

A TRAMA DAS NARRATIVAS NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA: UMA ESTRATÉGIA PARA DESVENDAR A MEDICALIZAÇÃO

LA TRAMA DE LAS NARRATIVAS EN LA CLÍNICA DE FONOAUDIOLÓGÍA: UNA
ESTRATEGIA PARA DESENTRAÑAR LA MEDICALIZACIÓN

THE PLOT OF NARRATIVES IN THE SPEECH THERAPY CLINIC: A STRATEGY FOR
UNRAVELING MEDICALIZATION

Ana Paula Santana^{*}

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Rita de Cassia Fernandes Signor^{**}

Hospital Infantil Joana de Gusmão

Sandra Maia-Vasconcelos^{***}

Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO: O objetivo desta pesquisa é analisar a narrativa de vida na área da Fonoaudiologia. A metodologia adotada foi um estudo de caso que envolveu uma menina de 9 anos de idade com dificuldade escolar. A criança teve sua história narrada pela avó e pela mãe durante uma entrevista em uma clínica-escola. Os dados foram analisados tendo como base os estudos de Mota (2013), Bakhtin (1997, 2003, 2006) e Vygotsky (1991, 2004, 2010). Os resultados revelam que os narradores (mãe e avó) encadeiam fatos visando explicar aspectos que, por escaparem do que seria “o esperado”, marcam a *diferença* da criança. Essas narrativas trazem vestígios da prática médica dominante, uma vez que as características da criança foram interpretadas como manifestações sintomáticas de transtornos de aprendizagem, de atenção e de processamento auditivo. As narrativas dos informantes se aproximam no que diz respeito à internalização dos diagnósticos recebidos pela criança, pois, em tese, estes explicariam a suposta causa para os “desafios”

^{*} Professora do Departamento de Fonoaudiologia e da Pós-Graduação em Linguística e em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina/GELCE. E-mail: ana.santana@ufsc.br.

^{**} Fonoaudióloga do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Doutora em Linguística pela Universidade Federal de Santa Catarina/GELCE. E-mail: ritasignor@gmail.com.

^{***} Professora titular do Departamento de Letras Vernáculas, do Programa de Pós-graduação em Linguística da Universidade Federal do Ceará/GELDA e do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Regional do Cariri. E-mail: sandramaisfv@gmail.com.

retratados na queixa. Conclui-se que as vozes mapeadas durante a análise das narrativas servem de veículo para legitimar o fenômeno da medicalização.

PALAVRAS-CHAVE: Narrativa. Linguagem. Entrevista. Fonoaudiologia. Medicalização.

RESUMEN: El objetivo de esta investigación es analizar la narrativa de vida en el campo de la Fonoaudiología. La metodología adoptada fue un estudio de caso e involucró a una niña de 9 años con dificultades de aprendizaje. La historia de la niña fue narrada por su abuela y madre durante una entrevista en una clínica-escuela. Los datos fueron analizados basándose en los estudios de Mota (2013), Bakhtin (1997, 2003, 2006) y Vygotsky (1991, 2004, 2010). Los resultados revelan que los narradores enlazan eventos con el fin de explicar aspectos que, al desviarse de lo que se consideraría "esperado", resaltan la diferencia de la niña. Estas narrativas llevan rastros de la práctica médica dominante, ya que las características de la niña fueron interpretadas como manifestaciones sintomáticas de trastornos del aprendizaje, déficits de atención y procesamiento auditivo. Las narrativas de la abuela y la madre convergen en lo que respecta a la internalización de los diagnósticos recibidos por la niña, ya que teóricamente estos explicarían la supuesta causa de los "desafíos" descritos en la queja. Se concluye que las voces mapeadas durante el análisis narrativo sirven como vehículo para legitimar el fenómeno de la medicalización.

PALABRAS CLAVES: Narrativa. Lenguaje. Entrevista. Fonoaudiología. Medicalización.

ABSTRACT: The aim of this research is to analyze life narratives in the field of Speech Therapy. The methodology adopted was a case study and involved a 9-year-old girl with learning difficulties. The child's story was narrated by her grandmother and mother during an interview at a clinic-school. The data were analyzed based on the studies of Mota (2013), Bakhtin (1997, 2003, 2006), and Vygotsky (1991, 2004, 2010). The results reveal that the narrators link events aiming to explain aspects that, by deviating from what would be "expected," highlight the child's difference. These narratives bear traces of the dominant medical practice, as the child's characteristics were interpreted as symptomatic manifestations of learning disorders, attention deficits, and auditory processing. The narratives of the grandmother and mother converge regarding the internalization of the diagnoses received by the child, as theoretically these would explain the supposed cause for the "challenges" depicted in the complaint. It is concluded that the voices mapped during the narrative analysis serve as a vehicle to legitimize the phenomenon of medicalization.

KEYWORDS: Narrative. Language. Medical history taking. Speech, language and hearing sciences. Medicalization.

1 INTRODUÇÃO

Pode-se dizer que o estudo das narrativas no contexto da saúde é relativamente recente. Alguns dos marcos mais significativos foram as pesquisas sobre Medicina Narrativa. Esses estudos surgiram no Reino Unido, no final dos anos 1990, com o propósito de incentivar um raciocínio clínico diferenciado para as seguintes questões: *Por que estudar narrativa em relação à prática médica? De que modo o estudo da significação pode contribuir para o processo clínico de interpretação dos dados e construção de um diagnóstico (e de um prognóstico) médico? Por que muitos médicos não escutam as histórias de seus pacientes? Como essa "não escuta" contribui para o fenômeno da medicalização da vida, da sociedade e da educação na medida em que a tristeza se transforma em depressão, comportamento ativo ganha status de hiperatividade e pessoas pouco sociáveis estão sendo enquadradas no espectro do autismo? Como relacionar "evidências" e narrativas na constituição de uma diagnose integrada, já que a medicina é ou deveria ser integral na sua visão do paciente?* (Carelli; Pompilio, 2013).

Para Charon (2017), trabalhar com a perspectiva da medicina narrativa implica considerar o *setting* da clínica como uma "recepção generosa", que é formada por todos os aspectos que envolvem o narrador no ato de contar (palavras, silêncios, gestos, posição, humor, declarações anteriores). Nesse sentido, o ouvinte atento absorve o que é dado e pode retornar ao narrador uma representação do que foi ouvido, como se dissesse: "Isso é o que eu acho que você me contou". Nesse ponto, o ouvinte reflete novamente em sua versão testemunhada de uma conversa, dando ao narrador uma visão, como ponto de partida, do que poderia ter sido dito.

Trabalhar com a perspectiva da clínica da narrativa implica se afastar de uma concepção de linguagem mecanicista e instrumental e assumir uma noção de linguagem como constitutiva dos seres humanos que vivem em sociedade. Dito de outro modo, é entender

que a subjetividade se constrói por meio das relações mediadas pela linguagem (Souza-e-Silva; Piccardi, 2012). Nessa perspectiva, busca-se o afastamento de discursos vinculados ao modelo biomédico, pois estes deslocam o olhar do doente para a doença, bem como do ator social para o objeto, afetando a dinâmica entre médico e paciente. Práticas assim reproduzem-se a um modelo em que o médico designa de modo “objetivo” um mal apartado da experiência vivida pelo sujeito doente (Souza-e-Silva; Piccardi, 2012). Implicações desse modelo, na área da educação, podem ser sentidas nos próprios discursos das crianças que acabam por assimilar a palavra alheia, sendo comum estudantes se definirem por meio de diagnósticos atribuídos: “Sou agitado!”, “Sou esquecido!”, “Tenho dificuldade!”, “Não aprendo porque tenho um problema no ouvido!”, “Vivo no mundo da lua!”, “Não presto atenção em nada!”, entre outros dizeres que revelam o quanto a subjetividade pode ser afetada.

Nesse fenômeno crescente, o que se vê é um enquadramento de aspectos do desenvolvimento infantil em terminologias específicas, sendo o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), o Transtorno Específico de Aprendizagem – “dislexia” – (TEAp) e o Transtorno de Processamento Auditivo Central (TPAC) as siglas que representam *com força* a medicalização da educação no Brasil.

Distante desse modelo positivista que mais promove a doença do que a saúde, adeptos da perspectiva da clínica da narrativa explicam que há um ato interpretativo relacionado ao que o outro narra para o profissional que escuta e interpreta. E essa interpretação se torna o elemento central da análise das narrativas. Carelli e Pompilio (2013, p. 678) mencionam que,

Do ponto de vista clínico, poderíamos supor que a construção de uma narrativa sobre a doença do paciente (ou sobre o paciente doente – a ordem aqui é discricional, pois dela depende a definição de quem é o protagonista da história) acontece segundo o poder de escolha daquele que a conta – no caso, o médico. Ele é quem escolhe o que contar e encadeia os fatos (entre eles, a própria descrição contida em exames e laudos) de acordo com modelos conhecidos e chancelados cientificamente. Ele é quem confere a essa narrativa o seu tom.

De modo semelhante à clínica médica, no campo da Fonoaudiologia, os profissionais também se deparam com uma construção subjetiva que ocorre através de uma narrativa. O processo que envolve a dificuldade escolar ou a dificuldade com a linguagem impõe ao paciente um lugar de “doente” que busca, com a descrição da sua condição, compreender aspectos de sua comunicação oral ou escrita que não estão em conformidade com o que seria esperado ou desejado. Assim, o que se busca neste trabalho é ressaltar a importância de se compreender a entrevista como uma produção de histórias de vida – histórias nas quais os pacientes e seus responsáveis elaboram um encadeamento discursivo que é organizado no presente, mas que se projetam num passado que, muitas vezes, contém fatos trágicos.

Carelli e Pompilio (2013) afirmam que, para o médico ou para qualquer outro profissional da saúde que se disponha ao cuidado de pacientes, a tragicidade da doença constitui o fulcro das narrativas. A narrativa não tem por objetivo a coleta de dados ou o simples acolhimento. Segundo Carelli *et al.* (2013), nesse encontro entre dois universos culturais distintos, que é a consulta na área da saúde, a constituição de narradores clivados nos parece habitual, comum, até certo ponto necessária e, ao contrário do que possa inicialmente parecer, não negativa em princípio.

A narrativa de vida constitui uma descrição próxima da história realmente vivida (objetivamente e subjetivamente) e pode ser um resultado de uma forma particular de entrevista. Na entrevista narrativa (Bertaux, 2010), que é uma maneira de manter contato com o sujeito da pesquisa por meio de uma conversa narrada, o pesquisador e o sujeito estabelecem vínculos de confiança para que este último possa contar suas experiências. Para Mota (2013), narrar é uma experiência enraizada na cultura humana. Uma prática humana universal. Nossas biografias são carregadas de significações subjetivas, pois aquilo que excluímos e incluímos depende da imagem moral que pretendemos passar. Para o autor, somos nossas narrativas, já que somos aquilo que vivemos. Nossas narrativas, assim, instituem-nos e nos constituem.

Nesse sentido, nossa vida e nossa identidade constroem uma narrativa pessoal na qual arrolamos uma série cronológica de eventos que intencionalmente recorta-se para construir a imagem desejada de quem pretendemos ser. É assim que construímos um autossignificado singular: um *reconto*. Nosso “eu” se transforma em um conto, um relato valorativo (*Facebook, e-mails, diários,*

cartas) e nos tornamos nossas narrações: virada de mesa, virada de direção, virada de vida. É assim que nossa história revela os *scripts* que projetamos para nós mesmos (Mota, 2013). Mas, desde que nascemos, e mesmo antes, já somos narrados pelos outros, como indica Bakhtin (2014) quando diz que nos lábios e no tom dos outros que a criança começa a reconhecer seu *nome*, suas emoções e seus estados internos.

Dessa forma, compreender o espaço da clínica como narrativa significa compreender o paciente como autor da história de sua própria vida. Ele quem encontra um referente na sua existência. Do outro lado desta narrativa está o narratário, aquele que escuta, aquele que se expõe como o receptor desse processo narrativo que se constitui como temporalidade, durabilidade e espacialidade (Maia-Vasconcelos, 2006). O narratário está em busca de um saber da parte de quem narra, e que ele não detém. Ao mesmo tempo, o narratário sabe mais de seus sintomas que o ouvinte (Lani-Bayle, 2018). Sintomas esses que são contados em outro tempo, no qual um passado torna-se presente avançando num movimento em pêndulo, que permite ao pesquisador/narratário a perspectiva do ponto de vista vivido, em relação ao ponto de vista experienciado, ambos em contato com o ponto de vista contado (Maia-Vasconcelos; Oliveira, 2020).

De seu lado, na clínica infantil, a criança não planeja sua narrativa, no sentido de informar ao interlocutor com quem está interagindo. A criança se coloca no centro das atenções por entender que a história é dela e, se é dela, ela pode narrá-la como bem entende, sem interpor uma compreensão prévia daquilo que o ouvinte irá entender (Maia-Vasconcelos, 2016). A criança traz em si sua história e é capaz de falar sobre si a partir de sua perspectiva e de seu autoconceito de verdade (Lani-Bayle, 2019).

Na clínica da linguagem, no entanto, com frequência a história de vida da criança é narrada por outra pessoa (sua mãe, seu pai, uma avó, um responsável). Afinal, na infância temos a necessidade de outros para nos contar. As perguntas que podemos fazer nesse momento são: as histórias de vida evocadas têm um “tamanho ideal” e isso justificaria que as histórias das crianças fossem negligenciadas? Alguns até duvidam que as crianças possam ter uma história para contar (Lani-Bayle, 2018). É nesse sentido que a narrativa pode ser entendida como uma “trama” a ser desvendada pela escuta do ouvinte. Afinal, de que forma ela se aproxima da “realidade”? A que realidade se refere esse tecido construído no consultório pelo “outro” que não a criança propriamente? Cabe questionar se o sujeito poderia ser chamado de *sujeito*, uma vez que não é senhor de suas atitudes, de sua história e de sua realidade.

Para Mota (2013), toda narrativa se origina de uma estratégia enunciativa, com uma intencionalidade e um efeito pretendido. O que distinguiria a narrativa ficcional da narrativa de realidade seria, *a priori*, a intencionalidade dos interlocutores, a vontade de sentido que se estabelece entre os interlocutores no protocolo relativo de verificação. Quando o desejo é traduzir fielmente *o real*, o narrador organiza sua narrativa de forma *dessubjetivada*, para convencer o destinatário de que está relatando a verdade, a realidade tal como ela é, com linguagem referenciada, objetivada com números, dêiticos, estatísticas, artigos definidos, desprovida de subjetivação poética, em que os interlocutores coconstroem um *mundo real verdadeiro*. É nesse sentido que o real é o efeito produzido pelo discurso, compactuado pelo narrador e pelo receptor, a partir de um conhecimento prévio, compartilhado e tido como reconhecido. Nesse contexto, essas narrativas tomam uma estrutura muito mais próxima de testemunho, confissão, depoimento ou anamnese do que dos textos que tratamos como narrativas de experiências, que são, em nossos estudos, as formas definidas pelos sujeitos para verbalizarem suas histórias e suas experiências por meio de recontos.

No contexto da clínica da linguagem, durante a entrevista, alguns questionamentos são feitos. Que tipo de narrativa os pais constroem quando precisam conectar incidentes isolados para recompor com coerência eventos ocorridos no passado? O que eles incluem, excluem, simplificam, organizam para fazer com que os anos de vida dos filhos caibam em alguns minutos de consulta? Quais os fatos que esses pais consideram dignos de inclusão e exclusão? Tudo depende da trama escolhida pelo narrador para descrever a totalidade, embora nenhuma totalidade descreva o passado de forma consistente. O que vai caber considerando temporalidade, durabilidade, manutenção da história para que se construa uma narrativa apoiada na vontade do sujeito que narra? São aspectos explorados na sequência deste artigo.

É nesse sentido que a narrativa de vida pode ser entendida como uma “trama” a ser desvendada pela escuta do ouvinte. Afinal, que sentidos o narrador e o ouvinte dão a um mesmo sintoma? Quanto ao público infantil, é preciso que se entenda ainda como essa “realidade” se relaciona a esse tecido construído no consultório pelo “outro” que não a criança propriamente?

A partir desses questionamentos, este artigo tem como objetivo investigar, por meio de um estudo de caso, a forma como a entrevista, compreendida aqui como narrativa de vida, pode ser uma estratégia para desvendar o fenômeno da medicalização.

2 CONTORNOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa analisa a história de uma criança de 9 anos de idade, denominada Bianca, que compareceu a uma clínica de Fonoaudiologia para realização de avaliação e terapia para desenvolver competências em leitura e escrita. A queixa envolvia aspectos comportamentais e de aprendizado, e a criança já tinha laudos de TEAp – “dislexia”, TDAH e TPAC.

Os dados do estudo contemplam entrevistas com a mãe, com o padrasto e com a avó da menina no início do atendimento fonoaudiológico. As entrevistas tiveram, cada uma, duração de uma hora. Primeiramente veio a mãe, depois o padrasto, e, por fim, a avó de Bianca. A avó foi convidada pois era figura importante na vida da neta, tanto que era responsável por levá-la até a clínica de fonoaudiologia. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – CAAE: 20176619.9.0000.0121.

A perspectiva de análise de dados utilizada foi a análise da narrativa descrita por Mota (2013), que considera a sequência de tramas narradas e a análise de cunho sócio-histórico (Bakhtin [Voloshinov], 2014; Vygotsky, 1991).

Bianca, à época das entrevistas iniciais, frequentava o 3º ano do Ensino Fundamental, e, segundo informações da família, não estava alfabetizada. O pai da criança não compareceu à clínica, pois estava cumprindo pena em um presídio. Bianca reside com a sua mãe, cabeleireira; o padrasto, que trabalha em uma financeira; e uma irmã materna, de 3 anos de idade, filha do padrasto. A criança passa boa parte do tempo na casa da avó, muito próxima à casa da mãe. A avó também foi convidada para participar da pesquisa.

Quanto aos dados da história pregressa, a mãe relata que quando estava gestante de Bianca esteve sob estresse emocional por conta de desavenças com o pai da menina. O casal se separou depois que Bianca nasceu, e, há cinco anos, a mãe vivencia relacionamento com o padrasto de Bianca. O pai casou-se novamente também. Segundo revela a mãe, o pai não convivia com a filha mesmo quando estava em liberdade.

Quanto aos hábitos de leitura da família, são mais restritos às mensagens de celular e praticamente não há livros de literatura em casa. Em relação às práticas sociais mediadas pela tecnologia, a família comenta que Bianca tem um canal no *TikTok*.

3 A HISTÓRIA DE BIANCA: A NARRATIVA DA NARRATIVA

Ao ouvir as narrativas da mãe e da avó sobre Bianca, conseguimos analisar parte da sua história. Filha de pais separados, a menina vive com a mãe, a meia irmã e o padrasto. Os avós maternos são figuras presentes na vida da criança. Segundo a avó, Bianca, aos 6 anos de idade, época de início da alfabetização, já distante da convivência com o pai, foi “abandonada” também pela mãe e pelo padrasto, uma vez que eles desviaram boa parte da atenção que destinavam a ela para a outra filha que acabara de nascer. Essa exclusão foi confirmada pelo próprio padrasto, durante uma entrevista, em que ele afirmou que reduziu os cuidados com Bianca quando a filha nasceu. A exemplo disso, ponderou que, ao chegar em casa, abraçava apenas a filha e não mais a Bianca. Durante a trama narrada, reverbera no discurso da avó a luta por um lugar de legitimidade para a neta preterida: “a Bianca existe”. A inexistência de Bianca se revela na falta de direitos, de voz e de vez. Para Birman (2019), a subjetividade se constrói pelo reconhecimento. O sujeito necessita saber que o outro o vê para se sentir vivo; do contrário, sente-se apagado do mundo. É o que se percebe na violência simbólica que Bianca sofre ao ter que se silenciar diante da irmã mais nova. O lugar da família está marcado como “instância decisória”, lugar onde projetos se confrontam (Bertaux, 2010). Nesse contexto, a ordem de nascimento importa, principalmente quando se trata de uma mãe com dois filhos de pais diferentes. Um pai ausente que deve ser esquecido – tal como a filha é esquecida – e um pai presente que demarca seu território de pai adotivo, preferindo a filha legítima.

O que se observa, por meios das tramas, é que Bianca foi vivenciando as peripécias da infância até que, no 3º ano do ensino fundamental, a avó, ao se deparar com a dificuldade de aprendizado da neta, resolve levá-la a uma médica neurologista, conforme mencionado no excerto 1:

Excerto 1 – relato da avó: A Bianca é bem carente, sensível. Ela é carinhosa. Ela é muito inteligente. Ela é muito apegada comigo e com meu marido, pelo fato do pai dela não estar presente, né? [...]. Eu comecei a perceber esse problema esse ano, eu vi que não era normal, que ela era diferente. Eu vi que ela era diferente e eu disse para Amélia (mãe): isso não tá certo... aí eu levei no neurologista que pediu um monte de exame [...]. É o sistema nervoso dela. Mas na tomografia deu tudo bem.

Nesse início de análise, é preciso considerar que, embora a avó pareça ter tido a iniciativa de, por si só, levar a criança ao médico, a escola brasileira veicula a “cultura do laudo”. Isso quer dizer que alunos sem qualquer indicio de dano neurológico estão sendo encaminhados para o “neuro”; engrossando, no sistema público de saúde, a imensa demanda para essa especialidade e atrasando o atendimento de crianças que realmente necessitam da Neuropediatria, a exemplo de crianças com hidrocefalia, microcefalia, paralisia cerebral, epilepsia, síndromes genéticas, entre outras condições que refletem um quadro neurológico evidente (Signor *et al.*, 2022). Curiosamente, mesmo diante de um exame neurológico sem alterações, muitas dessas crianças acabam sendo diagnosticadas. E, assim, Bianca, que era considerada “normal” até os 9 anos de idade, passa a ser vista de outro modo pela avó, como é possível notar no excerto 2:

Excerto 2 – relato da avó: Ela é bem inteligente, quer ver no celular, ela me ensina um monte de coisa... é incrível... ela é inteligente, mas essa porcaria de Dislexia, TDAH, na verdade... **antes eu não percebia, pra mim ela era uma criança normal...** Só esse ano. Essa menina tá sem ler, sem escrever [...]. A médica me explicou que ela vai aprender, ela vai, só que tem que ter muita paciência. Por isso eu procuro dar o máximo de mim quando eu tô com ela porque é difícil pra ela [...]. **Ela não memoriza, não foca, como ela não consegue se concentrar, você manda ela escrever uma palavrinha, ela não escreve...** depois que ela começou a tomar o medicamento foi que ela começou a gravar as letras, agora.

O TDAH, um dos diagnósticos atribuídos à Bianca, é considerado uma desordem do neurodesenvolvimento decorrente de uma disfunção neurobiológica (APA, 2013). Durante o processo diagnóstico, é comum o envio de um questionário denominado SNAP IV (Mattos, 2005) para que um familiar e um professor preencham. A orientação que deve ser seguida para preenchimento do questionário é a seguinte: “Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o(a) aluno(a) (marque um X)”. As opções de colunas dadas são: “Nem um pouco”; “Só um pouco”; “Bastante”, “Demais”. Em relação à Bianca, a escola enviou as seguintes respostas, dispostas no Quadro 1, para a médica neurologista.

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas			X	
Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				X
Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele			X	
Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				X
Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				X

Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				X
Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)			X	
Distrai-se com estímulos externos				X
É esquecido em atividades do dia-a-dia			X	
Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.			X	
Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado			X	
Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado			X	
Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma			X	
Não para ou frequentemente está a “mil por hora”			X	
Fala em excesso		X		
Responde às perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				X
Tem dificuldade de esperar sua vez				X
Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos)			X	
Descontrola-se			X	
Discute com os adultos			X	
Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos				X
Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas		X		
Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento		X		
É irritável ou facilmente incomodado pelos outros			X	
É zangado ou ressentido				X

É maldoso ou vingativo

X

Quadro I: SNAP IV de Bianca

Fonte: elaborada pelas autoras, a partir das respostas da escola

Vários autores apresentam críticas em relação a esse modo de avaliar “contando sintomas”. Moysés e Collares (2013, p. 45), pesquisadoras críticas desse questionário, após mencionarem que os itens propostos pelo instrumento SNAP IV representam um desserviço para as áreas da saúde e da educação, realizam alguns questionamentos pertinentes. Por exemplo, ao analisarem o item “Parece não estar ouvindo”, as autoras perguntam: *Não estar ouvindo quem?; O quê?; Em que situação?*. “Todo pediatra sabe que, quando uma mãe reclama que o filho não escuta, deve-se perguntar se isso ocorre quando ela chama para arrumar o quarto ou tomar sorvete”. Outros itens são igualmente inquietantes: “É esquecido”, “Perde coisas”, “Tem dificuldades de se organizar”. Essas questões perfazem o perfil de muitos adultos e crianças. Raramente, encontramos crianças que são organizadas, que não perdem as coisas e que não são esquecidas. Além disso, a criança pode “esquecer de fazer a lição”, “esquecer de escovar os dentes”, “esquecer de guardar os brinquedos”, mas, dificilmente, ela se esquecerá que marcou de passar a tarde brincando na casa de um amiguinho (Signor; Santana, 2016).

O problema (dos diagnósticos apressados e pautados em questionários) se agrava quando são prescritos medicamentos para que a criança consiga se concentrar e aprender. É nesse contexto que muitos estudantes recebem indicação de terapia medicamentosa para “aprender a ler e a escrever”, como se o aprendizado estivesse sendo obstaculizado por falta de “foco”.

O Metilfenidato, substância presente em medicamentos ditos estimulantes do sistema nervoso central, passa a ser a saída mais rápida para as dificuldades de aprendizagem. Contudo, embora a avó de Bianca acredite que, com o remédio, a neta começou a aprender a ler, a relação entre medicação estimulante e aprendizado não é direta, tanto é que a criança chegou à clínica sem estar alfabetizada, mesmo ingerindo o medicamento diariamente há alguns meses. Cabe ressaltar que não é consenso, na prática médica, que o Metilfenidato, que é rotineiramente prescrito para situações semelhantes à de Bianca, seja um medicamento eficaz e seguro. Em entrevista concedida ao Portal de notícias da Unicamp (Gardenal, 2013), a pediatra Cida Moysés diz o seguinte:

[...] Não obstante, o país [EUA] é o primeiro grande consumidor mundial da Ritalina, de onde irradia tudo. O Brasil vem logo em seguida, como segundo consumidor mundial. Ao contrário do que se propaga, de que a taxa de prevalência é a mesma em todos os lugares, isso não é verdade. Varia de 0,1% a 20%, conforme o estudo da Universidade McMaster do Canadá. Varia de acordo com valores culturais, região geográfica, época e conforme o profissional que está avaliando. Há trabalhos que mostram, por exemplo, que médicas diagnosticam mais TDAH em meninos e que médicos mais em meninas, provavelmente por uma falta de identificação. Alguns trabalhos mostram que crianças pobres têm mais chances de receber o diagnóstico. Estamos falando de uma Era dos Transtornos – uma epidemia dos diagnósticos. A França tem uma resistência muito grande a isso por uma questão de formação de médicos, de valores da sociedade.

Acerca dessa discussão, aliás, é preciso considerar os já descritos efeitos colaterais desse medicamento, como pode ser visto no discurso da mãe de Bianca, no excerto 3.

Excerto 3 – relato da mãe: Ela melhorou bastante [com o remédio], mas na primeira semana ficou meio chorona, daí ela começou a postar uns vídeos de capeta, de chifrinho, de coisa demoníaca, parecia meio deprimida, mas depois a gente começou a conversar...

É preciso considerar a forma como os discursos da família legitimam a ação do remédio no cérebro, afinal, estaria melhorando a atenção e, com isso, ampliando o potencial de aprendizagem de Bianca. Ressalta-se que a questão não é o medicamento em si, que poderia ser prescrito a partir de critérios muito rigorosos, mas a prescrição de maneira indiscriminada a despeito das condições educacionais, emocionais e sociais das crianças com queixa de dificuldade na escola.

É por isso que é importante refletir sobre o papel de médicos, psicólogos e fonoaudiólogos no campo da educação. Teriam eles conhecimentos sobre processos de aprendizagem, relações intersubjetivas, metodologias de ensino e suas implicações para o aprendizado? Os profissionais de saúde que diagnosticam supostas alterações de comportamento e de aprendizagem já desenvolveram observações e pesquisas em sala de aula? Esses mesmos profissionais têm alguma ideia ou questionam como aquele estudante (paciente) está situado naquele grupo, ou seja, como é narrado pelos professores e colegas? Se há narrativas que sugerem que a criança é “agitada”, os profissionais de saúde têm por rotina investigar se os demais alunos da mesma turma também são e as várias possibilidades que podem estar promovendo esse “sintoma”? Há uma infinidade de perguntas que poderiam ser realizadas a fim de fundamentar o entendimento de que parte expressiva dos profissionais de saúde que diagnosticam os transtornos não têm muita noção do que acontece, efetivamente, no contexto escolar, ou mesmo, de forma mais ampla, no contexto de vida dessa criança (Signor *et al.*, 2022). Entremeadas à falta de alcance sobre a realidade vivida pela criança, a prática de muitos profissionais de saúde está ancorada em uma perspectiva biomédica, no sentido organicista do tema.

Esse tipo de conduta acaba por legitimar uma perspectiva biologizante. Seguindo essa visão, as alterações, sejam da aprendizagem, sejam do comportamento, representam um desvio de uma média estatística que precisa ser corrigido. Grosso modo, medicalizar é transformar aspectos de ordem social, pedagógica, cultural, afetiva, psicossocial, linguística e política em doença ou transtorno (Moysés; Collares, 2011). Acrescente-se que a medicalização ocorre em todos os domínios da vida; isto é, não envolve apenas a área educacional. Conrad (2007) menciona a expressão “medicalização da sociedade” para se referir a todas as formas de transformação de condições humanas (tristeza, sexualidade, comportamento etc.) em desordens tratáveis. O autor adverte que são muitos os agentes envolvidos nesse processo de transformação de problemas da vida em condições médicas. Como exemplo, vale mencionar alguns movimentos sociais ou mesmo organizações/associações de portadores de supostos transtornos que se engajam na defesa da causa medicalizante.

Quanto à dislexia, outro diagnóstico atribuído à Bianca, é tradicionalmente considerada um TEAp. A prevalência do TEAp nos domínios de leitura, de escrita e de matemática é, segundo o DSM V, de 5 a 15% entre os estudantes em idade escolar. Segundo o DSM, a dislexia é um termo alternativo usado quando a dificuldade de leitura se deve a problemas de decodificação (acurácia e velocidade de leitura). Para o diagnóstico, o manual se baseia em uma lista de sintomas que devem ter *persistido por pelo menos seis meses*, apesar de terem sido criadas condições educacionais e terapêuticas para o desenvolvimento dessas habilidades (APA, 2013).

Há discussões em torno da etiologia dislexia, isto é, se ela seria decorrente de dificuldades relacionadas às representações fonológicas (Snowling, 2013; Vellutino *et al.*, 2004) ou de acesso a essas representações (Boets *et al.*, 2013). De todo modo, independentemente da suposta origem da dificuldade no cérebro, o fato é que crianças consideradas disléxicas apresentam uma dificuldade significativa em realizar a correspondência entre fonemas e grafemas fortalecendo a teoria do “déficit fonológico”.

Entretanto, há trabalhos (Snowling; Hulme; Nation, 2020) que argumentam que – apesar da força da hipótese do déficit fonológico – dificuldades fonológicas não são necessárias nem suficientes para explicar a dislexia. Enquanto o processamento fonológico deficiente é o comprometimento mais consistentemente associado com a dislexia, várias crianças em risco familiar de dislexia – que não sucumbem a dificuldades de leitura – também têm problemas com a consciência fonológica. Por outro lado, muitos indivíduos com dislexia apresentam déficits fora do domínio fonológico. Snowling, Hulme e Nation (2020) explicam, ainda, que a pontuação individual de uma criança em um teste padronizado de leitura reflete múltiplas fontes de variação (e dificuldade), revelando que a dislexia é caracterizada pela heterogeneidade e por diferenças individuais.

Signor *et al.* (2022) defendem que não é o nível da dificuldade nem mesmo o desempenho em testes de leitura ou de processamento fonológico que determinam a evolução em terapia. As autoras observam, com alguma frequência, estudantes com dificuldades severas (às vezes, sequer reconhecem as letras), em idade avançada, que falham em testes de processamento fonológico, e que, após intervenção, apresentam desempenho muito satisfatório e rápida evolução, podendo alcançar níveis desejados de alfabetismo antes dos seis meses preconizados pelo DSM. Há, ainda, escolares que apresentam progresso lento e difícil no primeiro ano de atendimento, mas depois avançam em ritmo acelerado, arruinando qualquer hipótese de dislexia. Assim, os critérios diagnósticos comumente associados à dislexia (tempo de intervenção, avaliação por equipe multidisciplinar e desempenho em testes de processamento fonológico) são falhos na sua essência, pois desconsideram a infinidade de fatores que podem estar agindo para a

construção do sintoma.

Eliassen, Donida e Santana (2021), referindo-se ao diagnóstico de dislexia, afirmam que, no concerne às equipes multiprofissionais fundamentadas na corrente dominante, o médico pouco diz acerca da linguagem escrita do sujeito. O pedagogo assume a função de clínico e mede o desempenho acadêmico, buscando mensurar o déficit em relação ao ano de escolaridade. O psicólogo, por sua vez, dedica-se à avaliação dos aspectos intelectuais, procurando evidenciar se a criança é deficiente. Os aspectos emocionais são avaliados de forma a-histórica, e, assim, não se sabe se esses transtornos emocionais seriam causa ou efeito das dificuldades de leitura e escrita. O fonoaudiólogo, frequentemente, associa a dificuldade de leitura com o processamento fonológico, tentando encontrar uma causa para a dificuldade de leitura. Eliassen e Santana (2020) afirmam que esse diagnóstico jamais poderia ser dado à margem das condições subjetivas envolvidas nos processos apropriação da leitura e escrita. Seguindo esse entendimento, é preciso considerar também o sentido do diagnóstico para os sujeitos, pois, como mostram pesquisas, para alguns estudantes, esse diagnóstico pode representar uma espécie de “alívio”, na medida em que serve de explicação para as dificuldades apresentadas. Entretanto, para outros, representa uma “sentença”, como se o destino estivesse sendo selado por uma condição patológica (Leitão *et al.*, 2017; Signor, Claessen, Leitão, 2020). Esses diferentes sentidos atribuídos à dislexia necessitam ser considerados na medida em que implicações subjetivas podem levar a prejuízos para o aprendizado. Isso significa que o diagnóstico precisa ser pautado em critérios muito bem definidos, uma vez que crianças podem internalizar que não conseguem aprender em decorrência de um problema cerebral, dificultando, assim, o progresso na leitura.

Caberia, assim, após todas essas considerações, questionar o diagnóstico de dislexia atribuído à Bianca, uma vez que, à época do laudo médico, a criança não tinha tido ainda a oportunidade de ser inserida em processos de intervenção adequados.

A narrativa sobre Bianca, nos excertos 4 e 5, por exemplo, apresentam, ainda, ênfase nos aspectos relacionados à relação dela com a escola.

Excerto 4 – relato da avó: Tem dias que ela fica na sala de aula e a folha vem em branco. “Ai, promete pra avó que hoje você vai trazer tudo bonitinho? Escrito? Ai, prometo, vó”. Aí vem tudo em branco e fica na sala de aula sentada sem fazer nada à tarde toda. [...]

Excerto 5 – relato da mãe: Sobre os deveres, ela não copia. Raramente. Uma duas vezes na semana ela copia. Aí eu digo: pega o caderno. Ela diz: *não tem, tô falando que não tem*. Aí eu digo: *pega o caderno que eu quero ver*. Daí, eu vou lá e tem duas linhas. Eu digo: *Por que você não copia? Ai, porque eu odeio ir pra escola... não sei quê!* [...] a maioria sabe fazer e ela não sabe. Ela se sente mal. Daí ela pede ajuda pra professora e ela diz: *Ah, já expliquei*.

A história de Bianca e sua relação com a escola revela a realidade de parte expressiva das crianças no Brasil. Estima-se que boa parte dos alunos tenham dificuldade escolar, e essa *tragédia educacional* pode ocorrer por razões diversas. Na atualidade, deparamo-nos com escolas que se autointitulam inclusivas, mas que pouco fazem para promover o aprendizado de forma plena. O problema se agrava porque as escolas não têm autonomia para ofertar apoio pedagógico sem um laudo médico. Muitas escolas chegam a exigir “laudo do neuro” para que possam oferecer qualquer ajuda de ordem puramente pedagógica. E, quando se consegue o laudo, ao aluno acaba sendo delegado o “direito” de ser matriculado em Atendimento Educacional Especializado (AEE) ou ter acesso a um segundo professor (restrito ao público da educação especial), que nada pode fazer além de ajudar a criança a copiar do quadro ou reforçar os conteúdos dados em sala de aula; conteúdos esses que as crianças com dificuldade escolar nem sempre têm condições de acompanhar.

Cabe dizer, ainda, que praticamente inexistem salas de apoio voltadas ao desenvolvimento da alfabetização e do letramento, para que os estudantes em atraso possam ter a oportunidade de aprender a ler dentro do espaço educacional. E como consequência dessa ineficácia do sistema, os alunos que “se perdem” acabam sendo desviados para as clínicas de saúde, para que médicos, psicólogos e fonoaudiólogos resolvam questões que, na maioria das vezes, poderiam ser solucionadas dentro da própria escola. E, mesmo diante de um laudo, as escolas, em geral, não elaboram um planejamento pedagógico singular que considere as necessidades educacionais de estudantes que estão à margem de um sistema educacional inclusivo. Com frequência, deparamo-nos com crianças e

adolescentes que não conseguem copiar do quadro e o conteúdo impresso não é enviado para que a criança possa (com a ajuda da família) se apropriar dos conhecimentos veiculados na escola (Signor *et al.*, 2022). É natural, então, que a fala de Bianca “porque eu odeio ir para a escola” faça parte do discurso de outras tantas crianças que, como ela, ficam “na sala de aula sentada sem fazer nada a tarde toda”.

Se, conforme Vygotsky (2010), os aspectos de ordem cognitiva e emocional são inter-relacionados, entende-se a razão pela qual a queixa escolar está quase sempre acompanhada de relatos de exclusão social, de isolamento, da dificuldade de expressar sentimentos, da dificuldade de realizar trabalhos em grupo, da recusa em frequentar a escola, entre outros. Tais manifestações acompanham muitas crianças e jovens que acabam, por vezes, desenvolvendo sintomas de ordem emocional: apatia, tristeza, falta de motivação, ansiedade, desânimo, autoestima baixa, agressividade, dor de cabeça, tontura, mal-estar, entre outros que terminam por comprometer as possibilidades de enfrentamento da dificuldade escolar.

Depreende-se, assim, e amparados na noção de sujeito multifacetado (Bakhtin [Voloshínov], 2014), que o fenômeno da aprendizagem só pode ser efetivamente compreendido por meio da abordagem biopsicossocial. A par dessa necessidade, o desenvolvimento das competências socioemocionais também poderia ocorrer no contexto da escola mesmo porque está previsto na Base Nacional Comum Curricular (BNCC). Isso significa dizer que a escola é uma instituição que tem como dever mobilizar recursos e estratégias para a promoção da educação socioemocional em distintas situações, dentro e fora do contexto escolar. Para que isso ocorra, é fundamental promover competências relacionadas à autoconsciência, autogestão, consciência social, habilidades de relacionamento, tomada de decisão responsável, entre outras (Abed, 2014).

As tramas narrativas aqui apresentadas representam apenas uma pequena parte do contexto de vida de uma criança. Mas, mesmo assim, trazem alguns alicerces que permitem compreender que Bianca é uma menina que tem possibilidades de ressignificar suas carências. É preciso que seu núcleo familiar seja organizado de modo que a criança possa ser vista na sua incompletude; como alguém em formação que precisa de direção e afeto. Os profissionais de saúde poderiam colaborar nesse processo: não medicalizando a criança e deixando a sua família em situação de desamparo, mas propiciando condições para que a família se estruture de modo mais efetivo. Esses profissionais poderiam colaborar, ainda, para que a escola consiga elaborar um planejamento pedagógico individualizado que busque atender às necessidades educacionais da aluna. Entretanto, o que prevalece no campo da saúde, para além da prescrição de remédios, são indicações que pouco contribuem para que a criança possa efetivamente aprender na escola.

Cabe destacar que, após terapia intensiva com a fonoaudióloga durante uma hora por dia, Bianca iniciou sua aprendizagem da leitura e escrita. E, por estar em época de férias escolares, a criança não estava fazendo uso de medicamentos. A metodologia de trabalho foi pautada na perspectiva sócio-histórica, por isso, em vez de exercícios mecanizados, a proposta terapêutica esteve repleta de atividades significativas, entre elas, poesias, músicas, produção de histórias escritas, escuta de contos e brincadeiras com instrumentos musicais. Afirmamos que não foi o medicamento que fez a criança aprender a ler e a escrever, mas uma intervenção que tinha como base a afetividade.

As questões sobre atenção, memória, aprendizagem e afetividade são amplamente estudadas (Izquierdo, 2011; Mahoney; Almeida, 2007), uma vez que o primórdio do ser humano é a emoção (Damasio, 2018). A antiga dicotomia sobre emoção e razão já foi discutida assim como a impossibilidade de memorizar ou de aprender sem emoção, sem atenção focada e interesse subjetivo. A nossa “Mente Cultural”, usando o termo de Damasio (2018), é construída socialmente e a partir de uma perspectiva vygotskyana, mediada pela linguagem. A nosso ver, teríamos a figura 1 para esquematizar melhor essa discussão:

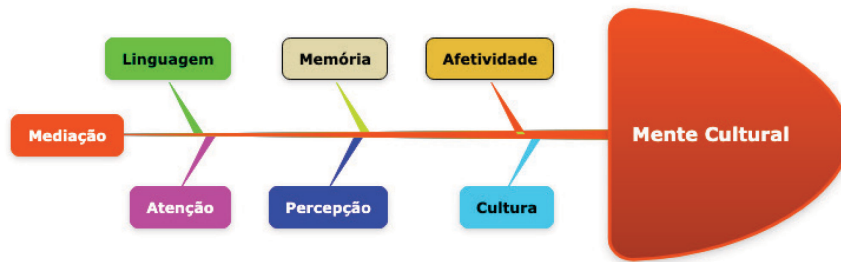


Figura 1: Mente Cultural

Fonte: elaborada pelas autoras

Entendemos que não há possibilidades de desenvolver a atenção sem a mediação/interação, que é resultante também de um imbricado quebra-cabeça indissolúvel entre linguagem e os demais processos cognitivos (Vygotsky, 1991). Camargo (2004) diz que a emoção entra em relação com as funções cognitivas e se expressa por meio delas. “Funções como linguagem, memória, percepção e atenção estão carregadas de emoções, mesmo que, às vezes, veladas e de difícil reconhecimento.” A autora caminha na direção de Vygotsky (2004), para quem as dimensões afetiva e cognitiva do funcionamento da *psique* humana estão imbricadas. Desse modo, a criança vai internalizando em meio a suas relações “significados afetivos e morais que vão construindo sua configuração psíquica e sua identidade” (Camargo, 2004, p. 112). Nesse sentido, as emoções dominam o comportamento, mas com a aquisição da linguagem há uma modificação desse processo e se estabelece uma complexa relação entre a emoção e as funções mentais superiores. No entanto, sob determinadas condições, a emoção pode desencadear um processo cujo resultado seja um retorno a comportamentos que já foram superados. Ou a emoção, por estar altamente vinculada às funções cognitivas, pode alterar o funcionamento natural dessas funções.

Para Camargo (2004), a emoção, conforme o alvo da consciência, pode ser a “figura” ou o “fundo”. No caso de Bianca, há de se pensar: suas vivências poderiam representar a “figura” justamente na fase em que adentrou o espaço escolar? É preciso considerar que Bianca entrou no primeiro ano justamente quando sua irmã nasceu, marcando o início de uma nova fase: “Antes tudo era a Bianca, mas depois que a irmã nasceu...” É possível que esse momento (aliado à situação do pai) tenha trazido implicações para a vida da menina como um todo, incluindo o aprendizado na escola. Mas, de modo geral, e considerando a realidade de muitas outras crianças, as questões se complexificam quando os *processos* envolvidos na queixa escolar são desconsiderados por médicos que não investigam, mas se limitam a elencar sintomas e tipificar transtornos. Essa postura médica acaba afetando o olhar de pessoas (família, professores, amigos) que habitam o entorno da criança, gerando mais consequências para a vida socioemocional e educacional dela, como mostra o excerto a seguir.

Excerto 6 – relato da mãe: Tipo assim, outro dia eu comprei um xampu que era 70 reais, caro, de encomenda, ela pegou jogou tudo no ralo e botou água pra brincar. [...] meu pai, esses dias, foi desentupir o ralo do banheiro e tinha cocô lá dentro. Tinha sabonete, prestobarba, brinquedo, lá dentro, ela só apronta [...] Esses dias... eu deixei ela na sala... eu subi a escada e quando eu comecei descer... um cheiro de gás... [...] *que que tu tava tentando fazer?, Eu tava tentando assar pizza.* Ela ligou o gás de cozinhar, ela não ligou o forno, ligou o gás e deixou. [...] Mariana [a irmã] tinha um mês e a madrugada toda ela ficou chorando e não era xixi nem cocô... e só depois eu fui ver que ela [a Bianca] tinha botado 3 chupetas dentro da fralda da menina [...] ela faz cada coisa. [...]. Eu fui estender a roupa. *Filha não deixa eles saírem da cama porque eu moro no segundo andar.* Quando eu voltei, um cheiro de pasta de dente... aí ela disse: *ai, tu acredita que eu tirei o recheio da bolacha, botei pasta de dente e o Luís comeu?* E o menino tava com diarreia. [...]. Em setembro foi aniversário do meu sobrinho... e minha prima filmando... e na hora que minha prima passou com a câmera filmando, a Bianca tava com o facão no pescoço do menino. Ela disse: *eu vou te matar...* daí a

minha mãe puxou da mão dela... [...] o Luís começou a aprontar e minha prima disse: *ah Bianca, tira o Luís da mesa*, e ela pegou, tirou ele, levantou e soltou ele. E ele caiu assim, de costas no chão!

Eu nem bato mais, não sei nem se eu fico furiosa, mas dou esporro e tento esquecer... [...] a cada dez minutos eu bato na porta, porque ela apronta. [...] Eu espero que ela melhore, porque é complicado... é triste, sabe... porque eu tenho bastante cliente, a maioria tem filho da idade da Bianca... “Ah, porque meu filho já sabe ler, ele já isso, já sabe aquilo, já sabe pegar ônibus sozinho”... Eu admiro assim... independência da criança. Nunca que eu confio na minha filha nem pra trocar de roupa, imagina pegar um ônibus sozinha. Eu quero, assim, ficar despreocupada, sabe? Segura que eu vou fazer tal coisa e ela vai fazer sozinha. **É porque a Bianca ela é muito dispersa, né?**

O detalhamento do enredo evidencia a intenção da mãe de dar veracidade à sua narrativa: um xampu que custa 70 reais, uma lista de coisas inseridas no ralo pela criança, o cheiro de gás e de pasta de dente, um facão seguido pelo enunciado “eu vou te matar”, o planejamento da queda do primo e do “plano” com a ingestão da pasta de dente. A narrativa descrita, desprovida de qualquer outra interpretação, confere o valor de verdade ao enunciador. O cenário da entrevista torna-se um “depoimento” que se credita a veracidade. A inclusão de fatos previamente selecionados para serem narrados conferem o que Barthes (2004) chamou de “efeito real à trama” e a busca da mãe pela solução do problema. Há uma completa exclusão de qualquer episódio positivo, emocionante, valorativo em relação à Bianca. As ações que antes poderiam representar perfis mais ativos, sintomas de sofrimento ou atitudes comuns da infância, uma vez que o autocontrole ainda está em processo de formação, acabaram sendo justificadas pelo diagnóstico de TDAH. A criança, então, age de um certo modo porque tem um transtorno (Signor; Santana, 2016).

Untoiglich (2013) explica que medicalizar a infância pode ser um problema, pois o controle químico gerado pelos psicoestimulantes anula as possibilidades de compreensão de estados emocionais que podem refletir um pedido de ajuda. Tais considerações vão ao encontro da noção de responsividade, uma vez que, conforme Bakhtin (2003), os sujeitos respondem à qualidade das interações às quais estão submetidos. Ora, se a atenção da família que era dirigida a Bianca passa a ser destinada a outra criança, a irmã, é comum que a menina queira chamar para si o olhar dos adultos novamente, nem que seja de um ponto de vista negativo, como explica Bakhtin (2003, p. 341): “O próprio ser do homem (tanto interno quanto externo) é *convívio mais profundo*. Ser significa *conviver*. Morte absoluta (o não ser) é o inaudível, a irreconhecibilidade, o imemorable. Ser significa ser para o outro e, através dele, para si”. Assim, não ser ouvido, reconhecido ou lembrado, faz do ser o *não ser*. Já que sem o outro eu não sou e o *não ser* representa a morte, para fugir dessa condição, já que se está vivo, as pessoas que vivenciam a exclusão social modificam os processos interacionais (Signor, 2013; Signor; Santana, 2016).

No excerto 7, a narrativa da mãe corrobora a hipótese de que Bianca estava em sofrimento:

Excerto 7 – relato da mãe: No começo ela dizia assim. *Aí mãe, ela é tão feinha porque tu não joga ela no lixo e fica só comigo*. *Aí depois começou os ataques de ciúmes... a pequena dormia e ela ia lá acordar. (...)As meninas pegam no pé dela porque ela é gordinha, porque tem o cabelo cacheado, porque ela é mais moreninha e ela diz que não gosta das meninas porque elas são falsas e são muito competitivas.*

O que se vê é que as questões comportamentais estão atreladas aos aspectos afetivos. O pai da menina estava sob a tutela do Estado (e, mesmo antes disso, pouco se relacionava com a filha), a mãe e o padrasto se voltam mais à filha pequena, os avós cuidam de Bianca, mas o tio (filho caçula dos avós) também se sentia ameaçado por ela (tinha ciúmes dela com os avós). Na escola, as meninas a excluem porque ela é “moreninha”, “gordinha” e tem “cabelo cacheado”. Reiteramos que, nessa perspectiva teórica, não se nega que estudantes possam ter tendência à distração, agitação psicomotora ou dificuldade persistente de aprendizagem (dislexia), o que se questiona é a construção de diagnósticos que têm sido concebidos à margem das práticas sociais (Signor; Santana, 2016).

Esse alerta é importante pois, em razão da falta de acesso ao *lado B* dessa história, a maioria das pessoas (profissionais, familiares e estudantes) acaba sendo capturada pelo discurso dominante (Signor *et al.*, 2023; Signor *et al.*; 2017). A contraposição das diferentes vertentes em torno dos transtornos que envolvem o aprendizado objetiva evidenciar que existem distintos modos de interpretação da realidade. Entender que cada fenômeno – transtorno – narrado neste trabalho é multifatorial é crucial para despertar a consciência em torno de processos que, como visto, podem ter sido construídos no decorrer das vivências de seres humanos em

sociedade (Signor, 2015). Compreender a construção nas narrativas sobre a criança faz parte de um propósito que tem por finalidade criar estratégias de enfrentamento e de superação mais eficazes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma atuação humanizada em saúde se apoia nos princípios da transversalidade, indissociabilidade e protagonismo. Transversalizar significa compreender que não existem relações hierarquizadas; assim, no caso da dificuldade escolar, os especialistas da saúde não impõem diagnósticos ou tratamentos (BRASIL, 2013). Ao contrário disso, o que se busca é uma construção conjunta que permita aos assistidos (o escolar, sua família e sua escola) uma participação ativa no seu processo diagnóstico e terapêutico. Entende-se que esse processo conjunto tende a produzir saúde (e aprendizado) de forma mais corresponsável, pois, ao convocar a participação dos envolvidos, gera comprometimento de todos, sendo, portanto, muito mais efetivo.

Esses princípios estão atrelados ao conceito de clínica ampliada. Segundo essa noção, para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, devem ser considerados processos de singularidade dos sujeitos. A clínica ampliada permite, ainda, enfrentar processos de fragmentação do conhecimento e das ações em saúde, combatendo a ineficácia do modelo biomédico. É preciso, assim, enriquecer o processo diagnóstico, o que implica escuta qualificada, análise de contextos, percepção dos afetos e visão integral do ser humano. O conhecimento produzido por meio das tramas narrativas, tanto entre os profissionais envolvidos (os da saúde e da educação) quanto entre os profissionais e os assistidos, possibilita decisões compartilhadas e compromissadas com a saúde e a autonomia (BRASIL, 2013).

Torna-se premente, nesse outro modo de olhar, a análise da qualidade das interações nas quais os escolares estão inseridos e para a possível necessidade de ressignificá-las. Entende-se que, quando se trata da aprendizagem, muitas vezes, o problema não está no sujeito, mas no entorno dele, ou na relação dele com o entorno social. Pesquisas revelam crianças sendo medicalizadas por anos, sem resultados favoráveis para a queixa, numa clara demonstração de que o problema, muitas vezes, não se reduz a um cérebro supostamente disfuncional (Signor *et al.*, 2022).

Em relação às distintas abordagens adotadas pelos profissionais de saúde, é preciso reiterar que não se trata de uma prática “certa” ou “errada”, mas de uma visão que se construiu dentro das condições sócio-históricas a que o profissional esteve submetido. O que se defende aqui é que os estudantes da área da saúde deveriam ter acesso, ainda na época da formação inicial, às várias maneiras de entendimento sobre os distintos fenômenos biopsicossociais. Ocorre que, comumente, os estudantes de graduação – sobretudo nas áreas de Medicina e Fonoaudiologia – acabam sendo submetidos a uma visão única, pautada em um determinismo biológico que acaba comprometendo as possibilidades de enfrentamento dos problemas que assolam o contexto educacional.

Este trabalho procurou refletir sobre a importância de se considerarem os estudos sobre narrativa da história de vida como questão teórica significativa para a entrevista na clínica médica e também na clínica da linguagem. A análise da história de Bianca revela o desejo de totalizar a verdade em busca de controlar o presente através de um passado, antes, desconectado. Após os diagnósticos recebidos, percebe-se que incidentes isolados foram ganhando forma e continuidade para dar sintoma de frequência de eventos de um passado que persistia em acontecer.

Algumas das questões não respondidas por este estudo são: Bianca também teria narrado a sua história da mesma maneira que a sua avó ou a sua mãe? De que forma os profissionais de saúde têm se interessado por essa pergunta? Se Bianca não tivesse tido a chance de se desvencilhar (na clínica de fonoaudiologia) dos rótulos que lhe foram atribuídos, como teria sido o desenrolar dessa história se ela já tinha sido até mesmo publicada em sua mídia social? – *Oi, eu sou a Bianca. Tenho 9 anos. Não sei ler.*

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelo financiamento a esta pesquisa

REFERÊNCIAS

- ABED, A. L. Z. *O desenvolvimento das habilidades socioemocionais como caminho para a aprendizagem e o sucesso escolar de alunos da educação básica*. São Paulo, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15891-habilidades-socioemocionais-produto-1-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 20 jan. 2025.
- American Psychiatry Association – APA. *Manual of Mental disorders: DSM-5*. Washington: APA, 2013.
- BAKHTIN, M. M. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes: 2003.
- BAKHTIN, M. M. [VOLOSHINOV]. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- BARTHES, R. *O rumor da língua*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- BERTAUX, D. *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos*. Natal, RN: EDUFRN, 2010.
- BIRMAN, J. *Cartografias do avesso: escrita, ficção e estéticas de subjetivação em psicanálise*. Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2019.
- BOETS, B. *et al.* Intact but less accessible phonetic representations in adults with dyslexia. *Science*, v. 342, n. 6163, p. 1251-1254, 2013. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3932003/>. Acesso em: 20 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Saúde. *Política Nacional de Humanização PNH*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.
- CAMARGO, D. *As emoções e a escola*. Curitiba: Travessa dos Editores, 2004.
- CARELLI, F. B. *et al.* Hidra de duas cabeças: Configuração ricoeuriana e narrador impuro numa narrativa do HC-FMUSP. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, Espanha, v. 2, n. 2, p. 15-37, 2013. Disponível em: https://cgscholar.com/bookstore/works/hidra-de-duas-cabecas?category_id=cgrn-es. Acesso em: 20 jan. 2025.
- CARELLI, F. B.; POMPILIO, C. E. O silêncio dos inocentes: por um estudo narrativo da prática médica. *Interface: Comunicação Saúde e Educação*, v. 17, n. 46, p. 677-681, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yDwxhYgkMnn6xrzW4zr4Bzz/>. Acesso em: 20 jan. 2025.
- CHARON, R. *et al.* In *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. New York: Oxford, 2017.
- CONRAD, P. *The medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Maryland: Baltimore, 2007.
- DAMASIO, A. *A estranha ordem das coisas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- ELIASSEN, E. S.; DONIDA, L. O.; SANTANA, A. P. O laudo de dislexia: ficção ou realidade? In: CAPONI, S.; BRZOZOWSKI, F. S.; LAJONQUIÈRE, L. (org.). *Saberes expertos e medicalização no domínio da infância*. São Paulo: LiberArs, 2021.

ELIASSEN, E. S.; SANTANA, A. P. O discurso sobre a dislexia no DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da educação. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, v. 15, n. esp. 5, p. 2883-2898, 2020. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/14564>. Acesso em: 20 jan. 2025.

GARDENAL, I. A ritalina e os riscos de um 'genocídio do futuro'. *Unicamp*, transparência ativa, 2013. Disponível em: <https://unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro>. Acesso em: 22 jan. 2025.

IZQUIERDO, I. *Memória*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LANI-BAYLE, M. *A criança e sua história: por uma clínica narrativa*. Natal, RN: EDUFRN, 2018.

LANI-BAYLE, M. Quelle pertinence des "récits d'enfants" pour une recherche "avec" eux? *Revista @mbienteeducação*, v. 12, n. 2, p. 104-122, abr. 2019.

LEITÃO, S. *et al.* Exploring the impact of living with dyslexia: The perspectives of children and their parents. *International Journal of Speech-language Pathology*, v. 19, n. 3, p. 322-334, 2017.

MAHONEY, A. A.; ALMEIDA, L. R. A dimensão afetiva e o processo ensino-aprendizagem. In: ALMEIDA, L. R.; MAHONEY, A. A. *Afetividade e Aprendizagem: contribuições de Henri Wallon*. São Paulo: Edições Loyola, 2007. p. 15-23.

MAIA-VASCONCELOS, S. A criança e suas narrativas: a (auto)biografia em espelho. *Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica*, v. 01, n. 03, p. 584-602, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/62015>. Acesso em: 20 jan. 2025.

MAIA-VASCONCELOS, S.; OLIVEIRA, D. M. C. Minha casa não é minha e nem é meu esse lugar: memórias dos idosos ao relento de abrigos de luxo. *Gláuks: Revista de Letras e Artes*, v. 19; n. 1, p. 101-120, 2020. Disponível em: <https://www.revistaglauks.ufv.br/Glauks/article/view/143>. Acesso em: 20 jan. 2025.

MATTOS, P. *No mundo da lua*. São Paulo: Lemos, 2005.

MOTA, L. G. *Análise Crítica da Narrativa*. Brasília: Editora UNB, 2013.

MOURA, O.; MARCELINO, P.; SIMÕES, M. R. Dislexia: notas em torno da evolução do conceito. In: SIMÕES, R. M.; MOURA, O.; PEREIRA, M. *Dislexia: teoria, avaliação e intervenção*. Lisboa: Pactor, 2018. p. 1-23.

MOYSÉS, M. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org.). *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 71-110.

MOYSÉS, M. A.; COLLARES, C. A. L. O obscurantismo reinventado. In: MOYSÉS, M. A.; COLLARES, C. A. L.; RIBEIRO, M.C.F. *Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos transtornos*. São Paulo: Mercado de Letras, 2013. P. 41-64.

POMPILO, E. C. A tragédia da doença – bases fenomenológicas da medicina narrativa. *Revista de Letras*, v. 2, n. 32, p. 11-23, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13065/1/2013_art_cepompilio.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

SIGNOR, R. Dislexia: Uma análise histórica e social. *Revista Brasileira De Linguística Aplicada*, v. 15, n. 4, p. 971-999, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/rbla/a/MMgbKBp\\$WSsQcDnh8sYxBrB/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/rbla/a/MMgbKBp$WSsQcDnh8sYxBrB/?lang=pt). Acesso em: 20 jan. 2025.

SIGNOR, R. C. F.; BERBERIAN, A. P.; SANTANA, A. P. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. *Educação e Pesquisa*, v. 43, n. 3, p. 743-763, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/zJX54HZ6LJqPb4s3nfGF6tb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2025.

SIGNOR, R.; SANTANA, A. P. *TDAH e medicalização: implicações neurolinguísticas e educacionais do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. São Paulo: Plexus Editora, 2016.

SIGNOR, R. *O sentido do diagnóstico de TDAH para a constituição do sujeito/aprendiz*. 2013. 258f. Tese (Doutorado em Linguística) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Linguística, Florianópolis, SC, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/122807/323389.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 jan. 2025.

SIGNOR, R. *et al. A clínica da aprendizagem: abordagem não medicalizante*. São Carlos: Pedro & João editores, 2022.

SIGNOR, R.; CLAESSEN, M.; LEITÃO, S. Interventions for dyslexia in Brazil: a scoping review discussed within the perspective of international best practice. *Australian Journal of Learning Difficulties*, 2020. DOI: 10.1080/19404158.2019.1709216 To link to this article: <https://doi.org/10.1080/19404158.2019.1709216>. Acesso em: 13 fev.2025.

SILVA, K. L.; SIGNOR, R. C. F.; TONOCCHI, R. Práticas pedagógicas para sujeitos com diagnóstico de TDAH: Uma revisão integrativa. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, v. 18, n. esp. 1, p. 1-24, 2023. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/18471>. Acesso em: 20 jan. 2025.

SNOWLING, M. J.; HULME, C.; NATION, K. Defining and understanding dyslexia: past, present and future. *Oxford Review of Education*, v. 46, n. 4, p. 501-513, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/03054985.2020.1765756?needAccess=true>. Acesso em: 22 jan. 2025.

SNOWLING, M. J. *Dyslexia*. London: BlackWell Publisher, 2013.

SOUZA-E-SILVA, M. C. P.; PICCARDI, T. Linguagem, comunicação e trabalho: a comunicação na prática médica. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 209-222, 2012. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1124>. Acesso em: 20 jan. 2025.

UNTOIGLICH, G. Usos biopolíticos do suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: que lugar para o sofrimento psíquico na infância? In: COLLARES, C. A. L. C.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. (org.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na ERA DOS TRANSTORNOS*. São Paulo: Mercado de Letras, 2013. p. 119-132.

VELLUTINO, F. R. *et al.* Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades? *J Child Psychol Psychiatry*, v. 45, n. 1, p. 2-40, 2004. Disponível em: <https://www.dr-hatfield.com/educ538/docs/Vellutino,+etal+2004.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2025.

VYGOTSKY, L. S. *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VYGOTSKY, L. S. *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2004

VYGOTSKY, L. S. *Psicologia pedagógica*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.



Recebido em 27/08/2024. Aceito em 04/09/2024.

Publicado em 31/03/2025.