenvolvimento da educação. Por outro, aqueles responsáveis que possuem baixo nível socioeconômico também apresentam dificuldades ou se sentem inseguros ao participarem do planejamento escolar. Segundo elas, os conflitos e limitações da participação dos responsáveis nas atividades da escola, podem ser resultados de uma imagem negativa que eles têm de sua própria experiência escolar ou mesmo de um sentimento de inadequação em relação à aprendizagem. Compreende-se, portanto, que a aproximação da escola com a família é uma ação que busca contextualizar o comportamento da criança na escola a partir da análise de outros aspectos da sua vida.

Pedro pontua:

*A política de inclusão da Nossa Escola é: cada um é cada um. E isso daí é uma inclusão para todas as crianças. O que a gente observa ao incluir, é que a palavra pressupõe que a exclusão é inerente à escola. Como que a gente vai fazer a inclusão? É um absurdo essa palavra. Quer dizer que a escola exclui? É estranho. A criança entra na escola, ela está aqui. Está incluída, pronto, se matriculou. Não tem que fazer mais nada. O que eu tenho que cuidar é para ela não ser excluída. Então a gente tem começado a usar recentemente esse conceito na perspectiva de não exclusão e não de inclusão. Porque a gente não é excludente, porque que a gente vai incluir?*

Pedro aponta um paradigma entre inclusão e exclusão, partindo da postura de sua escola em compreender a singularidade de cada aluno, agindo na desigualdade das condições para buscar igualdade nas oportunidades. Essa é uma postura contra hegemônica e que, dentro de um contexto social excludente faz-nos questionar se é possível não excluir na escola e excluir socialmente - como o próprio Pedro cita sobre as falas racistas, movimentos misóginos e de preconceitos de uma forma geral as crianças fazem a partir de suas observações do mundo (fala do tema 01). Dessa forma, o movimento de inclusão na escola pressupõe um exercício diário de sensibilidade às diferenças e de contextualização histórica e cultural.

A problematização de Pedro vai ao encontro do pensamento de autores como Maciel e Barbato (2015) que organizaram o livro “Desenvolvimento humano, educação e inclusão escolar”, trazendo a discussão de que “o substrato da inclusão são as diferenças” (Kelman & Amparo, 2015, p. 29). Segundo Kelman e Amparo (2015), pensar a inclusão social pressupõe estar sensível à diversidade, um movimento que o ambiente escolar tem encontrado dificuldades para colocar em prática por apelar, fortemente, pela seletividade. O processo de homogeneizar o sujeito em torno de uma referência de desenvolvimento e aprendizagem configura-se como um problema por impedir a diversidade cultural, presente na sala de aula, seja trabalhada de maneira favorável. Dessa forma, o que há de singular no sujeito é visto como algo que atrapalha o grupo, por não ser esperado ou mesmo aceito como “normalidade”. Uma fala de Ana Fábria ajuda-nos a refletir sobre esse processo.

*Esse garoto que eu te conto, mais velho de 12 anos, ele não copia, ele não faz tarefa, ele esconde algumas coisas... Mas o resultado, - ele está numa escola militar. Risos. - os resultados são ótimos, sabe? Ele fala "eu não preciso copiar", ele tem essa consciência. Mas a agonia em volta não entende que pra ele, pra aprendizagem dele, pro resultado final, aqueles cadernos da mesma coisa, não fazem sentido, não tem significado pra ele. É difícil né? Vulnerável porque... ele é pequeno, todo mundo é grande, tá todo mundo falando o que ele tem que fazer.*

A partir da análise de que o substrato da inclusão é a diferença, nos questionamos: como exigir de alguns alunos que copiem a atividade e de outros não? A perspectiva de olhar para as necessidades individuais traz grandes desafios para o ambiente escolar. Ana Fábria problematiza a escola como uma instituição que se constitui sobre uma base universal, buscando processos de ensino-aprendizagem universais. Para Dayrell (1996), quando os agentes educativos buscam resultados iguais no processo de ensino-aprendizagem, os conhecimentos são reduzidos a produtos, materializados em livros didáticos. O ato de ensinar restringe-se a transmitir “coisas” acumuladas ao longo do tempo e aprender adquire significado de assimilar tais “coisas”. A ênfase que é dada à “cópia no caderno”, à realização de provas e à conquista de notas, tem como consequência a redução da finalidade da escola em “passar de ano”, empobrecendo as possibilidades de transformação dos sujeitos integrantes desse espaço. “A diversidade real dos alunos é reduzida a diferenças apreendidas na ótica da cognição (bom ou mau aluno, obediente ou preguiçoso, etc.) ou na do comportamento (obediente ou rebelde, disciplinado ou indisciplinado, etc.)” (Dayrell, 1996, p.139). Em um trecho da nossa conversa, Maíta levanta a seguinte questão:

*Eu acho que a escola às vezes prioriza isso, que o aluno tem que ter nota, tem que ter média. Tem escolas que isso é muito forte, desde criança dizem preparar para concurso. Isso é assustador! E os pais se preocupam muito em como o filho vai se virar no trabalho, talvez tivessem tantas questões mais básicas e principais para serem pensadas e ficam “quero resolver isso para ele chegar no vestibular e conseguir”.*

Maíta retrata o cenário neoliberal em que a condição de sucesso é referenciada na conquista de um posicionamento de destaque no mercado de trabalho; ter sucesso é ter um bom emprego, é responder com uma produtividade alta. Esse movimento abre brechas para a patologização da educação, pois se subentende que os alunos devem comportar-se dentro

da expectativa da instituição e que sua aprendizagem deve estar dentro da considerada “normalidade”. Pedro destaca:

*O sintoma, a doença, ela surge a partir de uma adequação com uma espécie de projeto que se desenha para o que a gente quer das pessoas. A gente faz um projeto de vida para as pessoas. Existe uma cultura assim. E aí conforme a pessoa não responde a esse projeto de vida que é dado a ela, e aí cada cultura tem o seu projeto, o patológico se instala. Mas pensando na educação, uma criança que passa 8, 5 horas por dia frequentando a escola, é esse lugar que vai ter mais condições de patologizar.*

Ao reduzir a função da escola à obtenção de notas, resultados e aprovação no final do ano, o número de alunos que não atingem os objetivos estabelecidos aumenta e inicia-se uma grande corrida para encontrar o motivo pelo qual esse aprendizado supostamente não acontece. Conforme foi apresentado na fundamentação teórica, diversas pesquisas apontam que os alunos com queixa escolar são frequentemente encaminhados para diagnósticos médicos e psicológicos, por um pedido da escola a qual anseia por laudos reveladores das dificuldades percebidas em sala. Pedro, que em sua trajetória profissional também atuou na clínica, atendendo crianças com dificuldades de aprendizagem, relata sua experiência:

*A principal demanda que vinha era das escolas que falavam para os pais procurarem um terapeuta, um psicólogo. Eu sempre fazia essa interlocução, eu ia para as escolas conversar – aí um dia eu me toquei que eu tinha em uma sala de uma escola três crianças. Aí eu comecei a achar isso suspeito. Aí eu comecei a pisar mais na escola, a perceber que a minha intervenção muitas vezes era para fazer com que a criança se adaptasse à sociedade. E a grande questão patologizante da criança era o ambiente e não a criança. Era a escola que não estava encontrando uma adequação para aquela criança dentro do que ela tinha para o currículo. [...] Então, o que me levou para a educação foi o patológico, foi a doença, foi o problema. Eu acho que não foi uma inspiração por mudar os processos pedagógicos, por uma educação emancipadora, livre...*

Sobre isso, Talita também relata as suas experiências vivenciadas nas escolas em que trabalha, especialmente em relação aos diagnosticados com TDAH “Os próprios professores cobram ‘pai, você não está dando o remédio para o menino não?’, ‘Não pode estar tomando o remédio, porque está desse jeito!’ Iiiixe, a gente escuta isso todos os



*dias!*". As colocações da Talita e do Pedro, sobre os encaminhamentos feitos pela escola, mostra-nos como a patologia é a saída mais rápida para a resposta das dificuldades de aprendizagem ou de "maus" comportamentos na escola sem, no entanto, analisar o contexto escolar e suas contradições. Em relação a isso, Pedro coloca:

*[...]na grande maioria das vezes, a escola não esgota as possibilidades de intervenção que ela tem e encaminha de um jeito muito fácil. A saída para o terapeuta é uma coisa que a gente encontra com bastante facilidade nas escolas. Aí eu percebi que a gente precisava de uma intervenção nas escolas, construir uma intervenção e não "ah, vou lá fazer uma fala com os professores e vou resolver esse problema". Precisava estreitar meu diálogo com a escola.*

Ana Fábria também se posiciona:

*Joga na mesma sala de aula, que vai ter uma professora ensinando do mesmo jeito, que geralmente é o mesmo jeito sempre, quadro e carteira, silábico, fonético, mas tudo cai na mesma repetição. Vai ter criança que vai super responder a isso e ficar bem, vai ter criança que não vai aguentar. Por que a criança que não aguenta aquilo tem TDAH? Por que a criança que é diferente da analítica ou da sintética, em determinada contingência, em determinado estímulo, vai ter TDAH? Porque não respondeu de um jeito adaptativo. Não tenho paciência pra isso. Acho que precisava de uma boa investigação pra entender, pra olhar para o único da criança. Não vejo as escolas muito preocupadas com isso, as que eu participo, as que eu vejo. A educação em geral. Eu vejo: Tá calma? Tá dando conta de 5 horários? Tá dando conta de parar só 20 minutos para correr, para brincar? E nem pode correr, porque pode cair, pode bater a cabeça. Ai no recreio é: "não corre, não corre!". É o que você mais escuta. "Fulano desce daí! Não corre". Por quê? Porque as turmas são grandes. Sei lá porque... Aí é tudo muito TDAH pro meu gosto, sem ser, sem de fato ser.*

Pedro e Ana Fábria questionam os saberes e fazeres da escola sobre a infância, indicando mudanças necessárias no modo de ver a criança e o processo de ensino-aprendizagem para que houvesse uma intervenção aplicada à necessidade de cada sujeito e não somente de adaptação às regras escolares.

Nessa temática, trabalhamos o quanto a escola é um ambiente dinâmico e marcado por contradições. A psicologia que historicamente, ocupou-se da educação, ainda é colocada em uma posição de suposto saber sobre os processos educativos. As falas dos psicólogos, em ambas as áreas, revelam a necessidade da escola em encaminhar a criança

para um especialista, sem antes promover mudanças no contexto escolar que atendam demandas subjetivas dos alunos em sala de aula. Apesar de a realidade apresentada por Pedro configura-se de um modo diferente, quando comparado à maioria das escolas, o psicólogo reconhece, a partir das experiências anteriores, que sua possibilidade de atuação é privilegiada na escola onde trabalha, em virtude da construção institucional ser associativa e sem fins lucrativos.

Percebemos, nesse sentido, que todos os psicólogos veem a necessidade das escolas trabalharem aspectos mais subjetivos no seu cotidiano, sem, no entanto, culpabilizar unicamente a família ou a criança pelas dificuldades enfrentadas. A necessidade da participação da família nos processos educativos também é mencionada por todos. Em particular, as psicólogas clínicas Maíta e Ana Fábria relatam a insegurança dos pais em lidar com as dificuldades dos filhos, bem como a necessidade de acolhê-los em suas angústias, dúvidas e receios em relação a esse processo.

### **Tema 03: Concepções e práticas relativas ao TDAH**

Para compreender a atuação do psicólogo clínico e escolar frente às demandas de queixa no processo de ensino e aprendizagem, escolhemos debruçar-nos sobre o TDAH por trata-se de um diagnóstico que tem aumentando nos últimos anos, como apresentado no referencial teórico desta dissertação (Moysés & Collares, 2010; Temporão, 2013; Untoiglich, 2013; Moraes, 2015; Ribeiro, 2015; Santos, 2015). Sobre o transtorno, os entrevistados analisam:

*Ana Fábria: Pra mim, é a fabricação de uma doença que está acontecendo agora. Nem toda criança tem o TDAH. Eu nem sei se existe esse TDAH. Mas não se pode dizer que aquele monte de crianças tem TDAH. A minha amostra aqui é uma*

*amostra pequena. Eu não atendo milhares de crianças. E essa amostra pequena, quando chega aí um, dois ou três, eu já acho muito. E o que eu escuto fora é isso, tudo é TDAH. E tudo é: “e aí? os pais decidem se dão a medicação ou não?”. Gente! Precisa estar dando uma olhada muito maior.*

*Pedro: Eu tô esperando... Mas não existem estudos conclusivos de algumas patologias mentais no campo dos neurotransmissores. Isso vale pra autismo, isso vale pra TDAH, vale pra Transtorno Desafiador Opositivo (TOD). [...] Então a gente vai diante de alguns fracassos no processo civilizatório, a gente constrói justificativas patologizantes. Foi o Criador que quis assim, foi a hereditariedade, é a genética, agora é uma falha no lobo temporal. O TDAH não sei..., acho que se eu tivesse que fazer uma pesquisa sobre TDAH eu ajudaria o mundo a entender melhor a construção social que é essa doença.*

*Maíta: Como profissional eu acho complicado a gente afirmar, essa criança tem TDAH. Eu não acredito que possa ser só por uma alteração cerebral, ou que essa alteração surja do nada, mas acho que pode ser um conjunto de fatores. O que eu vejo de crianças medicadas é que o problema não é resolvido, pode até amenizar uma coisa ou outra, mas não resolve.*

*Talita: A gente questiona muito o diagnóstico de TDAH. Existe uma cultura muito forte do diagnóstico. Quando o menino começa a dar trabalho o professor mesmo fala para o pai procurar um médico que esse menino não é normal, antes mesmo de chegar para a gente, porque eu trabalho na equipe.*

As falas dos participantes, sobre o TDAH, nos direcionam para a compreensão da dúvida deles em relação à construção desse diagnóstico como algo estritamente biológico, questionamento amplamente analisado por diversos autores que adotam uma postura contra hegemônica em relação à patologização da educação. Maíta e Talita debatem sobre a doença demandando que ela seja analisada de maneira contextualizada a outros fatores que circundam a vida da criança. Em uma postura mais enfática, Ana Fábria e Pedro questionam a “*fabricação de uma doença*” e a ausência de “*estudos conclusivos*” que o confirmem o transtorno e sua origem biológica. As autoras Moysés e Collares (1992, 2010, 2011) promoveram diversas publicações que questionam a fidedignidade das pesquisas em torno da definição da doença a partir de uma lesão anatômica, de origem genética. Elas questionam ainda os instrumentos e procedimentos utilizados na pesquisa, citando RMN funcional, SPECT e PET; procedimentos de neuroimagem, que não permitem a diferenciação entre um problema de origem física ou de uma má alfabetização.

Pedro procura embasar seus questionamentos refletindo sobre a noção de neutralidade da ciência e seus os critérios para definir o que é considerado normal e o que é considerado patológico: “*O DSM 5 não tem teoria. E aí dá a impressão de que um olhar científico, um olhar só para o objeto, pressupõe a verdade, como se não estivesse fazendo uma interpretação. E não existe isso, não existe neutralidade. A ciência está sempre sendo usada para um fim político*”. Além disso, questiona os padrões nosográficos colocados pelo DSM, destacando que as descrições apresentadas não refletem as singularidades dos sujeitos atendidos.

Autores como Rodrigues (2003), Frances (2013), Araújo, Lotufo Neto (2014) e Ribeiro (2015) propõem-se a analisar as mudanças ocorridas no DSM ao longo de suas edições, indicando sua composição cada vez mais descritiva e atórica, a fim de cumprir a fidelidade diagnóstica e evitar hipóteses etiológicas. Sob essa perspectiva, Frances (2013) critica a consequente ampliação das classificações dos transtornos mentais e o número de pessoas diagnosticadas.

Em relação ao aspecto descritivo do DSM, apresentamos anteriormente o instrumento SNAP-IV (Anexo A) - questionário muito utilizado por especialistas na análise clínica (comportamental) do TDAH. Sobre o SNAP-IV, há um trecho da conversa com Ana Fábria que se faz pertinente a este estudo:

*Adrielly: Você recebe crianças com TDAH?*

*Ana Fábria: Quando chegam para mim, já chegam rotuladas. Eu não me vejo com habilidade de falar que essa criança tem TDAH.*

*Adrielly: Você não dá o diagnóstico?*

*Ana Fábria: Não. Mesmo tendo feito o curso de psicodiagnóstico infantil, mesmo podendo perceber, podendo olhar aquele instrumento aberto que... Não acho legal. Pode botar aí, **não acho legal**. Um questionário do TDAH. Eu falo: Como que é isso? Não. Pelo amor de Deus! [grifo nosso].*

*Adrielly: O que você acha dele?*

*Ana Fábria: Eu acho ele bobo. Eu acho ele malfeito. Eu acho que ele não é um instrumento.*

Ana Fábria posiciona-se contra a utilização do instrumento SNAP-IV, julgando-o inadequado para diagnóstico. Em consonância à crítica da inadequação dos métodos de diagnóstico e tratamento dos transtornos, Pedro levanta a seguinte questão:

*[...] daqui 50 anos quando a gente olhar pra traz, o que a gente vai dizer disso? Sabe quando a gente olha para 200 anos atrás e vê as pessoas fazendo sangria pra curar as doenças mentais? A gente fala “nossa, que absurdo, eles eram involuídos”. Ai hoje a gente também vai ser um fracasso para o futuro. Considerando que a gente consegue olhar para a história, é preciso refletir como nós estaremos situados na história daqui 200 anos.*

Autores como Salazar (1996) e Patto (1997) observam que a necessidade da escola em realizar o encaminhamento das crianças com dificuldades de aprendizagem para um especialista, representa a transferência das responsabilidades pedagógicas para responsabilidades médicas, psicológicas e afins. Como resultado das avaliações realizadas, é comum que as escolas recebam laudos os quais contam sobre o processo de investigação realizado com a criança. Diante dessa realidade, o laudo também foi tema da conversa com os psicólogos participantes desta pesquisa.

*Talita: Eu particularmente vou até aos médicos quando chegam [os laudos]... Porque ele chega pra gente pelo médico. Infelizmente para o menino ter direito ao atendimento ele precisa do laudo, de um diagnóstico, para ele ser inserido no sistema e garantir uma redução de turma, um atendimento na sala de apoio... [...] Quando o diagnóstico vem de dentro da regional a gente consegue questionar os médicos. Quando vem de fora é mais difícil<sup>3</sup>. Mas o próprio médico já sabe. Segunda eu fui conversar com um médico e ele “mas o que que eu faço? Se a Secretaria só dá o atendimento pelo diagnóstico, eu dou o diagnóstico”. Ai a gente não concorda, mas eu entendo porque o médico faz isso, porque o pai faz isso, porque é uma coisa bem estrutural da forma como a Secretaria de Educação funciona. Não é uma questão só clínica, não é uma questão só escolar, é familiar, é social, é mais amplo.*

---

<sup>3</sup> Talita costuma se reunir periodicamente com a equipe médica que atua na rede pública de saúde de sua regional. Essas reuniões facilitam o questionamento da análise médica que levou ao diagnóstico. Em outro contexto, quando o laudo é emitido por um médico que não faz parte da regional, o diálogo entre a psicóloga escolar e o médico torna-se mais difícil.

Apesar de o contexto descrito por Talita referir-se à realidade das escolas públicas do Distrito Federal, muitas outras escolas só conseguem disponibilizar o uso da sala de apoio, o acesso à aula de reforço, a inserção em uma turma com número reduzido de crianças ou a possibilidade de fazer prova com um tempo maior, caso a família apresente o laudo do especialista. Como nos aponta Santos (2015) “para ter acesso a um direito é preciso comprovar um distúrbio, é preciso estar fora da norma (p.30)”. É importante refletir que qualquer aluno, o qual faça uso desses meios, tendo laudo ou não, se beneficiará das ações da escola, pois trata-se de dinâmicas que observam a necessidade singular do aluno. Certamente, essa não é uma necessidade de todos. No entanto, a maneira como o sistema educacional do Distrito Federal organiza-se, vincula a necessidade de acesso a tais recursos à doença. As dificuldades impostas ao alcance desse recurso incentivam, por um lado, a banalização dos laudos e, por outro, estimulam a criação de desordens físicas que não existem.

Nesse contexto, Talita relata sobre o atendimento de um caso:

*Eu já fui ao hospital da criança porque era um caso extremamente sério, sabe? Foi dado um diagnóstico de deficiência intelectual para o menino sem passar por um psicólogo, até uma questão institucional, uma pedagoga aplicou um teste e falou que o menino era deficiente e esse relatório chegou no médico e ele emitiu laudo falando que o menino era deficiente, TDAH, TOD... Porque eles casam um monte de diagnóstico. E na, minha opinião, ele tinha uma questão comportamental muito forte, mas tem uma história de vida bem difícil. Eu fui lá porque era um caso grave. E isso é meu, tenho colegas que não fazem, porque a gente não recebe pra isso, a Secretaria não oferece um transporte pra gente... Todos os professores da escola já conheciam a história dele, todo mundo já tinha aquela percepção negativa... Tentaram mandar ele embora, não podia... Uma medição de força! Não adiantava eu falar, eu recém-chegada na escola, tentava conversar, as pessoas não davam muita credibilidade. Ai a gente busca o recurso do documento. Porque a palavra do médico ainda tem muito mais valor. Ai eu fui pra mostrar pra ele [o médico] o que eu já tinha visto o que eu já tinha feito. Eles têm uma dificuldade de discutir com a gente né?! [...] Quando a gente questiona o diagnóstico, eles entendem como se a gente tivesse questionando eles. [...] Mas eu pelo menos consegui provar que a criança não era deficiente intelectual (DI), já foi um avanço. Ai eu trago um relatório falando que o menino não é DI, e meio que isso é um jogo, ai eu consigo falar pro meu professor “olha, ele não tem deficiência, o*

*que está acontecendo com esse menino?”, ai eu consigo trabalhar a questão do investimento pedagógico. Depois disso, a criança foi alfabetizada. Ai ela teve a sorte de pegar uma professora excelente. Fizemos um trabalho com ele durante dois anos. Ele continua com o diagnóstico de TDAH, tomando um monte de remédio, mas o fato dele ter sido alfabetizado, não ter saído da escola, não ter o nome que falavam nos corredores, já foi um avanço muito grande.*

A partir desse caso, Talita oferece-nos a oportunidade de refletir sobre a maneira pela qual o laudo torna-se um determinante para que algumas mudanças no contexto educacional aconteçam. A partir do pensamento biomédico, hegemônico, a opinião médica é respaldada no ambiente escolar e ocupa lugar soberano frente às decisões escolares quando comparado à pedagogia e à psicologia. Essa prática reforça a ideia de que deve haver um diagnóstico nosográfico, e que, sem uma classificação prevista cientificamente, pouco se pode fazer pela criança. Nesse sentido, o médico torna-se o especialista que, amparado pelo discurso científico, pode dizer exatamente aquilo que a criança “é” e aquilo que ela necessita, uma vez que os demais sujeitos os quais compõe o contexto social da criança (pais, professores) são colocados (e colocam-se) em uma posição de saberes insuficientes para uma participação ativa no processo de construção de possibilidades de enfrentamento.

Sendo o laudo um relatório emitido pelo profissional (médico, psicólogo, fonoaudiólogo...) e que aponta os resultados, por escrito, do exame realizado com um sujeito, aquele será também um reflexo da concepção de saúde que o profissional adota em sua prática, uma vez que a escolha dos instrumentos utilizados, bem como a conduta no processo de diagnóstico está imbricada a esta concepção. Nesse sentido, ao encontrarmos laudos que contenham estritamente classificações e critérios nosográficos pré-estabelecidos, pressupomos uma reprodução do modelo hegemônico de saúde, o biomédico. Patto (1997) analisa que os laudos justificam a exclusão escolar e reduz os alunos a portadores de defeitos, transtornos e distúrbios. Há previamente a crença de haver

uma anormalidade, a qual os testes e exames apenas descobrirão qual é. Para a autora " o fato de invariavelmente aprovarem (laudare significa aprovar) a crença dos educadores de que há algo errado com o aprendiz mostra uma significativa convergência das visões técnico-científica e do senso comum" (p. 51).

Ana Fábria também nos apresenta essa realidade "*Não sei se você vive isso, o vácuo que é entre o psiquiatra e o psicólogo. Entre o neuro e o psicólogo. São poucos que são abertos, são poucos os que falam 'vai para a terapia'*". Maíta também se refere a essa questão: "*O médico falou né? Tem esse peso do médico como detentor do saber*". Ao realizar uma análise histórica sobre a relação entre a psicologia e a educação, Lima (1990) escreve:

a psicologia se vê hoje ameaçada pela medicina: não tendo podido dar conta do fracasso escolar e contribuir efetivamente para a melhoria da performance escolar das crianças, a psicologia perde sua hegemonia e educadores se voltam cada vez mais para a medicina para a solução dos problemas de aprendizagem (p.4).

Atuando em uma realidade diferente, Pedro conta a sua experiência:

*Adrielly: E como que fica a relação da escola com o profissional sobre os laudos que são emitidos com o diagnóstico?*

*Pedro: A gente pega o laudo lê e coloca ali na gaveta, sabe? E aí a gente pode recorrer a ele se a gente precisar do laudo. Porque não é o laudo que vai dizer sobre a criança, é a gente e o diálogo com o terapeuta e com a família - um diálogo mais franco - que vai dizer. Tem uns laudos aí que dizem que a criança tem Transtorno Desafiador Opositivo, não me ajuda! [...] Aqui na Nossa Escola hoje, eu acredito que tenha uma ou duas com diagnóstico suspeito de TDAH. O médico já trocou pra outro diagnóstico. E aí fica nessa assim. E aí pra que que serve esse diagnóstico eu não sei, porque enquanto eles ficam pensando que quando souber o diagnóstico eu vou saber o que fazer, isso é uma mentira. E enquanto eles ficam querendo saber o diagnóstico, a gente fica trabalhando com a criança aqui. Na Nossa Escola a gente esgota as possibilidades da escola e daí depois pensa em fazer um encaminhamento. [...] Mas falar que ela tem TDAH é muito fácil.*

Pedro refere-se ao pouco auxílio pedagógico proporcionado pelo laudo para que as mudanças sejam efetivas no contexto escolar. A escola associativa, desprendida da



exigência do diagnóstico para o alcance de recursos nas políticas públicas, encontra seus próprios meios dialógicos e relacionais de resolver as dificuldades da criança. Seguimos nosso diálogo:

*Adrielly: E você acha que era possível construir um laudo que ajudasse?*

*Pedro: Laudo é uma palavra que já não ajuda. O que a gente precisa construir é pensar junto. O que a gente quer pra essa criança? Ah, a gente quer tal coisa. Então vamos ver o que a gente pode oferecer naquela escola, o que ela tem e tal. Isso pode ajudar. [...] Mas o laudo sim, acho que é um documento e às vezes você precisa dele pra conquistar direitos nas Políticas Públicas. Infelizmente a gente precisa dele, ele não tem que ser demonizado. Mas o ideal seria que a gente não precisasse mais, conseguisse só dialogar.*

Rosa (2011) comunga do pensamento do Pedro ao perceber que os aspectos os quais mais se destaca como importantes recursos para que o trabalho do psicólogo seja efetivo, no acompanhamento da criança com queixa escolar, são a consistência e a frequência do contato entre a escola e o psicólogo o qual atende uma criança encaminhada. Segundo a autora, o encontro entre os educadores e o psicólogo fomenta um espaço de escuta e interlocução, possibilitando que os docentes apropriem-se de referenciais teóricos os quais favorecem a ressignificação de suas atuações educativas e pedagógicas.

No entanto, Angelucci (2013) aponta-nos que nem sempre essa troca de experiências é favorecida. A autora narra dois atendimentos realizados durante o estágio no curso de Orientação à Queixa Escolar, apresentando um caso que se pôde contar com a participação efetiva da escola e outro em que a escola não percebeu motivos para que essa participação acontecesse, recomendando, por outro lado, a realização do atendimento psicológico com a função de “desbloquear” as funções cognitivas da criança para que, a partir disso, o aprendizado pudesse acontecer na escola. Sobre os diferentes contextos da queixa escolar, Angelucci (2013) analisa que o princípio do atendimento envolve, necessariamente, as práticas escolares. Por isso, a atuação do psicólogo deve constituir-se sob esse foco. Segundo a autora, o primeiro objetivo dos psicólogos que se debruçam

sobre o enfrentamento das dificuldades escolares deve ser a compreensão do contexto da criança junto aos atores envolvidos na situação da queixa. Isso significa que, mesmo tendo sido a família a tomar iniciativa na busca por atendimento, o psicólogo deverá propor o diálogo com a instituição escolar. A autora afirma:

Já nesse instante um grande problema deve ser enfrentado: em princípio, a instituição educacional não fez nenhuma demanda por atendimento psicológico para si mesma. Afinal, quem procurou por atendimento foram os familiares. O que fazer então? O que se pode fazer é, a partir da queixa sobre a criança ou o jovem, conhecer as versões dela/dele e de sua família sobre o que está acontecendo para, então, propor-se à escola que participe do processo de reconstrução da história deste problema de escolarização. Quando o convite é aceito, surge a possibilidade de se conhecer o cotidiano escolar, o que permite a discussão sobre as implicações desse universo, assim como do universo familiar, na construção da queixa com os educadores, a criança, ou jovem e sua família. (p. 354)

Em uma segunda versão, na qual há a ausência de implicação dos educadores na problematização das dificuldades de aprendizagem, especificamente sobre o segundo caso relatado por Angelucci (2013), a autora aponta para uma diferença eminente em relação à maioria dos casos dos pacientes que atende: o tempo de intervenção. Ela conta que, dentro da modalidade de atendimento adotada por ela, é comum que os atendimentos de queixa escolar durarem cerca de dois meses, mas ocorreu que, sem a participação da escola nesse processo, o caso acompanhado teve a duração de sete meses. Angelucci (2013) relata, ainda, que recomendou aos pais a transferência da criança para outra escola.

Em relação ao distanciamento da escola com os processos dialógicos propostos pelo psicólogo, Pedro compartilha um trecho da sua experiência *“Eu tive esse impasse em outra cidade que morei, com um paciente que eu não atendo mais, mas uma colega segue atendendo. Ela trabalha nessa linha, mas ela precisa usar o diagnóstico para conseguir dialogar com a escola”*. A fala do Pedro aponta-nos para a compreensão de que o laudo pode ser um meio de inclusão do psicólogo no processo de acompanhamento e cuidado com a criança. Maíta relata seu incômodo sobre essa questão:

*Maíta: Eu nunca cheguei a ser demandada a fazer laudos. Eu já cheguei a fazer relatórios de atendimentos que eu fiz, mas nada com esse peso. Eu sempre senti medo dessa hora. Isso nunca aconteceu comigo, com o laudo. Já aconteceu conversas, relatórios explicando o que eu observei aqui, mas nunca... Até sugeri, que pela avaliação feita que não foi constatado, meu “diagnóstico”, digamos assim, mas nunca como algo conclusivo. E eu sempre tive medo disso porque a minha formação não me preparou para isso e eu acho que a minha forma de ver o TDAH também me barra muito nessa questão.*

Diversos autores defendem a utilização de métodos de avaliação e atendimento que privilegiam modelos qualitativos de investigação (Rezende, Lima, Naves & Silva, 2010; Rosa, 2011; Angelucci, 2013; Rezende; Oliveira & Gomes, 2013; Leandrini & Saretta, 2013). Com o objetivo de buscar uma melhor compreensão do contexto que circunda a criança com dificuldade de aprendizagem, os autores propõem uma análise complexa do processo de ensino-aprendizagem, da inserção da criança em seu meio escolar, suas concepções sobre leitura, escrita e número, sentimentos e expectativas sobre o papel do professor, o papel da família e a interface da educação com outros campos do saber. Sob essa perspectiva, Martínez (2005) afirma que o processo de avaliação ou de diagnóstico da queixa escolar constitui-se mais como pesquisa-ação do que como rotulação.

Ainda sobre a análise do diagnóstico, Maíta faz um questionamento importante

*Uma professora minha falou “olha, a gente tem que tomar cuidado pra não dizer que o TDAH não existe. Existe sim, a gente não sabe se existe ou se foi produzido. Que existe, existe, causa sofrimento, tem crianças sofrendo, tem crianças com dificuldades e o que a gente vai fazer?”. Falar que não existe é tornar invisível a própria questão da criança. Eu acho que mais do que dizer assim “seu filho não tem nada” ou “o seu filho tem que tomar remédio” é fazer primeiro com que os pais e a criança se sintam mais seguros, mais acolhidos, recuperem a autoestima. O pensamento de que a criança não é o TDAH, ela é uma criança, uma pessoa. Os pais, antes de ser pai e mãe, são pessoas que acertam e erram, vão aprendendo a ser pai e mãe com o filho.*

Maíta problematiza que o diagnóstico torna o TDAH um fato. Mesmo que seja adotada uma compreensão segundo o qual o transtorno é uma construção social, complexa e multifatorial, ele existe na descrição diagnóstica, no site da ABDA, no laudo médico, na expectativa dos pais, professores e especialistas, na construção da identidade e do

sofrimento da criança. Nesse caso, não será a lesão cerebral ou a falta de neurotransmissores que deverá ser supostamente curada, mas sim a identidade de “doente” e a inércia paralisante do contexto no qual essa criança insere-se.

O tema da medicalização foi abordado por todos os entrevistados:

*Pedro: Então como é que eu descubro se ela tem TDAH, eu dou pra ela o remédio Concerta - olha que cinismo o nome desse remédio - e passou? Ah! Acertei. Então esse modelo a posteriori, de resignificação, de você ver depois os efeitos do remédio, é completamente óbvio que isso é uma construção farmacêutica. [...] a gente não pode ignorar o aparecimento do diagnóstico coincidentemente com a venda de metilfenidato. A gente não pode olhar “oh, o metilfenidato veio melhorar”. Não, é uma coisa só. A psiquiatria surge para produzir doenças, para vender medicamentos. O que a gente percebe são crianças em sofrimento psíquico grave. Que elas precisam ter alguém que vá e consiga construir com elas uma vinculação com alguns objetos do mundo. Isso talvez devido a uma desorganização na família, uma desorganização na construção subjetiva dela, mas isso não é um transtorno. [...] eu não consigo curar o TDAH agora, mas eu consigo ver que tem alguma coisa errada aí, que tem uma relação muito óbvia e coincidente com a indústria farmacêutica. É muito óbvio. Tem um aumento do diagnóstico junto com o aumento do medicamento. E as pessoas que trabalham com políticas de saúde sabem quais são essas compras de medicamento para o Estado, como têm máquinas, como têm parlamentares que são donos das indústrias farmacêuticas. Então o que que é o TDAH? O TDAH é um grande nicho de mercado*

*Ana Fábria: Ele é muito falador, ele fala muito palavrão. Ai me jogam ele num neuro que não é nem neuropediatra, mas que tem o costume aqui em Brasília de atender muitas crianças, investiga os pais e pá pum, Ritalina. Não é que eu seja anti a medicação. Acho que a medicação é uma ferramenta pra ser usada quando de fato a criança vai ter maior qualidade se a ferramenta está presente. Ela vai ter menos prejuízo, porque tem um prejuízo embutido na medicação que a gente sabe. Mas ela vai deixar de ter tanto prejuízo se ela for medicada, ai ok! Mas não é o caso dessa criança específica.*

*Maíta: Uma delas, com 13 anos, a mãe já chegou com um laudo, o diagnóstico fechado, todos os exames que ele tinha feito. Começou a Ritalina, só que isso não ajudou, ele tinha muitos efeitos colaterais. Sentia muita dor de barriga, dor de cabeça, mal estar e ai o que era ruim na escola, piorou. Não ia na aula, porque passava tão mal... E a mãe, acho que também por não saber o que fazer, “não, você tem que tomar o remédio. O remédio é que vai resolver”. Porque foi isso que foi passado para ela pelo psiquiatra, pela psicóloga da época, reforçava muito isso. Ele me disse depois que fingia que tomava, colocava debaixo da língua. Eu percebi que todos os meus pacientes que tomaram Ritalina passava mal ou falavam que não resolvia nada. Eu nunca tive um paciente que falou “eu tomei e foi ótimo”, ainda não tive, pode ser que apareça.*

*Talita: Eu acho engraçado porque tem médicos que receitam a Ritalina de segunda a sexta, no sábado e no domingo o menino não precisa tomar, feriado ele não precisa tomar. Hahaha Então, acho engraçado ne?! Como você não é TDAH no sábado e no domingo? A minha posição em relação ao uso de psicotrópico na infância é bem complicado. Você induz Ritalina na criança sem tentar nada antes? Porque pode ser que muitos precisem, só que na grande maioria o remédio é a primeira estratégia, quando deveria ser a última. A grande maioria dos meninos são medicados.*

Os entrevistados apresentam-nos um pensamento contra hegemônico do processo de medicalização da educação, problematizando a análise exclusivamente biológica que muitas vezes eles encontram em seus respectivos contextos de trabalho. Eles criticam a atuação do medicamento isolado do contexto social e educacional da criança, indicando a existência de uma expectativa da família e da escola de que, sozinho, o medicamento resolva as dificuldades de aprendizagem. Em crítica à medicalização, Ana Fábria queixa-se de momentos em que o medicamento atrapalha seu processo de intervenção clínica:

*Pessoalmente eu só fui a duas consultas com psiquiatras, mas não eram crianças, eram jovens adultos, porque a medicação estava demais e não tinha trabalho que fizesse. Tá medicado demais, não tem trabalho terapêutico, Adrielly. A pessoa está completamente tomada pela medicação. Você vai falar com algo que está modificado, você não vai chegar no self, não vai chegar no profundo. Ela precisa sentir alguma coisa. Por mais que você bote em catarse que for aqui. Não vai sentir porque a medicação é mais forte. Tá dentro, tá atuando no sistema nervoso central.*

Ana Fábria percebe a medicação como uma forma de o sujeito ausentar-se do sofrimento que a situação vivida impõe a ele, impedindo-o de tomar consciência sobre suas responsabilidades e possibilidades de transformação. Ainda sobre o processo de medicalização, Ana Fábria e Talita fazem os seguintes questionamentos:

*Ana Fábria: Se você conversa com ele (pré-adolescente), ele já está convicto que ele só funciona com o remédio. Ele só vai tirar isso dele lá então, quando ele for um adulto ou um jovem adulto que comece mesmo um questionamento profundo sobre o que está acontecendo, porque agora ele tem que obedecer esses pais. Os pais acreditam muito que ele precisa dessa medicação, porque fica uma criança mais difícil. Sim, fica. E aí? Tudo vai se resolver com o remédio?*

*Talita: Me dói muito escutar de uma criança “tia, eu sou assim porque eu sou doente”. Eles não são doentes! Eles precisam de alguém que acompanhe, de*

*alguém que oriente, de alguém que ensine. Precisam ser vistos como crianças e não como doentes. A implicação negativa que tem o diagnóstico para a vida de uma criança é uma coisa que me preocupa muito.*

As falas da Ana Fábria e da Talita apresentam-nos um cenário em que o diagnóstico de TDAH torna-se uma questão de identidade, muito mais de que um estado de sofrimento. Nesse sentido, a criança não tem TDAH, ela é desatenta e hiperativa. O diagnóstico, firmado como nome, cria modos de vida, processos de subjetivação e experiências coletivas. Como colocam Baroni, Vargas e Caponi:

O paciente, ao buscar no seu diagnóstico, uma razão que explique e justifique seus sintomas, acaba por auxiliar na produção do nome de sua doença, selecionando para confessar ao médico o que é já considerado como anormal em relação ao seu estado anterior e ao que é previsto como normal para os indivíduos sob essa mesma realidade. Este saber da doença não se resume ao saber produzido pela disciplina médica, mas também advém do saber produzido por demais práticas sociais legitimadas por ela, sistematizadas ou não (2010, p. 74).

Baroni, Vargas e Caponi (2010) argumentam que, ao olhar a construção do diagnóstico sob esse ângulo, põe-se à prova a perspectiva do paciente como vítima passiva nesse processo, partindo para uma reflexão sobre o papel do próprio indivíduo – e no caso das crianças, sobre o papel de seus responsáveis - no reconhecimento subjetivo como doente. Segundo os autores, será a relação do sujeito com a verdade declarada sobre sua saúde e seu corpo que os constituirá como saudáveis ou doentes, ou seja, há outras formas de saber e poder além do saber médico, que dizem respeito à influência das várias experiências do sujeito. O médico, embora respaldado por termos científicos, também responde a uma demanda normativa da família, da escola, do Estado. Ao analisar essa demanda, compreendemos que se trata de uma construção ainda mais ampla, envolvendo um contexto político e também um meio social e cultural, de onde surgem essas necessidades. Em consonância com essa percepção, a fala de Pedro faz-se interessante

*A gente não consegue interferir em pensamento e nem vai conseguir. Tem coisas no ser humano que são irredutíveis. A vida social é irredutível. A sociologia não*

*consegue ser uma ciência do social como a física e a astronomia é dos astros. A psicologia a mesma coisa. Tem fenômenos que são irreduzíveis. E a gente precisa se conformar com isso.*

Ao analisar as concepções dos profissionais, em relação ao TDAH percebemos, dois movimentos unânimes entre eles: a dúvida em relação ao diagnóstico - em especial o questionamento sobre a existência do transtorno pelos psicólogos Ana Fábria e Pedro - e a crítica ao processo de medicalização no tratamento do transtorno. As falas dos psicólogos, dentro dessa perspectiva, caracterizam-se como contra hegemônicas à perspectiva biomédica, uma vez que todos sugerem questionamentos sobre o contexto político, social, econômico e educacional em torno do comportamento da criança e da sua dificuldade de aprendizagem.

Um contexto político sobressai-se na atuação de Talita, psicóloga escolar na rede pública, em relação aos laudos médicos e psicológicos das crianças diagnosticadas com TDAH. O laudo é mais valorizado, nesse contexto, por ser um meio de conquista de direitos para as crianças, na Secretaria de Educação. Dentro dessa realidade, o documento funciona como legitimidade do saber entre os profissionais, sendo, inclusive, instrumento de barganha entre educadores, escola e médicos. Em um contexto clínico, as psicólogas Maíta e Ana Fábria relatam que nunca foram solicitadas a emitir tal documento, fazendo-nos refletir a respeito de dois questionamentos: (a) o diálogo que as psicólogas propõem à escola é suficiente para suprir a necessidade do laudo na garantia de direitos à criança?; (b) por causa da recusa das psicólogas em emitir o laudo, os pais dirigem-se aos médicos para obterem o documento? Para responder esses questionamentos, novas investigações precisariam ser feitas, apontando para uma limitação de nosso trabalho.

#### **Tema 04: Como os psicólogos escolares e clínicos se reconhecem e se relacionam mutuamente no trabalho com a criança diagnosticada com TDAH**

Tendo em vista a interlocução entre as concepções e práticas do psicólogo clínico e do psicólogo escolar e a interface destas com a educação, essa temática construiu-se a partir das falas dos participantes, sobre o seu reconhecimento e relacionamento mútuos, no que diz respeito ao acompanhamento de crianças diagnosticadas com TDAH. Esse tema evidenciou-se, particularmente, a partir das respostas dos psicólogos à pergunta: “Para você, o que o psicólogo escolar tem a contribuir no acompanhamento a uma criança com diagnósticos de TDAH? E o psicólogo clínico?”.

Inicialmente as entrevistadas Maíta e Ana Fábria, psicólogas clínicas as quais disseram ter contato com as escolas dos pacientes que atendem, falaram que é raro encontrar psicólogo escolar nas escolas particulares, “*exceto naquelas maiores e mais caras*”. Na rede pública, relatam haver uma atuação mais efetiva do psicólogo escolar, mas ambas disseram que nunca conversaram diretamente com o profissional, comunicando-se sempre com professores, coordenadores ou diretores das crianças as quais acompanham. As entrevistadas mostram-nos o quanto a percepção sobre a atuação do psicólogo escolar ainda é algo ininteligível para os educadores, especialmente em escolas nas quais esse profissional não atua:

*Maíta: Eu notava desconhecimento do trabalho, da falta de um psicólogo escolar. Acho que eles pensavam assim “isso tudo pode ser resolvido com um psicólogo clínico”, é até mais barato para a instituição. Mas ao mesmo tempo aquela postura de esperar milagre “então você vai salvar essa família, vai salvar essa criança”, “Está nas suas mãos”.*

*Ana Fábria: Semana passada eu fui numa escola que fui recebida pela primeira vez. E eu esperava um pouco (careta)... Porque os pais já deram problema na escola. Aí isso, Adrielly, eu acho que o bom senso do psicólogo faz muita falta nas escolas que não tem o serviço da psicologia escolar, porque eu acho que o psicólogo tempera um pouco as relações. Ele vai fazer uma mediação muito mais tranquila,*



*elaborada do que orientador-pai ou pai-orientador, porque muitas vezes essa relação tem bagunças afetivas, tem transferências malucas e eles não sabem lidar, quem sofre depois é a criança. Porque a criança fica marcada "ah é a filha daqueles pais". E aí eu tive que limpar isso nessa escola.*

Martínez (2010) analisa a atuação do psicólogo escolar apontando para uma rejeição implícita deste por parte dos integrantes do coletivo escolar devido à representação histórica da incapacidade da psicologia para resolver os problemas que envolvem o dia a dia da instituição. A autora compreende que há atuações do psicólogo na escola as quais remetem diretamente a uma perspectiva tradicional da psicologia, influenciada pelo modelo clínico terapêutico na formação dos psicólogos, especialmente no que diz respeito à avaliação e diagnósticos das dificuldades escolares. Na avaliação da autora, esses diagnósticos “em nada ajuda a delinear as estratégias de ação psicopedagógicas necessárias para a superação das dificuldades detectadas” (p.44). Nessa perspectiva, compreendem-se também ações não exclusivas dos psicólogos como é a orientação profissional e sexual, de pais ou de alunos.

No entanto, há perspectivas emergentes que ampliam as possibilidades de atuação do psicólogo escolar levando à instituição a especificidade do trabalho do psicólogo na escola (Martínez, 2010). Essas estão relacionadas ao núcleo essencial de sua formação, o entendimento do funcionamento psicológico humano, os processos subjetivos, sociais e individuais. Nesse sentido, o diagnóstico e a intervenção institucional, o desenvolvimento de equipes de trabalho e a orientação e a formação de professores são terrenos férteis para emergir o olhar psicológico para o objeto de trabalho que, constantemente articulado ao trabalho de coordenadores pedagógicos e orientadores educacionais, resulta em uma ação eficiente. Sobre o olhar para a subjetividade e o cuidado com as relações, Talita, Ana Fábria e Maíta colocam:

*Talita: Quando você me pergunta o que eu acho que poderia fazer na escola, eu sempre penso no coletivo, porque além de todo o sofrimento que existe na criança, por ela dar trabalho, por o professor tá lá em cima dele, o professor tá sofrendo. Existe um grupo, tem não sei quantos meninos lá dentro que também sofrem, que também tem a vida escolar modificada em função desse coleguinha que não dá sossego para a turma, o coleguinha que briga com todo mundo, que precisa do atendimento individualizado do professor e aí quando o professor tá atendendo individualizado o grupo está disperso.*

*Ana Fábria: Eu acho que atrair afeto para a escola, o psicólogo escolar poderia cuidar dessa parte. As professoras, elas não tem escuta, as professoras não têm espaço de cuidado. Então eu penso que o psicólogo, dentro da escola, podia atender o corpo discente e o corpo docente pra dar escuta para as professoras. Não é dar psicoterapia, é escutar. Um momento que ele vai despertando e os professores vão se esvaziando um pouco das questões que embotam a criatividade delas.*

*Maíta: O psicólogo escolar está in loco, onde a criança está, geralmente onde a questão aparece primeiro. Acho que é um desafio muito grande, porque ele vai precisar cuidar das relações. [...] O psicólogo está numa posição privilegiada para ajudar esse professor, pode orientar, por auxiliar, não como detentor do saber, mas como alguém que está ali para apoiar, pra ajudar em coisas que a outra pessoa não está conseguindo atuar ou perceber [...] Acho que é fazer esse tripé funcionar da maneira mais harmônica possível, quando eu falo harmônica não é sem conflito, mas o melhor possível. Família, criança e escola. Acho que se o psicólogo escolar conseguir cuidar dessas relações ele vai estar cumprindo um bom papel.*

As participantes mostram-nos o quanto a perspectiva relacional da escola aponta como uma necessidade de cuidado por parte do psicólogo escolar. Martínez (2010) sugere que, à medida que reconhecemos que os sujeitos são constituídos e constituidores dos contextos sociais, os aspectos organizacionais da escola como instituição passam a ser vistos com maior importância. A autora chama-nos a atenção para os sistemas de relações que se dão entre os membros da instituição, os estilos de gestão, o clima emocional, os processos de comunicação, a negociação de interesses e pontos de vista diferentes, o processo de autoavaliação e avaliação individual e coletiva dos resultados do trabalho, o desenvolvimento de equipe, entre outros aspectos possíveis e necessários para uma atuação crítica.

A disponibilidade para trabalhar com os laços afetivos na instituição é, segundo Herculano (2016), essencial na atuação do psicólogo escolar, a fim de construir vínculos afetivos os quais permitem conhecer e atuar, de forma personalizada, na necessidade de cada ator que demanda seu atendimento. Herculano (2016) defende que os conflitos gerados na escola relacionam-se à dificuldade de reconhecer, vivenciar e dominar as emoções as quais surgem nas relações estabelecidas no ambiente escolar, bem como a dificuldade em perceber a importância do outro. Para que esses conflitos sejam superados, segundo ela, é necessário reconhecer a incompletude individual para, assim, sermos livres e autônomos na necessidade da presença do outro. Para a autora, esse é o caminho da humanização.

Maíta coloca-nos sua experiência como estagiária de psicologia escolar, ainda na graduação, como alternativa para a aproximação do psicólogo escolar e os agentes educativos na busca de opções para olhar a singularidade de cada criança:

*Eu trabalhei muito com os professores. A gente fazia uma troca com um dispositivo que a gente criou que chamava cartas reflexivas, que veio lá do construcionismo social, das cartas terapêuticas, só que não tinha o objetivo de terapia. A gente reformulou isso para uma troca de experiências mesmo com os professores. Ai a gente fazia observações na sala de aula e via o que a gente poderia oferecer, muito mais perguntas do que falar com o professor “ah, faça assim”. Até porque a gente nem professor é. Foi algo muito legal, os professores receberam muito bem essa forma de intervenção e elas também respondiam essas cartas. Elas falavam “o olhar de vocês é um olhar de outro posicionamento, é um olhar de fora e tem muita coisa que a gente gostaria de se perceber como profissional, mas a gente tem 40 crianças, não tem como”. Tinha muitas coisas que eu me via querendo fazer melhor, mas também não conseguia pensar em outra maneira. A gente trabalhava muito com essa troca.*

A proposta de atuação com as cartas reflexivas no contexto educacional, à qual Maíta refere-se, ajuda-nos a compreender como a construção de vínculo entre o psicólogo e o educador pode se dar de maneira criativa e convidativa ao diálogo. Segundo Rezende, Oliveira e Gomes (2013), a escrita das cartas reflexivas se desdobra sem formatos pré-

determinados, mas em múltiplas maneiras singulares de suscitar a reflexão do destinatário. Dessa maneira, elas são uma forma de narrativa que busca, por meio de recursos artísticos e da marca autoral de seu comunicador, ampliar o diálogo entre os envolvidos, fazendo-se perceber elementos periféricos ao contexto educacional e promovendo movimentos de mudanças singulares, antes percebidos sem solução. Segundo as autoras, a carta ganha status de presente, por ser cuidadosamente elaborada e exigir de seu remetente a construção e ampliação de sentidos para dividir reflexões. Elas afirmam: "o psicólogo que faz uso desta ferramenta também se beneficia, ao se propor sair do lugar naturalizado e de detentor do suposto saber, e se colocar em uma posição de parceria. Entender como o outro recebeu suas palavras faz parte da construção das cartas e da reflexão que só se dá de forma dialética" (p.46).

Ainda sobre o vínculo entre a escola e o psicólogo, especialmente no que diz respeito à formação de professores, Talita compartilha sua experiência, no diálogo com os agentes educativos, sobre o TDAH. Talita é psicóloga itinerante em três escolas e atende cerca de 1500 crianças, no total. Para que as crianças tenham acesso a determinados serviços especializados dentro da escola, um laudo, emitido por um especialista, deve ser inserido no sistema online da Secretaria de Educação do Distrito Federal constatando o diagnóstico da criança. Ela nos conta:

*Talita: Eu trabalho em três escolas, sou psicóloga itinerante. E aí muitas coisas eu nem fico sabendo, fico sabendo que o menino foi inserido no sistema dois, três meses depois, principalmente quando eu não construí um bom vínculo com a escola. Hoje o índice de diagnosticados na escola que eu tenho um bom vínculo é bem menor, não chega a 5%. Mas na escola que eu não tenho um bom vínculo, é 15%.*

*Adrielly: O que compõe esse vínculo com a escola que você fala?*

*Talita: Na escola que eu tenho um bom vínculo, eu trabalho com formação de professores, então a gente discute esses temas nas reuniões coletivas com os professores, a gente está sempre conversando com a direção. Nessa escola que eu*

*estou agora tinha muito de mandar o menino embora porque não se adaptou a escola, agora a gente já conseguiu mudar um pouco essa cultura. Toda criança é nossa, a que dá trabalho e a que não dá. Então eu consigo dialogar e trocar com todo o pessoal da escola e o mais importante, eu tenho uma pedagoga que trabalha dentro da mesma abordagem que eu, ela acredita nas mesmas coisas que eu acredito, a questão do desenvolvimento, da perspectiva histórico-cultural, essas questões. Uma escola que eu não tenho um bom vínculo é uma escola extremamente tradicional, que a pedagoga acha que eu tenho que diagnosticar mesmo. Ai eu não consigo fazer formação porque a minha colega não concorda com as coisas que eu vou discutir, que eu vou trazer, a gente acaba não fazendo. Como a pedagoga é fixa na escola, ela é meu vínculo direto com os servidores, quando eu não tenho um bom vínculo - quando eu falo bom vínculo não é discussão é que ela acredita que “pau que nasce torto nunca se endireita”, aquela perspectiva inatista mesmo. Ai eu consigo fazer um trabalho mais individualizado com o professor, que se abre e ai eu me vinculo. Ele me procura diretamente, espera eu ir na escola pra gente conversar. Mas o melhor momento para falar disso é na formação, eu sempre começo perguntando o que eles pensam, deixo eles falarem a vontade, o que eles quiserem e ai a gente vem trazendo a forma como a gente percebe. Eu tento levar sempre pelo menos duas perspectivas, sempre a que eu acredito e a que predomina, a visão médica. Tem professores que questiona “chegou um relatório aqui falando que o menino tem TDAH, mas eu acho que esse menino não tem nada de TDAH! O que você acha? O que a gente faz?”.*

Nesse trecho, Talita expressa o quanto a perspectiva de infância, desenvolvimento e aprendizagem influencia na maneira como a dificuldade de aprendizagem será abordada pela escola e o quanto essa perspectiva impacta no número de crianças diagnosticadas naquele ambiente. A formação de professores torna-se, nesse sentido, um momento de produção de conhecimento e compartilhamento de informações que possibilitam a ampliação do olhar para o desenvolvimento educativo como um todo, além de ser um espaço de escuta, compartilhamento de experiências e promoção de vínculo afetivo entre os membros da equipe escolar. Lopes, Pulino e Costa (2016) defendem que a formação de professores deve ultrapassar a mera transmissão e reprodução de um determinado conhecimento, ou mesmo de formar especialistas em deficiências escolares. Por outro lado, defendem a formação interventiva em que o cuidar de si e do outro é enfatizado no movimento de aprender e desaprender com o outro.

Um espaço, que pode ser na própria escola, em que os educadores – professores e funcionários – possam se encontrar, não para serem treinados, nem para receberem

instruções prontas de coordenadores, mas para se exercerem como pessoas criativas, que reflitam sobre, e dêem sentido para, seu trabalho e sua vida, a partir de trocas no grupo, com seus colegas. O psicólogo, nesta proposta, seria aquele educador aberto à escuta dos educadores, não só em suas questões técnicas, mas em suas colocações pessoais, que expressem seus desejos, seus temores, seus sonhos e perspectivas. Cada pessoa seria considerada como membro de uma comunidade escolar, de uma cultura, mas também como um ser singular, inventivo, que surpreende pela sua novidade, como a criança que nasce (Pulino, 2010, p.5).

Aprofundando as possibilidades de atuação do psicólogo escolar, Pedro relata a postura adotada pela escola em que trabalha a fim de “*esgotar as possibilidades de atuação*” dentro do projeto pedagógico antes de realizar o encaminhamento ao especialista:

*Tem várias coisas bem objetivas. Uma delas é bloquear a turma. As turmas têm até 16 crianças. Se a turma tem uma criança com uma demanda específica, a gente fala “vamos bloquear” e deixar ela com 10, com os dois educadores que usualmente têm por sala. Outro recurso é deixar três educadores na sala. Então, com o terceiro educador, que não vai ser o educador-acompanhante-terapêutico dessa criança, porque os três educadores vão fazer todas as coisas, só que a gente vai ter sempre um amparando ela. A gente procura estreitar muito o diálogo com a família das crianças diagnosticadas, a gente procura estreitar o diálogo com a Associação, a gente percebe que as próprias crianças têm movimentos inclusivos. As crianças olham para a criança que tem alguma questão, percebem uma diferença e dão uma resposta e traçam possibilidades. A Cristina Kupfer, não sei se você conhece, da USP, ela está tentando entender o que que faz com que só entre crianças alguns aspectos da inclusão e da terapêutica ocorram. Coisas que um adulto não conseguiria fazer ecoar na criança. As crianças dialogam coisas que às vezes só entre elas é possível. Tipo uma interferir no comportamento da outra de modo a inclui-la e que um adulto de seu lugar de adulto não conseguiria. As crianças fazem isso e na Nossa Escola a gente observa muito para potencializar esse lugar da criança, do coletivo. Esse lance dos projetos fora da escola fomenta uma percepção grupal, então as crianças vão se debruçar entre elas. Então essa é uma das possibilidades. Tem que pensar na equipe inteira, como que todos os educadores podem, tipo no momento do parque, agora, ajudar. A formação [de professores] em inclusão da escola é muito prática. Mas a gente sempre traz alguém para conversar sobre.*

Outro exemplo apresentado por Pedro, sobre as possibilidades de intervenção na escola, diz respeito ao dispositivo “não gostei” que busca valorizar o diálogo democrático entre os educadores e as crianças. O dispositivo “não gostei” é a expressão do sujeito para o outro, sobre os limites entre o individual e o coletivo, construídos em conjunto no

ambiente escolar. Dizer “eu não gostei” ou “eu não quero”, representa o resgate dos combinados das regras em respeito às questões individuais, à promoção de autonomia e à permissão para expressar sentimentos de maneira respeitosa (Pulino, 2016b).

Ao adentrar à escola e acompanhar o professor dizendo “eu não gostei” para situações nas quais uma criança quebra o brinquedo do colega, ou morde a outra, por exemplo, a criança passa a observar que o posicionamento do professor não diz respeito a ela em especial, mas a todos os quais se comportam daquela maneira. Nessa conjuntura, a própria criança é autorizada e incentivada a assumir a expressão do “não gostei”, posicionando-se frente a situações que considera injusta. Ao professor é designado o papel de mediação das relações entre as crianças, desencorajando revanches e valorizando o diálogo (Pulino, 2016b).

Para compreender as expectativas do trabalho do psicólogo clínico, também fizemos a pergunta aos nossos entrevistados “o que o psicólogo clínico tem a contribuir no acompanhamento a uma criança com diagnósticos de TDAH?”. Ana Fábria e Maíta posicionam-se a favor do estreitamento do diálogo do psicólogo clínico com a escola:

*Ana Fábria: Fui fazendo uma rede, porque sempre acho que tem que visitar a escola, não como psicóloga escolar, porque eu não sou, mas com esse olhar clínico de ouvir a orientação, a coordenação, a professora, ter um olhar da escola para aquela criança. Que dados que podem me dar e que troca a gente pode fazer? Então isso faz parte do meu protocolo. Porque a criança fica muito tempo na escola. E hoje fica mais tempo ainda do que antigamente. Então eu vou lá.*

*Maíta: Muitas escolas não tem psicólogo para eu conversar. Parte da escola vir falar comigo e de eu ir falar com a escola, as vezes ligo, mando e-mail, marco um encontro, porque eles se preocupam com o aluno, até porque eles não têm psicólogo lá e ficam “como eu faço?”.*

Talita também deixa clara a sua expectativa em relação a esse diálogo “*Eu sinto muita falta dos meus alunos que são atendidos, ter um diálogo desse profissional com a gente. Eu admito que quando o menino está tendo um atendimento fora, eu fico mais*

*aliviada, ele já não é mais tanto o meu foco se eu percebo que ele tá progredindo”*. Com o intuito de estabelecer uma relação de confiança entre a escola e o psicólogo clínico, em uma proposta crítica do processo educacional, Rezende, Lima, Naves e Silva (2010) sugerem a visita à escola. As autoras defendem que essa parceria cumpre o objetivo de colocar a escola como protagonista do cenário do processo de escolarização, seja na perspectiva da investigação, seja na perspectiva da intervenção. Dessa forma, a entrada do psicólogo na sala de aula possibilita que ele aproxime-se das situações concretas de estudo da criança, das relações estabelecidas entre ela, os colegas e os educadores, das negociações realizadas naquele ambiente, dos materiais didáticos, bem como da organização do tempo e do espaço. O relacionamento do psicólogo com professores possibilita, então, legitimar outras versões dos processos educativos.

Ana Fábria coloca-nos, entretanto, que essa aproximação proposta por meio da visita à escola também apresenta seus desafios.

*Ana Fábria: Cada escola vai me aceitar de um jeito e isso vai depender muito dos pais. Ai é uma questão de contrato. Eu sou um serviço fora da escola. Eu vou ser muito bem recebida, porque eles estão acostumados de uma certa forma com essa lida, mas a postura vai ser um pouco defensiva, porque acham ainda, assim como quem vem a terapia e tem que limpar o estereótipo de que psicoterapia é pra gente que está doente, pra gente doida, essas coisas que a gente estuda. O psicólogo clínico, particular, daquela criancinha tá indo na escola, de repente, para falar que a escola tá assim assado. E não é isso, pelo contrário, tá indo pra pedir "então, o que vocês podem ajudar?", "como que a gente pode trabalhar junto?", "o que vocês veem em sala de aula que lá no consultório eu vejo diferente? Porque eu vejo uma vez por semana, porque eu vejo num setting terapêutico, como que é?". Poderia ser mais cooperativo. Mas eu perco pelo menos 15 minutos da nossa conversa desfazendo as resistências, ou vindo por contaminação dos pais, às vezes vindo pela contaminação da própria criança, já estão cansados de lidar com aquela criança daquele jeito, sabe?*

*Adrielly: Qual é o maior desafio de conversar com a escola?*

*Ana Fábria: Eu acho que é a resistência, abrir pra parceria, estar todo mundo na defensiva. Achar que o trabalho não é um trabalho para somar. Achar que é um trabalho avaliativo. Eu acho que é uma coisa do estereótipo, de achar que o psicólogo sabe ver tudo. Que você está me olhando aqui e está vendo todas as*



*minhas neuroses, meus pensamentos, sabe? Que não é assim, gente. Um pouco de paúra que dá. Mas eu sou sempre muito bem recebida. A única escola que me recebeu muito mal foi muitos anos atrás, porque era um professor all way que falaram assim, "oh, você tem que atender essa psicóloga aqui, que apareceu aqui". Eu estava com hora marcada, foi uma desorganização da escola. Ai o professor foi lá, abriu um laptop e "an?". Então... ai eu "você não vai olhar pra mim? Não vai fazer um rapport? Alguma coisa que eu possa me sentir um pouco mais confortável?". Risos. Não foi. Foi super tecnocrata, o máximo que ele pode. A reunião durou seus 25 minutos estourando, eu não tive a menor devolutiva dele. Foi só pra preencher lá o relatório e botar na pasta e segue a vida.*

Quanto à experiência no diálogo com a escola, Maíta expõe:

*Tem contextos de que nós psicólogos somos bem aceitos, bem vindos, mas teve contextos de só a coordenação perceber isso e os professores se sentiam péssimos, julgados, perseguidos "quem é essa psicóloga para me dizer o que eu posso ou não posso fazer na minha sala de aula?". Uma sensação de que o psicólogo está aqui para criticar o meu trabalho, pura e simplesmente. Acho que isso é uma coisa que tem que ser desconstruída a partir da relação estabelecida, acho que também é uma responsabilidade nossa enquanto psicólogos.*

Souza (2013) estuda como a expectativa da escola de que psicologia saiba o que deve ser feito no processo ensino-aprendizagem interfere na relação entre esses profissionais. O crescente encaminhamento da escola para os serviços de saúde, especialmente para serviços psicológicos, somado à desvalorização social de professores, criou condições, ao longo dos anos, para que os psicólogos se organizassem, sob uma posição hierarquicamente superior aos educadores. Sobre isso, Rosa (2011) coloca:

Lembramos que, muitas vezes, o psicólogo pode sustentar uma posição de suposta superioridade na compreensão da queixa escolar em relação ao professor, legitimando a falsa crença de um saber especializado em detrimento de outros. Por outro lado, o professor encaminha seus alunos ao psicólogo porque acredita neste campo do saber, e os pressupostos da psicologia ajudam o docente a lidar com seu sentimento de impotência frente ao problema. Mantém-se, assim, uma relação dialética que perpetua práticas excludentes e patologizantes, com base em uma psicologia que produz silenciamentos e assujeitamentos.

Esse cenário denuncia a construção tradicional da Psicologia sobre as dificuldades escolares, uma vez que essa ciência ocupou, historicamente, um lugar de fala científica e

socialmente autorizada a dizer e produzir conhecimentos sobre a educação. Sobre isso,

Pedro posiciona-se:

*Os professores acreditam muito no psicólogo. Já eu acho que o psicólogo tem que ser desacreditado mais, é uma profissão muito complicada, o lugar da ciência dela é muito controverso, o lugar de especialista de desenvolvimento, especialista em indivíduo... A gente tem que questionar mais o psicólogo. Tem que colocar mais a prova esse sujeito. Não pode ficar falando um monte de coisas e as pessoas ficarem acreditando nas coisas que a gente diz. Às vezes isso também é uma realidade. Que daí quando você chama o especialista, você delega para ele. Acho legal na Nossa Escola que ninguém está nem aí para minha formação. Eu sou psicólogo e sou demandado pra questões psicológicas, mas assim, os cursos que eu fiz, as patentes militares que eu tenho de mestrado, especialização e doutorado, pouco importam. Importa o que eu tenho pra dizer e se o que eu disse foi acolhido e recebido pelas educadoras.*

Em crítica a essa construção, Souza (2013) propõe uma análise sistêmica do contexto educacional, especialmente nas escolas públicas, promovendo diversas reflexões que envolvem um contexto de produção das dificuldades de aprendizagem: o autoritarismo na implementação de políticas públicas na educação, a transferência dos educadores de escolas, durante o ano letivo, as convocações para reuniões e atividades escolares as quais os professores recebem de última hora, os baixos salários, a ausência de espaços sistemáticos de reflexão e formação docente, a falta de infraestrutura e de apoio psicopedagógico, a desqualificação dos saberes dos educadores, a seleção de alunos para formação de classes homogêneas ou mesmo de grupos homogêneos intraclasse, o abandono dos alunos considerados atrasados no conteúdo, as constantes faltas e trocas de professores, a Pedagogia repetitiva e desinteressante usada em sala de aula, os preconceitos negativos sobre pobres em geral e negros, em especial, as humilhações as quais os alunos são expostos ao frustrarem as expectativas escolares. Entre outras questões, autora faz um questionamento, a partir dessa perspectiva, sobre o processo reducionista que muitos psicólogos fazem, ao buscar um único responsável para as

dificuldades da educação. Especialmente em relação à falta de apoio técnico, a qual Souza (2013) refere-se, faz-se pertinente registrar:

O resultado é a solidão do professor no exercício de sua função. Uma solidão que, combinada a desqualificação social de sua profissão e à contínua vivência de frustrações e insucessos, fazem dele, muitas vezes, uma pessoa que se mostra hostil a psicólogos, pais, conselhos tutelares e outros que possam estar identificando e acusando falhas que ele próprio percebe em algum nível. Falhas das quais se culpa individualmente. Nesses casos, tentativas de ajuda podem ser interpretadas como acusações de incompetência. A desqualificação do trabalho alheio (do psicólogo, por exemplo) apresenta-se como uma estratégia possível de defesa de sua dignidade. É preciso que os psicólogos possam contextualizar as atitudes de rejeição de muitos professores, apreendendo seu significado vital, para que possam manejá-las adequadamente, criando possibilidades de retomada do desenvolvimento onde prevalece a paralisia (p.255, 256).

A partir disso, a autora analisa o preconceito que alguns psicólogos têm sobre professores das escolas públicas e aqui sugerimos que haja uma ampliação para professores os quais também atuam na rede privada. Souza (2013) observa que é comum que os psicólogos depositem as mazelas do ensino como responsabilidade única do professor, taxando-os de incompetentes, malformados, egoístas e sem compromisso com a educação. Em uma análise superficial das dificuldades do sistema educacional brasileiro, o psicólogo reforça a crença da superioridade do conhecimento psicológico em relação ao conhecimento docente, assumindo uma postura vertical em relação aos agentes educativos. Quando essa relação é recusada pelo professor, é comum que o psicólogo compreenda como resistência, resultando no empobrecimento da interlocução entre a escola e o psicólogo. Um olhar contextualizado para a criança e descontextualizado para o professor, continua sendo reducionista.

Pedro conta-nos sobre o diálogo da escola com os especialistas:

*A gente valoriza muito o diálogo com o profissional, chama o profissional pra vir, conversa muito com o profissional, vai na sala observar, a gente vai lá na clínica, às vezes é uma sala de estimulação precoce ou alguma terapia mais específica, vai lá. Tem uma criança que faz estimulação precoce aqui na Nossa Escola, que*

*estamos planejando uma visita de um ciclo para todas as crianças irem lá conhecer, o que ela faz lá, o que ela brinca, como, com quem, quem são as outras crianças. Uma criança que tem deficiência visual bem severa assim, ela vai em outro lugar, como que é ir lá? Para as crianças chegarem e ver várias crianças que não enxergam com os olhos, elas encostam, tocam uma na outra. Então esses espaços de diálogo a gente procura valorizar muito, aí chama muito a família, os profissionais. A gente não quer distância dos profissionais, os valoriza muito.*

Os psicólogos escolares apresentam-nos o quanto o diálogo do psicólogo clínico com a escola, em um trabalho interdisciplinar, pode enriquecer o cuidado com a criança. No entanto, revelam que essa parceria ainda não é comum. Por estarem em contextos diferentes e terem acesso à família e à criança de maneira diferente, a troca de experiências entre os psicólogos clínicos e a escola permite emergir alternativas criativas para a solução dos problemas escolares (Angelucci, 2013).

Na proposta de trabalho que Pedro conta, não é o psicólogo clínico quem vai à escola conhecer o ambiente daquela criança, mas é a escola que vai à clínica para permitir que as crianças ampliem seus olhares, descubram o mundo do colega e assim criem suas próprias concepções do que existe fora dos muros da escola. No entanto, compreendemos que se trata de uma realidade privilegiada de proposta educativa. Por ser uma escola alternativa, sem fins lucrativos, todo o processo de diálogo, formação docente e busca de alternativas educativas dá-se de uma maneira mais autônoma comparativamente à escola que visa lucros ou que responde a uma legislação restrita à rede pública de ensino, por exemplo.

Além da percepção da necessidade de diálogo entre o psicólogo clínico e a escola, nossos entrevistados observam algumas nuances no trabalho clínico:

*Talita: Acho que o que torna um menino agitado é muito da subjetividade dele. Às vezes demandam muito da gente “conversar com esse menino”, não é uma conversa que vai mudar. Uma conversa às vezes é eficiente nas próximas duas horas, às vezes nem naquele tempo. Na clinica tem essa possibilidade de trabalhar as questões subjetivas de forma lúdica. Acho importante casar esse atendimento*

*com o acompanhamento familiar. Na escola, às vezes o menino vai de van, às vezes o pai nem vai na escola.*

*Pedro: Eu acho que o terapeuta pode trabalhar nesse sentido de ajudar a criança a entender o interesse dela pelo mundo. De apontar, trabalhar muito com a família, trazer a família pra pensar como ela está dando verdades. Porque às vezes a criança está sem verdades, sem valores, sem entendimento e a gente precisa estabiliza-la. Essa criança que a gente tem o diagnóstico, a gente trabalha muito nisso “você está mal agora, você está sentindo isso, precisa respirar”; “você está com medo”; “você precisa fazer tal coisa”; “você está triste, porque ele não quer brincar com você”, sabe isso assim? Falar pra criança o que ela está sentindo, por mais que não seja o que ela esteja sentindo. Mas ela vai aos poucos, começando a fazer isso, como se ela fosse criando borda. A criança está sem borda, sem limite, sem separação do corpo e o mundo.*

*Maíta: Eu acho que o principal é o acolhimento, porque as famílias chegam aqui já fragilizadas. Quando isso envolve um filho, isso é ainda mais sofrido, porque os pais carregam uma culpa pelo fracasso do filho “o que eu estou fazendo de errado? O que eu não estou sabendo? Tem alguma coisa de errado que eu não estou dando conta de ajudar o meu filho”. E geralmente tem uma pressão da escola. Às vezes é uma pressão, às vezes é uma preocupação mesmo, mas que, em alguns casos, os pais também se sentem pressionados. Acho que o principal é ouvi-los. Só o fato de você ouvir sem ficar apontando culpado, faz toda a diferença. Tanto para a criança, por menor que ela seja, ela tem a percepção de que está acontecendo alguma coisa.*

*Ana Fábria: Eles também estão vindo cansados e desesperados querendo acertar. Os pais estão vindo querendo acertar. Pais da minha geração estão muito soltos, muito sem... Às vezes não sabem o básico do limite sabe? “Posso mesmo deixar isso acontecer?”. Não! Não pode. Então essa educação acontece e eles ficam muito gratos, porque é muito fácil ler num livro, mas não assimila. E quando escuta e quando vê na criança dele acontecendo, o efeito... Ele sendo mudado a partir da criança, aí faz mais sentido. Muitos vêm com muita... “já li isso, já fiz aquilo, já sei disso de tal medicação”. Eu falo “uau! Tá bom! E quanto tempo você olhou pra sua criança mesmo? Você olhou para ela e brincou com ela? Você deu o que ela precisa?”. Que que você acha que a criança precisa? Escuta, Olhar. Interesse. A criança precisa que você se interesse por ela.*

As falas dos entrevistados, sobre suas percepções em relação ao trabalho do psicólogo clínico direciona-nos para uma ação mais próxima à família e à criança. Os psicólogos avaliam o *setting* clínico como um espaço de maior possibilidade de se conhecer o processo de subjetivação da criança e sua relação com a família, sendo um lugar privilegiado para se promover a orientação e acolhimento dos responsáveis.

Algo interessante de se observar, nas respostas dos psicólogos sobre suas atuações com crianças com diagnóstico de TDAH, é que pouca referência é feita especificamente em relação ao diagnóstico no contexto dessa análise. Ao relatarem suas expectativas e propostas de intervenção, seja na área clínica ou na área escolar, a compreensão da criança sobre sua escola, sua família e de si própria é valorizada indicando-nos uma atuação mais contextualizada histórica e culturalmente. Além disso, são valorizados os diálogos entre a escola, a família e/ou o especialista que atende a queixa escolar. Nessa compreensão, o TDAH como título diagnóstico, que pressupõe uma lesão anatômica, perde o protagonismo na fala dos psicólogos que adotam uma postura contra hegemônica a esse transtorno para dar evidência à criança e o seu processo de subjetivação. A valorização dos profissionais entrevistados está nas relações que a criança e sua família estabelecem, suas crenças em torno do processo ensino-aprendizagem, bem como os limites e possibilidades de seu contexto histórico e cultural.

Dentro dessa análise, os sentidos que os psicólogos dão às suas experiências profissionais nos oportunizam refletir sobre a implicação da formação na prática profissional. Ana Fábria, ao contar-nos sobre sua trajetória, dá ênfase ao seu próprio processo de psicoterapia e seu papel como mãe *“Não tem como eu não estar em terapia, porque toda criança me convida a entrar em contato com a minha criança”* [...] *“Eu sou outra terapeuta depois dos meus filhos”*. Pedro resgata sua experiência com psicoterapeuta infantil e o diálogo travado com a escola, nesse contexto, para refletir sobre sua atuação como psicólogo escolar, atualmente *“Foi a doença, foi o patológico que me levou para a educação”*. Maíta ressalta a importância dos estágios em psicologia escolar realizados durante a graduação, trabalhando com formação de professores e com atendimento a crianças com queixa escolar. Talita, por sua vez, retoma as escolhas que vem fazendo

dentro da escola, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento infantil, mesmo que isso não represente um apoio institucional da Secretaria de Educação “*Eu fui lá [conversar com o médico] porque era um caso grave. E isso é meu, tenho colegas que não fazem, porque a gente não recebe pra isso, a Secretaria não oferece um transporte pra gente*”.

E assim, nas próprias experiências pessoais, como aprendiz em psicologia escolar e clínica, alunos ou estagiários, na graduação ou na pós-graduação, como psicoterapeutas ou clientes em psicoterapia, os profissionais traçam sua condição de infância como aquela experienciada não só pela criança como tempo cronológico, mas pela condição de criação e originalidade em um processo constante de tornar-se psicólogo (Pulino, 2016b). A condição de infância à qual nos referimos corresponde à abertura à novidade, ao não conhecido, pois os psicólogos estão diante de pessoas em estado de vir a ser, assim como exercem o estado de vir a ser como pessoas e como profissionais. Dessa forma, refletimos também sobre um processo de desnaturalização de “ser psicólogo clínico” e “ser psicólogo escolar” a fim de dar abertura para desaprender o óbvio e pré-determinado, para reaprender o desconhecido (Pulino, 2010).

Em síntese a essa temática, percebemos na fala dos entrevistados algumas expectativas eminentes em relação ao trabalho do psicólogo no atendimento a crianças com diagnóstico ou suspeita de TDAH. Os psicólogos escolares especificam seu próprio trabalho envolvendo o coletivo da escola - família, aluno e educadores - e dão ênfase à formação de professores e ao diálogo com os profissionais que atendem as crianças fora da escola. Além disso, destacam o auxílio que oferece aos educadores, de forma a realizar todas as intervenções possíveis na escola, citando especificamente o bloqueio da quantidade de alunos por sala, a intervenção de um terceiro educador nesse espaço, o uso das cartas reflexivas, o dispositivo “não gostei”, a construção de vínculo afetivo com os

educadores e o diálogo com a família. Já os psicólogos clínicos veem o trabalho dos psicólogos escolares como uma necessidade para o bom funcionamento da instituição, percebendo a importância destes na mediação de interesses, expectativas e conflitos entre a família, os educadores e a criança. Ana Fábria destaca ainda a necessidade de promover a educação emocional dos atores escolares, trabalhando as questões afetivas envolvidas em torno do cotidiano escolar.

As psicólogas clínicas Maíta e Ana Fábria descrevem, em seu próprio trabalho, a necessidade de visitar a escola e de conhecer o comportamento da criança e as relações que se estabelecem nesse contexto. Nesse cenário, relatam a necessidade de desfazer as resistências dos educadores e construir um trabalho sob o apoio mútuo entre eles, o que representa um desafio, muitas vezes. Além disso, ressaltam a importância do acolhimento da família em suas dúvidas e angústias sobre as dificuldades que os filhos enfrentam, sendo necessário, muitas vezes, realizar orientação de pais e responsáveis sobre seus papéis. Já os psicólogos escolares, concebem o trabalho dos clínicos como de grande valia para a criança, deixando claro o desejo de aproximação e troca entre as áreas, pois o clínico tem a possibilidade de conhecer os processos subjetivos da família e da criança de forma mais profunda.

Sobre essa questão, algo interessante surge no contexto de trabalho da Talita. Por trabalhar com cerca de 1500 crianças, a psicóloga relata que se sente “aliviada” quando o aluno está em atendimento especializado fora da escola, pois representa um olhar mais próximo para a criança, muitas vezes inviabilizado por sua alta demanda de trabalho. Pedro, por estar em um contexto de atuação privilegiado, devido à execução de seu trabalho com mais autonomia e, principalmente, pela possibilidade de compartilhar com outros educadores as demandas que surgem na escola, faz-nos refletir que quanto mais a



escola consegue trabalhar a criança em seu próprio contexto educativo, menos há a necessidade de um profissional especializado fora da instituição.

## Capítulo 6 - Conclusões e Implicações do Estudo

*No dia em que ocê foi embora  
Eu fiquei sentindo saudades do que não foi  
Lembrando até do que eu não vivi  
Pensando nós dois (Lenine & Queiroga, 2002)*

Ao finalizarmos este trabalho, retomamos a reflexão feita no início da pesquisa: “o que é possível ser feito, tanto na clínica quanto na escola, para que o desenvolvimento da criança diagnosticada com TDAH seja facilitado?”. Na tentativa de responder a esse questionamento, essa dissertação teve como objetivo compreender as concepções e práticas de psicólogos escolares e clínicos relativas ao processo de diagnóstico e acompanhamento de crianças com TDAH. Conversamos com quatro psicólogos, sendo dois atuantes na área clínica e dois atuantes na área escolar, analisamos as entrevistas e construímos quatro temáticas, embasadas na Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (2002), que nos possibilitaram intensificar as reflexões propostas e aproximar do objetivo central deste trabalho.

Consideramos, na temática 01 “concepções e práticas relativas à infância, desenvolvimento e aprendizagem” que a visão de infância dos profissionais está intrinsecamente imbricada às atuações que estes desenvolvem em suas respectivas áreas, em uma perspectiva dialética. Encontramos visões que percebem a infância como imprevisibilidade, como um devir puro e como a fase fundante do desenvolvimento humano.

No tema 02, “concepções e práticas relativas à educação e à escola”, buscamos refletir a percepção e a participação dos psicólogos no que diz respeito à educação, à família e à escolarização da criança com diagnóstico de TDAH. Nessa oportunidade, refletimos sobre processos de inclusão, limites e possibilidades de atuação dentro desse contexto, questões sociais, políticas e econômicas que afetam a escola - e,

consequentemente, a família – bem como a demanda da instituição educacional por atendimento profissional na área da saúde. A escola é vista pelos profissionais como um ambiente que nem sempre esgota suas possibilidades de intervenção e, muitas vezes, transfere a responsabilidade do processo de ensino-aprendizagem para os profissionais da saúde. Os psicólogos problematizam o processo de homogeneização do processo educativo, colocando em questionamento os olhares patologizantes sobre a criança e sua dificuldade de aprendizagem, refletindo sobre a necessidade de esse ambiente trabalhar mais os aspectos subjetivos tanto dos alunos, quanto dos educadores. A participação da família na escola também foi um assunto abordado por todos os entrevistados. Em particular, a insegurança dos pais em lidar com as dificuldades dos filhos e a necessidade de acolher ambos em suas angústias, dúvidas e receios em relação a esse processo.

Apresentamos no tema 03, “concepções e práticas relativas ao TDAH”, a dúvida dos participantes quanto ao diagnóstico do transtorno e do processo de medicalização em torno de seu tratamento. O posicionamento dos participantes, clínicos e escolares, refletiu um pensamento contra hegemônico do TDAH, uma vez que os entrevistados problematizaram as causas do transtorno como unicamente biológicas e individuais, propondo a ampliação das questões escolares, familiares, sociais, políticas e econômicas envolvidas.

Ainda na terceira temática, o laudo também foi tema desta análise, destacando-se como um instrumento que garante certos direitos à criança com dificuldade de aprendizagem no contexto escolar, principalmente na rede pública de ensino, onde o documento é exigido por lei para possibilitar o acesso dos alunos a alguns recursos escolares. Em relação ao contexto clínico, as participantes relataram não emitir diagnóstico e não serem solicitadas a tal atividade. Esse fato levou-nos a refletir acerca de dois questionamentos: (a) o diálogo que as psicólogas propõem à escola é suficiente para suprir

a necessidade do laudo na garantia de direitos à criança?; (b) a partir da recusa das psicólogas em emitir o laudo, os pais dirigem-se aos médicos para obterem o documento? Esses questionamentos não se encerram nessa dissertação, mas instigam a construção de novas pesquisas.

Na temática 04, “como os psicólogos escolares e clínicos se reconhecem e se relacionam mutuamente no trabalho com a criança diagnosticada com TDAH”, trabalhamos expectativas em relação ao trabalho do psicólogo clínico e escolar, bem como seu reconhecimento e relacionamento mútuos. Os entrevistados percebem o trabalho do psicólogo escolar como necessário à escola, relacionando-o à mediação das relações entre família, aluno e educador. No entanto, destacam que raramente encontram esse profissional nas escolas particulares visitadas “*exceto naquelas maiores e mais caras*”. Quanto à rede pública de ensino, relatam que há uma atuação mais efetiva do psicólogo escolar. No entanto, as entrevistadas disseram que nunca conversaram diretamente com o profissional, comunicando-se sempre com professores, coordenadores ou diretores das crianças que acompanham. Essa informação nos aponta para uma percepção ainda ininteligível do papel do psicólogo escolar por parte da escola e o convite ao psicólogo clínico em ocupar essa função. A importância de se trabalhar o afeto entre os sujeitos do contexto escolar também foi destacada como papel do psicólogo escolar, direcionando para o cuidado necessário com a formação docente.

Em relação ao trabalho psicólogo clínico, as psicólogas clínicas destacam a necessidade e a importância da visita à escola para conhecer o contexto educacional da criança que acompanham em *setting* terapêutico. Sobre esse contato, relataram os desafios em estabelecer vínculo com os educadores, nos oportunizando a reflexão sobre o contexto histórico da psicologia em interface com a educação, que se caracterizou por uma atuação tradicional, reducionista sobre as dificuldades no processo de ensino-aprendizagem. Essa

perspectiva leva-nos ao desafio de construir práticas críticas e éticas nesse espaço em contraposição ao pensamento hegemônico.

Por fim, os psicólogos escolares destacaram o desejo em manter um diálogo mais próximo com os psicólogos clínicos, percebendo que *setting* terapêutico possibilita compreender aspectos mais profundos do funcionamento subjetivo da criança e sua família, situações inviabilizadas, muitas vezes, na escola.

Podemos notar que os psicólogos escolares participantes dessa pesquisa têm consciência das possibilidades de seu próprio trabalho em relação ao contexto educacional e da distinção ou semelhanças entre sua atuação e as das psicólogas da área clínica. Quanto aos psicólogos clínicos participantes desta pesquisa, notamos, por suas falas, que eles estão conscientes das possibilidades de seu próprio trabalho em escolas de crianças que fazem tratamento em sua clínica e das especificidades do psicólogo escolar nessa mesma escola, no entanto, ao proporem o diálogo com a instituição, são convidados a serem clínicos na escola. Os participantes conseguem vislumbrar a complementaridade entre sua atuação e a do colega de outra área.

No processo de construção das informações dessa dissertação, encontramos atuações que buscam contextualizar a queixa escolar e o TDAH para além da culpabilização da criança e sua família, enfrentando os desafios de superar a perspectiva tradicional remediativa, avaliativa, medicalizante, que parte de uma visão neoliberal de produtividade e descobre disfunções de ordem física para justificar a dificuldade de aprendizagem ou o mau comportamento na escola. Em uma postura contra hegemônica, percebemos que nossos entrevistados buscam, mesmo diante dos obstáculos institucionais e políticos e das demandas por uma conduta patologizante, colocar as possibilidades de atuação acima dos desafios. Essa postura exige esforço, formação continuada,

comprometimento político, e ações que ultrapassam os limites do “dever” para o desejo em tornar a educação um processo emancipatório. Nesse sentido, destacamos a importância do processo de formação dos psicólogos em relação à construção dos currículos de graduação e pós-graduação, dos estágios profissionalizantes, supervisões, congressos, pós-graduações que apontem possibilidades de atuação crítica na interface psicologia e educação.

Encontrar, nos percalços dessa pesquisa, psicólogos dispostos a desconstruir o óbvio e lutar por romper ações da psicologia que estão previamente instituídas, foi uma verdadeira felicidade. Para além da crítica às perspectivas tradicionais, buscamos abrir possibilidades de uma atuação inclusiva, envolvida com a comunidade escolar no movimento de superação da queixa, a partir de ações que favorecem a autonomia de alunos, professores e psicólogos.

Ao aproximarmos-nos do desfecho dessa dissertação entramos em contato com um paradoxo típico do pensamento dialético, finalizar pressupõe, simultaneamente, um recomeço. As informações aqui construídas não refletem teorias imóveis e acabadas, mas uma nova busca em responder às novas perguntas que surgiram a partir desse trabalho. Reconhecemos as limitações dessa pesquisa e sugerimos outras investigações sobre o tema, tendo em vista a consolidação da psicologia no trabalho com a educação e a escola em uma perspectiva crítica: aprofundar as possibilidades de atuação do psicólogo clínico que atende demandas de queixa escolar, inclusive em outras regiões do país; reconhecer e diferenciar as nuances dos contextos de trabalho do psicólogo escolar nos diferentes âmbitos – escolas privadas, públicas e associativas; problematizar o laudo diagnóstico como instrumento educacional e construir alternativas dentro do contexto político-institucional ao qual se faz necessário; considerar a visão da família, da escola e da criança sobre o atendimento psicológico no campo escolar e educacional.

Apesar das limitações, muitas são as possibilidades de atuação do psicólogo escolar e clínico no acompanhamento de crianças diagnosticadas com TDAH. Reforçamos que, independente da área de atuação, o compromisso ético-político do profissional com a realidade social e histórica na formação integral do sujeito é imprescindível.

## Referências

- Aguiar, A. A. (2004). *Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM*. 3.ed. Washington/DC: American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM*. 4.ed. Washington/DC: American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM*. 5.ed. Washington/DC: American Psychiatric Association, 2013.
- Andrade, A. N. (1998). A criança na sociedade contemporânea: do ainda-não ao cidadão em exercício. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(1), 161-174.
- Angelucci, C. B. (2013). Por uma clínica da queixa escolar que não produza a lógica patologizante. In *Orientação à queixa escolar* (pp. 353-365). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Antunes, M. A. M. (2008). Psicologia escolar e educacional: história, compromissos e perspectivas. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12(2), 469-475. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572008000200020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572008000200020&script=sci_arttext)
- Araújo, Á. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 16(1), 67-82. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452014000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007)
- Arendt, H. (2009). A crise da educação. In Arendt, H. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva.
- Ariès, P. (1981). *História Social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. Original publicado em 1960.
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2017, janeiro,15). Entenda o TDAH nos critérios do DSM-5 [Internet]. Recuperado de <http://www.tdah.org.br/br/artigos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-crit%C3%A9rios-do-dsm-v.html>
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2017, janeiro,15). [Internet]. Brasil gasta mais de R\$ 1,8 bilhão por tratamento inadequado ao TDAH. Recuperado de [www.tdah.org.br/br/artigos/reportagens/item/1146-brasil-gasta-mais-de-r-18-bilh%C3%A3o-por-tratamento-inadequado-ao-tdah](http://www.tdah.org.br/br/artigos/reportagens/item/1146-brasil-gasta-mais-de-r-18-bilh%C3%A3o-por-tratamento-inadequado-ao-tdah)
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2017, janeiro,15). [Internet]. Carta de Princípios da ABDA. Recuperado de <http://www.tdah.org.br/en/a-abda/carta-de-principios-da-abda.html?tmpl=component&print=1>



- Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2017, janeiro,15). [Internet]. Diagnóstico em crianças. Recuperado de <http://www.tdah.org.br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html>, recuperado em janeiro
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2017, janeiro,15). [Internet]. Tratamento. Recuperado de <http://www.tdah.org.br/br/artigos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-crit%C3%A9rios-do-dsm-v.html>
- Ayres, J. R. C. M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 549-560. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3>
- Barbosa, R. M., & Marinho-Araújo, C. M. (2010). Psicologia escolar no Brasil: considerações e reflexões históricas. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 27(3), 393-402.
- Baroni, D. P. M., Vargas, R. F. S., & Caponi, S. N. (2010). Diagnóstico como nome próprio. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 70-77. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a09>
- Bianchi, E., Ortega, F., Faraone, S., Gonçalves, V. P., & Zorzaneli, R. T. (2016). Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). *Saúde e Sociedade*, 25(2), 452-462. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200452&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200452&script=sci_arttext)
- Black, D. (2015). [Minha Sampa]. (2015, dezembro 22). O Trono do Estudante. [Arquivo de vídeo]. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=14NqOdRY\\_Ls](https://www.youtube.com/watch?v=14NqOdRY_Ls)
- Bujes, M. I. E. (2001). *Infância e maquinarias*. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1904/000311899.pdf?sequence=1>
- Brzozowski, F. S., & Caponi, S. N. C. D. (2013). Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos e Negativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 208-221. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-989h32013000100016&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-989h32013000100016&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Calcanhotto, A. (2004). [CD]. Ciranda da bailarina. In *Adriana Partimpim* (Faixa 7, 3 min., 25 seg.). São Paulo: BMG
- Canguilhem, G. (1990). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Charlot, B. (2006). A pesquisa educacional entre conhecimentos, políticas e práticas: especificidades e desafios de uma área de saber. *Revista Brasileira de Educação*, 11(31), 7-18.
- Coelho, C. M. M. (2015). Inclusão escolar. In Maciel, D. A., Barbato, S.. *Desenvolvimento humano educação e inclusão escolar* (15-58). Brasília: Editora Universidade de Brasília.

- Collares, C. A. L., & Moysés, M. A. A. (1994). A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação. *Série Idéias*, 23, 25-31.
- Conrad, P., & Potter, D. (2000). From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*, 47(4), 559-582.
- Conselho Regional de Medicina do Paraná (2017, janeiro 15). Ementa: Diferença entre atestado e laudo médico. [Internet]. Recuperado de [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRM/PR/pareceres/2008/1936\\_2008.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRM/PR/pareceres/2008/1936_2008.htm)
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2017, janeiro 15). Manual de Elaboração de Documentos Decorrentes de Avaliações Psicológicas . [Internet]. Recuperado de [http://www.crsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes\\_cfp/fr\\_cfp\\_007-03\\_manual\\_elabor\\_doc.aspx](http://www.crsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_007-03_manual_elabor_doc.aspx)
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2017, janeiro 15). Medicalização. Introdução. [Internet]. Recuperado de <http://www.crsp.org.br/medicalizacao/>
- Costa, J. F. (1979). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- Cruz, M. A. S. (2011). Desafios da clínica contemporânea: novas formas de “manicomialização”. In Conselho Regional de Psicologia SP. *Medicalização de crianças e adolescentes* (pp. 17-25). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dayrell, J. (1996). A escola como espaço sócio-cultural. In Dayrell, J. *Múltiplos olhares sobre educação e cultura* (136-161). Belo Horizonte: UFMG.
- Decreto n. 31195 de 21 de dezembro de 2009. Homologa Regimento Interno da Secretaria de Educação do Distrito Federal. Portaria n. 29 de 09 de março de 2009. Recuperado de [http://www.tc.df.gov.br/SINJ//BaixarArquivoNorma.aspx?id\\_no\\_rma=70807](http://www.tc.df.gov.br/SINJ//BaixarArquivoNorma.aspx?id_no_rma=70807)
- Dessen, M. A., & Polonia, A. D. C. (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*, 17(36), 21-32.
- Dias, A. A. (2005). Educação moral e autonomia na educação infantil: o que pensamos professores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 370-380.
- El Haji, S. A., Bueno, V. F., Zaninotto, A. L. C., De Lucia, M. C. S., & Scaff, M. (2014). Avaliação da velocidade de processamento em uma amostra de crianças de 7 a 10 anos com e sem hipótese diagnóstica de TDAH. *Psicologia Hospitalar*, 12(1), 69-85. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092014000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000100005)
- Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. Grupo de Trabalho Educação & Saúde. Nota Técnica O Consumo de Psicofármacos no Brasil Dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados ANVISA (2007-2014). (2015). Disponível em: [http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet\\_v2.pdf](http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet_v2.pdf)

- Frances, A. (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia*, 19(3), 14.
- Frayze-Pereira, J. A. (1985). *O que é loucura* (5aEd). São Paulo: Brasiliense.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Fressato, L. (2013). [CD]. Oração. In *Canções para o inverno passar depressa* (Faixa 4, 6 min., 03 seg.). São Paulo: BR Music
- Galvão, I. (1995). *Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil*. Vozes.
- González-Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson.
- González-Rey, F. L. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Thompson.
- González-Rey, F. L. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. São Paulo: EDUC.
- Guarido, R. (2011). A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In Conselho Regional de Psicologia SP, *Medicalização de crianças e adolescentes* (pp. 27-39). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guzzo, R. S. L. (2003) Educação para a liberdade, Psicologia da libertação e Psicologia Escolar: uma práxis para a liberdade. In Almeida, S. F. C. (Org.). *Psicologia Escolar: ética e competências na formação e atuação profissional* (pp. 169-178). Campinas: Editora Alínea.
- Guzzo, R. S. (2007). Diálogo Psicologia e Educação. In Bastos, A. V., & Rocha, N. M. (Orgs.). *Psicologia: novas direções no diálogo com outros campos do saber* (pp. 357-378). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Harper, D. J. (2013). On the persistence of psychiatric diagnosis: Moving beyond a zombie classification system. *Feminism & Psychology*, 23(1), 78-85. Recuperado em <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0959353512467970>.
- Herculano, M. C. (2016). A docência como um trabalho interativo e afetivo: contribuições da psicologia para o processo ensino-aprendizagem. In Viana, M. N. & Francischini, R. (Orgs.). *Psicologia escolar: que fazer é esse?* (pp.157-174). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Iorc, T. (2013). [CD]. Música Inédita. In Zeski (Faixa 10, 3 min., 45 seg.). Rio de Janeiro: Som Livre.
- Kelman, C. A., Sousa, M. A. (2015). Sociedade, educação e cultura. In Maciel, D. A., Barbato, S.. *Desenvolvimento humano educação e inclusão escolar* (15-58). Brasília: Editora Universidade de Brasília.

- Larrosa, J. (2000). *Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Leandrini, K. D., Saretta, P.. (2013). Atendimento em grupo de crianças com queixa escolar: possibilidades de escuta, trocas e novos olhares. In *Orientação à queixa escolar* (pp. 379-398).São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971*. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Lenine & Queiroga, L. (2002). [CD]. O último pôr do sol. In Lenine & Suzano. Olho de Peixe (Faixa 3, 3 min., 50 seg.). Rio de Janeiro: Chronos.
- Lima, E. C. A. S. (1990). O conhecimento psicológico e suas relações com a educação. *Em Aberto*, 9(48).
- Lopes, J. C., Pulino, L. H. C. Z.& Costa, C. B. (2016). Educação inclusiva na educação do campo: a psicologia na formação de professores para a construção de novas possibilidades de atuação. In Oliveira, M. C. S. L., Chagas-Ferreira, J. F., Mieto, G. S. M. & Beraldo, R.. (Orgs.). *Psicologia dos processos de desenvolvimento humano: cultura e educação* (pp. 157- 172). Campinas, São Paulo: Alínea.
- Machado, A.M ,& Souza, M.P.R. (1997). *Psicologia Escolar: em busca de Novos Rumos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maciel, D. A., Barbato, S.. *Desenvolvimento humano educação e inclusão escolar* (15-58). Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Martínez, A. M. (2005). Inclusão escolar: desafios para o psicólogo. In A. M. Martinez (Org.). *Psicologia escolar e compromisso social: novos discursos, novas práticas* (pp. 95-114).Campinas, SP: Alínea.
- Martínez, A. M. (2003). O psicólogo na construção da proposta pedagógica da escola: áreas de atuação e desafios para sua formação. In Almeida, S. F. C. (Org.). *Psicologia Escolar: ética e competências na formação profissional* (pp. 105-124). Campinas: Alínea.
- Martínez, A. M. (2009). Psicologia Escolar e Educacional: compromissos com a educação brasileira. *Psicologia Escolar e Educacional*, 13(1), 169-177.
- Martínez, A. M. (2010). O que pode fazer o psicólogo na escola?. *Em Aberto*, 23(83).
- Marçal, V. P. B., & Silva, S. M. C. D. (2006). A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10(1), 121-131.
- Marinho-Araújo, C. M & Almeida, S. F. C. (2005) *Psicologia escolar: construção e consolidação da identidade profissional*. Campinas: Alínea.

- Momo, M. (2007). *Mídia e consumo na produção de uma infância pós-moderna que vai à escola. 2007* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, RG, Brasil. Recuperado em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12185>
- Montiel, J. M., Bartholomeu, D., Armond, G. D., Jacini, W. F. S., Bueno, C. H., Lima, F. F., & Cecato, J. F. (2014). Associações entre medidas de Funções Executivas e TDAH em crianças em idade escolar *Neuropsicologia Latinoamericana*, 6(1). Recuperado de [http://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia\\_Latinoamericana/article/view/158](http://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/158)
- Moraes, R. B. D. S. (2012). “... como se fosse lógico”: considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspectiva da sociedade normalizada (Tese de doutorado). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.
- Morais, M. L. S., & Souza B. P. (2000). *Saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (1992). A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos Cedes*, 28, 31-47.
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2010). Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In Conselho Regional de Psicologia, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 71-110.
- Moysés, M. A. A. & Collares, C. A. L. (2011). Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In Conselho Regional de Psicologia SP. *Medicalização de crianças e adolescentes* (pp. 71-110). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nogueira Filho, D. M. (2009). Há uma nova infância? *Revista Educação*. São Paulo: Editora Segmento, 2, 06-17.
- Ortega, F., Barros, D., Caliman, L., Junqueira, L., Itaborahy, C., & Ferreira, C. P. (2010). A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 499-512.
- Paranhos, C. N., Aucelio, C. N., Silva, L. C. D., Pigossi, M., Vieira, N. C., Silva, T. L. D., & Picanço, M. (2013). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) – Avaliação do padrão no EEG e estado nutricional de crianças e adolescentes de Brasília/DF. *Pediatria Moderna*, 49, 227-231. Recuperado em [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_ma teria=5411&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_ma teria=5411&fase=imprime)
- Pasqualini, J. C. (2009). A perspectiva histórico-dialética da periodização do desenvolvimento infantil. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 31-40. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a05v14n1>
- Patto, M.H.S. (1981). *Introdução à Psicologia Escolar*. São Paulo: T. A. Queiroz.
- Patto, M. H. S. (1984). *Psicologia e ideologia: uma introdução à psicologia escolares*. São Paulo: T.A. Queiroz.

- Patto, M.H.S. (1992). A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro. *Psicologia USP*, (107-121).
- Patto, M. H. S. (1997). Para uma crítica da razão psicométrica. *Psicologia USP*, 8(1), 47-62. Recuperado em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641997000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641997000100004&script=sci_arttext)
- Piaget, J. (1987). Seis estudos de psicologia. trad. de Maria Alice M. D'Amorim.
- Polonia, A. C., & Dessen, M. A. (2005). Em busca de uma compreensão das relações entre família escola. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9(2), 303-312. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572005000200012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572005000200012&lng=pt&tlng=pt).
- Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (2017, janeiro,15). [Internet]. Recuperado de <https://www.ufrgs.br/prodah/>
- Projeto de Lei do Senado nº 350, de 2014. Altera a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, para modificar as atividades privativas de médico. Recuperado de <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/119167>
- Pulino, L. H. C. Z. (2001). Acolher a criança, educar a criança: uma reflexão. *Em Aberto*, 18(73), 29-40.
- Pulino L. H. C. Z. (2010) Filosofia, pedagogia e psicologia: a formação de psicólogos e a ética do cuidado de si. In Kohan, W. (Org). *Devir-criança da filosofia, infância da educação*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Pulino, L. H. C. Z (2016a). Diversidade cultural e ambiente escolar. In Pulino, L. H. C. Z., Soares, S. L., Costa, C. B., Longo, C. A. & Sousa, F. L. (Orgs). *Educação e diversidade cultural* (pp. 29-78). Brasília: Paralelo 15.
- Pulino, L. H. C. Z (2016b). Lugares de infância: tempo de encontro. In Barbato, S.& Cavaton, M. F. F. (Orgs). *Desenvolvimento Humano e educação: contribuições para a educação infantil e o primeiro ano do ensino fundamental* (pp. 71-96). Aracaju: EDUNIT.
- Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. BRATS Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde [Internet]. 2014 [citado 2017 jan 31];8(23):1-12. Disponível em: [http://200.214.130.94/rebrats/publicacoes/brats2\\_3.pdf](http://200.214.130.94/rebrats/publicacoes/brats2_3.pdf)
- Remen, R. N. (1993). *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus.
- Rezende, P. C. M., Oliveira, L. G., & Gomes, L. R. S. (2013). Cartas reflexivas: um recurso de intervenção em psicologia educacional. *Psicologia da Educação*, (37), 43-50. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n37/n37a05.pdf>
- Rezende, P. C. M., Lima, C. P., Naves, F. F., & Silva, M. B. (2010). Quando a psicologia escolar criticava à clínica. *Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 171-173.

- Ribeiro, M. I. S. (2015). *A medicalização na escola: uma crítica ao diagnóstico do suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Bahia, Bahia, BA, Brasil.
- Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 13-22.
- Rosa, A. P. (2011). *Os bastidores da queixa escolar: da sala de aula ao consultório psicológico* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
- Rossetti-Ferreira, M. C. (2006). Olhando a pessoa e seus outros, de perto e de longe, no antes, aqui e depois. In Colinvaux, D., Leite, L. B., Dell’Aglia, D.D. *Psicologia do desenvolvimento: reflexões e práticas atuais* (pp.19-59). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Salazar, R. M. (1996). O laudopsicológico e a classe especial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 16(3), 4-11. Recuperado em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98931996000300002&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98931996000300002&script=sci_arttext&tlng=es)
- Santos, T. R. R. (2015). *Tornar-se TDAH: cartografia de um processo* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Saraiva, L. F. O. (2013). Olhares em foco: tensionando silenciamentos. In *Orientação à queixa escolar* (pp. 59-78). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Saviani, D. (2004). *O legado educacional do século XX no Brasil*. Autores Associados.
- Silva, S.M.C. (2002). *A constituição do desenho da criança*. São Paulo, SP: Mercado das letras.
- Silva, A. M. M. (2007). *A pedagogia Waldorf: um contributo para a educação em Portugal* (Dissertação de mestrado). Universidade Portucalense, Portugal.
- Souza, M. P. R. (2009). Psicologia Escolar e Educacional em busca de novas perspectivas. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, 13(1), 179-182.
- Souza, M. P. R. (2011). Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtorno de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In Conselho Regional de Psicologia SP. *Medicalização de crianças e adolescentes* (pp. 57-67). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, M. P. R. (2013). Prontuários revelando os bastidores: do atendimento psicológico à queixa escolar. In *Orientação à queixa escolar* (pp. 27-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tanamachi, E. D. R. (1997). *Visão crítica de Educação e de Psicologia: elementos para a construção de uma visão crítica de Psicologia Escolar* (Tese de doutorado). Universidade Estadual Paulista, Marília, SP, Brasil.

- Temporão, J. G. (2013). Indústria Farmacêutica e medicalização. In Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A. & Ribeiro, M. C. F. (Orgs.). (2013). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos*. (pp. 65-78). Campinas, SP: Mercado das Letras.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em estudo*, 6(2), 49-56. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a07.pdf>
- Untoiglich, G. (2013). Usos biopolíticos do suposto transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: que lugar para o sofrimento psíquico na infância. In *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos* (pp. 109-118). Campinas, São Paulo: Mercado das Letras.
- Vasconcellos, T. (2008). Infância e narrativa. In Vasconcellos, T. (Org.), *Reflexões sobre infância e cultura* (pp. 93-126). Rio de Janeiro: EdUFF.
- Vigotski, L. S. (1991). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (2007). *Imaginação e criação na infância*. São Paulo: Ática
- Vigotski, L.S. (1996). *Obras escogidas* (Vol. 4). Madrid: Visor.
- Vigotski, L.S. (2001). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Welch, G, Schwartz, L, Woloshin, S. (2008). O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos. *Jornal do Cremesp*, p. 12, fev. (texto publicado no *The New York Times*, em 02/01/2007; tradução de Daniel de Menezes Pereira).



## Apêndice A – Entrevista Psicólogo Clínico

Nome:

Idade:

Especializações/Pós-graduação:

- 1) Conte-me um pouco da sua trajetória profissional, como você chegou até aqui.
- 2) Na sua opinião, o que é o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade?
- 3) Para você, o que é aprendizagem?
- 4) O que é infância? O que é desenvolvimento?
- 5) Como tem sido a demanda de trabalho com crianças que apresentam características do TDAH, no seu consultório?
  - a. Como você compreende a frequência dessa demanda no seu consultório?
  - b. Essas crianças geralmente vem encaminhadas por quem?
  - c. Quais são as principais queixas levantadas a respeito da criança com suspeita de TDAH ou que já tenha o diagnóstico?
  - d. Elas tem tomado medicação?
  - e. Como você percebe a relevância da medicação para esses casos?
- 6) Como você percebe a construção do diagnóstico deste transtorno pela escola, pais, médicos e pelos profissionais da psicologia?
- 7) Para você, o que o psicólogo clínico tem a contribuir no acompanhamento a uma criança com diagnósticos de TDAH? E o psicólogo escolar?
- 8) Nos casos que você acompanhou de crianças diagnosticadas com TDAH, a criança foi acompanhada por outros profissionais?
  - a. Houve diálogo entre você e esse profissional? Se sim, como isso aconteceu?
- 9) Sabemos que muitas vezes a escola necessita de um laudo dos profissionais que acompanham a criança para oferecer alguns recursos no ambiente escolar, como aula de reforço, sala de recursos, etc. Você emite esses laudos?
  - a. Você já recebeu laudos de outros profissionais? Como você percebe essa troca de informações?
10. Há algo a mais que gostaria de acrescentar?

## Apêndice B – Entrevista Psicólogo Escolar

Nome:

Idade:

Especializações/Pós-graduação:

- 1) Conte-me um pouco da sua trajetória profissional, como você chegou até aqui.
- 2) Na sua opinião, o que é o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade?
- 3) Para você, o que é aprendizagem?
- 4) O que é infância? O que é desenvolvimento?
- 5) Como tem sido a demanda de trabalho com crianças que apresentam características do TDAH, na escola?
  - a. Como você compreende a frequência desse diagnóstico na escola?
  - b. Vocês encaminham as crianças para avaliação com outros profissionais da saúde?
  - c. Quais são as principais queixas levantadas a respeito da criança com suspeita de TDAH ou que já tenha o diagnóstico?
  - d. Elas tem tomado medicação?
  - e. Como você percebe a relevância da medicação para esses casos?
- 6) Como você percebe a construção do diagnóstico deste transtorno pela escola, pais, médicos e pelos profissionais da psicologia?
- 7) Para você, o que o psicólogo escolar tem a contribuir no acompanhamento a uma criança com diagnósticos de TDAH? E o psicólogo clínico?
- 8) Nos casos que você acompanhou de crianças diagnosticadas com TDAH, a criança foi acompanhada por outros profissionais?
  - a. Houve diálogo entre você e esse profissional? Se sim, como isso aconteceu?
- 9) Sabemos que muitas vezes a escola necessita de um laudo dos profissionais que acompanham a criança para oferecer alguns recursos no ambiente escolar, como aula de reforço, sala de recursos, etc. Você recebe esses laudos?
  - a. Como você percebe essa troca de informações?
10. Há algo a mais que gostaria de acrescentar?

## Apêndice C – TCLE



Universidade de Brasília

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO DE MESTRADO EM PROCESSOS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E  
SAÚDE PG-PDS

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “As concepções e práticas do processo de aprendizagem de psicólogos escolares e clínicos”, sob a responsabilidade do pesquisador Adrielly Garcia Siebert. O projeto é um trabalho de pesquisa de mestrado, vinculado à Universidade de Brasília (UnB) no Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde PG-PDS.

O objetivo desta pesquisa é analisar as práticas, de psicólogos escolares e clínicos, relativas ao processo de diagnóstico e acompanhamento de crianças com TDAH. Espera-se com esta pesquisa que se possa fomentar a implantação/fortalecimento de políticas públicas no âmbito da saúde e da educação a fim de incrementar e ampliar os recursos terapêuticos no diagnóstico e acompanhamento dos pacientes atendidos.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista semi-estruturada, em local e data a combinar, com um tempo estimado de uma hora e meia, em uma única visita para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são apresentar dificuldades ou desconfortos em função da timidez, do constrangimento ou de desconhecimento sobre o assunto investigado. Caso seja necessário, para evitar maiores desconfortos, a pesquisadora se compromete a contribuir com o que for necessário para que você se sinta mais à vontade para realizar a entrevista, com preservação do sigilo e do anonimato. Se você aceitar participar, estará contribuindo para ampliar as possibilidades de reconhecimento da necessidade ou não de mais conhecimentos sobre o atuação do psicólogo escolar e clínico no atendimento a crianças com dificuldades de aprendizagem, especialmente aquelas diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa ou alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (UnB) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Adrielly Garcia Siebert ou Lúcia Helena Pulino Zabotto, na Universidade de Brasília, nos telefones (38) 99932-1362 / (34) 99233-0135 / (61) 3107-6831, disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou pelos e-mails: [dricasiebert@hotmail.com](mailto:dricasiebert@hotmail.com) / [luciahelena.pulino@gmail.com](mailto:luciahelena.pulino@gmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Nome / assinatura

---

Adrielly Garcia Siebert

Pesquisador responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## Anexo A – SNAP-IV

NOME: \_\_\_\_\_

SÉRIE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

*Para cada item, escolha a coluna que **melhor** descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X):*

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
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 pára ou freqüentemente está a "mil por hora".				

	<b>Nem um pouco</b>	<b>só um pouco</b>	<b>bastante</b>	<b>demais</b>
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				
<i>Versão em Português validada por Mattos P et al, 2005.</i>				

Como avaliar:

- 1) se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.
- 2) se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.

O questionário SNAP-IV é útil para avaliar apenas o primeiro dos critérios (critério A) para se fazer o diagnóstico. Existem outros critérios que também são necessários.

**IMPORTANTE:** Não se pode fazer o diagnóstico de TDAH apenas com o critério A! Veja abaixo os demais critérios.

**CRITÉRIO A:** Sintomas (vistos acima)

**CRITÉRIO B:** Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade.

**CRITÉRIO C:** Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa).

**CRITÉRIO D:** Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas.

**CRITÉRIO E:** Se existe um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele