

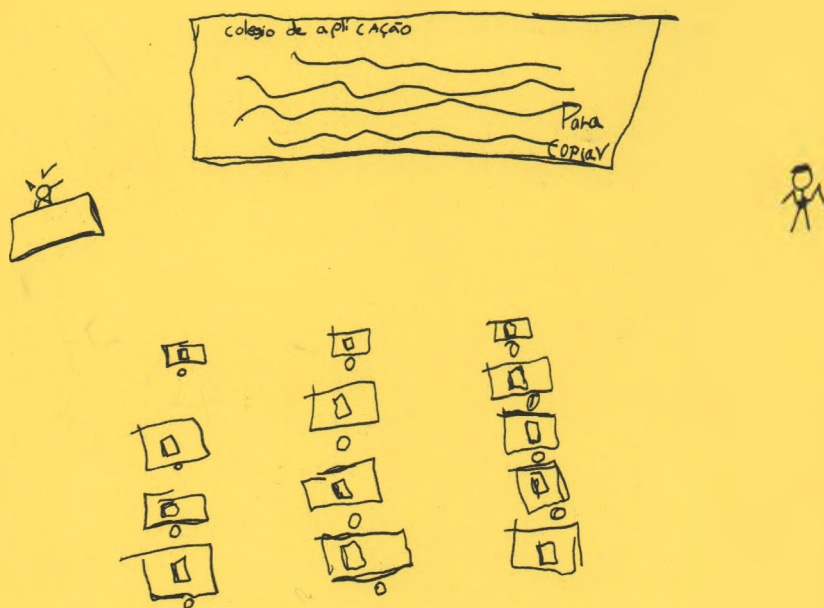
Psicopedagogia clínica

uma visão diagnóstica dos
problemas de aprendizagem escolar

Maria Lúcia Lemme Weiss

14ª edição
1ª reimpressão

Mais de 75.000 exemplares vendidos



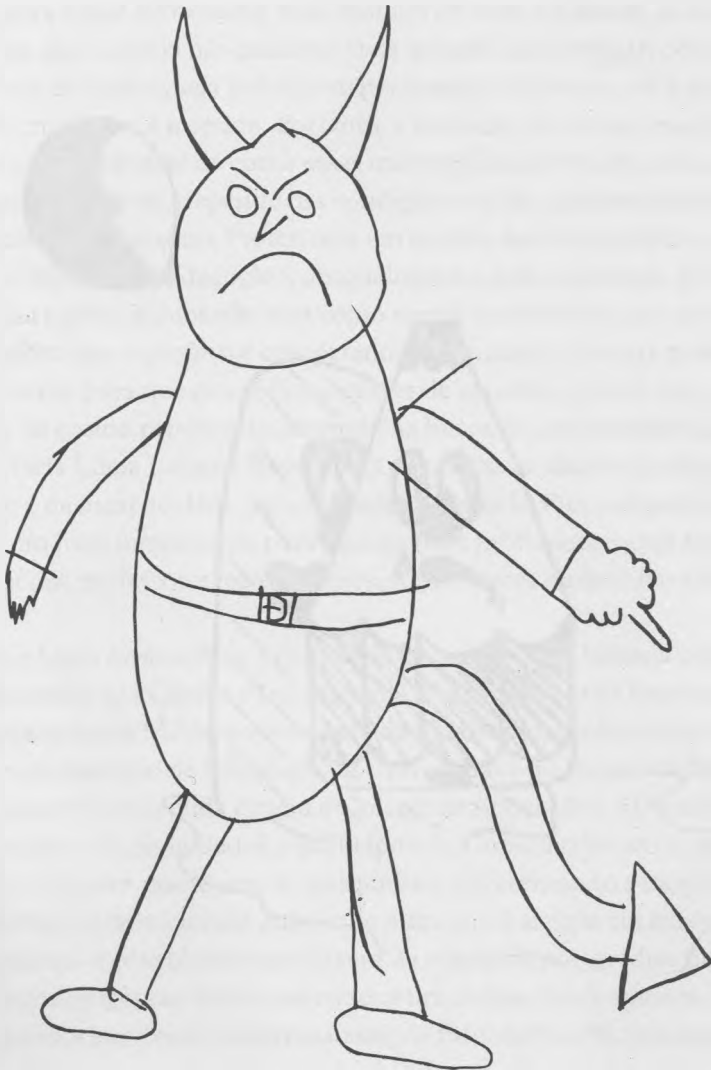
Psicopedagogia clínica:
uma análise diagnóstica dos
problemas de aprendizagem escolar

Autores: Maria Lúcia de Souza

Editora: Maria Lúcia de Souza

Editora





Psicopedagogia clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar

Maria Lúcia Lemme Weiss

Revisão e atualização de conteúdo
Alba Weiss

14ª edição

1ª reimpressão



lâmparina

Psicopedagogia clínica:
uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar
Maria Lúcia Lemme Weiss

1-2 ed. (1992-1994), Porto Alegre: Artes Médicas

3-11 ed. (1997-2006), Rio de Janeiro: DP&A

12- ed. (2007-)

© Lamparina editora

Revisão e atualização de conteúdo Alba Weiss

Revisão de texto Frederico Hartje

Projeto gráfico Fernando Rodrigues

O texto deste livro foi adaptado ao Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, assinado em 1990, que começou a vigorar em 1º de janeiro de 2009

Proibida a reprodução, total ou parcial, por qualquer meio ou processo, seja reprográfico, fotográfico, gráfico, microfilmagem etc. Estas proibições aplicam-se também às características gráficas e/ou editoriais. A violação dos direitos autorais é punível como crime (Código Penal, art. 184 e §§; Lei 6.895/80), com busca, apreensão e indenizações diversas (Lei 9.610/98 – Lei dos Direitos Autorais – arts. 122, 123, 124 e 126).

Catálogo na fonte do Sindicato Nacional dos Editores de Livros

w456p

Weiss, Maria Lúcia Lemme

Psicopedagogia clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar
/ Maria Lúcia Lemme Weiss. 14 ed. rev. e ampl. 1. reimpr. Rio de Janeiro: Lamparina, 2016

5.000 exemplares

200p.; il.; 17,5x24cm

Apêndice

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-98271-95-8

1 Psicologia da aprendizagem 2 Psicologia educacional 3 Avaliação educacional

1 Título

CDD 370.15

CDU 37.015.3

Lamparina editora

Rua Joaquim Silva 98 2º andar sala 201 Lapa

CEP 20241-110 Rio de Janeiro RJ Brasil

Tel./fax (21)2252-0247 (21)2232-1768

www.lamparina.com.br lamparina@lamparina.com.br

A Paschoal Lemme, meu pai,
construtor da intelectual;
Arthur Bernardes Weiss,
que pelo amor construiu a mulher;
Lúcia Helena, Fernando e Albinha,
que pelo carinho e compreensão construíram a mãe;
pacientes da Clínica Comunitária do SPA (UERJ),
construtores da terapeuta;
Cláudia Toledo Massadar,
representando todos os amigos e ex-alunos que com afeto
construíram o meu desejo de escrever e colaboraram
na realização deste livro;
meu carinho e gratidão.





Nota editorial 9

Prefácio II

Welitom Vieira dos Santos

Introdução 15

- 1 Compreensão das dificuldades de aprendizagem escolar 19
- 2 Aspectos básicos do diagnóstico psicopedagógico 31
- 3 Diagnóstico: o primeiro contato telefônico 45
- 4 A queixa (o motivo do diagnóstico) 48
- 5 Primeira sessão diagnóstica 53
- 6 Anamnese 65
- 7 Uso do lúdico no diagnóstico psicopedagógico 75
- 8 Avaliação do nível pedagógico 95
- 9 Uso de provas e testes 105
- 10 Uso da informática no diagnóstico psicopedagógico 131
- 11 Devolução e encaminhamento 137
- 12 Informe psicopedagógico 145
- 13 Diagnóstico por equipe multidisciplinar 149
- 14 Consultório 153

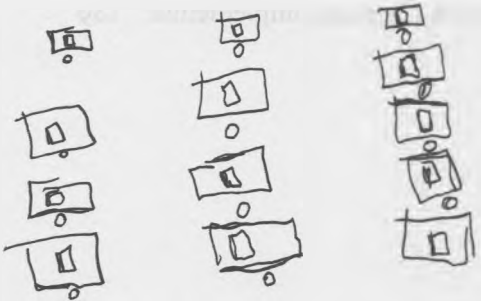
Anexo

- 1 Provas do diagnóstico operatório 161
- 2 Teste WISC – Proposta de interpretação por Glasser e Zimmerman (com sugestões dos autores) 181

Bibliografia e leitura complementar 189

colegio de aplicação

Para
COPAR



Nota editorial

Desde a 1ª edição, em 1992 (pela editora Artes Médicas), este livro vem sendo atualizado. A partir da 6ª (pela DP&A editora), foram incluídos temas relevantes sobre o uso da informática e das provas projetivas psicopedagógicas. Na 12ª, já pela Lamparina editora, a psicopedagoga Alba Weiss fez a revisão e a atualização de conteúdo, mantendo sempre o compromisso com a constante reflexão sobre a psicopedagogia. Nesta 14ª edição, mantém-se a atualização de conteúdo, além da complementação de temas, reorganização de textos e capítulos, e a inclusão de notas referenciais.¹ Dessa forma, procura-se dar maior funcionalidade à estrutura do livro para facilitar a leitura.

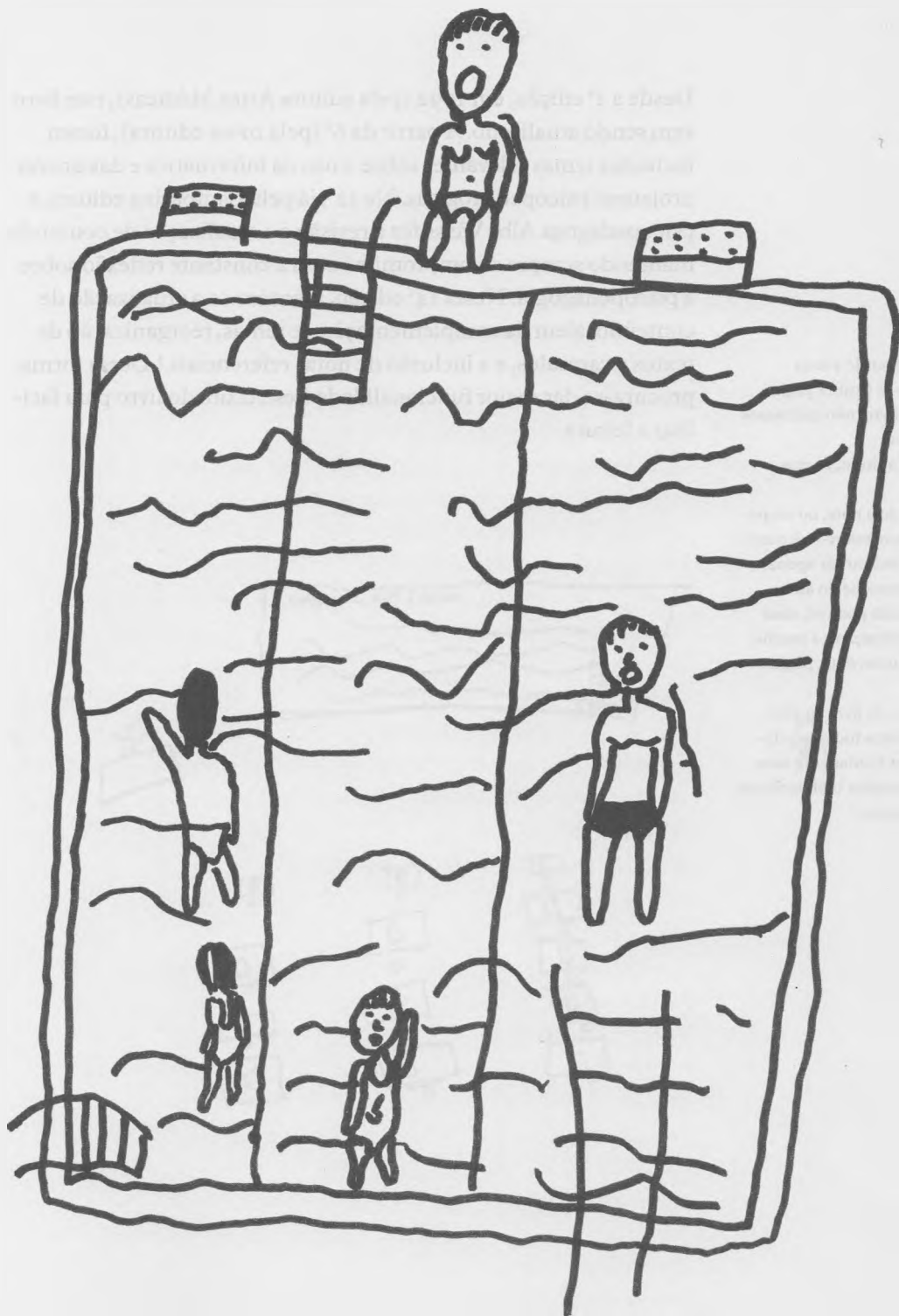
1 Quando a nota refere-se à outra página deste livro, não indicamos o autor:

x Capítulo, página.

Quando a nota, no corpo do texto, refere-se à outro livro, indicamos apenas o sobrenome do autor, e quando possível, data de publicação e a página:

x Autor, data, página.

Ao fim do livro (p.189), arrolamos todas as referências usadas com suas informações bibliográficas completas.



Prefácio

Fico pensando por que se escrevem livros como este *Psicopedagogia clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar*. Certamente, a todos os motivos se soma o desejo-necessidade de intervir. Numa ampla, múltipla e coletiva sessão. A experiência acumulada incomoda, e é preciso dividir.

A leitura do livro deixa uma inevitável constatação: o exercício da Psicopedagogia não é para quem quer; é, sobretudo, para quem pode. Não basta o domínio teórico, já que seu exercício é meta-teórico e supõe, por parte do profissional, uma percepção refinadamente seletiva e crítica. Mais ainda, a capacidade de juntar e processar saberes, na medida de cada caso, para dar conta de cada um. A isso há que se somar a saúde emocional do psicopedagogo, sua capacidade de transitar entre as complexas relações familiares, muitas vezes em famílias em processo de reorganização, e identificar as possíveis saídas.

O livro mostra, claramente, a complexidade do fazer psicopedagógico e, por isso mesmo, não deixa seu leitor desamparado. Abastece-o de um saber prático de experiência, feito e iluminado por algumas teorias. E aqui cabe uma observação. Não há aquilo a que estamos acostumados: a definição inicial de uma posição teórica a sedimentar os passos da autora. Há, isto sim, no decurso da exposição, a presença de teóricos que melhor “iluminaram”, na óptica da autora, os diferentes passos da intervenção: Donald Winnicott, Melanie Klein, Enrique Pichon-Rivière, José Bleger, Françoise Dolto, Jorge Visca, Maud Mannoni, “iluminados”, em contrapartida, pela prática.

Rico e, algumas vezes, exaustivo pela minuciosa pauta apresentada, como na exploração do lúdico, entrevistas, diagnóstico, não se furta a advertir para alguns perigos que rondam o iniciante.

De resto, é livro para ser lido não apenas por psicopedagogos, mas por todos os profissionais que atuam na escola: professores, orientadores, supervisores e administradores. De preferência, ainda no período de formação, como as licenciaturas e os últimos períodos do curso de Pedagogia. Ficará claro para cada um que não existe ato inócuo praticado na escola, e que cada um desses atos, de alguma forma, afeta a sala de aula, atinge o aluno. Aliás, não há ato inofensivo quando se trata de criança, na educação familiar ou

escolar. Nada mais necessário do que sabermos que nossa atuação na sala de aula pode levar a uma desastrosa desorganização mental e emocional do aluno. Nossas relações, nossa cobrança – muitas vezes incompatível com a maneira de ensinarmos –, nossa linguagem e modo de explicar, com frequência são os verdadeiros responsáveis pelo fracasso do aluno.

O livro, com linguagem clara e leve, nos deixa alerta e preocupados, mas sabendo o que fazer. E, claro, por iluminar objetos nos legará sombras que escondem objetos que será preciso iluminar. E criar sombras e...

É para ler e recomendar a outros: “Olha, li um livro que me acertou os passos, me abriu a visão e me arrumou os gestos. Você precisa conhecê-lo.”

Welitom Vieira dos Santos

Professor da Faculdade de Educação da UERJ

Ainda estava escuro quando acordou. Olhou para cima e viu que as estrelas brilhavam através do teto semidestruído.

“Queria dormir um pouco mais”, pensou ele. Tivera o mesmo sonho da semana passada, e outra vez acordara antes do final.

Levantou-se e tomou um gole de vinho. Depois pegou o cajado e começou a acordar as ovelhas que ainda dormiam. Ele havia reparado que, assim que acordava, a maior parte dos animais também começava a despertar – como se houvesse alguma misteriosa energia unindo sua vida à daquelas ovelhas que há dois anos percorriam com ele a terra, em busca de água e alimento. “Elas já se acostumaram tanto a mim que conhecem meus horários”, disse em voz baixa. Refletiu um momento, e pensou que podia ser também o contrário: ele que havia se acostumado ao horário das ovelhas.

Havia certas ovelhas, porém, que demoravam um pouco mais para levantar. O rapaz acordou uma a uma com seu cajado, chamando cada qual pelo seu nome. Sempre acreditara que as ovelhas eram capazes de entender o que ele falava. Por isso costumava às vezes ler para elas os trechos de livros que o haviam impressionado, ou falar da solidão e da alegria de um pastor no campo, ou comentar sobre as últimas novidades que via nas cidades por onde costumava passar.

Paulo Coelho, *O alquimista*

Não darei inicialmente uma revisão histórica e mostrarei o desenvolvimento das minhas ideias com base nas teorias dos outros, porque minha mente não funciona desse modo. O que acontece é que coleciono isto e aquilo, aqui e acolá, vinculo-me à minha experiência clínica, formo minhas próprias teorias e depois, no fim, passo a me interessar em verificar o que roubei, e de quem. Talvez este método seja tão bom quanto qualquer outro.

D W Winnicott, *Primitive emotional development*

Querem uma originalidade absoluta? Não existe. Nem na arte nem em nada. Tudo se constrói sobre o anterior, e em nada do que é humano se pode encontrar a pureza. Os deuses gregos também eram híbridos e estavam “infectados” de religiões orientais e egípcias.

Ernesto Sabato, *O escritor e seus fantasmas*

Introdução

Num país de dimensões continentais e de enorme diversidade cultural e econômica, o que é excelente numa grande cidade poderá não servir num pequeno povoado do sertão, numa comunidade ribeirinha da Amazônia. O comum é o *ser brasileiro*; o restante marcará a diferença. Igualdade e diversidade não são conceitos absolutos, mas de grande relatividade. Essa relatividade passa por inúmeros fatores: biológicos, geográficos, históricos, culturais, econômicos, educacionais etc. Há de se considerar a diversidade das escolas entre si, para posteriormente procurar o que existe de igual, de mais constante em determinada escola, para num segundo momento de análise observar igualdades e diferenças entre os alunos.

A maioria avassaladora das questões escolares está ligada aos *vínculos inadequados com os objetos escolares, com as situações escolares e com a aprendizagem formal* – vínculos esses construídos pela criança ao longo de sua história de vida familiar e escolar, pelas questões de educação no cotidiano da vida familiar, na interiorização dos limites psicossociais, na construção da baixa resistência às frustrações vividas no dia a dia.

Será que, como profissionais de *educação e saúde*, estamos realmente preparados para lidar com as diferenças entre os alunos? Não existirão tentativas sutis de classificá-los? Como encarar nossa dificuldade pessoal de lidar com as diferenças entre nossos filhos, alunos, clientes, colegas de trabalho, amigos, pessoas em geral? A questão estará no domínio biológico, cognitivo, afetivo ou social? *Todo novo é sempre ameaçador*; a mudança interna necessária para compreendermos a diferença que existe no *outro*, no externo, além de ser ameaçadora, pode paralisar nossas ações. *Não será mais fácil lidar com filhos, alunos ou pacientes que sejam “iguais”?* Dizemos sempre que justiça é tratar igual a todos. Justiça não seria tratar de modo diferente a quem é realmente diferente? Dar a cada filho ou aluno de acordo com sua verdadeira necessidade? *Não confundir leis gerais da sociedade com relação pessoal, dual, em momentos de educação familiar e escolar?*

O que é ser diferente? Diferente de quê? De quem? Em relação a quê? Para quê? Em que momento?

Será que o “aluno muito diferente” incomoda pais e professores, e por isso acaba sendo encaminhado a um diagnóstico com

o psicopedagogo, o psicólogo ou o médico? Será que o aluno que incomoda, agitado, desatento, não pode ser mais desenvolvido intelectualmente que a média do grupo? A conduta de quem está, intelectualmente, acima ou abaixo da média da turma pode, em termos psicossociais, ser muito semelhante: desinteresse, distração, agitação. A causa poderia ser: “Já entendi tudo isso, cansei de esperar”, ou “Não entendi nada, não adianta me esforçar porque vou continuar não entendendo”. As causas são diferentes, mas os produtos poderão ser semelhantes. *Como despertar a motivação desses alunos para aprender? Como criar o desejo em cada um de aprender e produzir bem? Como desenvolver o prazer na aprendizagem escolar?* Esse é um desafio para pais e educadores. Por onde passará esse desafio? Pela questão pedagógica e didática? Pela situação social mais ampla com apelos constantes e ritmos diferentes da escola, da família?

Qual é a verdadeira função de um diagnóstico psicopedagógico? Pesquisar igualdades ou diferenças? Será que a singularidade do aprender é difícil de ser captada pelos adultos? O importante no diagnóstico psicopedagógico é a tentativa de captar a forma individual de aprender e produzir de determinado aluno. Há diferenças no nível de atenção do aluno para observar e assimilar um material que seja apresentado em desenhos ou por escrito, que venha mediante uma explicação oral ou uma troca em grupo de colegas. Do que o aluno precisa para ouvir e ver ao mesmo tempo? O tempo de que necessita para “processar” e responder oralmente e/ou por escrito ao que lhe é perguntado? O aluno responde melhor quando é questionado por escrito? Responde melhor quando é mais exigido, mais cobrado? A exigência cria no aluno muita ansiedade, e por isso ele não consegue pensar e responder adequadamente? Responde melhor quando lhe é dado mais tempo para agir? Precisa sempre de uma situação lúdica e não responde quando a situação é proposta de forma mais séria? Muitas outras questões podem ser formuladas pelo professor que observa os alunos que se destacam em meio aos 30 ou 40 de sua turma.

Na *clínica psicopedagógica* encontrei uma sequência, um caminho mais ou menos constante perpassando diversas queixas escolares e familiares quanto à baixa produção escolar e/ou a dificuldades de aprendizagem escolar:

- 1 *Grande exigência familiar e/ou escolar* em exercícios, provas, jogos livres, atividades esportivas etc.
- 2 *Impossibilidade de responder* à altura do que o próprio aluno espera em relação àquilo que acha que pode realmente produzir, responder, vencer – envolve a questão da autoestima, do autoconceito.

- 3 *Ansiedade* causada pela frustração de não conseguir o que acha que pode, que sabe – ansiedade agravada pela baixa resistência à frustração.
- 4 *Aumento gradativo da ansiedade* – envolve o fato de pais e professores não perceberem o que está acontecendo no início do processo.
- 5 *Nível de ansiedade insuportável.*
- 6 *Autodefesa* em relação a essa grande ansiedade, gerando uma “fuga” da situação ameaçadora pela diminuição do foco de atenção, dispersão, fantasias variadas, agitação, acarretando a saída do próprio lugar ou da sala de aula, mexida com os colegas mais próximos e outros “mecanismos de defesa”.

Acreditamos que essa visão, acrescida de muitos outros dados orgânicos, cognitivos, afetivos, sociais e pedagógicos obtidos no processo do *diagnóstico psicopedagógico*, deva ser passada para a *escola* e para os pais, a fim de que haja a compreensão da forma pela qual a criança ou o adolescente “encara” e “processa” a aprendizagem e/ou a produção escolar. A compreensão da singularidade do filho e do aluno é que possibilitará a pais e professores a reflexão sobre como estão agindo com ele, como é importante permanecer com certas condutas que dão certo e mudar totalmente outras que agravam a situação.

Por exemplo, *no início da formalização do processo de alfabetização* é preciso observar com muito cuidado as primeiras reações da criança. *Algumas crianças não aguentam as primeiras frustrações causadas por erros, mesmo sendo erros construtivos para a compreensão do processo – para a criança, “erros serão sempre erros” no sentido negativo.* Errar nos chamados “trabalhinhos” de papel é muito frustrante para a criança que compara o seu produto com o dos colegas. Algumas vezes rabisçam, amassam ou mesmo rasgam o papel dizendo: “Tá feio”, “Tá errado”. Procuram fugir dos “trabalhinhos” no dever de casa ou na escola levantando da cadeira, puxando conversa ou brincadeira, saindo para ir ao banheiro ou beber água, bocejando, deitando a cabeça na mesa e outras manifestações para escapar da tarefa que lhe é proposta. Algumas dessas crianças também não suportam perder em qualquer tipo de jogo. Provavelmente, interiorizaram uma *autoexigência muito grande e baixa resistência à frustração*, e assim não aguentam errar ou perder no jogo. *É indispensável ajudá-las desde o início do processo, dando-lhes mais estímulo, autorizando-as a errar, a perder não só na escola, como na família.*

O *atendimento psicopedagógico* possibilitará a intervenção e o apoio permanente para possíveis mudanças de conduta do aluno-paciente,

dentro do respeito a suas características pessoais. Com a criança ou o adolescente fazemos uma intervenção direta, e com a família e a escola realizamos uma troca permanente com a orientação possível.

A questão básica é: como levar a mudança de atitude do filho-aluno-paciente sem cair num mecanismo de “achatamento”, de simples acomodação social, ou de um “band-aid” pedagógico?

Na atualidade, é tema constante de discussão a *inclusão* nas classes comuns das escolas dos alunos portadores de necessidades especiais. A meu ver, o problema não está em incluir ou não incluir, mas em como incluir de modo que o produto seja benéfico para todos: incluídos e incluidores.

Como seria uma proposta de inclusão “psicopedagogicamente” correta? Supomos que deva incluir todos os elementos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, “ensinagem” no dizer de José Bleger. Ou melhor: preparo técnico, pedagógico e apoio constante ao professor que receberá o novo aluno, assim como preparo dos alunos da “turma acolhedora” e, acima de tudo, preparo do aluno de necessidades especiais para ingressar nesse grupo que já estava formado antes de sua chegada e que tem um ritmo de trabalho a que não está acostumado. Se todos os pontos não forem trabalhados constantemente pela escola e pelos responsáveis educacionais, teremos uma “inclusão” apenas fictícia, servindo somente para mais um dado nas estatísticas educacionais.

Nos casos de inclusão, o diagnóstico psicopedagógico é fundamental para conhecer as variáveis do processo de aprendizagem do novo aluno e assim auxiliar o professor a lidar com as novas igualdades e diferenças que passarão a existir em sua turma.

Acreditamos que o respeito constante e a busca da singularidade de nossos filhos, alunos e pacientes dentro da diversidade do universo familiar, escolar e social devam ocorrer por meio de uma visão psicopedagógica. Essa visão norteará a equipe de atuação interdisciplinar quando for necessário qualquer tipo de intervenção, seja escolar ou clínica.

A interseção dos três sistemas básicos – familiar, escolar e clínico –, quando conduzida na direção positiva, criará a possibilidade de mudança significativa que permitirá o crescimento constante das características individuais, de mudanças na singularidade de cada um, respeitando o que é do próprio sujeito, o que pertence à família, o que pertence à escola e o que pertence à sociedade nesse momento histórico.

I Compreensão das dificuldades de aprendizagem escolar

Temas abordados:

Diferentes perspectivas de estudo do fracasso escolar.
Condições externas.
Visão da sociedade.
Visão da escola: a modernidade, o conhecimento novo (ansiedades básicas).
Condições internas.
Visão do aluno: a intrassubjetividade.
Integração da aprendizagem.
Aspectos orgânicos da aprendizagem.
Aspectos cognitivos da aprendizagem.
Aspectos emocionais da aprendizagem.
Aspectos sociais da aprendizagem.
Aspectos pedagógicos da aprendizagem: o construtivismo, o interacionismo e o estruturalismo.

I Capítulo 4, p.48.

O objetivo do presente trabalho é restrito. Pretendo fazer um recorte da ampla questão da aprendizagem humana, dos aspectos que conduzem ao fracasso escolar e podem ser detectados por meio do diagnóstico psicopedagógico. A não aprendizagem na escola é uma das causas do fracasso escolar, mas a questão é, em si, bem mais ampla. Não pretendo ser acrítica, mas o âmbito do trabalho não comporta um aprofundamento exaustivo; a proposta é partir de uma visão abrangente para chegar, de modo mais objetivo, mais contextualizado, a uma resposta para a queixa escolar.¹ Considera-se *fracasso escolar* uma resposta insuficiente do aluno a uma exigência ou demanda da escola. Essa questão pode ser analisada e estudada por diferentes perspectivas: a da *sociedade*, a da *escola* e a do *aluno*.

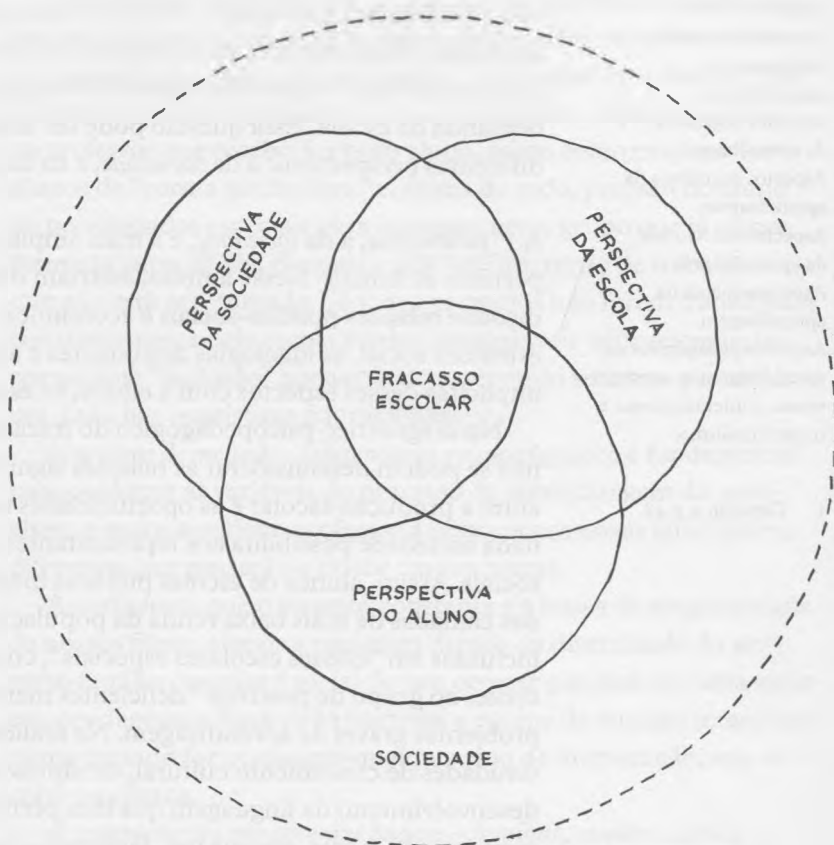
A *1ª perspectiva*, a da *sociedade*, é a mais ampla e de certo modo permeia as demais. Nesse âmbito, estariam o tipo de cultura, as condições e relações político-sociais e econômicas vigentes, o tipo de estrutura social, as ideologias dominantes e as relações explícitas ou implícitas desses aspectos com a educação escolar.

No diagnóstico psicopedagógico do fracasso escolar de um aluno não se podem desconsiderar as relações significativas existentes entre a produção escolar e as oportunidades reais que determinada sociedade possibilita aos representantes das diversas classes sociais. Assim, alunos de escolas públicas brasileiras provenientes das camadas de mais baixa renda da população são frequentemente incluídos em “classes escolares especiais”, considerados pertencentes ao grupo de possíveis “deficientes mentais”, com limites e problemas graves de aprendizagem. Na realidade, faltam-lhes oportunidades de crescimento cultural, de rápida construção cognitiva e desenvolvimento da linguagem que lhes permita maior imersão num meio letrado, o que, por sua vez, facilitará o desenvolvimento da leitura e da escrita.

Por outro lado, as condições socioeconômicas e culturais terão também influência nos aspectos físicos dos alunos de camadas de população de baixa renda pelas consequências nos períodos pré-natal, perinatal, pós-natal, assim como a exposição mais fácil a doenças letais, acidentes, subnutrição e suas consequências.

Relembro o caso de três irmãos (de 6, 8 e 9 anos) que se matri-

cularam juntos pela primeira vez na vida, em classe de alfabetização (1º ano) de uma escola pública (em março). Já no mês de junho eram encaminhados para diagnóstico em clínica comunitária porque não conseguiam caminhar na alfabetização.² A escola nada questionou em relação à profunda “carência social” dessa família de migrantes que chegava ao Rio de Janeiro fugindo de uma miséria pior. De imediato, “culpou” os três alunos alegando que deveriam ter um problema físico-familiar para não aprender. Conseguimos provar, pelo diagnóstico, a absoluta normalidade dessas crianças e a necessidade de a escola “rever-se”.



A 2ª perspectiva diz respeito à análise da *instituição escola*, em seus diferentes níveis, como sendo a maior contribuinte para o fracasso escolar de seus alunos. Tal possibilidade de estudo não pode ser vista isolada da anterior, pois sistema de ensino, seja público, seja particular, reflete sempre a sociedade em que está inserido. *A escola não é isolada do sistema socioeconômico; pelo contrário, é um reflexo dele.*

Portanto, a possibilidade de absorção de certos conhecimentos pelo aluno dependerá, em parte, de como essas informações lhe chegaram, lhe foram ensinadas, o que por sua vez dependerá, nessa cadeia, das condições sociais que determinaram a qualidade do ensino. Termina a rota da “deficiência social” nas baixas oportunidades do aluno como pessoa, acrescidas da baixa qualidade da escola.

Professores em escolas desestruturadas, sem apoio material e pedagógico, desqualificados pela sociedade, pelas famílias, pelos alunos não podem ocupar bem o lugar de quem ensina tornando o conhecimento desejável pelo aluno. É preciso que o professor competente e valorizado encontre o prazer de ensinar para que possibilite o nascimento do prazer de aprender. O ato de ensinar fica sempre comprometido com a construção do ato de aprender, faz parte de suas *condições externas*. A má qualidade do ensino provoca um desestímulo na busca do conhecimento. Não há, assim, um investimento dos alunos, do ponto de vista emocional, na aprendizagem escolar, e esse movimento seria uma *condição interna* básica. Casos há em que tal desinteresse é visto como um problema apenas do aluno, sendo ele encaminhado para diagnóstico psicopedagógico por “não ter o menor interesse nas aulas” e “não estudar em casa”, baixando assim sua produção.

A rapidez da evolução científica e tecnológica do mundo é apreendida por crianças e adolescentes, direta ou indiretamente, pelos meios de comunicação, independentemente de sua classe social ou situação sociocultural. Tal fato faz com que algumas vezes a escola pareça parada no tempo ou voltada para o passado, enquanto seus alunos vivem intensamente o presente e o futuro, com novos critérios de valor no contexto cultural. Percebo essa discrepância em inúmeros pacientes que me são encaminhados para diagnóstico, das mais diferentes origens.

Uma vez alfabetizada, a criança poderá lidar com certos tipos de programa de computador, fazendo operações como vê em lojas ou em programas de televisão. No entanto, muitas escolas acham que isso é para adultos ou “crianças ricas”, privando assim seu aluno de ingressar na tecnologia da atualidade na escrita e na leitura de textos ou no trabalho matemático. Triste é a escola que não acompanha o mundo de hoje, ignorando aquilo que seu aluno já vivencia fora dela. Transforma aquele que de modo inteligente a questiona e que de maneira saudável se recusa a buscar um conhecimento parado no tempo num “portador de problema de aprendizagem”.

Já tive a triste experiência de ouvir de uma autoridade educacional da rede pública a afirmação de que era um absurdo aparelhos de vídeo e computadores em escolas nas quais o telhado estava ruim e faltavam carteiras etc. O aluno da escola pública merece e necessita das duas coisas: do telhado, do quadro de giz e dos vídeos e computadores, pois só assim o aluno “descamisado”, de “pés descalços” poderá estar no mundo, desejoso de aprender “coisas modernas” que lhe darão melhores possibilidades no mercado de trabalho futuro, que lhe darão uma possível ascensão social pelo conhecimento que possuir.

Entre as “joias didáticas” que encontrei nos cadernos escolares de meus pacientes estava o estudo do tubo digestivo da minhoca. Na prova, colada no caderno – convertido em base de colagem de folhas mimeografadas –, havia uma questão com o desenho do tubo digestivo da minhoca para que a “vítima” nomeasse de memória suas diferentes partes. Não havia uma única referência à utilidade dela, sua contribuição para a qualidade da terra de plantio. O dono desse caderno era um adolescente de 13 anos, 7º ano de bom colégio particular, que, de maneira saudável, se recusava apenas a memorizar informações das diferentes matérias que lhe eram transmitidas, sem a preocupação da construção de significados para ele. A partir de certo momento, tornou-se desleixado com essa disciplina e outras mais, não cumprindo tarefas, matando essas aulas, num ato de “legítima defesa”. Esse jovem foi encaminhado para diagnóstico: problema da escola ou problema do aluno?

Ainda na questão da organização escolar, relembro o caso de Vítor, multirrepetente da classe de alfabetização (1º ano) de escola pública e que continuava analfabeto aos 10 anos.³ A escola o encaminhou para diagnóstico por suspeitar de algum problema orgânico ou emocional. Durante a anamnese,⁴ constatou-se o seguinte em sua história escolar: na primeira classe de alfabetização (aos 6 anos), teve quatro professoras com pequeno intervalo entre elas; após repetir o ano, foi colocado em classe de principiantes, recomeçando o processo de alfabetização (aos 7). Nesse ano, houve prolongada greve de professores no segundo semestre; no fim do ano, “empurrado” para a 2º ano (aos 8), continuou analfabeto. No ano seguinte (aos 9), em função da idade, foi colocado numa turma de 3º ano, e mais uma vez ficou reprovado sem se alfabetizar. Durante o diagnóstico, verificou-se sua absoluta normalidade e o vínculo negativo – o horror que criara em relação a objetos e atividades escolares.

3 Capítulo 8, p.96.

4 Capítulo 6, p.65.

Nos dois casos ficou claro que a origem do fracasso na produção escolar estava na má condução do processo de ensino; havia, “de modo saudável”, uma “formação reativa” dos alunos à escola.

Qualquer escola precisa ser organizada sempre em função do melhor ensino e ser permanentemente questionada, para que seus próprios conflitos não resolvidos não apareçam nas salas de aula sob a forma de distorções do próprio ensino. Nessas situações, o aluno fica como depositário desses conflitos e, conseqüentemente, apresenta perturbações em seu processo de aprendizagem.⁵

5 Bleger, 1960.

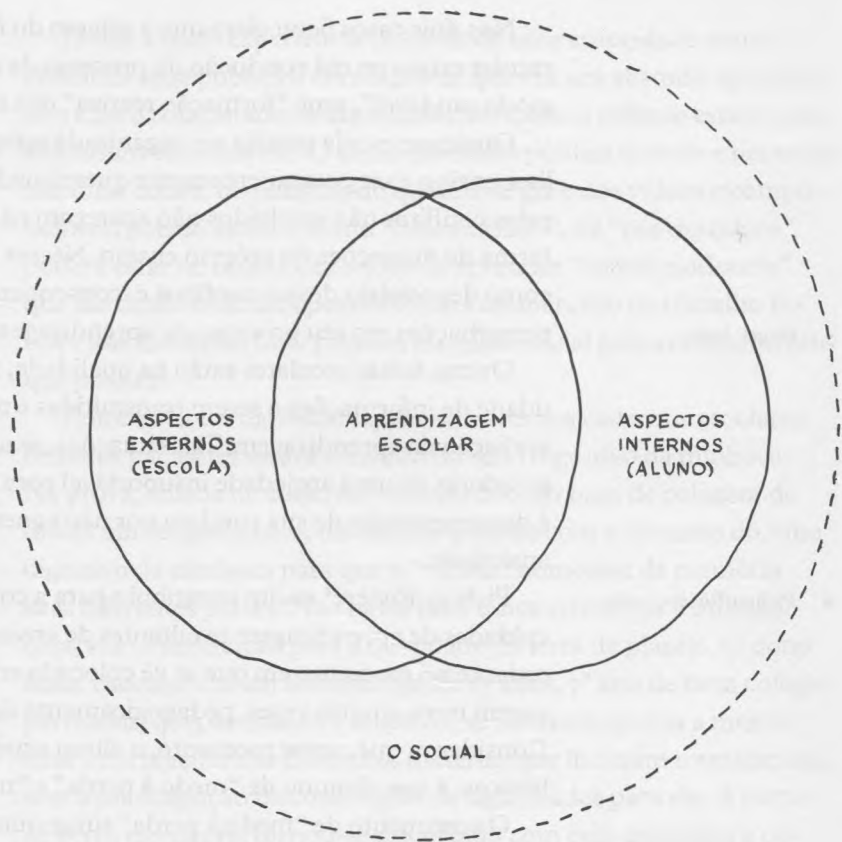
Outras falhas escolares estão na qualidade, na dosagem da quantidade de informações a serem transmitidas e na “cobrança” ou avaliação da aprendizagem. Tais situações, se mal conduzidas, são geradoras de uma ansiedade insuportável para o aluno, chegando à desorganização de sua conduta por não aguentar o excesso de ansiedade.

6 Pichon-Rivière, 1982.

Pichon-Rivière⁶ muito contribuiu para a compreensão das dificuldades de aprendizagem resultantes de ansiedades vividas pelo estudante no momento em que se vê colocado em situação de aprendizagem nova, muitas vezes, pedagogicamente de forma inadequada. Considerou que, nesse momento, o aluno experimenta dois medos básicos, a que chamou de “medo à perda” e “medo ao ataque”.

O sentimento de “medo à perda” surge quando se teme perder o equilíbrio emocional obtido com a segurança que possui no domínio dos conhecimentos anteriores, já integrados. O “medo ao ataque” acontece quando não se sente devidamente instrumentado na situação nova que está vivendo. Esses dois “medos” coexistem sempre; entretanto, não devem chegar a um ponto tal que atrapalhe a mudança de conduta que vai caracterizar o domínio, a integração do que é novo, ou seja, a verdadeira aprendizagem do aluno em sala de aula.

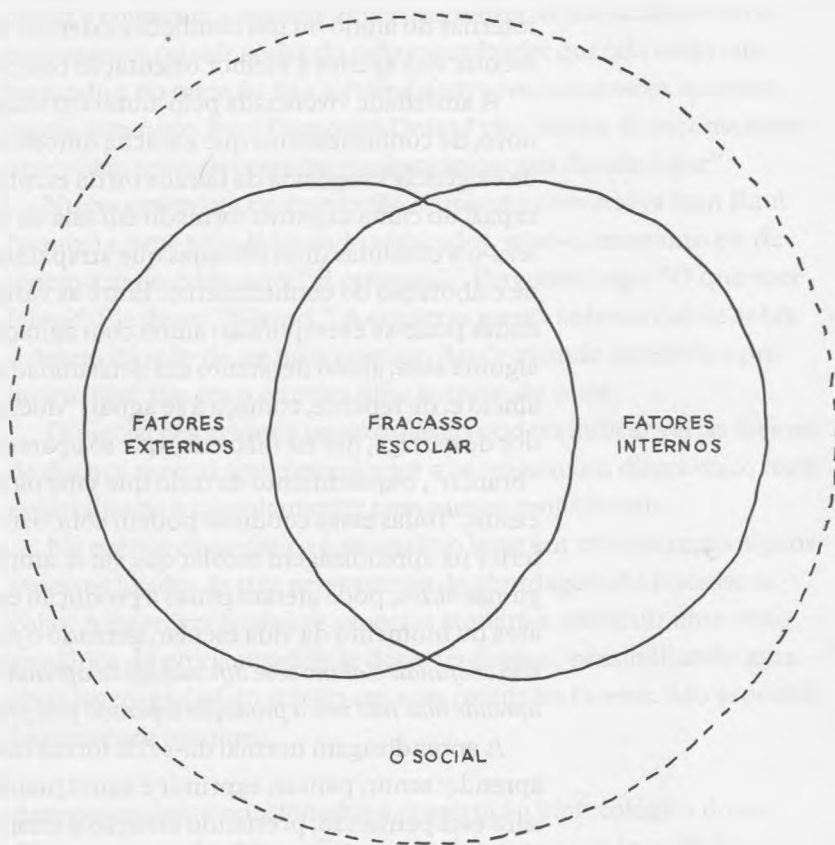
Pichon-Rivière complementa esses conceitos propondo a análise de 3 momentos sequenciais existentes em todo processo de aprendizagem humana. Em qualquer aprendizagem, obrigatoriamente, o sujeito passaria pelo 1º momento *confusional* (todo início, desarrumação), pelo 2º momento de *discriminação* (separação e procura dos lugares dentro dos conhecimentos já integrados anteriormente para colocar e relacionar o conhecimento novo) e pelo 3º momento de *integração* do conhecimento novo a tudo que o sujeito já sabe, a tudo que realmente já aprendeu.



Dito de outra forma, quando os conteúdos do programa escolar, ou seja, as informações trazidas para a sala de aula, são apresentadas ao aluno de forma inadequada, tornam-se objetos de difícil discriminação; eles se confundem com outros conhecimentos já adquiridos e não se integram aos novos, gerando grande “confusão” e tornando a elaboração do conhecimento mais demorada e difícil. Dizia-me **Marta (5º ano): “Ela [a professora] explicou frações e eu não entendi nada. Que é esse negócio de avos?”** Depois que objetivei com papel e refiz o caminho, ela falou: **“Já sei, tem que dividir igual. Quando acaba o décimo é que vem o avos.”** O mesmo ocorreu com **Creuza, 1º ano do ensino médio: “Acho que já entendi álgebra. Só não sei é essa tal de incógnita.”**

Essas são situações que devem ser consideradas na ação didática do professor. Quando apresenta a “matéria nova” e logo a seguir, no mesmo tempo de aula, resolve fazer um teste-surpresa de avaliação sobre o assunto dado, fatalmente estará pegando o aluno em “momento confusional”, que é parte da elaboração normal do conhecimento novo. O tempo necessário para elaboração total vai variar de

um aluno para outro. Considero uma boa estratégia didática o uso de “exercícios de fixação”, orais ou escritos, para facilitar a rapidez do processo de *discriminação* e a seguir o de *integração*. O trabalho interdisciplinar é também uma forma de provocar a melhor passagem pelos três momentos ao se fazer a ligação de “fios de conhecimentos” que vêm de diferentes disciplinas.



“Eu acho que é na escola que eles mostram que está acontecendo alguma coisa com eles, e é através da escola que a gente pode perceber que está acontecendo coisa muito séria e a gente pode atuar...”

Prof. de alfabetização

Essas diversas questões ligadas à escola precisam ser pesquisadas durante o diagnóstico psicopedagógico para evitar alocar ao paciente, como se fossem aspectos internos seus, pontos ligados ao processo ensino-aprendizagem, que se originam em procedimentos didáticos inadequados e levam o aluno a ter algum tipo de dificuldade.

A 3ª perspectiva de estudo do fracasso escolar está ligada ao *aluno*, especificamente às suas *condições internas* de aprendizagem, enfocando-se, assim, a questão na *intrasubjetividade*. Na minha experiência clínica, com pacientes de diferentes classes sociais, constatei que *cerca de 10% dos casos encaminhados para diagnóstico psicopedagógico*

tenham sua causalidade básica em problemática do paciente, oriunda de sua história pessoal e familiar. No entanto, na visão da escola, essa seria a causa da maioria dos casos de fracasso escolar. Os três enfoques da questão não são mutuamente excludentes; muito pelo contrário. *O fracasso escolar é causado por uma conjugação de fatores interligados que impedem o bom desempenho do aluno em sala de aula. A tentativa de identificar durante o diagnóstico um ponto inicial nas condições internas do aluno ou nas condições externas do ensino e da situação escolar visa apenas à melhor orientação terapêutica posterior.*

A ansiedade vivenciada pelo aluno em situações de conhecimento novo, de conhecimentos que ele acha difíceis e que “não dará conta”, de exigência exagerada da família ou da escola, de se perceber incapaz, do clima negativo formado em sala de aula, e de outras mais, leva-o a condutas diversificadas que atrapalham o já citado processo de elaboração do conhecimento. Entre as várias condutas assim originadas pode-se exemplificar: aluno com agitação intensa iniciada em alguma aula; aluno desatento em determinada aula, que fica parado, alheio e, de repente, começa a se agitar; “doenças” (dor de cabeça, dor de barriga, dor na mão etc.) que só aparecem em certas aulas; “branco”, esquecimento de tudo que sabe na hora da prova, teste ou exame. Todas essas condutas podem conduzir a uma dificuldade posterior na aprendizagem escolar que vai se ampliando aos poucos. Algumas vezes, pode afetar apenas a produção escolar em determinada área ou momento da vida escolar, gerando o *fracasso escolar*. É preciso *não confundir o aluno com dificuldade de aprendizagem com o aluno que aprende mas não tem a produção esperada pelo professor ou pela família.*

A aprendizagem normal dá-se de forma integrada no sujeito que aprende: sentir, pensar, exprimir e agir. Quando, por exemplo, o sujeito está pensando, prestando atenção a uma aula e começa a sacudir as pernas, a se movimentar enquanto lê silenciosamente, está vivendo um momento de *dissociação de campo da conduta*, está havendo algum tipo de interferência emocional, segundo visão de José Bleger.⁷ Para esse autor, toda conduta humana, em cada momento, exprime a predominância momentânea de uma das três áreas funcionais da conduta: a da *mente*, a do *corpo* e a da *relação do sujeito com o mundo externo*. A alternância e a integração delas fazem parte da vida normal. Algumas vezes, as “dissociações de campo” são benéficas, auxiliam a diminuir a grande ansiedade que se está vivendo nesse momento. Por exemplo, esfregar um objeto enquanto faz uma prova.

Quando começam a aparecer, constantemente, *dissociações de campo da conduta*⁸ e sabe-se que o sujeito não tem problemas orgânicos

7 Bleger, 1984.

8 Bleger, 1984.

que justifiquem essa dissociação, pode-se pensar que estão se instalando dificuldades em sua aprendizagem; algo vai mal no pensar, na sua expressão, no agir sobre o mundo. É hora de pesquisar onde está começando a dificuldade na situação de aprendizagem presente.

No diagnóstico, observamos crianças que fazem *dissociações de campo* quando estão desenhando ou escrevendo uma coisa e falando compulsivamente de outra distinta; quando estão lendo ou explicando e começam a sacudir as pernas, mexer as mãos, fazer outros movimentos ou sair andando pelo consultório; quando estão conversando e no meio da fala soltam palavras ou expressões aparentemente sem nexos. Para Françoise Dolto,⁹ são “saídas do inconsciente e precisam ser interpretadas e colocadas no seu devido lugar”.

Numa entrevista de devolução,¹⁰ quando conversava com Raul (9 anos) e seus pais, já vivendo separados, ouvi-o, enquanto ele desenhava meio rabiscado: “É pré-natal.” Perguntei logo: “O que você falou?” Ele disse: “Não sei.” A conversa girava anteriormente sobre o desejo da mãe de ter uma menina, desde quando esperava o primeiro filho. Ele era o terceiro filho homem do casal.

Dissociações graves e incontroláveis podem indicar várias formas de doença mental e/ou neurológica que exigem um diagnóstico mais especializado e complementar com outros profissionais.

Na prática diagnóstica é necessário levar em consideração alguns aspectos ligados às três perspectivas de abordagem do fracasso escolar. A interligação desses aspectos ajudará a construir uma visão gestáltica da pluricausalidade desse fenômeno, possibilitando uma abordagem global do sujeito em suas múltiplas facetas. São aspectos básicos para pesquisa:

Aspectos orgânicos relacionados à construção biofisiológica do sujeito que aprende. Alterações nos órgãos sensoriais impedirão ou dificultarão o acesso aos sinais do conhecimento. A construção das estruturas cognoscitivas se processa num ritmo diferente entre os indivíduos normais e os portadores de deficiências sensoriais, pois existirão diferenças nas experiências físicas e sociais vividas.

Diferentes problemas do sistema nervoso acarretarão alterações escolares, como disfasias, afasias, dislexias, TDA, TDAH e outros mais.

Na atualidade, já são identificadas diferentes síndromes orgânicas desde o nascimento da criança e apontadas suas relações com a aprendizagem. O trabalho psicopedagógico poderá ser feito no momento mais oportuno para cada caso.

Na realidade, crianças portadoras de alterações orgânicas re-

9 Dolto, 1989.

10 Capítulo II, p.137.

cebem, na maioria das vezes, uma educação diferenciada por parte da família, o que pode levar à formação de problemas emocionais em diversos níveis, gerando dificuldades na aprendizagem escolar.

Aspectos cognitivos estariam ligados basicamente ao desenvolvimento e funcionamento das estruturas cognoscitivas em seus diferentes domínios. Incluir nessa grande área também aspectos ligados a memória, atenção, antecipação etc., anteriormente grupados nos chamados fatores intelectuais. Numa visão piagetiana, o desenvolvimento cognitivo é um processo de construção que se dá na “interação entre o organismo e o meio”. Se esse organismo apresenta problemas desde o nascimento, o processo de construção do sujeito sofrerá alterações no seu ritmo. Por exemplo, a criança com grande baixa visual terá seu processo de construção do espaço complicado, pois suas experiências com o mundo físico ficam diferentes das crianças com visão normal. Tive depoimentos de crianças que somente na classe de alfabetização (1º ano, 6–7 anos) tiveram a alteração visual percebida pelos professores, e a família passou a providenciar a correção com óculos de “grossas lentes”. Essas crianças contaram que as coisas em torno eram diferentes antes do uso dos óculos. A criança deficiente mental caminha na sua construção cognitiva lentamente, mas até certo ponto. *Ela tem limites, mas não necessariamente problemas na aprendizagem que ocorra dentro dos seus limites.*¹¹

11 Pain.

Aspectos emocionais estariam ligados ao desenvolvimento afetivo, sua relação com a construção do conhecimento e a expressão deste por meio da produção escolar. Remete aos aspectos inconscientes envolvidos no ato de aprender. O não aprender pode, por exemplo, expressar uma dificuldade na relação da criança com a sua família; será o sintoma de que algo vai mal nessa dinâmica. Na prática, pode exprimir-se por uma rejeição ao conhecimento escolar, em trocas, omissões e distorções na leitura ou na escrita,¹² não conseguir calcular em geral, não conseguir fazer uma divisão etc.

12 Capítulo 8, p.95.

Aspectos sociais estão ligados à perspectiva da sociedade em que estão inseridas a família e a escola. Incluem, além da questão das oportunidades, o que já foi comentado, o da formação da ideologia em diferentes classes sociais. A busca do conhecimento escolar, recorte do acervo de uma cultura, servirá para quê? Permitirá uma definição de classe? Permitirá uma ascensão social? Será um meio para melhoria das condições econômicas? Responde a uma expectativa de classe?

Essas e outras questões necessitam ser pensadas durante o diagnóstico. Por exemplo, quando a família tem possibilidade de escolher a escola para seu filho, ela o faz visando à manutenção de sua ideologia.

Outro exemplo é a falsa democratização de algumas escolas em que há mistura de crianças de classe média de ampla base cultural com crianças de camadas menos favorecidas da população, sendo as últimas expelidas da escola por duas reprovações. Essa escola que “finge” aceitar a diversidade cultural constrói nessas crianças a baixa autoestima, o sentimento de inferioridade que carregam para outras escolas ditas mais fáceis. Isso acontece porque, na realidade, não fazem dentro da escola modificações curriculares e pedagógicas que auxiliem a criança menos favorecida a ter uma ascensão no conhecimento e se igualar com as do primeiro grupo.

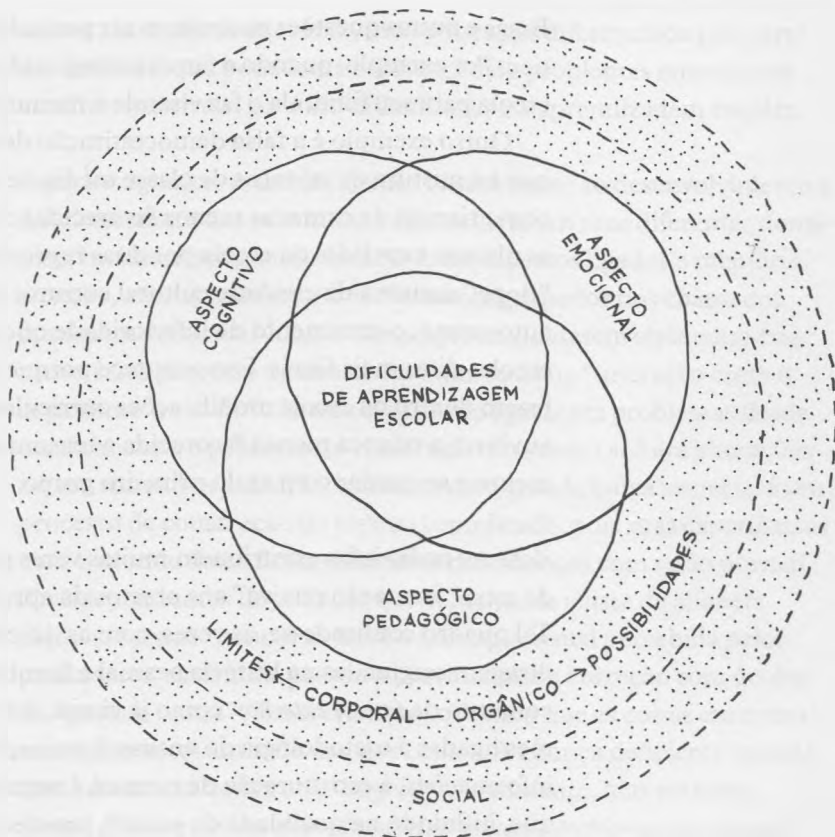
Aspectos pedagógicos contribuem muitas vezes para o aparecimento de uma “formação reativa” aos objetos da aprendizagem escolar. Tal quadro confunde-se, às vezes, com as dificuldades de aprendizagem originadas na história pessoal e familiar do aluno. Nesse conjunto de *fatores externos*, como já vimos, estão incluídas as questões ligadas à metodologia do ensino, à avaliação, à dosagem de informações, à estruturação de turmas, à organização geral etc., que, influenciando na qualidade do ensino, interferem no processo ensino-aprendizagem. Ficam reduzidas, assim, as *condições externas* de acesso do aluno ao conhecimento via escola. Concordamos com Vygotsky¹³ quando enfatiza que o “único bom ensino é o que adianta ao desenvolvimento”.

3 Vygotsky, 1989.

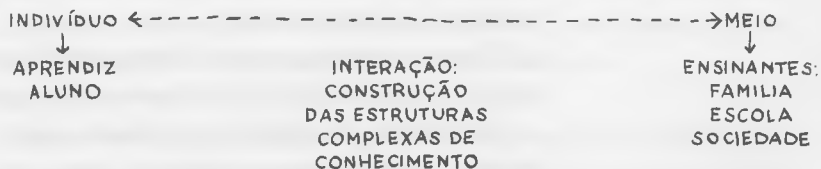
Uma boa escola deveria ser estimulante para o aprender; por essa razão, concordamos que a função básica dos profissionais da área de educação deveria contribuir para:

- 1 Melhorar as condições de ensino para o crescimento constante do processo de ensino-aprendizagem e assim *prevenir* dificuldades na produção escolar do aluno.
- 2 Fornecer meios para que o aluno possa superar dificuldades na busca de conhecimentos anteriores ao seu ingresso na escola.
- 3 Atenuar ou, no mínimo, contribuir para não agravar os problemas de aprendizagem nascidos ao longo da história pessoal do aluno e de sua família.

Essa função do educador se distingue da do clínico, que terá por obrigação intervir, buscando remover as causas profundas que levaram ao quadro do não aprender.



Sintetizando o que foi visto, destacamos a ideia básica de aprendizagem como um processo de *construção* que se dá na *interação* permanente do sujeito com o meio que o cerca. Meio esse expresso inicialmente pela família, depois pelo acréscimo da escola, ambos permeados pela sociedade em que estão. Essa construção se dá sob a forma de *estruturas* complexas. Esquematizaremos a ideia aceita pela maioria dos autores de Psicopedagogia.



Finalizamos com Vygotsky ao frisar que a aprendizagem da criança começa muito antes da aprendizagem escolar, e que esta nunca parte do zero.¹⁴ *Toda a aprendizagem da criança na escola tem uma pré-história.*

14 Vygotsky, 1989.

2 Aspectos básicos do diagnóstico psicopedagógico

Temas abordados:

Sintoma.
Desvio.
Parâmetro.
Eixos de análise.
Relação entre diagnóstico e tratamento.
Modelo de aprendizagem.
Sequência diagnóstica.
Aspectos informais e lúdicos.
Relação entre terapeuta e paciente: transferência e contratransferência.
Contrato.
Enquadramento.

1 Capítulo 4, p.48.

2 Capítulo 9, p.105.

3 Capítulo 1, p.19.

Todo diagnóstico psicopedagógico é, em si, uma investigação, uma pesquisa do que não vai bem com o sujeito em relação a uma conduta esperada. Será, portanto, o esclarecimento de uma queixa,¹ do próprio sujeito, da família e, na maioria das vezes, da escola. No caso, trata-se do não aprender, do aprender com dificuldade ou lentamente, do não revelar o que aprendeu, do fugir de situações de possível aprendizagem.

Nessa investigação não se pretende classificar o paciente em determinadas categorias nosológicas, mas sim obter uma *compreensão global da sua forma de aprender e dos desvios que estão ocorrendo nesse processo*. Busca-se organizar os dados obtidos em relação à sua vida biológica, intrapsíquica e social de forma única, pessoal. Nessa visão estaríamos subordinando o diagnóstico psicopedagógico ao método clínico, ao estudo de cada caso em particular. Busca-se do clínico exatamente a *unidade, a coerência, a integração* que evitariam transformar a investigação diagnóstica numa “colcha de retalhos” com a simples justaposição de dados ou com mera soma de resultados de testes e provas.²

Na ação diagnóstica, estaremos recorrendo sempre a conhecimentos teóricos e práticos, sob determinada perspectiva metateórica, como vimos no capítulo anterior.³ É uma alimentação mútua permanente entre a prática e a teoria. Nessa visão, poderíamos afirmar que o diagnóstico pode ser visto *lato sensu* como uma “pesquisa-ação”, que possibilitará ao terapeuta aventar sempre hipóteses provisórias que irão sendo confirmadas, ou não, ao longo do processo; no fim, hipóteses de trabalho permanecem para novos casos clínicos.

Podemos dizer que o que é percebido pelo próprio indivíduo ou pelos outros é chamado de *sintoma*. O sintoma está sempre mostrando algo, é um epifenômeno. Com o sintoma o sujeito sempre “diz alguma coisa aos outros”, se comunica, e “sobre o sintoma sempre se pode dizer algo”.

O *sintoma* é, portanto, o que emerge da personalidade em interação com o sistema social em que está inserido o sujeito. Assim, o problema manifestado pelo aluno numa determinada escola, turma ou em relação a um dado professor, pode não se manifestar de forma clara em outro contexto escolar. Tal fato torna evidente que há certo

tipo de *desvio* em relação a determinados parâmetros existentes no meio, que são representados por suas exigências.

Aceitando-se a ideia de que há um *desvio*, surge a pergunta: *desvio em relação a quê?* Esse é um momento crucial do diagnóstico. É preciso clareza do terapeuta na busca desses *parâmetros*, que vão definir a qualidade e a quantidade do desvio e sua importância no desenvolvimento da escolaridade.

Somente depois de clarificada a posição do desvio é possível traçar os rumos a serem seguidos no diagnóstico. Alguns *parâmetros* são facilmente identificados: *formação cultural, classe socioeconômica, idade cronológica, exigência familiar, exigência escolar, relação entre conteúdos escolares e o desenvolvimento de estruturas de pensamento, exigências escolares durante a alfabetização⁴ e a psicogênese da leitura e da escrita⁵* e, por fim, *o desenvolvimento biopsicológico considerado normal*. Outros dependerão do contexto em que está se dando o ensino-aprendizagem.

4 Capítulo 8, p.96.

5 Capítulo 8, p.98-99.

Podemos lançar mão de alguns exemplos em âmbitos bastante diferentes. Não é comum uma criança de classe média não estar alfabetizada aos 9 anos. Tal fato sugere que algo não vai bem com ela. No entanto, se o mesmo fato ocorre com crianças de camadas populares, de baixa renda, o primeiro pensamento que me ocorre é o da falta de oportunidade social e escolar. Da mesma forma, a troca de letras de uma criança de 6 anos em processo de alfabetização é normal,⁶ é parte de seu processo de construção da escrita. Mas se dela for exigida a produção correta de palavras de uma cartilha, cometerá certo tipo de erro que, mal-interpretado, poderá levar erroneamente à hipótese de uma dificuldade pessoal em relação ao padrão da turma e à exigência do professor.

6 Capítulo 8, p.96.



Para iniciar o diagnóstico psicopedagógico é fundamental que o terapeuta tenha claros os dois grandes eixos de análise:

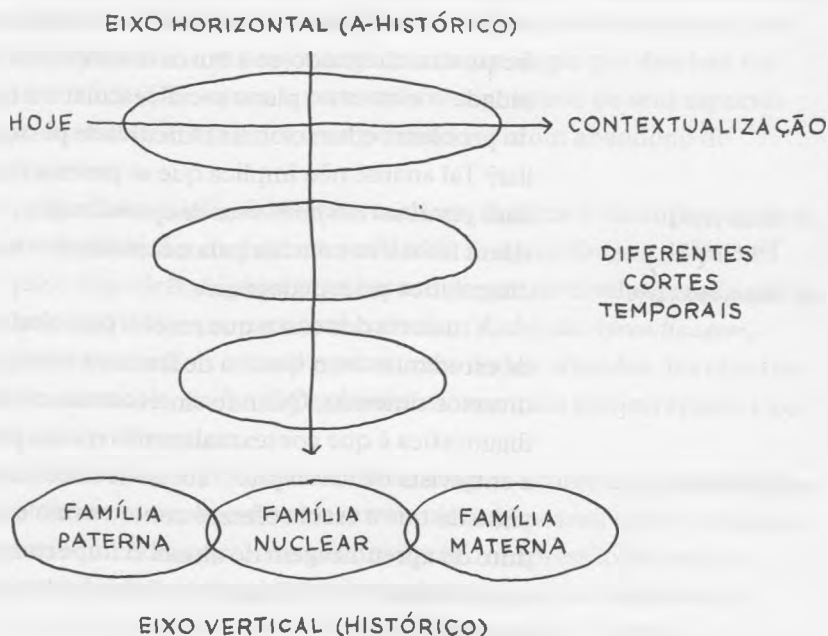
- 1 *Horizontal* (a-histórico): visão do presente, “aqui, agora, comigo”.
- 2 *Vertical* (histórico): visão do passado, visão da construção do sujeito.

No *eixo horizontal* explora-se basicamente o campo presente, no qual a busca está centrada nas causas que coexistem temporalmente com o sintoma. Nesse nível é que se realiza a contextualização, que permite clarificar a grandeza do desvio existente nesse “aqui e agora”. Utilizo para esse objetivo, além de entrevistas com o paciente, instrumentos como: Entrevista Familiar Exploratória Situacional (EFES);⁷ entrevistas com toda a família, incluindo o paciente e os irmãos (tipo DIFAJ);⁸ Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem (EOCA);⁹ Sessões Lúdicas Centradas na Aprendizagem;¹⁰ provas e testes diversos;¹¹ Diagnóstico Operatório;¹² entrevistas com a equipe da escola e com outros profissionais;¹³ e a análise da produção do sujeito fora do consultório (material escolar, provas, desenhos, construções, textos produzidos etc.).

- 7 Capítulo 5, p.53.
- 8 Capítulo 5, p.63.
- 9 Capítulo 5, p.59.
- 10 Capítulo 7, p.77.
- 11 Capítulo 9, p.105.
- 12 Capítulo 9, p.106.
- 13 Capítulo 13, p.149.

No *eixo vertical*, histórico, é onde se busca a construção geral do indivíduo, sempre contextualizada nos diferentes momentos. Nesse nível, uso entrevistas diversas de anamnese¹⁴ com a família, com a escola, com outros profissionais e faço a análise de documentos passados, como laudos, relatórios escolares, registros, álbuns fotográficos e da vida do bebê. Para tal, recortamos diferentes “histórias” que se integram na grande história do paciente: escolar, clínica, das primeiras aprendizagens, da família nuclear (pais e irmãos), dos ancestrais (das famílias paternas e maternas).

- 14 Capítulo 6, p.65.



A obtenção dos dados relacionados aos dois grandes eixos não pode ser regida por regras externas prefixadas: cada sujeito em exame apresenta um caminho próprio, que deve ser descoberto e respeitado pelo terapeuta. Diferentes instrumentos fornecem elementos para pesquisa do passado, do presente e das expectativas de futuro. Por outro lado, *é indispensável que se utilize cada instrumento de pesquisa captando ao máximo – e de forma articulada – elementos na área cognitiva, afetivo-social e pedagógica.*

O sucesso de um diagnóstico não reside no grande número de instrumentos utilizados, mas na competência e sensibilidade do terapeuta em explorar a multiplicidade de aspectos revelados em cada situação. Por exemplo, na simples aplicação do teste visomotor de Bender¹⁵ (que, em princípio, visaria avaliar aspectos visomotores) buscam-se indícios de uma possível organicidade, dados sobre a construção cognitiva espacial (aspectos de espaço topológico e euclidiano), aspectos emocionais (egocentrismo, dissociações, *acting out*), cumprimento de ordens, uso do tempo, aspectos escolares no uso do material.

Nessa perspectiva de abordagem do “desvio de aprendizagem”, é necessário que o foco da análise não fique restrito ao paciente, mas estenda-se às suas relações, aos seus grupos de pertinência, às instituições básicas. Somente assim pode-se aprofundar a investigação em níveis *psicossocial*, *sociodinâmico* e *institucional*, na colocação de Pichon-Rivière.¹⁶ Por exemplo, analisam-se as relações grupais escolares e familiares, os conflitos da instituição escolar que o paciente frequenta, chegando-se à busca dos aspectos falhos: falta de oportunidade concreta no plano social, escolar ou familiar? Má condução do problema educacional? Dificuldade pessoal? Dificuldade familiar? Tal análise não implica que se perca a *visão de uma pluricausalidade gestáltica dos problemas de aprendizagem*,¹⁷ mas sim que se priorizem fatos e se conclua pela necessidade – ou não – de continuar o diagnóstico psicopedagógico.¹⁸

A maioria dos casos que recebo para avaliação psicopedagógica é de estudantes com quadro de fracasso escolar, apresentando os mais diversos sintomas. Quando sintetizamos os dois eixos de pesquisa diagnóstica é que contextualizamos o caso para organizar o *laudo* e a entrevista de *devolução*.¹⁹ Torna-se necessário também sintetizar a visão do que a escola oferece como ensino e o que exige como produto de aprendizagem do aluno. É importante que, de algum modo, se possa fazer esse “diagnóstico” da escola para definição dos parâmetros do *desvio*.

15 Capítulo 9, p.117.

16 Pichon-Rivière, 1982.

17 Bleger, 1984.
Visca, 1987.

18 Weiss, 1990, p.56.

19 Capítulo 11, p.137.

O *desvio* que identificamos no início de diagnóstico está de algum modo “embutido” na formulação da queixa.²⁰ Por essa razão, não se pode apenas diagnosticar o sujeito isolado no tempo e no espaço da realidade socioeconômica que se vive no Brasil de hoje.

Essa realidade chega ao paciente pela ideologia dominante nos diferentes grupos em que convive: família, escola, instituições de abrigo de menores, casas comunitárias etc. que farão a construção do seu imaginário e determinarão o seu modo de viver no dia a dia. Tudo isso define as relações família-escola e as expectativas criadas em relação ao uso do aprendido na escola, ao seu lugar na sociedade, ao “ser cidadão”. É preciso integrar os aspectos socioeconômicos na unidade funcional da pessoa que aprende, pois já fazem parte do seu imaginário, do seu modo de se relacionar com objetivos e situações de aprendizagem, assim como interferem também em suas construções cognitivas e afetivas.

Nos casos em que me parece claro que existe má condução da questão escolar, procuro discutir com os pais, em primeiro lugar, e posteriormente com a escola, a necessidade de reestruturar a situação e de suspender o diagnóstico. Tento assim despatologizar o quadro de fracasso escolar, levando seus responsáveis a repensar a questão. A interrupção do diagnóstico tira o paciente da situação de único responsável pelo fracasso e lhe dá uma nova oportunidade em condições diferentes, com o apoio familiar e escolar.

Algumas vezes, a família ou mesmo a escola é resistente à revisão da situação. Nesses casos nossa intervenção não tem ressonância e eles continuam a buscar a definição da patologia que desejam ver na criança (filho-aluno), mantendo o depositário de seus aspectos problemáticos. Mais um caso perdido, mais um abandono de diagnóstico...

O *objetivo básico do diagnóstico psicopedagógico* é identificar os desvios e os obstáculos básicos no *Modelo de Aprendizagem* do sujeito que o impedem de crescer na aprendizagem no nível esperado pelo meio social. Assim, para conhecer esse *Modelo de Aprendizagem*, conta-se, nos dois eixos descritos, com dados oriundos das observações da escola, da família e obtidos diretamente pelo terapeuta e por outros profissionais.

Entendo como *Modelo de Aprendizagem* o conjunto dinâmico que estrutura os conhecimentos que o sujeito já possui, os estilos usados nessa aprendizagem, o ritmo e as áreas de expressão da conduta, a mobilidade e o funcionamento cognitivos, as modalidades de aprendizagem assimilativa e acomodativa e suas distorções,²¹

os hábitos adquiridos, as motivações presentes, as ansiedades, defesas e conflitos em relação ao aprender, as relações vinculares com o conhecimento em geral e com os objetos de conhecimento escolar, em particular, e o significado da aprendizagem escolar para o sujeito, sua família e a escola.

Quando o terapeuta consegue chegar ao esboço do *Modelo de Aprendizagem* do sujeito, ele já atingiu um nível de integração dos dados obtidos que lhe permite refletir e expor hipóteses sobre a causalidade do problema de aprendizagem e/ou do fracasso escolar e traçar as direções do que fazer para mudar a problemática existente. Ao fazer isso, ele sempre considera os diferentes níveis de orientação à escola e à família, e de tratamentos especializados (psicopedagógico ou outros). Dessa integração de dados é que surge o *Prognóstico e o conteúdo para a entrevista de Devolução*.²²

22 Capítulo 11, p.137.

Outro aspecto que merece reflexão é o da relação entre Diagnóstico e Tratamento e sua implicação direta no tempo de duração do primeiro. É preciso que fique sempre claro ao terapeuta que a simples procura pelo diagnóstico representa um grande movimento do paciente e de sua família. *Nenhum diagnóstico é inócuo; ele já é, em si, uma intervenção na dinâmica pessoal e familiar.* Essa visão é necessária para se levar em consideração o que está ocorrendo, durante o diagnóstico, com o paciente e seus familiares. Por vezes recebo informações da escola de que determinada criança “melhorou só com o diagnóstico” ou que ficou “muito agitada e agressiva”, o que causou uma piora. Esses são alguns sinais de alerta que indicam o quanto a pesquisa diagnóstica está mexendo com o sujeito e sua família.

A título de exemplo, encerrei o diagnóstico de uma adolescente (18 anos, 8º ano de escola especial) no momento em que ela se queixou à mãe de que não queria continuar as sessões porque eu “a estava forçando a crescer”. Ela foi capaz de perceber isso, mostrando seu bom nível intelectual, por meio de leitura dos textos escolhidos e comentários que fazia para escolha de atividade,²³ da vinda sozinha à sessão etc. Era considerada deficiente mental, e por desejo da família, sem condições de sair de escola especial. Para ela, não aprender significava não crescer e, portanto, não trocar de papel na família. Ela era a “doente” que justificava a dedicação integral de pai e mãe e a manutenção de um casamento “já acabado”. A mãe, evidentemente, concordou com a interrupção do diagnóstico, pois sentiu que começava a acontecer uma melhora indesejada. A família continuou buscando novos diagnósticos.

23 Capítulo 8, p.98.

A simples atenção da família ao se preocupar em levar uma criança a um profissional já é para ela o indicador de que os pais passaram a se interessar mais por ela. Ter uma pessoa só para ela nas sessões diagnósticas já é “terapêutico”. Por essas razões, quando não se vai continuar a atender o paciente em tratamento posterior, é preciso que haja um *limite no número de sessões diagnósticas*. Isso evita que se aprofunde ainda mais a relação terapeuta–paciente e, de repente, se corte, frustrando as expectativas do paciente ao ser encaminhado para outro profissional.

Por outro lado, qualquer entrevista com os pais já está, de algum modo, fazendo-os pensar sobre suas vidas com esse filho, refletir sobre questões antes afastadas do foco, sobre acontecimentos que consideravam irrelevantes e que agora ficam reposicionados nessas entrevistas.

A maior qualidade e validade do diagnóstico dependerá da *relação estabelecida terapeuta–paciente*: empática, de confiabilidade, respeito, engajamento. A relação de confiança estabelecida cria condições para o início de qualquer atendimento posterior.

A meu ver, essa relação nasce da maneira aberta, relaxada, acolhedora e sorridente com que nos dirigimos à criança e ao adolescente; também na linguagem que usamos, o mais próxima possível da deles – no vocabulário e na temática. Conta também a liberdade de ação que proporcionamos no espaço do consultório,²⁴ não se sentindo eles exigidos, policiados, como às vezes acontece na escola ou na família.

Quando percebo grande resistência no paciente, sinal de que o engajamento está difícil, interrompo o processo de avaliação e me questiono sobre o que pode estar acontecendo “aqui, agora, conosco” no nível fantasmático ou real. Deve-se investigar se existem medos ou ameaças encobertos. Há fatos reais que poderão estar interferindo concretamente: a coincidência de horário da sessão com o jogo de futebol, o programa de televisão preferido, a “gozação” dos irmãos ou colegas etc. Por exemplo, ficou clara para mim a existência de ameaças para Cristina, que resistia à avaliação durante duas sessões, quando, repetidamente, na terceira sessão, falou: “Vim aqui porque dizem que sou maluca, não aprendo e faço bobagens.” Em outro momento disse: “Minha prima de 12 anos foi no psiquiatra e ficou boa.” Interrompi as sessões somente individuais e realizei uma sessão com ela e os pais, tentando levá-la a reelaborar o significado da avaliação psicopedagógica e o caso da prima. Naquele momento, tinha 9 anos e cursava o 4º ano, e me procurava por apresentar dificuldade na escrita.²⁵

“Esse negócio de Psicopedagogia é fazer a gente aprender sem saber que tá aprendendo assim, brincando...”

Celso, 8 anos, 2º ano

24 Capítulo 14, p.153.

25 Weiss, 1987, p.30.

Algumas vezes, a dificuldade não é do paciente, mas minha.

Questiono o meu momento, a minha atitude e os *mecanismos contratransferenciais* que podem estar interferindo.

Assim, vemos que o processo diagnóstico baseia-se no inter-relacionamento dinâmico e de condutas interdependentes entre o terapeuta (diagnosticador) e o paciente (o diagnosticado). A comunicação estabelecida entre ambos faz com que o terapeuta atue (de forma consciente e inconsciente) sobre o paciente sempre que apresenta qualquer conduta. Tudo nessa comunicação é importante: a palavra, o modo de falar, a atitude, os gestos, a movimentação do corpo etc. Sendo o diagnóstico um processo que acontece com base em relações interpessoais, é fundamental que se leve em consideração a inevitabilidade do aparecimento de fenômenos de *transferência* e *contratransferência* entre o terapeuta (psicopedagogo) e o paciente e seus pais. Se esses mecanismos não forem bem-conduzidos, poderão comprometer gravemente o diagnóstico.

Entendemos *contratransferência* como as condutas inconscientes que aparecem no terapeuta, emergindo das interrelações existentes com o paciente (ou seus pais) com base no clima formado ao longo do atendimento, enfim, do campo psicológico que se estabeleceu nas sessões diagnósticas.

Há indícios de mecanismos *contratransferenciais* quando, por exemplo, o terapeuta começa a ficar constantemente irritado com o paciente (ou seus pais), sente rejeição, compaixão, bloqueio, ansiedade excessiva etc. O não controle de seus mecanismos *contratransferenciais* deve levar o terapeuta a buscar auxílio na *supervisão de outro profissional* externo a essa relação. A percepção dessa situação *contratransferencial* pelo próprio terapeuta exige dele uma boa preparação terapêutica, bem como sua passagem pela própria experiência psicoterápica ou analítica.

O bom preparo terapêutico possibilita ao profissional, em situações críticas, a isenção necessária para analisar a conduta do paciente e/ou de seus pais e auxiliá-los na compreensão dos conteúdos emocionais expressos nas sessões diagnósticas.

Já no *mecanismo de transferência* é o paciente que traz para as sessões seus sentimentos, atitudes e condutas inconscientes para com o terapeuta que vão representar modelos de conduta estabelecidos em outros contextos, basicamente o familiar. Assim, vai atribuir certos papéis ao terapeuta e agir em função deles. São cenas comuns de crianças com relação à terapeuta: “Me dá água... você não faz o que eu mando... mamãe faz o que eu mando!”

É necessário que o terapeuta consiga compreender os pedidos de ajuda, dependência, proteção, reações onipotentes e fantasiosas expressas por meio de mecanismos transferenciais durante o diagnóstico. Compreender bem o que acontece, discriminando o seu papel, pode auxiliar o paciente a prosseguir no processo diagnóstico sem que ocorra uma fixação em pontos inadequados.

Sequência Diagnóstica

O diagnóstico psicopedagógico é composto de vários momentos que temporal e espacialmente tomam dimensões diferentes conforme a necessidade de cada caso. Assim, há momento de anamnese²⁶ só com os pais, de compreensão das relações familiares em sessão com toda a família presente, de avaliação da produção pedagógica e de vínculos com objetos de aprendizagem escolar, busca da construção e funcionamento das estruturas cognitivas (diagnóstico operatório),²⁷ desempenho em testes de inteligência²⁸ e visomotores,²⁹ análise de aspectos emocionais por meio de testes expressivos, sessões de brincar e criar.

Tudo isso pode ser estruturado numa Sequência Diagnóstica estabelecida a partir dos primeiros contatos com o caso.

Seguem 3 sugestões:

I Em linhas gerais, estabeleço a seguinte Sequência Diagnóstica a ser modificada segundo as necessidades de cada caso:

- a Entrevista Familiar Exploratória Situacional (EFES).³⁰
- b Entrevista de Anamnese.³¹
- c Sessões Lúdicas Centradas na Aprendizagem (para crianças).³²
- d Complementação com provas e testes (quando for necessário).³³
- e Síntese Diagnóstica – Prognóstico.
- f Entrevista de Devolução e Encaminhamento.³⁴

Modificações comuns de acontecer:

- a Com pais separados e incompatibilizados: duas anamneses iniciais.³⁵
- b Adolescentes que desejam o primeiro contato sozinhos.³⁶
- c Anamnese inicial sempre que há dúvidas em relação a diagnósticos anteriores, ou o paciente esteve ou está com outros profissionais.³⁷

26 Capítulo 6, p.65.

27 Capítulo 9, p.106.

28 Capítulo 9, p.114.

29 Capítulo 9, p.117.

30 Capítulo 5, p.53.

31 Capítulo 6, p.65.

32 Capítulo 7, p.77.

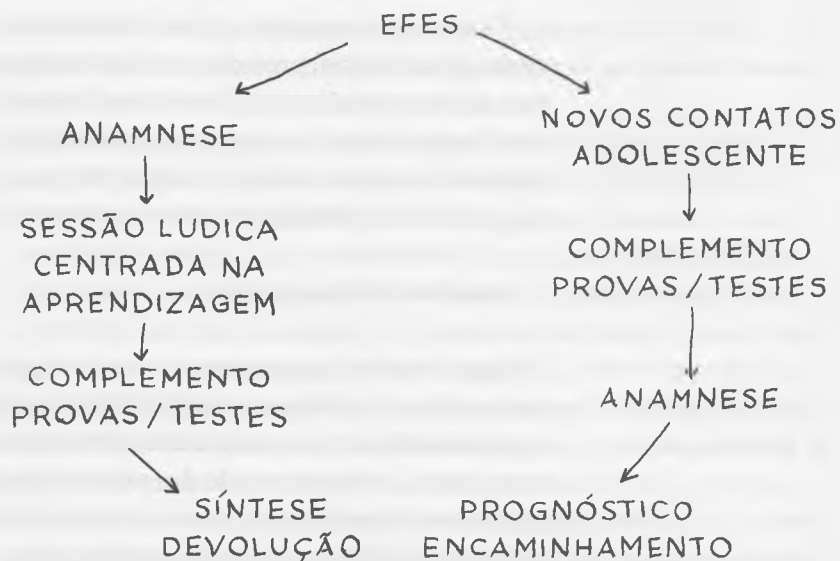
33 Capítulo 9, p.105.

34 Capítulo 11, p.137.

35 Capítulo 6, p.65.

36 Capítulo 3, p.45.

37 Capítulo 13, p.149.



Visualizando a questão de outro modo:

2 A sequência diagnóstica tradicionalmente usada na clínica psicológica e transposta para a psicopedagógica segue o modelo médico:

- a Anamnese (história do caso).³⁸
- b Testagem e provas pedagógicas (exames).³⁹
- c Laudo (síntese das conclusões e prognóstico).
- d Devolução (verbalização do laudo) ao paciente e/ou aos pais.⁴⁰

3 Jorge Visca⁴¹ propõe um esquema sequencial diagnóstico flexível, baseado na Epistemologia Convergente, e assim formulado:

- a Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem (EOCA)⁴² – levantamento do primeiro sistema de hipóteses com definição de linhas de investigação e escolha de instrumentos.
- b Testes⁴³ – levantamento do segundo sistema de hipóteses e linhas de investigação.
- c Anamnese⁴⁴ – verificação e decantação do segundo sistema de hipóteses; formulação do terceiro sistema de hipóteses.
- d Elaboração do informe psicopedagógico⁴⁵ (elaboração de uma imagem do sujeito que articula a aprendizagem com os aspectos energéticos e estruturais; formulação escrita de uma hipótese a comprovar).
- e Devolução da informação aos pais e/ou ao paciente.⁴⁶ (Em momento posterior, devolver, de forma restrita, o que for de interesse para a escola.)

38 Capítulo 6, p.65.

39 Capítulo 9, p.105.

40 Capítulo 11, p.137.

41 Visca, 1987, p.70.

42 Capítulo 5, p.59.

43 Capítulo 9, p.105.

44 Capítulo 6, p.65.

45 Capítulo 12, p.145.

46 Capítulo 11, p.137.

Existem pacientes que não aceitam sessões diagnósticas formais. Torna-se necessário, então, fazer uma avaliação ao longo do próprio processo terapêutico. Nesses casos, com crianças, faço sessões de ludodiagnóstico,⁴⁷ mas sempre centradas na aprendizagem, procurando observar concomitantemente aspectos afetivo-sociais, cognitivos, corporais e pedagógicos. Vê-se, assim, que não há fronteiras formais entre diagnóstico e tratamento, como analisamos. A separação quase sempre feita é apenas operacional, basicamente em instituições e para instituições.

Em alguns casos, consigo realizar o diagnóstico em número limitado de sessões, mas atribuindo a todas elas uma característica informal. Nem sempre são todas as sessões de caráter lúdico;⁴⁸ pode ser um período ou determinada parte da sessão ou algumas sessões. Deixo a criança brincar, criar e desenvolver a confiança em nossa relação. Relembro Ana (9º ano), que muito ansiosa explorava incessantemente o consultório.⁴⁹ Ela adorou a caixa em que guardo material para provas piagetianas;⁵⁰ fazia bolas de massa plástica, punha objetos na balança, até que colocou o ramo de margaridas e rosas no cabelo e falou: “Estou bonita? Isso é de bailarina.” À medida que ela brincava, eu aproveitava e fazia algumas perguntas que conduziam a questões: “No ramo de seu cabelo tem mais margaridas ou rosas? Se eu tirar as flores do ramo o que ficará no seu cabelo?” etc. Não é necessário que a criança esteja sentada frente a uma mesa para *revelar se é capaz de realizar inclusão de classes*. Essa foi uma situação atípica; relembro-a apenas para exemplificar o informalismo que pode ocorrer eventualmente no diagnóstico, sem prejudicar o objetivo a ser atingido pelo terapeuta. No caso, não se tratava de uma sessão de ludodiagnóstico,⁵¹ mas de uma sessão exploratória do ambiente que propiciou certo tipo de avaliação.

Resumiremos no quadro a seguir as relações das etapas do diagnóstico com os princípios básicos da aprendizagem vistos no capítulo anterior.⁵²

47 Capítulo 7, p.75.

48 Capítulo 7, p.75.

49 Capítulo 14, p.153.

50 Capítulo 9, p.105.

51 Capítulo 7, p.75.

52 Capítulo 1, p.19.

PRINCÍPIO
INTERACIONISTA



QUEIXA-SINTOMAS

QUEIXA ESCOLAR
MOTIVO DA CONSULTA

ENTREVISTA
ANÁLISE DO MATERIAL

PRINCÍPIO
INTERACIONISTA



QUEIXA-SINTOMAS
CONTEXUALIZAÇÃO
DOS SINTOMAS

COMPREENSÃO:
FAMÍLIA > MEIO
ESCOLA > SOCIAL

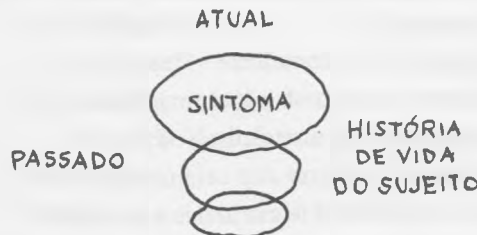
ENTREVISTA
OBSERVAÇÃO
ANÁLISE DO MATERIAL

PRINCÍPIO
ESTRUTURALISTA



EFES
SESSÕES LÚDICAS
PROVAS
TESTAGEM
AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA
ANÁLISE DE PRODUTO

PRINCÍPIO
CONSTRUTIVISTA



ENTREVISTAS:
DE ANAMNESE
COM OUTROS PROFISSIONAIS

ANÁLISE DE
DOCUMENTOS

Contrato e enquadramento

Outros aspectos básicos a serem considerados no diagnóstico são: o *contrato* e o *enquadramento*.

No início do diagnóstico realiza-se um *contrato* com os pais e se constrói um *enquadramento* com estes e o paciente. O *enquadramento* é a definição das variáveis que intervêm no processo, tornando-as constantes.

São aspectos importantes das *constantes* do *enquadramento*, que englobam também o contrato:

- 1 Esclarecimento de papéis: função do terapeuta-investigador; participação dos pais e de outros membros da família (anamnese,⁵³ sessões familiares,⁵⁴ devolução⁵⁵ etc.); contato com os profissionais da escola; contato com outros profissionais que atendem ou já atenderam a criança.
- 2 Previsão do número aproximado de sessões e forma de encerramento do trabalho.
- 3 Definição de horário, dias e duração das sessões.
- 4 Definição dos locais: consultórios, sala de ludo, sala de teste etc.
- 5 Honorários contratados e forma de serem cobrados.

O *contrato* com instituições assume características diferentes, pois ele é realizado com a instituição, e não com um terapeuta em particular. Geralmente, há um documento escrito fornecendo os dados já vistos, a tabela de preços, o pedido de autorização para uso de dados com fins científicos, a definição de número de faltas e o direito ou não a continuar o diagnóstico.

Em qualquer das situações, é importante que haja o esforço de todos para evitar a quebra do *enquadramento*. Ele deve ser cumprido não só pelo paciente e seus familiares, como também pelo próprio terapeuta e por funcionários das instituições. É preciso que o terapeuta possa manter seu lugar de modelo e ter condições de denunciar as quebras de *enquadramento*. No entanto, é preciso que em alguns momentos haja flexibilidade para atender a situações imprevistas que exigem sua modificação em função da melhoria das condições para o paciente.

53 Capítulo 6, p.65.

54 Capítulo 5, p.53.

55 Capítulo 11, p.137.

	MARIA LÚCIA LEMME WEISS (1992)	JORGE VIÇA (1987)	SARA PAIN (1965)
1ª	ENTREVISTA FAMILIAR EXPLORATÓRIA SITUACIONAL (EFES) CONTRATO E ENQUADRAMENTO OUTROS OBJETIVOS	ENCONTRO PARA CONTRATO E ENQUADRAMENTO	ENTREVISTA INICIAL CONTRATO E ENQUADRAMENTO
2ª	ENTREVISTA DE ANAMNESE	ENTREVISTA OPERATIVA CENTRADA NA APRENDIZAGEM (EOCA)	HISTÓRIA VITAL ENTREVISTA DE ANAMNESE
3ª	SESSÕES LÚDICAS CENTRADAS NA APRENDIZAGEM	NOVOS PROCEDIMENTOS PROVAS E TESTES	HORA DO JOGO
4ª	COMPLEMENTAÇÃO PROVAS E TESTES	ENTREVISTA DE ANAMNESE	PROVAS E TESTES
5ª	SÍNTESE DIAGNÓSTICA ENTREVISTA DE DEVOLUÇÃO	SÍNTESE DIAGNÓSTICA ENTREVISTA DE DEVOLUÇÃO	SÍNTESE DIAGNÓSTICA ENTREVISTA DE DEVOLUÇÃO

3 Diagnóstico: o primeiro contato telefônico

Temas abordados:

Significado do primeiro contato telefônico.

Resistência.

Continuidade.

A ansiedade do primeiro movimento.

No momento em que a família faz o primeiro contato telefônico com o terapeuta, já está acontecendo um movimento interno nela, o que pode ser o início de uma mudança.

Muitas vezes a escola solicita uma avaliação psicopedagógica e a família não discorda abertamente: aceita a solicitação mas não dá continuidade, alegando que o terapeuta não foi achado, é caro, é longe – apresenta diferentes *formas de resistência*.

A maneira como o profissional acolhe o primeiro contato com a família ou o próprio paciente é muito importante para a continuidade do processo. Pode ser um momento “impessoal” – via secretária do consultório ou da instituição, para simples marcação de um horário – ou pode ser um primeiro momento já com grande carga emocional persecutória ou de expectativa positiva. Relembro como exemplo dois casos bem significativos.

No primeiro, o pai da criança trocou informações com a secretária, e, quando ela explicitou o preço da consulta, ele falou: “Vou denunciar vocês. Não se pode cobrar em BTNs [índice monetário da época]; é ilegal”, no que foi delicadamente retrucado pela secretária, que mostrou a normalidade do procedimento. Indignado, ele bateu o telefone. Três semanas depois marcou o primeiro encontro pessoal, e a avaliação transcorreu normalmente. Tal situação deve ser discutida nesse momento. Pareceu-me que ele estava bastante ameaçado diante da perspectiva do diagnóstico do filho – e, conseqüentemente, “seu próprio” – e precisava medir forças com a terapeuta.

No segundo caso, foi a mãe de uma criança que iria ser reprovada pela segunda vez no 2º ano do ensino fundamental. Ela estava muito aflita e queria urgência na avaliação, já em novembro, último mês de aulas do período letivo. Tinha uma expectativa mágica sobre o diagnóstico e um possível milagre de aprovação. Conversei diretamente com ela, ao telefone, quando me expôs toda a sua aflição. Ao lhe explicar as dificuldades do 2º ano e as relacionar com o que acabara de me dizer sobre o procedimento da escola, tranquilizou-se e disse: “Foi bom falar com você. Assim, se você acha que ela pode não ser anormal, eu espero você ter horário para avaliação, já que talvez ela não passe de ano mesmo.”

Creio que já houve, por caminhos diferentes, uma intervenção nessas famílias. Sou a favor de construir uma boa relação com a

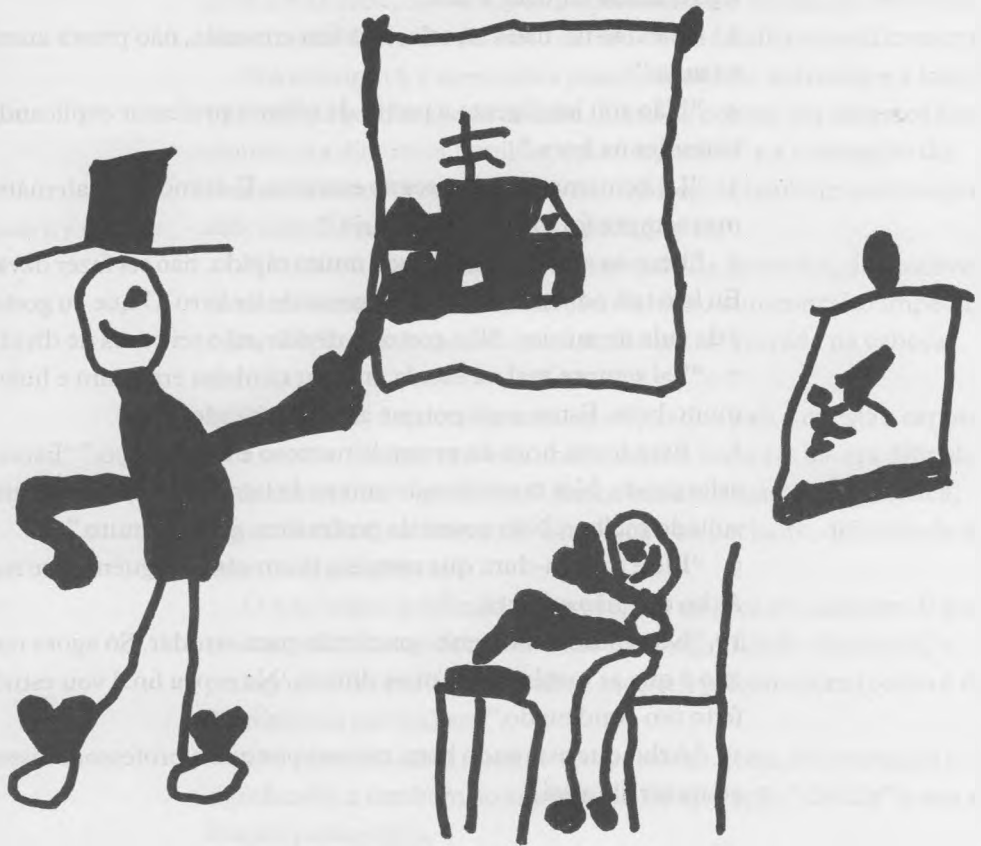
“Já deixei um recado, preciso falar com urgência...”

Pai

família desde o primeiro contato telefônico, e tentar, dentro do possível, personalizá-lo. É necessária uma conversa de aproximação; não, porém, uma “triagem”, como acontece com funcionários de clínicas encarregados desse primeiro contato. Nesse momento, é fundamental saber sobre o paciente: nome, idade, escolaridade, escola que frequenta, quem solicitou a avaliação e por que o fez (a queixa¹), quem indicou o profissional, se esteve ou se está em atendimento com outros profissionais e de que especialidade eles são, se vive com os dois pais ou só com um deles, se o paciente está concordando em fazer a avaliação. De algum modo, tal contato caracteriza o início de uma primeira entrevista.

Outra situação muito comum é a de um dos pais fazer o primeiro contato e afirmar que o outro genitor discorda da proposta de avaliação, sendo radicalmente contra. Considero indispensável reforçar o elemento que está disposto ao movimento e, num momento seguinte, tentar conquistar a adesão do outro e conhecer suas razões. Isso não é tão simples assim: por vezes, a mãe simplesmente se dispõe a qualquer coisa para não perder o lugar, *grosso modo*, de sofredora que cuida dos filhos sozinha.

Concluindo, é preciso que se considere sempre a *grande carga de ansiedade posta pelos pais nesse primeiro contato*, pois é um movimento que poderá se definir pró ou contra a avaliação.



4 A queixa (o motivo do diagnóstico)

Temas abordados:

A queixa (o motivo do diagnóstico).
Tipos de queixa.
Análise da queixa.
Significado da queixa.
A queixa e a sequência diagnóstica.

1 Capítulo I, p.19.

2 Capítulo II, p.137.

Todo diagnóstico psicopedagógico é um caminho a ser percorrido desde o momento inicial em que é explicitada a *queixa* (o motivo do diagnóstico) sobre as dificuldades na aprendizagem escolar¹ do aluno/paciente até o momento final em que é feita a *devolução*.²

Muitas vezes não há coincidência entre os olhares: o da escola, o da família e o do próprio aluno sobre as questões de aprendizagem na sala de aula. Vamos nos deparar com três queixas *diferentes*.

É necessário que o terapeuta compreenda essa situação e busque “filtrar” os pontos essenciais a serem pesquisados durante o diagnóstico.

Relatamos a seguir exemplos de *queixas* formuladas pela família e pelo próprio paciente.

1 “Parece que ele não guarda nada.”

2 “Não tiro nota boa porque relaxo. Não presto atenção. Só consigo quando alguém ajuda.”

3 “Ele não faz nada na sala, não fixa em nada, não presta atenção na aula.”

4 “Não sou inteligente a ponto de olhar o professor explicando e entender na hora.”

5 “Lê bem, mas não consegue escrever. É ótimo na Matemática, mas sempre foi mal em Português.”

6 “Erro na escrita porque faço muito rápido, não sei fazer devagar. Eu li um pouco devagar. Não gosto de ler livro. O que eu gosto mais é da aula de música. Não gosto de dividir, não sei conta de dividir.”

7 “Vai sempre mal na escola, mas eu também era assim e hoje estou muito bem. Estou aqui porque a escola mandou.”

8 “Estudo, na hora da prova dá nervoso e eu esqueço.” “Estou me esforçando. Nas matérias não vou nada bem. Não sei conseguir resultado melhor. Não gostei da professora, gritava muito.”

9 “Ele é cabeça-dura que nem eu, lá em casa ninguém sabe nada. Acho que não adianta...”

10 “Não estudo, não tenho paciência para estudar. Só agora no 6º ano é que as matérias são mais difíceis. Na prova final vou estudar feito um condenado.”

11 “Acho que está tudo bem, não sei por que a professora disse para eu trazer ele aqui.”

“As coisas não entram na cabeça dele...”

Mãe

“Estudo, estudo e na hora não sai nada...”

Paciente

3 Capítulo 6, p.65.

As múltiplas formulações feitas pelos pais, pela escola e pelo próprio paciente em sua autoavaliação precisam ser analisadas nos seus diferentes significados. Há nessas frases pistas diversas que me levam à construção do fio condutor da anamnese³ e, às vezes, do próprio diagnóstico, pois essa análise possibilita desde a compreensão das diferentes relações com a aprendizagem escolar dos pais e do paciente até a aceitação ou não do diagnóstico. Nos exemplos, há uma pequena amostra dos diferentes tipos de problemas que nos são relatados com mais frequência. Observando-se os verbos usados, percebem-se caminhos bem diversos entre as dificuldades expressas.

O exemplo 1 refere-se a uma impossibilidade de guardar e reter o conhecimento. O aprofundamento da questão do “reter” em nível familiar. O que esquece? O que retém? Não fixa nada, em nenhuma situação? Pensa-se, nesses casos, em aprofundar aspectos emocionais e orgânicos.

Nos exemplos 2, 3 e 10 não se fala em dificuldade de aprender, mas sim de olhar, de parar, de não estar interessado em ir ao encontro do conhecimento. Há necessidade de apurar a ligação do paciente com a realidade, de ver aspectos emocionais e sociais, de entender a valorização do conhecimento dentro dessa família especificamente.

No exemplo 8 é aventada a possibilidade de aprender e a impossibilidade de revelar o que se sabe. Deve-se pensar em aspectos emocionais, na dinâmica familiar, seus “segredos” e a circulação do conhecimento. O esforçar-se e não conseguir também pode sugerir dificuldades na área cognitiva e pedagógica.⁴

4 Capítulo 1, p.19.

Nos casos 4 e 9 fala-se da dificuldade de aprender, de absorver o conhecimento. Sugere a avaliação do baixo autoconceito impedindo o movimento de busca do conhecimento, a “entrada na cabeça dura”.

Nos 7 e 11, é colocada uma oposição dos pais à questão exposta pela escola. Será necessário aprofundar o assunto: haverá dificuldade em aceitar o problema? Resistência à situação diagnóstica, discordância de observação em relação ao paciente, dificuldade em lidar com a realidade?

O 5 se refere à dificuldade específica na área de registrar. É preciso aprofundar as vertentes simbólica (significado da escrita) e pedagógica (como foi ensinada a escrita), psicomotora (como é esse domínio e a escrita) etc.

O 6 remete a uma questão temporal, ao ritmo da produção e seu significado, e também ao significado da operação “dividir” e sua realização pedagógica.

A *queixa* não é apenas uma frase falada no primeiro contato; ela precisa ser escutada ao longo de diferentes sessões diagnósticas, sendo fundamental refletir sobre o seu significado.⁵

5 Capítulo 3, p.45.

Algumas vezes, a *queixa* da escola apontada como o motivo manifesto do diagnóstico é repetida pelos pais, sem qualquer elaboração posterior. Ao longo do processo ela vai se transformando e se revelando de menor importância, ao mesmo tempo que vai surgindo um motivo latente que realmente mobilizou os pais para a consulta. Esse motivo pode crescer em importância, exigindo mais urgência no atendimento, ficando a dificuldade escolar em segundo plano.

No caso de Tales (10 anos, 5º ano) a procura do diagnóstico se deu no fim do ano, após o fracasso nas provas de seleção para ingresso em um novo colégio, embora já estivesse aprovado para o ano escolar seguinte que cursaria no atual colégio. No fim da primeira entrevista ficou claro que a verdadeira *queixa* não era escolar. Dizia a mãe: “Ele sempre foi assim resistente, emburrando quando não se fazia o que ele queria; tinha crises de violência, perdia o fôlego, ninguém aguentava mais ele.” O pai acrescentou: “Você lembra aquele dia em Cabo Frio que ficou sem falar dois dias porque eu não deixei ele ir ao boliche? Realmente ele às vezes é irritante, e às vezes é tão doce e amigo.” No momento inicial de colocação da *queixa* foi dito: “Acho que ele está com dificuldades em Português,⁶ parece que a escola não exigiu muito dele por achar que tem dificuldades; em Matemática está melhor.⁷ Queremos que você veja como anda o pedagógico dele para nos situarmos para o próximo ano.”

6 Capítulo 8, p.98–99.

7 Capítulo 8, p.101.

No caso de o contato inicial ser só com os pais, às vezes realizo várias sessões para que fiquem claras, para eles e para mim, as relações de cada um e de todos com a dificuldade de aprendizagem que estão trazendo. Essas entrevistas vão se transformando na própria anamnese.⁸ Nesse ponto, vou estruturando as sessões com ambos os pais ou, no caso de pais separados, às vezes com cada um separadamente ou junto com seu novo companheiro.

8 Capítulo 6, p.65.

Na maioria dos casos, inicio o trabalho por uma entrevista conjunta com os pais e o paciente. Essa atividade, que depois de muita experiência denominei *Entrevista Familiar Exploratória Situacional* (EFES),⁹ será desenvolvida no próximo capítulo. Nela é explicitada de forma mais profunda a *queixa*.

9 Capítulo 5, p.53.

No atendimento a jovens adultos e adolescentes, a primeira entrevista pode ser marcada por eles próprios, e nesse momento apresentam a *queixa* já elaborada. É comum já trazerem suas hipóteses sobre as dificuldades escolares.¹⁰ Jorge, 23 anos, técnico de

10 Capítulo 1, p.19.

som, assim se expressou ao nos procurar na clínica comunitária: “Eu vim falar com vocês porque ando pensando em voltar a estudar, mas tenho medo de não sair do lugar de novo. Eu parei no 8º ano, às vezes acho que sou ‘burro’. Naquele tempo eu não entendia nada na escola. Acho que só minha irmã era inteligente. Às vezes fico pensando se era isso que me atrapalhava, todo mundo só dava ‘cartaz’ para ela. O que você acha?”

Quando a relação construída entre o paciente, os pais e o terapeuta é de confiança, a expressão de sentimentos da família é mais fácil, e assim consegue-se a explicitação da *queixa* de forma mais detalhada. É com base nessas falas que aventamos as primeiras hipóteses. Analisando o que é dito é que vamos perceber se existirá um entrave na aprendizagem, ou se o paciente aprende mas ocorre obstrução, impedimento na hora em que ele necessita mostrar o que já sabe, o que já aprendeu, como no caso de exercícios, testes e provas. *Há diferença entre a dificuldade de aprendizagem escolar e a dificuldade de produção escolar.*

“Eu não queria aprender a ler e a escrever. Tenho medo de tirar nota baixa, repetir ano e perder os amigos. Tive dificuldade no colégio A, não era bom o ensino, aí minha mãe me tirou e pôs em outra escola, aí o segundo colégio não era bom, e minha mãe botou em outro, aí ela não gostou e eu voltei para o primeiro.”

Paciente

Se a *queixa* aponta para a dificuldade de *produção escolar*, de mostrar, de revelar o conhecimento já adquirido, esse entrave pode estar ligado à história do paciente e de sua família ou relacionado a situações escolares definidas. Nesse caso, é comum encontrar grande exigência e cobrança por parte dos pais, falta de espaço na família para que a criança aprenda a expressar o que sente ou pensa sobre fatos, objetos e pessoas; o reforço para ocupar e permanecer no lugar da pessoa que não se expressa, isto é, daquele que é falado pelos outros. Todos esses aspectos, obviamente, devem ser aprofundados.

É importante ainda fazer questionamentos sobre os vínculos formados com professores, objetos e diferentes situações escolares. Por exemplo, o mau relacionamento com um professor pode ser o fato bloqueador. Assim me dizia David (12 anos, 6º ano): “Depois que eu fiquei com aquela professora do 4º ano, fiquei ‘entupido’; antes eu era bom na sala, mas ela não gostava de mim e eu também não gostava dela, brigava muito.” Outros aspectos a serem vistos estão ligados à *metodologia de ensino*, às *formas de avaliação (provas institucionais)*, à *metodologia de alfabetização*, às *transferências de turma e de escola quando mal conduzidas*.

Em síntese, é fundamental, durante a explicitação da *queixa*, iniciar a reflexão sobre as duas vertentes de problemas escolares: o *sujeito e sua família* e a *própria escola* em suas múltiplas facetas, para definir a *seqüência diagnóstica*¹¹ mais adequada bem como as técnicas a serem utilizadas.

II Capítulo 2, p.39.

Sintetizando o diagnóstico:

Primeiro contato

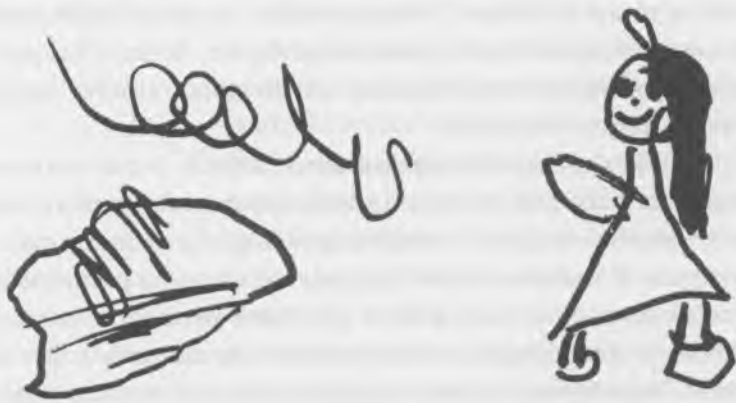
telefônico.

Queixa.

Hipóteses.

Primeira Sessão

Diagnostica: EFES.



5 Primeira sessão diagnóstica

Temas abordados:

Ansiedades da primeira sessão.

Diferentes formas de primeira sessão.

Entrevista Familiar

Exploratória Situacional

(EFES): objetivo, descrição e exemplo.

Entrevista Operatória

Centrada na Aprendizagem

(EOCA): objetivo, descrição, exemplo e avaliação.

“O que acontece comigo?
Eu sou burro?”

Paciente

“Darei conta desse
diagnóstico?”

Terapeuta

1 Capítulo 3, p.45.

2 Capítulo 4, p.48.

3 Capítulo 6, p.65.

4 Weiss, 1987, p.29.

5 Capítulo 4, p.48.

O primeiro encontro do terapeuta com o paciente é carregado de ansiedade de ambas as partes. Há muito de desconhecido, de persecutório para os dois. Cada um põe nesse encontro questões diferentes, como: “O que acontece comigo?”, “Sou doente?”, “Sou burro?”, “O que será que a professora falou para ela?”. Por outro lado: “Será que ele me aceitará?”, “Será que descobrirei o que acontece?”.

A ansiedade existe sempre, em qualquer situação diagnóstica: no terapeuta, em face da necessidade de penetrar no desconhecido; no paciente e seus pais, ante o desconhecimento da situação e o medo de revelar aspectos pessoais ou da vida familiar – aspectos esses conhecidos ou desconhecidos deles próprios.

A ansiedade bem dosada é positiva em qualquer situação. É necessário dar muita atenção a esse aspecto, pois, se por um lado a ansiedade pode ser “um agente motor da relação interpessoal”, num sentido construtivo, por outro, a partir de certa intensidade pode perturbar a relação, desorganizando a conduta do terapeuta, do paciente ou dos pais. Nesse caso, a sessão pode se tornar improdutiva.

Como já foi visto, dependerá do que foi dito no primeiro contato telefônico¹ sobre a *queixa*,² a definição da forma de realizar a *primeira entrevista*, já que cada caso sugere um caminho a trilhar. Apresento 6 diferentes maneiras de realizar a primeira sessão diagnóstica:

Entrevista inicial de anamnese com os pais

Há situações em que opto por *entrevista inicial de anamnese*³ com os pais, quando, por exemplo, me é dito que o paciente já teve ou tem outros tratamentos; quando há dúvidas sobre um diagnóstico anterior; quando há discordância de posição entre pais e escola; quando pais separados estão em atrito; quando há um desvio muito grande entre a idade cronológica e a série escolar.

Entrevista Familiar Exploratória Situacional (EFES)

Faço a primeira entrevista como uma *Entrevista Familiar Exploratória Situacional* (EFES).⁴ Nessa entrevista reúno os pais com a criança ou adolescente para uma sessão conjunta com duração de 50 minutos.

A EFES tem como objetivos a compreensão da *queixa*⁵ nas dimen-

sões familiar e escolar, a captação de relações e expectativas familiares centradas na aprendizagem escolar, a expectativa em relação à atuação do terapeuta, a aceitação e o engajamento do paciente e seus pais no processo diagnóstico, a realização do *contrato* e do *enquadramento*⁶ de forma familiar e o esclarecimento do que é um diagnóstico psicopedagógico.

6 Capítulo 2, p.43.

Como em qualquer entrevista, é necessário criar na EFES um clima de confiança para que haja a livre circulação de sentimentos e informações a fim de que se possam fazer observações como:

- 1 Se há *diálogo livre entre os três*; se um respeita a opinião do outro, dando-lhe tempo para falar; e se o desacordo pode ser explicitado.
- 2 Se os pais permitem as interrupções da criança ou adolescente, deixando-o discordar, acrescentar ou modificar fatos por eles relatados.
- 3 Se apenas um dos pais fala, impedindo a expressão do restante da família. Nesse caso, é fundamental que o terapeuta peça a opinião de todos, ao mesmo tempo que percebe como se estrutura a definição de limites dentro do próprio grupo familiar.
- 4 *O tipo de vínculo* que os pais fazem como casal e com o terapeuta; vínculos pai-paciente e mãe-paciente.
- 5 Se há *fantasias de saúde ou de doença* no grupo que estejam misturadas com a *queixa*.⁷
- 6 Qual é o nível de ansiedade, expresso por meio de dados como: pedido de urgência no atendimento e solicitação de uma frequência excessiva de sessões ou de horários inadequados.
- 7 Qual é o conhecimento que o paciente tem do motivo do diagnóstico e como lhe foi explicada a ida ao consultório.
- 8 Como o grupo compreende a explicação sobre o que é uma avaliação psicopedagógica, as técnicas utilizadas, a necessidade dos contatos que serão feitos com a escola e outros profissionais.
- 9 Que aspectos escolhem para começar a expor a situação.
- 10 Qual é “o significado” do sintoma *para* a família e *na* família.⁸

7 Capítulo 4, p.48.

8 Pain.

O registro fiel dessa entrevista é muito importante porque ela se presta a muitas distorções. Os pais só transmitem o que querem ou podem, enquanto o terapeuta só compreende o que pode. Ao longo do processo diagnóstico, às vezes, os dados vão se modificando, bem como as hipóteses e as conclusões do terapeuta. Quando se constrói uma boa relação, é comum que, em outra oportunidade, os pais revelem dados esquecidos num primeiro momento. Os dados colhidos na EFES devem ser comparados e relacionados com o material obtido

- 9 Capítulo 6, p.65.
10 Capítulo 9, p.105.

por meio de anamnese,⁹ testes,¹⁰ outras entrevistas ou outros instrumentos. O fundamental é que, ao fim dessa entrevista, os pais e o paciente saíam mais tranquilos e menos ansiosos, sem perder de vista a necessidade de continuidade do diagnóstico.

- 11 Capítulo 14, p.153.

- 12 Capítulo 8, p.99.

- 13 Capítulo 7, p.75.

As crianças confiantes com a presença dos pais falam de escola, exploram o consultório,¹¹ brincam e ouvem a nossa conversa, interferindo de vez em quando. Deixo à disposição delas brinquedos, jogos, papel, hidrocor e quadro para escrita e desenho.¹² Tenho obtido bons resultados no engajamento de crianças entre 5 e 8 anos. Elas veem o consultório como espaço lúdico,¹³ de confiança, não criando problema em retornar sozinhas.

- 14 Capítulo 3, p.45.

- 15 Capítulo 4, p.48.

Considero de grande valia o adolescente fazer esse primeiro contato¹⁴ com o terapeuta em nível de igualdade com os pais, pois de imediato sua fala e sua posição ficam valorizadas. Começo a entrevista ouvindo sempre, em primeiro lugar, o adolescente: a razão da ida ao consultório e a *queixa da escola*,¹⁵ sua análise do fato, suas expectativas. No momento seguinte, ele pode ouvir a opinião dos pais e contestá-la caso discorde. A presença do terapeuta possibilita ao adolescente ser mais autônomo nesse diálogo. Tenho ouvido frases como: “Quando eu peço ajuda na Matemática, você diz que tá cansado”; “Quando você fica no meu pé, eu fico com raiva, aí é que não estudo mesmo”; “Se tiro cinco, você diz que tem que ser sete; se tiro sete, você diz que podia ser melhor”; “Eu não gosto dessa escola, e vocês não me tiram dela”; “Na hora da prova eu penso: se eu errar, já perdi a roda da bicicleta, depois a outra roda...”. Essa posição do jovem não era ouvida pelos pais em situação espontânea, doméstica.

Tais exemplos representam diferentes facetas das relações da família com o trabalho escolar: valorização, apoio e atenção à execução de tarefas domésticas, nível de exigência e forma de cobrança do produto escolar, sentimento da criança ou adolescente em relação a essa situação e a escolha da escola.

Vários casos de *fracasso escolar de adolescentes* ficaram equacionados nessa entrevista familiar, sem precisar dar continuidade ao diagnóstico, pois houve uma clarificação da questão no nível grupal com reposicionamento dos pais e proposta de ação conjunta no nível doméstico e escolar.

Como exemplo de EFES, transcrevo trechos da primeira entrevista de Patrícia (14 anos, 6º ano), encaminhada pelo Serviço de Orientação Educacional da escola por ter duas reprovações sucessivas e estar começando um novo ano com notas muito baixas, sem perspectivas de melhora.

Terapeuta: Você gosta de ler?

Patrícia: Olha, eu não leio. Às vezes, quero ler, mas não tenho “saco” para ler. [...]

Terapeuta: Como anda o ambiente do colégio?

Patrícia: Tenho raiva de dois professores e de alguns colegas. [...]

Terapeuta: E o que você acha?

Pai: Quando se pergunta de estudo, ela diz que está tudo bem. Na primeira reprovação, eu fiquei aborrecido com o colégio, porque nós [pai e mãe] tínhamos sido alunos desse colégio. Ela me parecia alheia à reprovação; era como se tivesse passado de ano. Eu acho que, ano passado, dei pouca assistência a eles porque estive envolvido em aperfeiçoamento profissional. Os dois perderam o ano. Eu não gostei foi de ela mentir pra gente, dizer que ia ao cinema e ir pra danceteria. A coordenadora do colégio reclamou que ela não aceita autoridade.

Mãe: Nós deixamos ela ir à danceteria, mas tem que dizer com quem vai e os horários. Acho que no estudo, ele [o pai] tem razão.

Patrícia: Ele [pai] quer que a gente seja no estudo o que ele foi.

Pai: Eu era levado, mas estudava. Hoje sou arquiteto.

Mãe: Eu estudei no colégio x. Trabalho em meio expediente, e me sentia um pouco culpada. Sempre foram [Patrícia e o irmão] independentes. Não queriam a minha participação. Não tive mãe. Não precisei de professores particulares.

Patrícia: Vocês sabem que eu odeio os professores de Geografia e de História. Eu posso estudar sozinha, antes foi “bobeira”, por isso fiquei reprovada. [...]

Terapeuta: Patrícia, o que você propõe para este semestre como experiência de estudo?

Patrícia: Eu quero que eles me deem o direito de fazer o meu horário de estudo. Não quero que fiquem no meu pé, “enchendo o saco”. Só quero poder resolver o meu domingo, e não estar todo domingo na casa da vovó!

Terapeuta: Como vocês veem a proposta da Patrícia?

Pai: Acho que a gente andou conduzindo mal esse problema de estudo e saídas lá em casa.

Patrícia: Vocês podiam só falar depois das minhas notas nos dois próximos bimestres. Me deixa...

A partir desse ponto, discutiram-se o nível de competência dos pais em determinar limites sociais gerais, a margem de liberdade de ação de Patrícia, os horários compatíveis com sua idade, as culpas viven-

ciadas pelos pais, suas expectativas de produção escolar dos filhos e de futuro profissional, a forma de fazer as cobranças e as dificuldades específicas da mãe.

Patrícia analisou com bastante seriedade seu pouco investimento anterior na aprendizagem escolar, seu desejo atual de assumir um novo compromisso com a escola, suas reações agressivas com relação aos pais por meio da escola, seu desejo de dispor de tempo para definir melhor suas responsabilidades nas diferentes situações de vida.

Encerrou-se o diagnóstico assim, combinando-se um novo encontro para o fim do semestre escolar. Constatou-se, nesse segundo momento, que o desempenho escolar de Patrícia fora médio em relação à turma, satisfazendo suas próprias expectativas e as de seus pais.

Esse é um caso típico de adolescente *sem problema de aprendizagem*, mas com *fracasso escolar* que era motivo de preocupação. O fato de não querer aprender e produzir prendia-se a uma reação à família e também à autoridade escolar. Patrícia expressava conflitos típicos do adolescente na busca de autonomia, mas com medo da independência: “Me olha”, “Me deixa”. Se isso não é compreendido pela família e pela escola, corre-se o risco de um agravamento da situação, acarretando mais reprovações com deterioração do vínculo com a aprendizagem escolar e diminuição da autoconfiança, da capacidade de aquisição do conhecimento. A intervenção psicopedagógica evitou que a situação se agravasse.

Primeira entrevista diretamente com o paciente

A possibilidade de a *primeira entrevista ser diretamente com o paciente* ocorre quando ele é um adolescente ou um adulto e agenda a própria entrevista ou expressa o desejo de manter só um primeiro contato.¹⁶ Nessa situação eles mesmos apresentam a *queixa*¹⁷ e as suas hipóteses sobre o que está ocorrendo. É raro a primeira entrevista ser com a criança, sem antes haver uma sessão com os pais ou uma EFES.

Considero que, no primeiro encontro a sós entre terapeuta e paciente, o “terceiro excluído” com grande carga persecutória é a escola. Levar conteúdos escolares para a primeira sessão com o paciente pode ser pura e simplesmente a reafirmação do que já se sabe: algo vai mal em sala de aula. Diante de atividades de cunho mais pedagógico, pode haver um grande aumento de ansiedade no paciente, o que impedirá seu bom desempenho.

16 Capítulo 3, p.45.

17 Capítulo 4, p.48.

Procuo partir de uma conversa informal sobre interesses dominantes, atividades, autovisão, consciência ou não de uma problemática, expectativa sobre o diagnóstico. Procuo explicar, dentro do nível de compreensão do paciente, o que acontecerá nas diferentes sessões, qual é o objetivo, e a importância de sua colaboração no processo.

18 Winnicott, 1975. No primeiro contato com crianças, Winnicott nos mostra que o essencial é o uso da brincadeira, do jogo, para criar uma relação amigável, um “espaço de confiança”.¹⁸ Com frequência, ele usava um jogo em que traçava rabiscos no papel e a seguir pedia que a criança os completasse, invertendo em seguida as posições. Chama também a atenção para a situação em que o paciente não consegue brincar, caso em que há necessidade de esse sintoma ser removido antes de qualquer outra intervenção.

19 Capítulo 7, p.75. Criada a relação de confiança, a criança pode com mais facilidade se engajar e, assim, colaborar nos momentos de testagem ou de avaliação de aspectos pedagógicos. Desenvolveremos o tema em seus aspectos fundamentais no capítulo 7.¹⁹

20 Capítulo 9, p.105. Com adolescentes, após a conversa inicial, quando eles não se dispõem espontaneamente a continuar a conversa, lanço alguns desafios que se organizam à semelhança de provas piagetianas para o pensamento formal.²⁰ Proponho também jogos de estratégia envolvendo antecipações, como Lig-4, Einstein, Contra-ataque, Damas etc.

21 Capítulo 8, p.98–99. Se o paciente é colaborador e rápido nas atividades, deixo em aberto a possibilidade de ler ou escrever alguma coisa,²¹ desde que a situação não seja forçada.

22 Capítulo 8, p.101. As atividades de cálculo correm por conta da contagem de pontos dos jogos, que possibilitam diferentes tipos de contas e situações problemáticas. Nunca proponho problemas matemáticos formalizados (escolares) nesse primeiro encontro.²² Penso que na primeira sessão deve-se evitar transformar as propostas em tarefas escolares, uma vez que o que levou o paciente a nos procurar foi um tipo de dificuldade escolar; portanto, é coerente que ele, no primeiro dia, não queira mostrar seu “ponto fraco”. É necessário poder distinguir a ansiedade causada pela situação específica de diagnóstico daquela que ocorre normalmente com o paciente, quando ele se vê diante de objetivos de aprendizagem escolar. Pode-se chegar ao verdadeiro nível pedagógico ao longo de várias sessões: algumas transcorrem de forma lúdica e outras são formalizadas com propostas e questões com objetivos específicos. O ritmo de alternância dessas duas situações dependerá de cada paciente.

Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem (EOCA)

Outra forma de primeira sessão diagnóstica é proposta por Jorge Visca, por meio da *Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem* (EOCA), ao dizer:

Em todo momento, a intenção é permitir ao sujeito construir a entrevista de maneira espontânea, porém dirigida de forma experimental. Interessa observar seus conhecimentos, atitudes, destrezas, mecanismos de defesa, ansiedades, áreas de expressão da conduta, níveis de operatividade, mobilidade horizontal e vertical etc.²³

23 Visca, 1987, p.72.

As propostas a serem feitas na EOCA, assim como o material a ser usado, vão variar de acordo com a idade e a escolaridade do paciente. O material comumente usado para crianças é composto de folhas brancas de papel tipo ofício, papel pautado, folhas coloridas, lápis preto novo sem ponta, apontador, borracha, régua, caneta esferográfica, tesoura, cola, pedaços de papel lustroso, livros e revistas.²⁴

24 Capítulo 7, p.79.

De um modo geral, usam-se propostas do tipo: “Gostaria que você me mostrasse o que sabe fazer, o que lhe ensinaram e o que você aprendeu”; “Esse material é para você usar como quiser”; “Você já me mostrou como lê e desenha, agora eu gostaria que você me mostrasse outra habilidade”.

Durante a realização dessa sessão, é necessário observar três aspectos:

- 1 *A temática*, que envolverá o significado do conteúdo das atividades em seu aspecto manifesto e latente.
- 2 *A dinâmica*, que é expressa por meio de postura corporal, gestos, tom de voz, modo de sentar, de manipular os objetos etc.
- 3 *O produto feito pelo paciente*, que será a escrita, o desenho, as contas, a leitura etc.,²⁵ permitindo uma primeira avaliação do nível pedagógico.²⁶

25 Capítulo 8, p.98-99.

26 Capítulo 8, p.95.

Com base nesses três aspectos, o autor propõe que se trace o *primeiro sistema de hipóteses* para continuação do diagnóstico.

Uma EOCA para adolescentes é aproximadamente a mesma situação já descrita, e pode-se, por exemplo, pedir-lhe que faça uma planta de casa, de bairro, de clube etc., em que se vejam não só a construção espacial de que é capaz, mas também as relações emocionais expressas dessa forma na temática escolar, na família e no lazer.

O exemplo que segue é o de uma EOCA realizada com Celso, 7 anos e 7 meses, que cursa o 3º ano. Ele foi encaminhado pela escola para fazer uma avaliação psicopedagógica. A *queixa*²⁷ era de que, na sala, só queria brincar, se distraía muito e não prestava atenção nas atividades programadas, e tinha um rendimento geral muito baixo.

Apresentação inicial:

Terapeuta: Sua mãe explicou a você por que veio aqui?

Celso: Não, não sei.

Terapeuta: O que você acha? Por que será que você está vindo aqui?

Celso: Você vai me ensinar alguma coisa. As coisas que a gente faz na escola.

Terapeuta: Nós vamos trabalhar juntos para você me mostrar *o que já sabe fazer, o que lhe agrada, o que aprendeu*.

Celso: Tá bem.

Terapeuta: Tudo que está sobre a mesa você pode usar, e fazer o que quiser.

(Além do material já descrito acima, estão à disposição de Celso um livro de histórias e um livro escolar em nível de segundo ano.)

Terapeuta: Você pode desenhar, recortar, ler, escrever e fazer contas.

(Celso olha para os livros.)

Celso: Eu quero fazer esse homem.

(Mostra um personagem do livro e coloca uma folha de papel branco liso por cima e começa a copiar. Não vê direito o desenho que está embaixo, por isso retira a folha e tenta desenhar apenas olhando. Como não sai o desenho que ele deseja, rabisca tudo. Volta ao livro e desenha outra coisa copiando por cima.)

Terapeuta: Você gosta de desenhar?

Celso: Muito. Este eu rabisquei porque senão ia demorar muito.

(Fecha o livro e diz que vai fazer outra coisa. Começa a desenhar em outra folha.)

Terapeuta: O que você desenhou?

Celso: Uma casa, a rua e um automóvel.

Terapeuta: Você sabe fazer muita coisa.

Celso: Sei. Me ensinam de tudo.

Terapeuta: O que você faz na escola?

Celso: Copio dever e brinco.

Terapeuta: O que você mais gosta de fazer?

Celso: Brincar.

Terapeuta: E na escola, o que você gosta mais?

Celso: Nada... cortar papel. Quero papel e cola para fazer um robô.

(Começa a mexer nos papéis procurando o que deseja.)

Terapeuta: O que você faz quando não vai à escola?

Celso: Fico estudando. Faço o dever de casa com a professora particular. Sei tocar flauta e jogar.

Terapeuta: O que você faz na escola?

Celso: Isto, olha. E fiz no ditado.

(Escreve as palavras “coelho”, “carneiro”, “abelha”, “vermelho” e “queijo” numa folha branca. Ditei outras palavras. Começa a copiar do livro algumas frases na mesma folha. Continua a procurar os papéis para o robô. Pega os tubos de plasticola e começa a contá-los: “1, 2, 3, 4, 5”.)

Celso: Vou botar um quadrado na cabeça. A tia me ensinou assim na escola.

(Acaba a colagem e coloca o seu nome no robô.)

Celso: Você sabe o telefone da minha casa? Eu sei. É 88889999 [número correto]. Eu sei de cabeça. Um dia falei pro meu pai. Quando eu era pequeno, trocava os números.

Terapeuta: O que mais você sabe?

Celso: Contas.

(Faz as contas $2+2$, $3+5$ e $8-1$, usando os dedos para contar.

Acrescentei outras contas de somar e subtrair, e ele errou, mesmo contando nos dedos.)

Terapeuta: Por que não põe o seu nome?

Celso: Tá bom.

(Pega o livro escolar e começa a ler uma história. Perguntado sobre o que lê, Celso não sabe responder a qualquer das questões. Pega uma folha de papel e começa a copiar do livro, letra por letra.)

Celso: Isso de copiar eu não sei.

Terapeuta: Bem, Celso, por hoje nós terminamos. Continuaremos a trabalhar na quarta-feira.

Seguem algumas observações feitas na EOCA para levantamento do primeiro sistema de hipóteses.

Nível pedagógico:

- 28 Capítulo 8, p.98. 1 Leitura silabada com retrocessos; não respeita a pontuação. Compreende somente as palavras; não percebe o significado do texto. Troca letras *m* por *n*, *a* por *o* e *e* por *a*.²⁸
- 29 Capítulo 8, p.99. 2 Na escrita, troca letras *v* por *b*, *q* por *c*. Não distingue a letra cursiva da letra de imprensa.²⁹
- 30 Capítulo 8, p.101. 3 Parece não ter construído a noção de número; não faz cálculo mental.³⁰

O nível pedagógico está bastante abaixo de sua escolaridade; sua produção corresponde ao nível de início do 2º ano.

Hipóteses:

- 1 Nível intelectual: normal.
- 2 Estágio de pensamento: talvez transição entre o pré-operatório e o operatório concreto, com oscilações.
- 3 Vínculo inadequado com a aprendizagem escolar.
- 4 Grande ansiedade com relação aos objetos escolares.
- 5 Dificuldade na coordenação visomotora.
- 6 Modalidade de aprendizagem: parece ter domínio da assimilação.
- 7 Dificuldade na organização de atividades; má distribuição do tempo.
- 8 Sentimento de menos-valia.
- 9 Baixo nível de atenção; dificuldade de concentração.

Hipóteses sobre causalidade histórica:

- 1 Etiologia emocional.
- 2 Possível problema orgânico com consequências sobre a motricidade.

Linhas de investigação:

- 31 Capítulo 9, p.105. É necessário realizar as seguintes provas:³¹
- 1 Diagnóstico operatório para verificar o nível de competência e influências emocionais nas suas manifestações.
 - 2 WISC – avaliar o nível de desempenho nas distintas funções; ver aspectos qualitativos (emocionais).
 - 3 Bender – coordenação visomotora, emprego do espaço e possíveis indicadores de organicidade; ver aspectos qualitativos (emocionais).
 - 4 Testes projetivos gráficos: HTP, família cinética e dupla educativa.

Motivo da Consulta

Sara Pain propõe uma primeira entrevista feita com os pais e estruturada em torno do *Motivo da Consulta*. Dela devem ser extraídos, basicamente, o significado do sintoma *na* família, o significado do sintoma *para* a família, as expectativas dos pais quanto à intervenção do psicólogo e a observação das modalidades comportamentais expressas pelo casal.

Diagnóstico Interdisciplinar Familiar de Aprendizagem em uma só Jornada (DIFAJ)

32 Fernández, 1990.

Já Alícia Fernández³² estrutura uma técnica diagnóstica a que denomina *Diagnóstico Interdisciplinar Familiar de Aprendizagem em uma só Jornada* (DIFAJ), em que a primeira sessão é feita com toda a família reunida, inclusive os irmãos. Voltaremos ao assunto no capítulo 13.³³

33 Capítulo 13, p.149.

Resumindo as opções de Primeira Sessão Diagnóstica:

34 Capítulo 6, p.65.

- 1 Entrevista de Anamnese.³⁴
- 2 Entrevista Familiar Exploratória Situacional (EFES).
- 3 Primeira entrevista só com o paciente.
- 4 Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem (EOCA).
- 5 Entrevista de motivo da consulta.³⁵
- 6 Entrevista familiar DIFAJ.

35 Pain.

Qualquer que seja a forma da primeira entrevista, é importante extrair dela contribuições para o conhecimento e a compreensão do paciente nas áreas cognitiva, afetivo-social e pedagógica e a possibilidade de contextualização do quadro geral.

A partir dessa *primeira sessão* expomos hipóteses que poderão ser confirmadas ou não no decorrer do diagnóstico. Essas primeiras hipóteses nortearão a sequência diagnóstica³⁶ e os instrumentos a serem usados.

36 Capítulo 2, p.39.

Sintetizando o diagnóstico:

Queixa.
Hipótese.
EFES.
Hipóteses.
Anamnese.



O professor está
ensinando a
fazer conta de meses
e seu aluno está
aprendendo.

6 Anamnese

Temas abordados:

Objetivo da anamnese.
Com quem fazer.
Relação terapeuta-pais.
Clima da sessão.
Importância da vida pré-natal.
Primeiras aprendizagens.
Evolução geral.
História clínica.
Família nuclear.
Família ampliada.
História escolar.

Considero a entrevista de anamnese um dos pontos cruciais de um bom diagnóstico. É ela que possibilita a integração das dimensões de passado, presente e futuro do paciente, permitindo perceber a construção ou não de sua própria continuidade e das diferentes gerações, ou seja, é uma *anamnese da família*. A visão familiar da história de vida do paciente traz em seu bojo seus preconceitos, normas, expectativas, a circulação dos afetos e do conhecimento, além do peso das gerações anteriores que é depositado sobre o paciente.

Com essa entrevista, tem-se por objetivo colher dados significativos sobre a história de vida do paciente. Da análise do seu conteúdo, obtemos dados para o levantamento de hipóteses sobre a possível etiologia do caso, por isso é necessário que seja bem conduzida e registrada.

O momento do diagnóstico em que deve ser feita a anamnese já foi visto. Outro aspecto a avaliar é como e com quem fazer essas entrevistas. Comumente chamo os pais para juntos refletirmos sobre alguns pontos. Há casos em que converso com avós, tios ou irmãos mais velhos que sabem algo sobre a vida dessa família e têm observações pessoais sobre ela.

No caso de pais separados, deixo a critério deles virem juntos ou separados, ou com seus novos companheiros. Nesse caso, é importante não fazer aliança com nenhum deles, nem tornar o ausente um “bode expiatório” da situação. É preciso que todos tenham a liberdade de expor seus pensamentos e sentimentos sobre o paciente para que se possa compreender os pontos nevrálgicos ligados à aprendizagem.

O caso de Hugo (9 anos, 3º ano), encaminhado pela escola por falta total de produção escolar e desorganização geral, exemplifica bem a situação. Na entrevista de anamnese com o pai, foi revelado que, após a separação, no seu primeiro ano de vida, Hugo vivera durante três anos só com a mãe, mudando sempre de residência, sem quase ver o pai. Posteriormente, começou a visitar o pai e sua companheira. Nesse momento, já estava parcialmente abandonado pela mãe, sem pouso certo, ficando até na casa de vizinhos por dias seguidos. Hugo apresentava grande desorganização de vida, dava a impressão de estar “perdido no tempo e no espaço”. Conversando isoladamente com a companheira de seu pai, ela me revelou o aban-

dono em que se encontrava Hugo. Quando lhe perguntei por que não o ajudava, disse: “Não quero interferir na educação dele. Gosto muito dele, mas não sou sua mãe. Acho que as coisas vão mal: ele está sem referências e sem limites.” Seu medo de amar o filho da outra mulher a impedia de agir. Após duas sessões, uma sozinha e outra junto com o pai, ela decidiu assumir o afeto pelo menino, que achava encantador e carinhoso. Começou a cuidar de sua vida escolar e a auxiliá-lo nas tarefas. Com isso, aos poucos, ele pôde “ressignificar” a vida escolar e começar a produzir. Após a anamnese, fiz várias sessões diagnósticas com Hugo, e, ao fim, ele iniciou atendimento psicopedagógico.

Em alguns casos, não é suficiente uma sessão para anamnese; há necessidade de continuar. O que leva a isso não é a quantidade de informações, mas a qualidade, como são faladas as coisas, a dinâmica revelada na família, o modo de tratar o paciente. *Esse prolongamento, na prática, se caracteriza como uma intervenção.* Como exemplos, cito:

1 Capítulo 8, p.96.

2 Capítulo 8, p.99.

Carla, 5 anos, em classe de Educação Infantil II, em que se iniciava a alfabetização,¹ recusava-se a executar qualquer tarefa ligada a aprender a ler e escrever,² além de ter um relacionamento agressivo com os colegas. Na primeira sessão, a mãe relatou que colocava fraldas nela para uma possível enurese noturna (que não acontecia), limpava-a quando ia ao banheiro e eventualmente lhe dava comida na boca. Continuamos numa segunda sessão a discutir essa conduta materna, assistida passivamente pelo pai, comparando-a com procedimentos que tiveram com o filho mais velho (8 anos e 2 meses) e os efeitos na conduta, em geral, e na escolar, em particular. Entre uma e outra, ficou combinado que mudariam esse procedimento com ela, que era o agravante no conflito de Carla entre aprender/crescer e não crescer/não aprender. A atitude ambivalente dos pais, exigindo produção escolar em certo momento e estimulando condutas regredidas em outro, ficou esclarecida como um procedimento que assumiam ao longo da história de vida de Carla e que não ocorrera com o irmão, que caminhava bem-sucedido em classe de 3º ano.

3 Capítulo 4, p.48.

Cristina (8 anos e 3 meses, 3º ano) chegou ao consultório com a *queixa*³ de dificuldade generalizada na aprendizagem, conduta regredida e “aérea” na sala de aula. Ficou evidente a postura do pai de que ela, a mais nova de três irmãos, deveria ser esperta, muito letrada ou autônoma. Aos meninos, sim, “ensino a serem safos, a se virar; precisam vencer na vida”. O papel da passividade feminina, de uma futura “rainha do lar”, foi colocado aos poucos, ao longo de várias sessões, por esse pai, que se dizia orgulhoso do sucesso

intelectual da esposa médica, mas que era “um virador, muito bem-sucedido na área do comércio sem ter chegado à universidade”. Novamente conflitos dos pais construíam conflitos na postura da filha ante a aprendizagem escolar.

Como ficou evidente nos dois exemplos, toda a anamnese já é, em si, *uma intervenção na dinâmica familiar em relação à “aprendizagem de vida”*. No mínimo se processa uma reflexão dos pais, um mergulho no passado, buscando o início da vida do paciente, o que inclui espontaneamente uma volta à própria vida da família como um todo.

Não me parece proveitoso transformar a anamnese num simples “questionário” de dados sequenciais do desenvolvimento numa possível comparação com alguma escala, embora o conhecimento do desenvolvimento normal do ser humano em suas diferentes áreas seja importante como referencial. Paralelamente à sequência do “quando”, existe um aprofundamento essencial do “como”. É preciso não perder de vista a continuidade da construção da personalidade do paciente. Ao mesmo tempo, vai se alargando a compreensão dos momentos fundamentais dessa história de vida.

Tais condições não significam que a entrevista seja obrigatoriamente livre. Há casos em que, pelas características do casal e do paciente, deixo que aconteça apenas a fala espontânea. No entanto, os objetivos da entrevista devem estar bem definidos, e recorro a perguntas sempre que necessário. O mais comum é a entrevista ter um caráter semidiretivo.

A história do paciente tem início no momento da concepção. Os estudos de Verny⁴ sobre a Psicologia pré-natal e perinatal vêm reforçar a importância desses momentos na vida do indivíduo e, de algum modo, nos aspectos inconscientes da aprendizagem. Relembro o caso de João (10 anos, 3º ano), que procurou o atendimento psicopedagógico porque tinha dificuldade em lembrar o nome dos objetos (disnomia) de que necessitava para escrever, o que lhe causava grave problema nas aulas de Português.

Na anamnese, a mãe relatou que ele nasceu quando ela era estudante universitária do curso de Letras (Português-Literatura), e que, quando ele era recém-nascido, ocorreu-lhe que talvez um dia ele tivesse problemas de aprendizagem. Essa mãe teve outros filhos, jamais terminou seu curso universitário – fato pelo qual se lamenta constantemente – e culpa João por isso. É necessário retirar essa “acusação” dos ombros de João para que ele possa ficar livre para aprender.

4 Verny, 1989.

É muito produtivo que os pais, ao fazerem o relato de aquisições, progressos e atrasos do paciente, estabeleçam comparações com os irmãos no sentido de ficar claro o que acontecia com ele, como estavam os irmãos nesse momento, como estava a família – material e emocionalmente –, ou seja, o que de fato acontecia.

Relembro a mãe de Márcio (12 anos e 5 meses, 6º ano) relatando que, quando ele nasceu, ela acabara de perder a própria mãe, e que o pai passara por grave problema de doença com a filha mais velha, do primeiro casamento. Disse-me que os dois praticamente não conseguiram “olhar” para esse bebê no seu primeiro ano de vida. Márcio acumulava uma história de fracasso escolar, apesar de revelar no diagnóstico um nível intelectual superior à média. Revelou em toda a testagem projetiva⁵ (grafismo, TAT, teste desiderativo) o desejo de aparecer, de ser o “menino de ouro”, de ser olhado.

5 Capítulo 9, p.119.

Relato alguns exemplos do diagnóstico de Márcio:

6 Capítulo 8, p.99.

1 Trecho da redação em que se avaliava o nível de escrita:⁶

Era uma vez um menino que era órfão e um dia ele estava passeando quando uma velha perguntou a ele:

– Você quer ser um menino de ouro?

– Quero sim.

– Então espere um pouquinho.

De repente, olha que aquela velha é um monstro de outro planeta e sai correndo e de repente ele vira um menino de ouro de barra maciça.

Até que um dia aparece um rei muito feio e medonho e fala para o menino de ouro:

– Como você veio para aqui justo no lugar onde ficava o monstro?

2 Foram respostas dadas no Questionário Desiderativo (“Se você se transformasse em..., o que gostaria de ser?”):

Animal: borboleta (“todos olham, ninguém mata”).

Planta: rosa (“todos olham e tem espinho para se defender”).

Objeto: anjinho de bronze (“todos gostam do anjo da paz”).

3 Trecho de uma história construída com base em uma das pranchas do CAT:⁷

Era uma vez um tigre neném. / Até que um dia o navio jogou no mar um barril cheio de um conteúdo que crescia as pessoas. / E o barril chegou numa ilha no dia seguinte. / O tigre bebeu a coisa do barril. / Todo mundo estava procurando o pobre tigrinho. / Quando um macaco viu o tigre imenso / e saiu correndo para avisar toda floresta pra olhar.

Pode-se perceber sempre na temática de Márcio a transformação para ser mais bem apreciado, ser olhado, adquirir um poder. Tais aspectos encontram sua explicação em sua história de vida, reveladora de grande carência de afeto e de atenção nos primeiros anos. Seu fracasso escolar era um sintoma dessas relações familiares em que não se trocava conhecimento, não se olhava para conhecer o outro. Diante dessa situação, Márcio não podia “olhar o conhecimento”.

Nos exemplos citados, fica evidente a necessidade de localizar o modo como eram feitas as coisas para o paciente, como era o ambiente, se era “suficientemente bom”, no conceito de Winnicott:

A dinâmica é o processo de crescimento, sendo este herdado por cada indivíduo. Toma-se como certo, aqui, o meio ambiente facilitante e suficientemente bom que, no início do crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo, constitui um *sine qua non*. Há genes que determinam padrões, e uma tendência herdada a crescer e a alcançar a maturidade; entretanto, nada se realiza no crescimento emocional sem que esteja em conjunção com a provisão ambiental que deve ser suficientemente boa.⁸

8 Winnicott, 1978, p.188.

É fundamental situar mudanças (de casa, de empregadas, de creches, de escolas), mortes, separações e outras alterações na estrutura familiar. A entrevista deve transcorrer de forma que o relato espontâneo dos pais já seja em si um dado: o que recordaram para falar, qual a sequência e a importância que dão aos diferentes fatos, o que omitem, quais fatos são esquecidos etc. As perguntas do terapeuta devem ser feitas no sentido de complementação ou aprofundamento. Às vezes, insisto no recorte de uma determinada situação de modo que, pondo nela o foco, os pais possam começar a sentir e repensar aquele momento ou sua própria postura diante da mesma situação. Por essa razão, escuto às vezes falas como: “Estou achando que tanta

mudança de escola atrapalhou a vida dela”, “Parece que quem precisa de psicóloga sou eu, e não ele”, “Por essa conversa, acho que nós levamos mal a nossa separação, e ela ficou ‘grilada’ na escola”.

Somente um ambiente afetivo, informal, possibilita aos pais a diminuição das defesas, a perda de medos e o crescimento da espontaneidade. O terapeuta precisa constantemente se autorrever em seus mecanismos de *contratransferência* que podem, de algum modo, interferir no clima e na relação com os pais, prejudicando a anamnese.

Na anamnese são estudados levantamentos paralelos, como:

A história das primeiras aprendizagens realizadas com a mãe ou sua substituta e todos os momentos importantes de aprendizagens não escolares ou informais, a exemplo de: como aprendeu a usar a mamadeira, a colher, a canequinha; a armar um joguinho; a andar de velocípede etc.

Deve-se investigar em que medida a família possibilita o desenvolvimento cognitivo da criança – facilitando a construção de esquemas e deixando desenvolver o equilíbrio entre assimilação e acomodação – e qual carga afetiva coloca nesses processos. Assim, no início da vida é que se expandem as modalidades assimilativa e acomodativa – a primeira, por exemplo, no manejo da colher e outros objetos já mencionados, e, a última, a exigência social exercida pelo controle dos esfínteres. Muitos problemas de aprendizagem se iniciam pela maneira como se exige a inibição precoce, impedindo que a necessidade se instale normalmente e que haja cognitivamente um rápido reconhecimento do sinal. O assunto será mais desenvolvido no item Diagnóstico Operatório.⁹

9 Capítulo 9, p.106.

Evolução geral: Como se processou o seu desenvolvimento, os controles, a aquisição de hábitos, a interiorização de normas, a aquisição da fala, a alimentação, o sono, a sexualidade etc. É preciso verificar se os padrões de desenvolvimento estavam numa faixa de normalidade, se houve defasagens significativas e se ocorreram problemas neurológicos ou acidentes nesse percurso. A evolução psicomotora, sendo um caso particular desse desenvolvimento geral, deve ser analisada também no aspecto qualitativo: o que acontecia quando começou a andar? Era inseguro? Mostrava-se corajoso ao subir uma escada? E ao explorar, engatinhando, um novo espaço? Era incentivado pelos pais e pelos irmãos nesse sentido? Como evoluiu a coordenação dos movimentos finos? E dos grandes músculos? E da postura?

A história do paciente começa no momento da concepção:

foi filho desejado? acidental e querido? acidental perturbador da vida do casal e indesejado?

Esse aspecto determina muitos outros pontos posteriores da vida do sujeito, pois define a situação afetiva dos pais em relação ao futuro filho. Os cuidados pré-natais que se seguem à instalação da gravidez, dando melhores ou piores condições orgânicas para o bebê, muitas vezes ficam ligados a essa aceitação ou rejeição da gravidez.

As *alterações perinatais* de diversos tipos podem causar problemas orgânicos ligados ao sofrimento fetal, tais como má oxigenação, lesões etc., que poderão atingir áreas importantes para a aprendizagem – como as perceptivas. Não aprofundaremos esses aspectos, por fugirem ao objetivo central do texto, mas consideramos fundamental, para a boa estruturação de um diagnóstico psicopedagógico, a constante atualização com relação ao tema.

Na população de baixa renda, as más condições de higiene, alimentação e saúde da mãe e da criança causam graves problemas orgânicos cujas consequências são, por vezes, de difícil superação. Além desse fato, é comum a criança ser criada por terceiros e a mãe não ter condições de levantar dados sobre seu desenvolvimento físico, intelectual e afetivo.

História clínica: Problemas, soluções e ambiente familiar quando o paciente tinha crises de bronquite, alergia, asma, ou ainda as viroses próprias da infância; o quadro geral das operações cirúrgicas feitas, internações, doenças diversas e suas consequências; tratamentos realizados (fonoaudiológico, psicológico); como agiram os profissionais com o paciente e a família; os diferentes laudos.

É importante pesquisar traumatismos, doenças e deficiências ligadas à atividade nervosa superior; verificar se há consciência da família em relação à existência ou não de sequelas. É preciso que se tenha acesso ao parecer do neurologista, caso haja um. Outro aspecto básico refere-se às condições dos órgãos cujo mau funcionamento pode prejudicar a aprendizagem, como a existência de problemas visuais e auditivos.

É igualmente importante traçar uma linha dos problemas que podem ter um enfoque psicossomático para verificar o seu possível deslocamento e a eventual relação com uma situação de não aprendizagem.

História da família nuclear: Fatos marcantes dos pais e irmãos antes, durante e depois da entrada do paciente na família; as famílias prove-

nientes dos novos casamentos dos pais. É importante contextualizar essa história dentro de uma perspectiva socioeconômica e cultural; se houve mudança e crescimento e como transcorrem as relações afetivas nessas diferentes etapas. É comum as crianças de classe média terem muita estimulação, não só com brinquedos pedagógicos, jogos, revistas, livros e sofisticados brinquedos eletrônicos que estimulam raciocínio, antecipação, atenção, memória etc., como também participarem de atividades particulares de música, dança, ginástica, esportes etc., que possibilitam um prazeroso conhecimento e uso do próprio corpo. Por outro lado, a criança pobre tem uma estimulação restrita à escola, ao rádio e à televisão, o que cria grande defasagem nos conhecimentos solicitados na educação sistemática ou formal, bloqueando as suas possibilidades de crescimento na aprendizagem quando a escola não sabe lidar com essa defasagem.

Considero fundamental que se investiguem as situações negativas vividas pela criança por meio de alterações familiares (nascimento de irmãos, mudanças, mortes, desemprego, separações etc.). Segundo Sara Pain, as alterações familiares não causam necessariamente problemas de aprendizagem.¹⁰ O importante é verificar se as duas condições ocorreram:

10 Pain, 1985.

1 Se houve para a criança oportunidade de elaborar a perda, integrando passado e presente, participando da mudança ocorrida. Por exemplo, ao mudar de residência de uma cidade para outra, a criança perde um espaço conhecido, o convívio próximo com amigos e parentes, a escola e outros referenciais, mas pode ser ajudada a adquirir novos amigos e ser estimulada a conhecer coisas novas.

2 Se a perda ocorrida não estaria ligada a um castigo prometido e eventualmente acontecido. Verificar se o fato ocorrido esteve relacionado com desejos do paciente, sua vontade de conhecer ou seja, sua curiosidade sobre os fatos. Nesse caso, o importante é que não tenha sido bloqueado o “desejo de saber” e o “desejo de conhecer”.

Esses quatro itens são profundamente interligados, tendo sido apresentados em separado apenas para facilitar a descrição de pontos importantes para reflexão.

A história da família ampliada: Ver as famílias materna e paterna em suas influências passadas e presentes sobre os pais e o paciente. É importante localizar interferências e ligações com as diferentes pessoas das duas famílias, bem como os quadros patológicos existentes nelas.

“Ele é igual a mim,
e eu não precisei de
nada disso; antigamente
era diferente...”

Pai

História escolar: Nas instituições como creches, pré-escolas, escolas regulares, cursos de inglês, aulas de balé e diversas escolinhas de clubes (natação, tênis, futebol). Ver como se deu a entrada e os aspectos positivos e negativos de sua passagem pelas instituições.

É fundamental a compreensão da evolução escolar nos aspectos do paciente e da família. Dessa forma, a razão da escolha de determinada escola e as características desta (bilingue, religiosa, “alternativa”, “especial”) vão ter uma relação com a representação que a família tem de escola. No caso de escolas especiais, é preciso clarificar se existe necessidade real desse tipo de escola ou se a escolha representa um desejo dos pais de que se cristalize uma “doença” no filho.

Outro aspecto a considerar é o da entrada precoce ou tardia na escola, e a troca constante de escolas sem causa evidente. Deve-se investigar amplamente o significado dessas atitudes e sua repercussão no processo de aprendizagem.

Também interessa avaliar como se processou a *alfabetização*, qual a metodologia, a exigência da escola, a exigência dos pais nesse momento, qual foi a reação do paciente.¹¹ Já diagnostiquei crianças que trocaram três vezes de escola durante a classe de alfabetização e passaram a carregar graves deficiências na leitura e na escrita.¹² Algumas vezes, esse fato estava ligado às dificuldades principalmente da mãe de lidar com as exigências escolares ou à sua impossibilidade de definir uma escolha, que varia ao sabor das influências de amigos. Antes de patologizar, é necessário conhecer a verdadeira história escolar, discriminar o que é falha de ensino e falta de oportunidade escolar das dificuldades reais do processo de aprendizagem.¹³ Em outros termos: tentar distinguir efeitos patologizantes da escola de problemática nascida da dinâmica familiar.

Em algumas situações de anamnese, peço para ver os chamados álbuns de bebê (anotações sequenciais do desenvolvimento), álbuns de retratos, relatórios de creche e pré-escola. Várias vezes encontrei contradições entre a fala dos pais e o que verificava nos retratos e relatórios. É interessante assinalar que, embora nos casos de pacientes provenientes da população de baixa renda esse material praticamente inexista, por motivos econômicos, em famílias de melhor nível social e econômico por vezes também inexistente esse registro, fato que deverá ser apurado em maior profundidade.

Há necessidade de registrar os dados essenciais da anamnese, algumas falas dos pais, sua postura e a dinâmica da sessão. Para isso, o terapeuta pode contar com gravações, desde que autorizadas pelos pais ou

11 Capítulo 8, p.96.

12 Capítulo 8, p.98-99.

13 Capítulo 1, p.19.

com o registro por meio de suas próprias anotações. No trabalho em equipe, pode haver um observador que ficará encarregado desse registro. A reflexão sobre os dados colhidos nas entrevistas de anamnese possibilitará contextualizar o paciente no ambiente familiar e escolar e traçar as hipóteses que ligam fatos. No caso de Mário, diagnosticado aos 10 anos, no 4º ano, existia dificuldade de leitura e escrita, vinculação inadequada com objetos da aprendizagem escolar, condutas regredidas. Encontrei na faixa dos 6–7 anos:

História familiar: Mudança de cidade, mudança de casa, nascimento da irmã, problemas emocionais maternos.

História escolar: Alfabetização em 3 escolas diferentes (3 métodos).

História clínica: Crises de bronquite asmática.

A entrevista de anamnese pode remeter o terapeuta a outros profissionais que já atuaram ou atuam com o paciente. É importante a possível comparação entre o que é dito pelos pais e demais profissionais: psicólogo, psicanalista, fonoaudiólogo, professor particular, neurologista ou pediatra e o momento presente do paciente. Quaisquer que sejam os participantes ou a dinâmica vivenciada, a anamnese constitui um momento de mobilização que, de algum modo, deve possibilitar à família continuar a busca da cura, movimento que se prolonga por todo o diagnóstico e fica mais reforçado na devolução.¹⁴

14 Capítulo 11, p.137.

Compreendida a vida do paciente e sua família, é importante integrar esses dados aos obtidos na *Entrevista Familiar Exploratória Situacional* (EFES)¹⁵ para continuarmos no processo de exposição de hipóteses e de definição de instrumentos.

15 Capítulo 5, p.53.

Sintetizando o diagnóstico:

Queixa.

Hipótese.

EFES.

Hipóteses.

Anamnese.

Hipóteses.

Novos instrumentos.

7 Uso do lúdico no diagnóstico psicopedagógico

Temas abordados:

Função do lúdico na aprendizagem e no diagnóstico.

Sessão Lúdica Centrada na Aprendizagem.

Enquadramento específico. Material.

Observação e avaliação das atividades.

Todo profissional que trabalha com crianças sente que é indispensável haver um espaço e tempo para a criança brincar e assim melhor se comunicar, se revelar: o médico que cria jogos com objetos do consultório, o vendedor que provoca uma brincadeira com o comprador-mirim, o professor que possibilita situações lúdicas em sala de aula etc. são exemplos claros dessa situação. No trabalho psicopedagógico, chega-se às mesmas conclusões, quer seja no diagnóstico, quer no tratamento. Empregamos a palavra *lúdico* ao longo do texto no sentido do processo de “jogar”, “brincar”, “representar” e “dramatizar” como condutas semelhantes na vida infantil.

A técnica do jogo em Psicanálise foi elaborada por Melanie Klein, Anna Freud, Margaret Lowenfeld e outros, que aprofundaram o simbolismo inconsciente do jogo. Por outro lado, Jean Piaget, em pesquisas sobre a construção do pensamento e da sociabilidade, mostra a elaboração do jogo nas diferentes idades, o que nos permite ter alguns parâmetros para a observação do jogo infantil. A visão de Winnicott, contudo, possibilita uma compreensão mais integradora do brincar da aprendizagem. Assim resume seu pensamento:

É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu [*self*].¹

1 Winnicott, 1975, p.80.

No brincar, a criança constrói um espaço de experimentação, de transição entre o mundo interno e o externo.

Essa área intermediária de experiência, incontestada quanto a pertencer à realidade interna ou externa (compartilhada), constitui a parte maior da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador.²

2 Winnicott, 1975, p.30.

Nesse espaço transicional – criança–outro, indivíduo–meio – dá-se a aprendizagem. Por essa razão, o processo lúdico é fundamental no trabalho psicopedagógico.

No diagnóstico, o uso de situações lúdicas é mais uma possibilidade de se compreender, basicamente, o funcionamento dos pro-

3 Capítulo 2, p.35.

4 Capítulo 7, p.75.

5 Ocampo, 1981, p.167.

6 Pain, 1986.

7 Capítulo 5, p.63.

8 Capítulo 9, p.105.

9 Capítulo 8, p.95.

cessos cognitivos e afetivosociais em suas interferências mútuas, no *Modelo de Aprendizagem do paciente*.³

A utilização do ludodiagnóstico⁴ já é fato comum na clínica infantil. María Luisa Siquier de Ocampo e colaboradores⁵ nos apresentam um modelo detalhado da “Hora do Jogo Diagnóstico”. Na área da Psicopedagogia aparecem situações lúdicas diferenciadas como a “Hora do Jogo Diagnóstico” de Sara Pain⁶ e o lúdico dentro da sessão de DIFAJ de Alicia Fernández.⁷ Nossa proposta não é apresentar apenas mais um modelo de sessão lúdica,¹ mas recortar também alguns aspectos desse tipo de trabalho ao longo do processo diagnóstico, de modo a auxiliar o terapeuta na construção de sua forma própria de agir.

Com crianças de até aproximadamente 7 anos, costumo conduzir todo o diagnóstico de forma lúdica. Às vezes, quando considero importante, faço intervenções para facilitar a comunicação, ressaltar um ponto básico ou aproveitar um momento que pode ser esclarecedor. Pode ocorrer também de incluir uma avaliação mais diretiva e formalizada em momentos em que isso me parece oportuno.

Com crianças até 10–11 anos utilizo o jogo de modo muito flexível. Proporciono espaços lúdicos nas diferentes sessões, alternando com situações formalizadas de testagem⁸ e de avaliação pedagógica.⁹ Essa alternância dependerá de cada caso em particular. É possível realizar também uma sessão inteiramente lúdica quando percebo que é o mais adequado naquele momento para o paciente.

Os adolescentes apreciam o uso de jogos de regras, em que possam brincar e, ao mesmo tempo, “medir forças” com o terapeuta. Seleciono jogos que exijam bastante raciocínio, atenção, antecipação de situações e diferentes estratégias, usando-os no início ou na parte final da sessão. Com facilidade eles revelam aspectos que não aparecem nas situações mais formais do diagnóstico não só na área cognitiva, como na afetivo-social. Sílvio (12 anos, 7º ano) me pedia durante o diagnóstico: “Vamos bater um joguinho? Quero o Contra-ataque. Hoje vou ganhar de você.” Ficava profundamente irritado quando perdia, desistindo de jogar, revelando assim sua baixa resistência à frustração. O mesmo ocorria na escola, onde qualquer nota baixa o desestimulava, fazendo com que não estudasse mais. Já Miguel entregava sempre o jogo permitindo que eu ganhasse sistematicamente, brincava com ele fazendo-o pensar por que “entregava o jogo no primeiro tempo e se isso não era o que ele fazia na sala de aula”.

Ao se abrir um espaço de brincar durante o diagnóstico, já se está possibilitando um movimento na direção da saúde, da cura, pois brincar é “universal e saudável”. *Rompe-se assim a fronteira entre o diagnóstico e o tratamento*, já que o próprio diagnóstico passa a ter um caráter terapêutico, o que encontra apoio nas palavras de Winnicott: “A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas.”

A sessão lúdica diagnóstica distingue-se da terapêutica porque nesta o processo de brincar ocorre espontaneamente, enquanto na diagnóstica há limites mais definidos. Nesta última podem ser feitas intervenções provocadoras e limitadoras para se observar a reação da criança: se aceita ou não as propostas, se revela como quer ou pode brincar naquela situação, como resiste às frustrações, como elabora desafios e mudanças propostos na situação etc.

Sessão Lúdica Centrada na Aprendizagem

10 Weiss, 1987.

Imaginei o uso da *Sessão Lúdica Centrada na Aprendizagem*¹⁰ após ter experimentado durante vários anos, de forma sistemática, os instrumentos como a Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem (EOCA),¹¹ proposta por Jorge Visca, e a Hora do Jogo em diagnóstico, proposta de diferentes modos por vários autores.

11 Capítulo 5, p.59.

Senti que para algumas crianças a EOCA ficava excessivamente formal, tocando de saída em seu “ponto fraco” escolar: leitura, escrita ou cálculo por meio de propostas dirigidas sequencialmente pelo terapeuta. Nesses casos, observei que o produto inicial era de pior qualidade do que o apresentado no final do diagnóstico, quando eu repetia algumas das atividades feitas na EOCA. Ficou claro que no fim já havia a diminuição da ansiedade inicial e a construção de uma melhor relação comigo. Fiz algumas modificações na forma de apresentar a EOCA¹² dando um “ar lúdico”, de acordo com minhas características pessoais, e concluí que a produção do paciente era melhor, sentindo-se ele mais à vontade, até para recusar mostrar o que sabia.

12 Capítulo 5, p.59.

“Puxa, minha mãe disse que você ia querer saber de escola e você tá brincando, tá bom...”

Paciente

Experimentando a *Hora do Jogo Diagnóstico*, de diferentes formas, com facilidade eu obtinha dados sobre aspectos afetivos gerais da aprendizagem, dados esses em relação à exploração e à estruturação do novo, às possibilidades de “entrar, fixar, relacionar e sair” do conhecimento, às operações de “juntar e separar”, além de relações com a evolução da psicosexualidade da criança.

Nesse instrumento, quase não havia espaço para condutas relacionadas à aprendizagem escolar formal reveladoras do nível pedagógico da criança. Tal fato passou a exigir uma avaliação pedagógica¹³ mais formalizada em momentos posteriores, o que me levou a fazer críticas semelhantes às feitas à EOCA.¹⁴

13 Capítulo 8, p.95.

14 Capítulo 5, p.59.

Tentei integrar as estruturas dos dois instrumentos, colocando nas sessões o material proposto na EOCA e, ao mesmo tempo, objetos da Hora do Jogo, que sugeriam um brincar mais espontâneo. Acrescentei também jogos formais, como Dominó, Memória, Contra-ataque, Lig-4, Lego etc. Observei que as crianças ficavam mais espontâneas e se revelavam com mais facilidade. Pude perceber a total rejeição aos objetos de aprendizagem escolar, o uso inadequado desses materiais ou procura espontânea e prazerosa de livros e tentativas de escrita, sem que eu propusesse nada.¹⁵

15 Capítulo 8, p.98-99.

Com base nessas experiências, passei a adotar sistematicamente o uso dessa nova forma de sessão, obtendo sempre resultado satisfatório. Consegui diminuir o tempo usado no diagnóstico e o número de instrumentos. Paralelamente, obtinha dados já mais globalizados que permitiam a compreensão mais rápida do sujeito e o levantamento de hipóteses para prosseguir com o diagnóstico.

Os diferentes aspectos da *Sessão Lúdica Centrada na Aprendizagem*¹⁶ estão analisados nos itens a seguir e sintetizados nos exemplos posteriores. As observações sobre Enquadramento Específico, Material, Observação e Avaliação de Atividades Lúdicas são retiradas de estudos sobre Hora do Jogo, selecionados de acordo com a minha experiência, podendo ser usadas em qualquer sessão na qual se use o lúdico ou as atividades livres de qualquer tipo.

16 Weiss, 1987.

Enquadramento específico

Os aspectos gerais do *enquadramento diagnóstico* já foram vistos anteriormente.¹⁷ É preciso detalhar especificamente para a situação lúdica os seguintes aspectos:

17 Capítulo 2, p.31.

- 1 Uso da sala (que assume um caráter mais livre nesse caso).¹⁸
- 2 Uso do tempo (no caso de uma só sessão ou de parte de uma sessão).
- 3 Uso do material disponível.
- 4 Limites gerais de segurança pessoal, de conservação do material e da sala.
- 5 Papel do terapeuta: sua participação direta ou não nas diferentes situações (observar, compreender, cooperar, registrar etc.).

18 Capítulo 14, p.154.

A *seleção do material* a ser utilizado em atividades lúdicas dependerá do objetivo específico da sessão, do tempo disponível e da idade da criança. Essas são algumas sugestões de material para seleção de acordo com as características da sessão:

- 1 Folhas de papel (pautadas, lisas, brancas e coloridas), lápis, apontador, régua, lápis de cor, canetinhas hidrocor, cola, tesoura, revestinhas e livros (material descrito para EOCA).¹⁹
- 2 Material para carpintaria e construções: madeiras, pregos, tachinhas, arames e ferramentas etc.
- 3 Material de sucata (embalagens vazias, caixinhas, carretéis, ro-lhas, retalhos e fios etc.)
- 4 Blocos de madeira ou plástico e pinos de encaixe.
- 5 Tintas diversas, massa plástica e cola plástica colorida.
- 6 Fantoques, miniaturas, animais, flores, bonecos, pires e xícaras.
- 7 Jogos comerciais estruturados.

19 Capítulo 5, p.59.

O material deve atrair pelo seu possível uso (colorir, escrever, modelar, construir, pregar, colar, prender, juntar, cortar etc.), e não por ser diferente do usualmente utilizado pela criança. Por exemplo, deve-se evitar o uso de borrachas, canetinhas e folhas importadas, que possam ser escolhidas em função de características como beleza, originalidade, e não por sua função e uso. Tive experiências dessa ordem com pacientes de baixa renda de instituição comunitária, que ficavam deslumbrados com o material do serviço, queriam levá-lo para casa e não o usava na sessão, pois nunca haviam tido oportunidade de manuseá-lo.

A apresentação do material à criança pode ser feita de diferentes modos, dependendo do objetivo definido para aquele momento de atividade lúdica.

Seguem algumas modalidades de apresentação:

- 1 Inclusão em uma caixa de tamanho regular e de fácil manejo pela criança; a caixa pode servir para guardar os materiais ou para estes e os produtos realizados pela criança.
- 2 Colocação do material arrumado sobre a mesa, mas sem obedecer a classificação ou ordenação alguma, de modo que essas operações possam ser feitas segundo critérios internos da criança.
- 3 Forma mista: parte do material é colocada na caixa, e alguns objetos são colocados sobre a mesa a seu lado (por exemplo, livros, alguns jogos etc.).

Normalmente, utilizo as modalidades 2 e 3, dependendo da idade da criança e de suas características, que percebo no primeiro contato.²⁰

A atividade lúdica, por não ser dirigida, exige uma explicação inicial, colocando a criança à vontade. Conforme a idade do paciente e o tempo disponível, pode-se assim falar:

“Você pode usar esse material para brincar como quiser. Um pouco antes de acabar o tempo eu aviso a você.”

“Hoje você poderá brincar durante uma parte do nosso tempo (nossa sessão), depois eu vou pedir a você para fazer algumas coisas...”

“Hoje, um pouco antes do final da nossa sessão, você poderá brincar novamente.”

“Você pode usar a mesa ou brincar no chão. Mas não pode colocar nada em cima do aparelho de ar-condicionado.”

Observação e avaliação de atividades lúdicas

Por ser o jogo inerente ao homem, e por revelar sua personalidade integral de forma espontânea, é que se pode obter dados específicos e diferenciados em relação ao **Modelo de Aprendizagem do paciente.**²¹

Assim, aspectos do conhecimento que já tem, do funcionamento cognitivo e das relações vinculares e significações existentes no aprender, o caminho usado para aprender ou não aprender, o que pode revelar, o que precisa esconder e como o faz podem ser claramente observados por meio do jogo.

É necessário apoiar a observação em alguns pontos:

- 1 A escolha do material e da brincadeira (atividade):
 - a Atividade e material que repetem a situação escolar, sem criatividade: ler livros, desenhar ou escrever algo, repetir dobraduras que aprendeu na escola, recortar e colar como pesquisa escolar, escrever contas automaticamente etc.
 - b Selecionar material figurativo e fazer guerras, fazendas, lojas etc.
 - c Buscar tintas, massa plástica, pinos e blocos e tentar criar alguma coisa.
 - d Escolher material de sucata e transformá-lo imaginando novas coisas.

Deve-se tentar analisar o significado possível do material, da brincadeira, das ações necessárias para realizar a atividade que foi planejada.

- 2 O modo de brincar. Alguns parâmetros a serem avaliados são se a criança:
- a Usa o material mais ao alcance da mão, não explorando os restantes.
 - b Explora todo o material e depois se fixa em alguma coisa.
 - c Escolhe materiais planejando uma brincadeira (“vai sair um elevador” e pega uma caixa e um barbante para realizá-lo).
 - d Faz estimativas, faz medidas e cálculos.
 - e Estrutura uma brincadeira com começo, meio e fim, com coerência interna, ou coloca aleatoriamente os objetos sem uma antecipação e posteriormente atribui um significado; dá um uso ao que fez.
 - f Tem flexibilidade no uso dos objetos (o mesmo objeto e trem, fogão, régua ou muro), modificando-o conforme a necessidade; classifica os objetos (grupo de soldadinhos de pé e de soldadinhos ajoelhados, mistura-os e separa em dois exércitos em função das cores) ou mantém uma brincadeira estereotipada e perseverante, usando o tempo disponível na mesma atividade sem evoluir no seu conteúdo, apenas repetindo-a (monta sempre a mesma casa, recorta o mesmo molde, pega a mesma revista, usa o mesmo jogo etc.).
 - g Faz brincadeiras criativas ou repete situações convencionais; parte de coisas conhecidas e as amplia.
 - h Começa uma atividade e a interrompe, passando a outra, sem nunca concluir a primeira, ficando apenas na exploração de objetos.
 - i Permanece concentrada durante a brincadeira; se mantém continuidade na brincadeira de uma sessão para a outra, ou se abandona o que estava fazendo e na sessão seguinte ignora o que já fez (construção interrompida, desenho inacabado).
 - j Faz na brincadeira mais ações de desmanchar, separar, dividir e cortar, ou de reunir, construir, colar e juntar.
 - k Faz, num jogo dramático, os vários papéis, ou se solicita que o terapeuta participe e, nesse caso, que papéis escolhe para si.
 - l Se resolve as situações problemáticas que surgem e como o faz (papelão que se rasga, pino que quebra, roda que cai, uma caixa para prender em um tubo etc.).
 - m Usa o corpo na medida do necessário, movimentando-se, trocando de posição, ocupando bem o espaço; se usa o corpo como parte do jogo; se usa a coordenação grossa e fina necessárias à atividade.

3 A relação com o terapeuta:

- a Se brinca sozinha, concentrada e ignorando o terapeuta.
- b Se brinca sozinha, mas olhando constantemente para o terapeuta.
- c Se fica dependendo do terapeuta para brincar, pedindo sempre ajuda.
- d Se pede eventualmente a ajuda do terapeuta, quando esta parece necessária.
- e Se só escolhe brincadeiras que necessitam da participação do terapeuta como parceiro.

Em síntese, muitas coisas podem ser observadas. O importante é se fixar no vetor *aprendizagem* e investigar o que está envolvido nesse processo e sua relação com a queixa.²² Ver o que faz, como faz, como organiza esse fazer em suas múltiplas facetas cognitivas, afetivo-sociais e corporais, em suas ligações com o processo pedagógico. É fundamental relacionar o observado com os dados obtidos nos testes e nas entrevistas de anamnese. Os exemplos ilustram diferentes maneiras de conduzir atividades lúdicas.

22 Capítulo 4, p.48.

Exemplo 1

O diagnóstico de Pedro (6 anos, 1º ano, alfabetização) foi conduzido de forma lúdica, mas com interferências propositais da terapeuta, a fim de verificar sua reação a propostas específicas. A queixa da escola era que ele não participava das atividades solicitadas, sobretudo das que remetiam aos registros gráficos e à leitura.²³ Afirmava frequentemente que não queria aprender a ler e a escrever. A escola preocupava-se com essa conduta, pois já iniciara o trabalho de alfabetização²⁴ no presente ano e porque ele repetira a classe maternal (Educação Infantil) por “imaturidade”. Os pais tinham dúvida se ele não aprendia mesmo ou se apenas não queria mostrar o que sabia.

23 Capítulo 4, p.48.

24 Capítulo 8, p.96.

Primeira sessão: Ao cumprimentá-lo, ele começa a fazer gestos de luta de jiu-jítsu. Comento, “Já vi que você sabe lutar bem. Vamos entrar agora?”. Ele entra no consultório de maneira descontraída, dirige-se direto para a mesa e fala:

Pedro: Tenho um amigo que não quer aprender a ler e escrever. Ele se chama Rodrigo.

Terapeuta: Por que será?
(Silêncio.)

Terapeuta: Você pode usar o material que quiser para brincar.

(Pega o papel e canetas hidrocor.)

Pedro: Ontem fui na Xuxa. Só brinquei. Vou fazer uma foca com a bola na boca. Errei!

(Essa palavra é dita em tom de voz mais elevado e irritado. Em seguida, amassa o papel e o joga rapidamente na cesta. Recomeça o desenho em outra folha.)

Pedro: Meu pai pensa que aprender a ler é brincando. “Olha o que tem escrito aqui.” Aí eu erro, aí ele diz: “Pô, não é assim.”

(Imita a voz e os gestos do pai apontando para o jornal.)

Terapeuta: Às vezes papai quer ajudar você e não sabe bem como fazer.

Pedro: Olha, aqui é o domador Vítor. Tem RR como o meu nome.

Como é o R?

(Faço a letra e ele escreve “VÍSIFELR” [Vitor].)



Pedro: Vou escrever Peter, que é Pedro em inglês.

(Escreve “Pedro”. Levanta-se, apanha soldadinhos e animais de plástico colorido e senta-se no chão.)

Pedro: Quero brincar com isso. São gêmeos [dois soldados iguais, na cor e na posição].

(Faz grupos com os objetos em montinhos aleatórios, sem qualquer critério.)

Pedro: Arrumei bagunçado.

Terapeuta: Acho que você é capaz de arrumar de outro jeito.

(Desloca os soldadinhos como se estivessem andando e depois lutando. Coloca-os juntos deitados.)

Pedro: Estão descansando por causa da guerra.

(Pega cubos do jogo da cuboteca, faz duas fileiras e começa a contá-los.)

Pedro: Um, dois, três, quatro, cinco, seis, sete, oito. Esse é grande, esse é médio e esse é pequeno.

(Aponta para pedaços de madeira. Tira cubos e conta duas fileiras de seis. Volta para os animais de plástico.)

Pedro: Agora vou separar ferozes e mansos.

(Arruma os animais em dois grupos, procurando dar ao mesmo tempo uma ordenação de tamanho, colocando os menores na frente e os maiores atrás.)

Terapeuta: Agora o nosso tempo está quase acabando. Vamos guardar o material.

Segunda sessão: Chega cedo, antes do horário, e quer entrar direto para o consultório. É preciso fazê-lo voltar e esperar a hora da entrada. Ao começar a sessão, vai direto pegar um livrinho em cima da mesa.

Pedro: O gato com rabo de galo. Por que você está usando o rabo de galo? Porque eu achei no chão. E viveram felizes para sempre. (Lê a história inventando com base nas gravuras, mostrando com o dedo a linha do texto.)

Terapeuta: Que bonita história você leu.

Pedro: Quero desenhar.

(Usa papel branco e hidrocor.)

Pedro: É a mula sem cabeça.

Terapeuta: Ela fala?



Pedro: Como vai falar se é bicho? Ela faz assim: rrrunu!

Terapeuta: Que é isso?

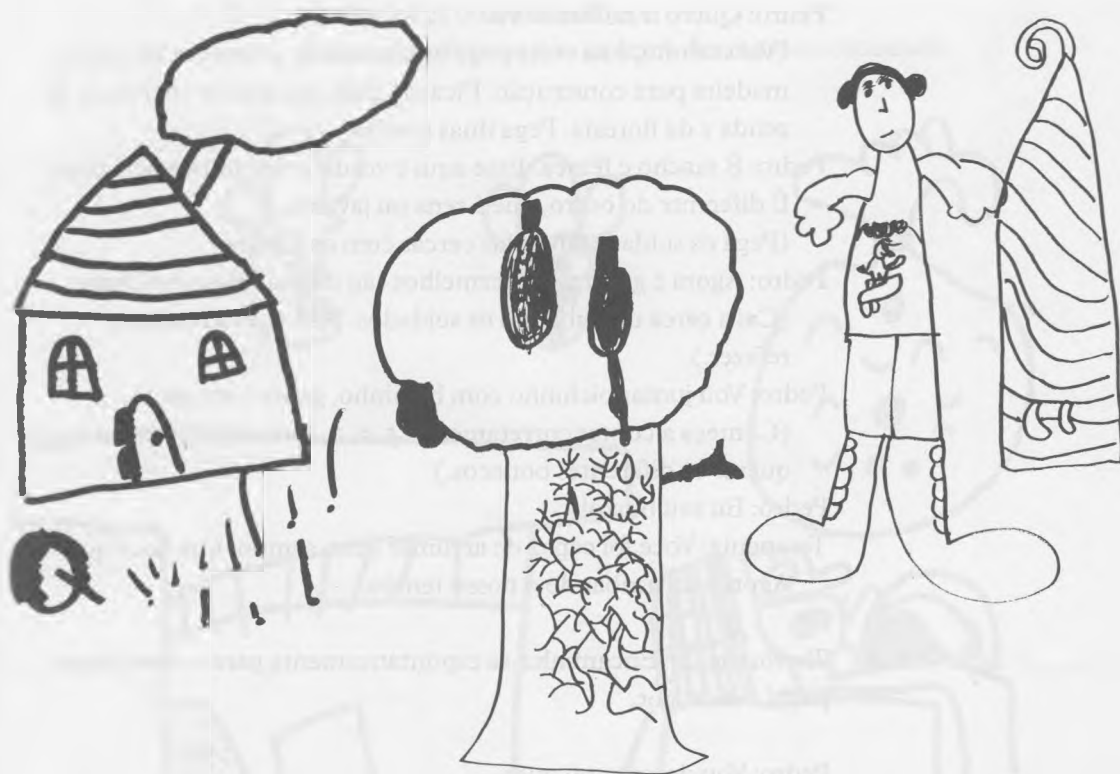
Pedro: Não é cabeça, não, é fogo.

Terapeuta: Então escreve o que está acontecendo.

(Faz o indicador de fala e escreve dentro “MLIO” [mula sem cabeça]. Aproveito que ele está interessado em desenhar para aplicar o teste HTP e verificar se cumpre ordens, entrando em atividade dirigida.)

Terapeuta: Você gostaria de fazer uma coleção de desenhos para mim? Eu vou dizendo o que você vai desenhar.

(Começa a fazer a casa pelo telhado, paredes, janelas e chaminé. A árvore é iniciada pela copa, e depois faz o tronco e as frutas.)



Pedro: É o creme da jaca caindo. Que burro sou eu, fiz errado!

(Começa a refazer o tronco e seu interior rebuscado de nervuras.

Faz uma figura masculina.)

Pedro: Gosta de surfar, e não gosta do irmão ficar perturbando ele.

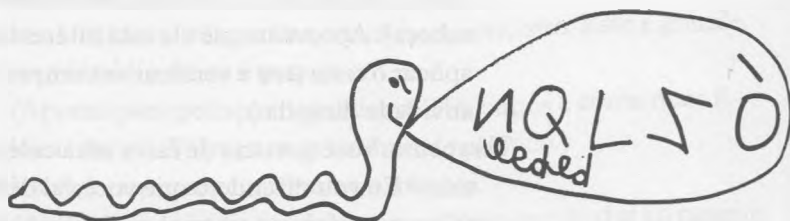
Pedro: Vem gente aqui grande que não gosta de aprender a ler e escrever?

Terapeuta: Às vezes vem.

(Na hora de fazer uma figura feminina.)

Pedro: Quero fazer uma cobra. É uma cobra nadja.

(E escreveu "ИQLΣÒ" [nadja].)



(Terminado o desenho.)

Pedro: Quero ir no banheiro.

(Vai sozinho, e na volta pega os animais de plástico e blocos de madeira para construção. Fica no chão, separando bichos da fazenda e da floresta. Pega duas girafas.)

Pedro: É macho e fêmea. Esse aqui é veado pelo chifre e pela papa. É diferente do outro, que é rena ou javali.

(Pega os soldadinhos e faz cercas com os blocos.)

Pedro: Agora é guerra. Os vermelhos são do mal. Esse é o Diabo.

(Cai a cerca derrubando os soldados. Não se interessa em refazer.)

Pedro: Vou juntar bichinho com bichinho, gente com gente.

(Começa a contar corretamente: 5, 6, 7, indo até 13. Mistura sem querer os diferentes bonecos.)

Pedro: Eu sou burro!

Terapeuta: Você foi capaz de arrumar bem, sempre que você quis.

Agora está acabando o nosso tempo.

Terceira sessão: Encaminha-se espontaneamente para a mesa, pega papel e hidrocor.

Pedro: Vou desenhar o quê?

Terapeuta: Uma família.

Pedro: Vou fazer uma família de monstros.

(Começa a desenhar e para.)

Pedro: Agora não, vou fazer um ladrão. Errei! Vou pegar outra folha.

Terapeuta: Todo mundo erra e também acerta coisas.

Pedro: É o ladrão.

(Para e recomeça outro rosto.)

Pedro: Tá com uma coisa na cara pra não mostrar.

Terapeuta: O que ele não quer mostrar?

(Silêncio. Desenha um saco.)

Terapeuta: O que tem no saco?

Pedro: Que pergunta! Você tem que adivinhar! Começa com o.

Terapeuta: Ovo, osso.

Pedro: Não, é ouro.

(Começa a fazer outro desenho.)

Pedro: É um prédio.

Terapeuta: De quem o ladrão roubou?

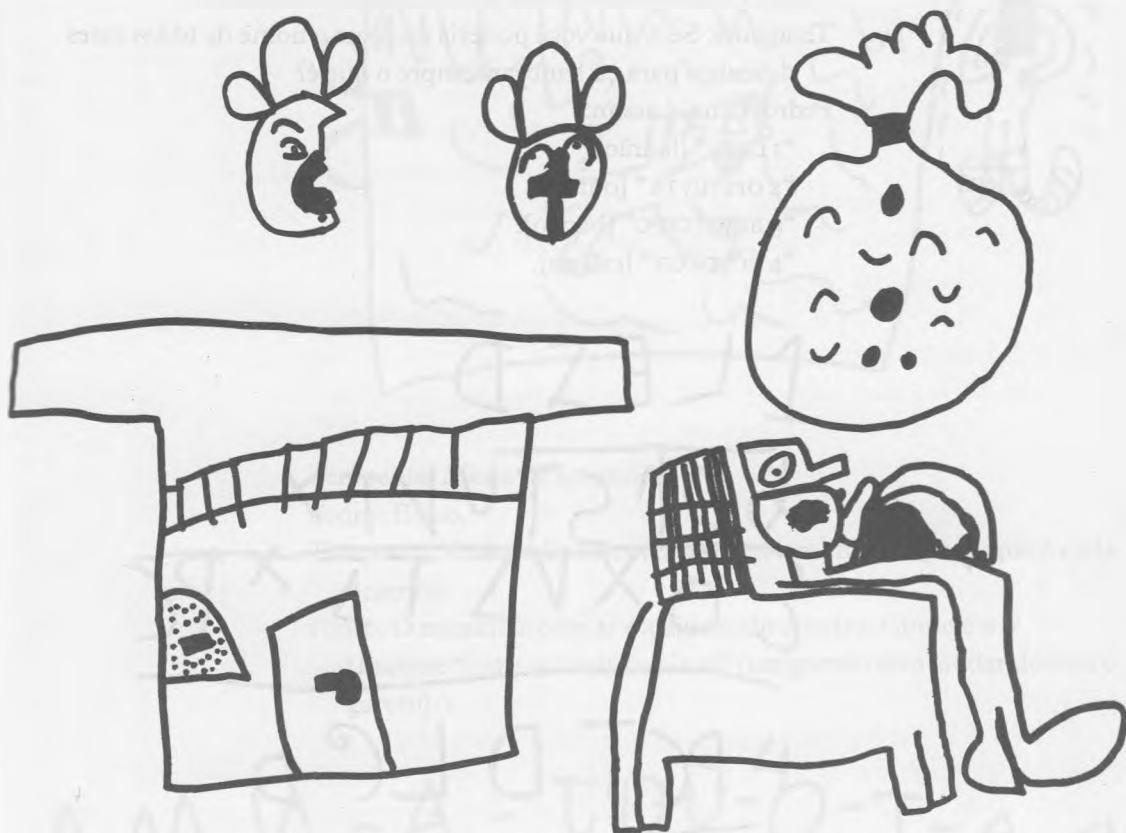
Pedro: Começa com B.

Terapeuta: Bombeiro, bar.

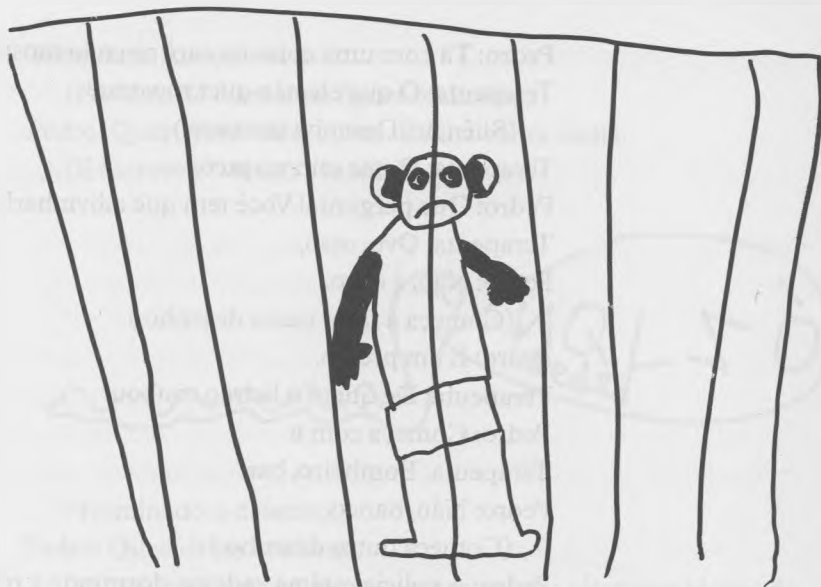
Pedro: Não, banco.

(Começa outro desenho.)

Pedro: A polícia está na cadeira, dormindo e roncando.



(Como o papel acaba, digo a ele que pode continuar a história em outra folha. Ele desenha uma cadeira.)



Pedro: O ladrão ficou preso por causa que ele roubou.

Terapeuta: Será que você poderia escrever o nome de todos esses desenhos para eu lembrar sempre o que é?

Pedro: Olha, é assim:

“I L E S D” [ladrão].

“Σ O R S T U V T X” [ouro].

“ε B X V S T X P C” [banco].

“P P C T D L C D” [cadeia].

I L E S D

Σ O R S T U V T X

ε B X V S T X P C

P P C T D L C D

2:

Pedro: Vou escrever de outro jeito o meu nome.

(Faz em letra cursiva. Suja o dedo com hidrocor e põe a impressão digital no papel.)

Terapeuta: Pedro, uma pessoa diferente do papai, da mamãe, dos outros. É uma pessoa nova que cresce e aprende.

Pedro: Isso é a carteira de identidade.

(Desenha como se fosse uma carteira.)

Pedro: Vou colar um retrato. E agora?

Terapeuta: Se você quiser, pode fazer outro desenho, mostrando uma pessoa que ensina e outra que aprende.

Pedro: Tá legal. O que está na piscina, já sabe, e está ensinando pros outros fora. O de fora está tremendo de medo.



Terapeuta: Medo de aprender?

Pedro: É isso.

Terapeuta: Você podia escrever para eu lembrar sempre o que é cada desenho.

Pedro: O menino é com M e A ajudando o outro. Como é o J?

(Escreve "I MI-A-TD-U-O-T-A-D" [um garoto tava ajudando outro garoto].)

I MI-A-TD-U-O-T-A-D

Pedro: Não estou escrevendo de verdade, não é?

Terapeuta: O importante é escrever o que a gente pensa, no começo é assim.

Pedro: Você pode mostrar as letras para copiar, todas.

(Mostro o alfabeto e ele copia corretamente. Larga o papel e pega um livrinho. Fala como se estivesse lendo uma história completa logo na primeira página. Na segunda, fala: “Agora vou inventar.” Apenas inicia a história, termina seu tempo.)

Quarta sessão: Pedro chega e bate na porta do consultório.

Terapeuta: Quem é?

Pedro: Sou eu.

Terapeuta: O que você quer?

Pedro: Quero entrar.

Terapeuta: Aqui só entra quem quer aprender a ler.

Pedro: Ora, eu quero ler e escrever.

(Entra, indo direto para a mesa, e começa a mexer nos livros. Leio para ele a história *O time*.)

Pedro: Agora eu quero ler sozinho.

(Começa a fazer leitura pelas gravuras, falando o que via e usando todas as linhas escritas.)

Pedro: O galo dança com o gato. O gato resistia, não queria... Agora eu vou escrever.

(Dou um livrinho de gravuras para que ele faça o texto.)

1- M N A T V B C M T 2- M C O P T
6- M N A T V R G
E- I N C O P D I O F- M C O P I D
A- I G R U C O C I Q I O P
C- D V G O

“1 - МИАТѢВСМТ [A menina tava brincando],
ε - ΜΝΑΤѢΡΓ [A menina tava regando as flores],
ε - ИСОРДИО [Nasceu um pé de feijão],
ϣ - ИГРУСОЦИОП [E caiu o pé],
ζ - ДѢГО [De feijão],
δ - ΜСО-РТ [Nasceu planta],
γ - ИСОРД [Nasceu planta].”

Pedro: Agora estou quase escrevendo certo. Tem M e N de escrever de verdade.

(Pega uma folha de papel e dobra.)

Pedro: Agora quero fazer uma Caderneta de Poupança. Escreve ai de verdade para eu copiar com caneta: Caderneta de Poupança.

(Dou uma folha de papel quadriculado para riscar a caderneta.)

Terapeuta: Você sabe o que é poupança?

Pedro: É isso.

(Bate nas nádegas rindo.)

Terapeuta: É para guardar para quando quiser usar. Na cabeça, a gente guarda coisas que aprende e usa quando quer.

Pedro: Vou guardar a caderneta para mostrar aos meus filhos. Você sabe, a minha avó me mostrou o revólver do meu avô com dois gatilhos.

(Acaba de desenhar e escrever a caderneta para levar para casa.)

Pedro: Você deixa eu escrever o meu nome na sua máquina de escrever?

(Digita “PPPPP” numa linha inteira.)

Pedro: Quero fazer uma porção errada, depois eu vou fazer direito.

Terapeuta: No começo é assim, a gente experimenta até acertar.

(Pedro explora todas as teclas da máquina até o final da sessão.

Quando o pai vem buscá-lo, peço que lhe ensine a preencher as colunas da caderneta de poupança que fizera na sessão – a mesma atividade poderá ser feita no computador.²⁵)

Quinta (última) sessão: Pedro chega atrasado, brigando, muito zangado, com a mãe, que também demonstra irritação. Peço que eles representem o que havia acontecido em casa antes de virem para o consultório. Fazem a cena da escovação dos dentes, em que a mãe o repreendera porque não apanhara sozinho o material necessário. Nesse momento, chega o pai, e peço que Pedro faça as cenas domésticas que agradam e que desagradam aos pais. Mostra que desagrada quando demorava a fazer alguma coisa e que agrada quando não faz bagunça. Pega espontaneamente os fantoches de dedo e faz a

família do “Raimundinho” toda junta, sem brigar. Aproveito e começo a conversar com os pais do “Raimundinho”, como eles poderiam ajudá-lo, dando-lhe autonomia, mostrando que acreditam nele, que ele é capaz, sendo mais flexíveis e tolerantes, dando-lhe, contudo, os limites necessários, conversando com ele, não lhe escondendo coisas importantes e diminuindo a exigência sobre a produção escolar. A seguir, conversamos sobre as dificuldades anteriores de Pedro, e como ele as estava superando. É necessário explicar-lhes o processo de construção da leitura e escrita e o caminho de Pedro para chegar à escrita convencional.

O material fornecido é muito rico, podendo ter diferentes interpretações, conforme o vetor de análise. Escolhemos uma das que mais nos chamaram a atenção, para um estudo de aprendizagem e produção escolar, e sua relação com a queixa apresentada.²⁶

26 Capítulo 4, p.48.

Pedro cria com facilidade uma boa relação, ampliando o espaço de confiança e podendo mostrar o que já sabia (jiu-jítsu, escrita, leitura, contagem, classificações etc.), fazendo-o de forma prazerosa durante as brincadeiras. Parece-me que o quadro exposto na queixa²⁷ estava mais ligado à história familiar do que à atuação específica da escola, que mantinha um bom trabalho de alfabetização.²⁸

27 Capítulo 4, p.48.

28 Capítulo 8, p.96.

Por meio de desenhos, histórias e brincadeiras formulados, revela como é importante guardar o conhecimento (saco de ouro, caderneta de poupança), mas que o acesso a ele não é livre, mas controlado, exigido e vigiado (domador com chicote, polícia). É preciso às vezes roubá-lo, mas sem se mostrar (a cobertura do ladrão). Ao mesmo tempo que simbolizava problemas com o conhecimento e o afeto, trazia questões de identidade: necessidade de ser discriminado, reconhecido, ter o seu lugar, fazer suas experiências no seu próprio ritmo. Tudo isso estava aliado à grande insegurança, baixo autoconceito e exigência interna (“erre”, “que burro que eu sou”, a “mula sem cabeça”), provocado pela exigência familiar: “Pensei que tinha um filho inteligente.”

A mãe lia histórias para ele e, ao mesmo tempo, exigia dele a escrita convencional. Para Pedro, a exigência familiar de alfabetização²⁹ implicava na perda da atenção materna, expressa basicamente nessa leitura. Os pais não falavam do incômodo da sua presença, não davam limites, mas o deixavam na casa da tia porque “agora é maior e mais barulhento, nós o deixamos com a tia para podermos descansar”. É claro que o conflito crescia: “O que acontecerá se eu crescer (aprender), o que mais vou perder, o que exi-

29 Capítulo 8, p.96.

girão de mim?”, “Se eles não querem me ver, eu também não vou demonstrar o que sei”. Seus erros nunca são discutidos, é sempre castigado ou afastado.

30 Capítulo 9, p.105.

Pedro tem vocabulário e nível de cultura geral muito bons para a idade. Não é preciso aplicar testes e provas para perceber seu bom nível intelectual.³⁰ Raciocina com causalidade, lógica e coerência, revelando se aproximar do final do pensamento pré-operatório. Gosta de conhecer, de explorar novos objetos e situações. Foi fácil perceber seu nível pedagógico, pois o espaço de confiança criado nas sessões fez com que mostrasse que já conhecia os números até oito, demonstrasse o raciocínio de subtração e escrevesse usando hipóteses pré-silábicas, utilizando letras do próprio nome e uma consoante da palavra (seguindo critérios expostos nas pesquisas de Emília Ferreiro). Além disso, mostrou conhecer a diferença entre escrita convencional e a que era capaz de produzir, reconheceu o significado da leitura, identificou o texto como composto de frases lidas da esquerda para a direita e de cima para baixo. O caso de Pedro serve-nos como comprovação de que nem sempre há necessidade de aplicar testes e provas para chegar a conclusões diagnósticas.³¹

31 Capítulo 9, p.105.

Exemplo 2

Carlos (8 anos e 6 meses), ainda analfabeto, tinha sido convidado a se retirar de uma segunda escola particular, de boa direção pedagógica, por não ter qualquer evolução e ainda por perturbar a turma com sua dispersão. Ele era o filho mais velho, sendo a irmã de 7 anos “a brilhante” da família. Na primeira sessão, recusou-se a usar papel e lápis, mesmo que fosse apenas para desenhar. Ao ver as letras de plástico e material escolar, encheu dois copos de água e timidamente esboçou o gesto de jogar as letras na água. Auxiliei-o atirando com ele, de forma ritmada, tudo aquilo que desejava. Ao acabar, falou: “Tudo já bem afogadinho, o apontador agora vai enferrujar.” Fácil é perceber a *vinculação inadequada* com a aprendizagem escolar, revelada pela ansiedade e pela raiva demonstradas em relação a seus objetos mais expressivos. Trabalhando esse emergente afetivo, de forma “fusional”, criei a possibilidade de ele agir mais livremente.

Em outras sessões, ao pedir pintura, dei a Carlos potes com tintas e pincéis de tamanhos bem variados e quantidades diversas de modo que me permitissem avaliar suas possibilidades de *seriar e classificar* por tamanho, tonalidade, espessura; de tentar fazer correspondência termo a termo entre potes, tampas e pincéis; de estruturar o espaço

gráfico e de buscar soluções para obter cores e formas, ou simplesmente jogar as tintas no papel, aleatoriamente, fazendo borrões, em conduta bem regredida.

No jogo de Pega-varetas pude observar, além da motricidade fina, vários aspectos lógico-matemáticos ligados a cores, valores e quantidades de palitos, sua dificuldade em quantificar e a ausência de raciocínio multiplicativo. Vi como lidava com o sucesso e o fracasso, com o cumprimento de regras e mais uma vez a rejeição a escrever o placar do jogo. Em atividades de carpintaria e de construção com sucata, percebi sua desorganização de conduta sempre que se via diante de uma situação problemática para decidir sobre forma ou tamanho das peças de material, acabando por colocar pedaços aleatoriamente sem nenhuma antecipação de projeto. Nos momentos em que apenas lixava ou pintava suas produções, conversava tranquilamente, revelando-se profundo conhecedor de programas de televisão, como filmes, noticiários, reportagens científicas etc. Sua linguagem oral era perfeita, excelente vocabulário, narrativas lógicas e precisas. Numa dessas conversas, ele propôs: “Vamos fazer uma festa igualzinha às do conde Drácula que eu vi na tv?” Aceitei imediatamente, e ele *meditou* extensa carta aos monstros convidados, com a descrição de presentes do tipo “copo de sangue”. Ao terminá-la, rapidamente entreguei-lhe o lápis, e ele, apanhado de surpresa, escreveu o próprio nome com letra cursiva. A partir daí, consegui que escrevesse outras palavras e tentasse ler esta carta e outros textos.³² Verifiquei que se encontrava totalmente no *período pré-silábico*, segundo as hipóteses aventadas por pesquisas de Emília Ferreiro,³³ o que tornava difícil sua alfabetização segundo a exigência das cartilhas escolares.³⁴ Carlos tem a estrutura de pensamento no nível pré-operatório, com dificuldades temporais e espaciais, tendo processo exageradamente assimilativo.

Carlos apresentava graves problemas emocionais oriundos de sua história familiar. No entanto, como as diferentes escolas não souberam lidar com suas dificuldades, agravou-se o seu caso, ficando evidente um bloqueio no funcionamento intelectual em relação à aprendizagem escolar, sintoma bastante significativo no contexto familiar que “endeusava” o sucesso escolar da irmã mais nova.

Recomendou-se, inicialmente, um *atendimento psicopedagógico* para Carlos resgatar sua relação com a aprendizagem formal, escolar, possibilitar a organização e o desenvolvimento cognitivo-afetivo, *acompanhado de terapia familiar*. Indicou-se também, para um momento posterior, um atendimento psicoterápico, caso não houvesse melhora com a terapia familiar.

32 Capítulo 8, p.98-99.

33 Ferreiro, 1995.

34 Capítulo 8, p.96.

Sintetizando o diagnóstico:

Queixa.

Hipótese.

EFES.

Hipóteses.

Anamnese.

Hipóteses.

Novos Instrumentos:

Sessão Lúdica Centrada na Aprendizagem.

Hipóteses.

8 Avaliação do nível pedagógico

Temas abordados:

Significado da avaliação pedagógica.

Alfabetização.

Leitura: material, avaliação e dificuldades.

Escrita: significado, material, avaliação e dificuldades.

Matemática: raciocínio, cálculo, leitura de problemas e dificuldades.

A avaliação pedagógica não se limita ao conteúdo escolar. Como em qualquer um dos outros momentos do diagnóstico, a *conduta do paciente deve ser vista como uma expressão global em que se está pondo em foco o nível pedagógico*, mas estarão juntos seu funcionamento cognitivo e suas emoções ligadas ao significado dos conteúdos e das ações. **É necessário que se pesquise o que o paciente já aprendeu, como articula os diferentes conteúdos entre si, como faz uso desses conhecimentos nas diferentes situações escolares e sociais, como os usa no processo de assimilação de novos conhecimentos. É importante definir o nível pedagógico para verificar a adequação à série que cursa. Algumas vezes a defasagem entre o nível pedagógico e as exigências escolares atuais pode agravar dificuldades do paciente anteriores à escola, e outras vezes criar situações que podem vir a formar dificuldades de aprendizagem e/ou de produção escolar.**¹

1 Capítulo 1, p.19.

2 Capítulo 4, p.48.

A maioria das queixas escolares específicas² está focada em leitura, escrita e matemática, em diferentes graus e anos. Para se planejar uma avaliação, é necessário distinguir a problemática existente em torno do período em que se dá basicamente o *processo de alfabetização* da que ocorre no desenvolvimento de leitura e escrita nas demais séries.

3 Capítulo 9, p.105.

A investigação do nível pedagógico pode ser feita de diferentes maneiras. Uma delas é por meio do uso das chamadas *provas pedagógicas clássicas*.³ Estas consistem no uso de material graduado (textos de leitura, série de problemas etc.) com dificuldade crescente, que posicionará o sujeito sob diferentes níveis de uma escala de produtos. Penso que com essa forma de avaliar há a reprodução das provas de sala de aula, resultando na repetição da própria *queixa*.⁴ Esse produto pode ser obtido na análise do material da sala de aula, das provas e nas entrevistas com a equipe escolar, funcionando como complemento da avaliação pedagógica do diagnóstico.

4 Capítulo 4, p.48.

Uma avaliação não tão formalizada, que seja mais livre ou até lúdica,⁵ em que se observe o processo de realização para, posteriormente, analisar o produto exige do terapeuta uma operacionalização de conhecimentos mais amplos na área pedagógica, psicológica e também de programas escolares oficiais. Testes formais de leitura e escrita devem ser feitos quando o terapeuta cogitar a hipótese de uma dislexia grave ou outras questões que exijam aprofundamento maior.

5 Capítulo 7, p.75.

A *análise do material escolar* implica verificar a metodologia utilizada em sala de aula, ou seja, a qualidade didática. Por exemplo, no que se refere ao erro, observa-se o tipo de erro ou acerto do paciente, o modo como esse é encarado pelo professor, se é assinalado, revisto e trabalhado na construção do conhecimento. Observa-se também como anda a organização em nível de antecipação e estruturação das atividades, o cuidado ou não com seus diferentes materiais.

A *entrevista escolar* comumente ocorre com o orientador educacional, supervisor pedagógico ou psicólogo escolar, que nos transmitem a visão dos professores sobre a conduta em sala, o relacionamento com os colegas e com os próprios profissionais, além da produção nas diferentes disciplinas. *Conhecer valores e normas da escola (em termos pedagógicos e disciplinares), tipo de exigência, tipo de clientela e corpo docente auxilia a contextualizar a queixa escolar⁶ e familiar, a avaliar se existe uma reação do paciente à situação escolar específica ou se a problemática é mais pessoal e familiar.*

6 Capítulo 4, p.48.

A seguir, veremos quatro assuntos importantes na avaliação pedagógica.

Alfabetização

Quando a queixa escolar sobre dificuldade de aprendizagem⁷ ou produção escolar diz respeito a crianças em processo de alfabetização, a questão exige uma reflexão sobre aspectos teóricos do assunto. Com as pesquisas de Emília Ferreiro e colaboradores sobre a psicogênese da língua escrita, mudou-se a concepção de alfabetização, o que acarreta o reposicionamento das patologias nessa etapa da aprendizagem.

A alfabetização não é mais vista como a transmissão de um conhecimento pronto que, para recebê-lo, a criança teria que ter desenvolvidas habilidades, possuir pré-requisitos, enfim, apresentar uma “prontidão”. A alfabetização é resultante da interação entre a criança, sujeito construtor do conhecimento, e a língua escrita,

uma construção que não é linearmente cumulativa, pois se trata de um processo de objetivação no qual o sujeito continuamente constrói e enfrenta contradições que o obrigam a reformular suas hipóteses. Um processo dialético através do qual ela se apropria da escrita e de si mesma como usuário-produtor da escrita.⁸

8 T. Weisz, 1986.

Um diagnóstico apoiado nessa visão leva em consideração a possibilidade de o *paciente penetrar no significado do que escreve ou lê*, no uso

dessa língua escrita como *transmissora de informações*, como elemento que proporciona prazer, permite *comunicar* com um interlocutor ausente, e como meio de *registrar* o que precisa ser recordado.

A exigência de que a criança formalize a escrita de acordo com certas regras, em certo prazo, pode ser uma questão ligada à cobrança escolar de avaliar apenas o produto. Dependendo da maneira como for colocada, ela pode ser geradora de grandes dificuldades na escrita e leitura nessa etapa e no seu desenvolvimento posterior, não sendo uma questão de problema pessoal, mas de *metodologia escolar* que gere “bloqueios”.

O diagnóstico psicopedagógico, levando em conta essa nova visão, usará situações em que o ler e o escrever tenham um significado para o paciente. Por exemplo: em jogos, desenhos, pinturas, palavras cruzadas, construções diversas, dramatizações, divertimentos com revistinhas, jornais e livros de histórias. É fundamental observar o modo como o paciente se aproxima ou evita essas atividades, sua postura, as tensões e contrações, as *dissociações de campo* que ocorrem, o abandono da tarefa e a temática do material escolhido para ler ou escrever.

É preciso que se teça uma correlação entre a qualidade do que o paciente pode produzir como texto ou obter como leitura e a exigência a que está submetido na escola. Por exemplo, há um choque entre as possibilidades reais de uma criança “pré-silábica” no seu processo de evolução da escrita (psicogênese) e a exigência de reproduzir material de uma cartilha de palavração, dentro de curto período de tempo.

O desrespeito ao ritmo de construção da criança no ler e escrever pode criar uma dificuldade que se avoluma como “bola de neve”, podendo chegar a estancar seu processo de verdadeira alfabetização. Ela começa a apelar exclusivamente para a memória e, a partir de certo ponto, passa a não caminhar mais, ou mesmo a se recusar a cumprir qualquer tarefa relacionada à leitura e à escrita.

Grande parte dos encaminhamentos que recebo nessa fase encontra-se relacionada a esse tipo de dificuldade, em que *a grande ansiedade passa a bloquear a aprendizagem*, em função do despreparo da escola em lidar com o *desencontro entre o ritmo de algumas crianças e o ritmo geral da turma*.

Alguns casos de problemas na alfabetização podem estar relacionados ao simbólico da questão, influenciando, de forma inconsciente, no ato de ler ou de escrever. Assim, “não quero crescer”, “não posso ‘ler’ a minha família”, “não posso ‘ler’ o meu papel no mundo que

me cerca”, “não posso registrar o que não desejo, o que quero esquecer”. *O domínio da alfabetização representa autonomia, crescimento diante dos pais e do mundo.*

9 Capítulo 7, p.75.

Relembro o caso de Pedro (6 anos, alfabetização), citado no capítulo anterior,⁹ que se recusava a desenvolver qualquer atividade que envolvesse a língua escrita, e disse-me: “*Eu não quero ler. Eu não quero ficar grande. Minha mãe conta do livrinho para mim todo dia.*”

Leitura

Para avaliar o desenvolvimento da leitura em outros níveis, é interessante o uso de textos com significado completo. Há inúmeras coleções de livros de história bastante atraentes que possibilitam uma boa graduação. Exemplos de livros são os das coleções *Gato e rato e Estrelinhas*, adequadas para classes de alfabetização e 1º ano. **Na avaliação com adolescentes, uso crônicas e reportagens de revistas e jornais do interesse do paciente. Há também uma diversidade de estilos, temas e tamanho na coleção de crônicas *Para gostar de ler.***

É necessário que haja uma possibilidade de escolha conforme a idade, a escolaridade do paciente e suas reais possibilidades em relação à extensão do material. Insisto que não é desejável ler pedaços de um texto, e sim o texto completo. Não se pode esfacelar um texto, perdendo seu significado, fazendo-se apenas uma avaliação mecânica. *É preciso resgatar, desde o diagnóstico, o hábito de ler, criando-se a ideia de atividade prazerosa.*

Ao final da leitura, verifica-se se ele apreendeu o sentido global do texto, se é capaz de sintetizá-lo. Por exemplo, desafio o paciente a me dizer, numa frase apenas, sobre o que trata a história ou a crônica. A seguir, vejo se captou a sequência temporal, se consegue estabelecer hierarquias, separando fatos principais e secundários, se estabelece relações de causalidade, se é capaz de incluir acontecimentos menores e parciais em classes maiores. É importante ver as relações afetivas com o texto e dos personagens entre si. Pergunto, por exemplo, aquilo de que mais gostou e por quê; qual sentimento básico exprime cada personagem, em qual situação.

Após a *leitura silenciosa* e sua interpretação, verifico a *leitura oral* de parte do mesmo texto, pedindo-lhe que leia em voz alta o trecho de que mais gostou. Nesse momento é importante avaliar *entonação, pontuação, junção, omissão, deslocamento de letras, sílabas, palavras e frases*. Na leitura em voz alta pode-se observar a fala de modo mais formalizado e refletir sobre a necessidade ou não de exame comple-

mentar fonoaudiológico quando se percebe algo irregular durante a conversa e a leitura.

É necessário *avaliar diferentes tipos de leitura*, como: *leitura recreativa* (histórias), *leitura informativa* (regras dos jogos), enunciado de problemas, desafios e questões diversas. O exemplo a seguir parece-nos esclarecedor:

Daniel (11 anos, 5º ano), lendo as instruções do jogo Contra-ataque, ilustradas com pequenos desenhos, disse-me: “Pela figura eu sei, mas não consigo entender como a gente vai jogar.” Ficou claro para mim que ele lia mecanicamente, não relacionava os fatos entre si, não fazia inclusões, não fazia raciocínio de causa e efeito; não tirava conclusões. Constatei o mesmo fato quando leu o livrinho de história *Tungo-Tungo*, em que o personagem, muito comilão, tenta comer a própria imagem refletida. Assim, bebe a água toda da lagoa, e estoura. Ele não descobriu por que Tungo-Tungo morreu. Durante a leitura, ele não operava, fazia linearmente o enfileiramento de palavras e frases. *A falta de significado na leitura refletia-se nas outras disciplinas*: não resolvia problemas de matemática, quando escritos; somente os resolvia com facilidade quando enunciados oralmente. *O fracasso na Matemática era da leitura, e não de raciocínio e execução de conteúdos matemáticos*. Essa dificuldade o levava a evitar as tarefas escolares e entrar em pânico nos dias de prova. Construiu um vínculo inadequado com os objetos, e cada vez menos investia na escola, tornando-se desatento e “bagunceiro”.

Nesse caso, *não havia problema de aprendizagem, mas de produção escolar*. A leitura sem significado o angustiava muito e bloqueava momentaneamente seu pensamento.

Escrita

“Na hora que ele vai escrever... coloca no papel tudo o que não aprendeu ou que aprendeu da turma que eu não queria que ele aprendesse... E você fica desanimada, porque pensa que ele já está em outro nível...”

Prof. de alfabetização

Na avaliação da escrita, quando se pede ao paciente que escreva alguma coisa para mostrar como sabe, duas condições aparecem comumente: uma é o escrever espontaneamente, o que pode ser, às vezes, uma história ou o relato de algum fato; a segunda possibilidade é paralisar e perguntar: “Escrever o quê?”, “História de quê?”, “Falo de quê?”. Costumo responder: “O que você quiser”, “Como achar melhor”. Se não há nenhum movimento para começar a escrever, adio para outra sessão ou dou alternativas como: “Uma história sobre o seu desenho”, “Alguma coisa que você viu num filme, na TV, num passeio, nas férias”, “Alguma coisa que me ajude a

conhecer você” ou “Sobre uma gravura, uma foto do jornal ou de uma revista à sua escolha”.

10 Capítulo 4, p.48.

Avalia-se o texto não com os detalhes de uma prova escolar de Português, mas nos seus aspectos mais globais e que auxiliam na compreensão da *queixa*¹⁰ formulada inicialmente. Assim, analisa-se a noção de realidade e fantasia, a coerência interna do significado, a fluência e a criatividade, a temática e a estrutura do texto em relação a outros dados obtidos no diagnóstico, por exemplo, se há ideia de perda, medo, fracasso, sucesso, vitória e luta, que podem aparecer no grafismo, nas histórias do CAT ou HTP,¹¹ em alguma dramatização, no trecho escolhido para leitura oral ou nas conversas com o terapeuta.

11 Capítulo 9, p.120.

O aspecto formal do texto pode ser visto: no seu cotidiano lógico, de começo, meio e fim, causalidade entre os fatos, estrutura espaço-temporal; e também no aspecto caligráfico, ortográfico, de pontuação e estrutura gramatical das orações. É preciso ver se as aparentes falhas no aspecto formal da escrita têm um significado específico para o paciente, em *nível inconsciente*, se são *patamares no desenvolvimento da língua oral e escrita*, se representam apenas um desconhecimento pedagógico resultante de um mau ensino, se são erros ocasionais, aleatórios, ou se são indicadores de uma possível *questão orgânica*. Por exemplo, omissões, trocas e acréscimos de letras, sílabas ou palavras podem representar, momentaneamente, ações na vida familiar de separações, abandono, novos irmãos, ou apenas indicadores de dificuldades pedagógicas existentes na construção normal da língua escrita, *má condução da sistematização no processo de alfabetização entre fonemas e grafemas*.

Alterações na formalização da escrita aparecem também ligadas a *problemas de origem orgânica*, como os motores, que impedem a facilidade de certos movimentos, o que é comum em pacientes com lesão cerebral.

12 Capítulo 6, p.68.

Resumindo-se, avalia-se na escrita: *o vínculo do paciente com escrita, o processo de escrever, o produto final em diferentes aspectos, o significado da escrita e suas fraturas*. A temática usada no texto é significativa, como revela o exemplo citado no “menino de ouro”.¹²

13 Capítulo 7, p.79.

Durante a execução da leitura e da escrita, observa-se a postura corporal, o sentar, as tensões e relaxamento, o modo de segurar o lápis e o livro, o modo de se aproximar do material,¹³ a concentração e o prazer de ler e escrever. A suspeita de dislexia exige maior aprofundamento e exames complementares.

Matemática

14 Capítulo 4, p.48.

Quando a *queixa*¹⁴ é de dificuldade geral na aprendizagem, ou específica na Matemática, há necessidade de avaliar com mais detalhes essa área. Alguns aspectos se destacam: *o raciocínio matemático, o cálculo, a leitura de problemas e questões*. É possível uma discalculia.

15 Capítulo 7, p.75.

Verifica-se o *raciocínio matemático* apresentando-se desafios mais lúdicos¹⁵ e problemas mais formalizados, retirados de diferentes livros didáticos, de situações reais ou construídos com base em propagandas, recortes de jornais e revistas. A escolha deve recair sobre a clareza do enunciado, o nível do raciocínio compatível com a idade, escolaridade e o nível operatório da estrutura de pensamento (concreta ou abstrata). Por exemplo, é difícil compreender o Máximo Divisor Comum e o Mínimo Múltiplo Comum se não se opera com *interseções de classes*, ou fazer problemas que envolvam raciocínio de probabilidades quando não se atingiu o *operatório formal*. Para excluir a qualidade da leitura como variável interveniente, devem-se formular, oralmente, algumas questões.

A *avaliação do cálculo* é feita em dois níveis: o cálculo mental e a execução de cálculos escritos. Na parte escrita, há inúmeros aspectos a serem avaliados: a capacidade de estruturar graficamente, a construção do algoritmo das operações, o conhecimento do sistema decimal e valor posicional dos algarismos, as propriedades das operações, a combinação das operações nos vários tipos de expressões etc. É fundamental captar a relação entre o cálculo mental e o executado por escrito, para ver se há coincidência ou discrepância e em que consistem (aspectos figurativos e operativos).

É necessário também ter claro que, como qualquer conteúdo escolar, há *aspectos emocionais a serem encarados na questão da Matemática*. Alguns aspectos ligados a vínculos positivos ou inadequados com a Matemática são identificados com base na própria história escolar. Há professores que contribuem para a construção de bloqueios e condutas aversivas com a Matemática, por seu discurso autoritário e ameaçador, exigências absurdas e criação de clima geral de insegurança em sala de aula. Tudo isso contribui para a formação de baixo autoconceito.

Lembro o caso de Cláudio (13 anos, 7º ano), cujo professor dava pequenas questões de vestibular em suas provas e “sadicamente” esperava o fracasso da turma durante todo o ano, só aprovando os alunos depois de cursarem aulas de recuperação no período das férias. Cláudio dizia-me que Matemática era muito difícil, que ele somente

entendia com um professor particular. Ele já havia removido o sintoma geral de não aprender ligado a sua história familiar em que lhe era sempre proibido ter autonomia, pensar, buscar diferentemente do permitido pelos pais. Quando começava a crescer na Matemática, a escola contratou esse novo professor, e sua produção estancou.

Outros aspectos da questão estão ligados ao significado simbólico de fatos e operações matemáticas:

- 1 O que vai sentir inconscientemente um paciente quando precisa juntar, separar, retirar, lidar com a falta, o “a mais”, o “a menos”, dividir, aumentar, multiplicar, pertencer a dois grupos ao mesmo tempo etc.
- 2 Há também a possibilidade de mobilização do *sentido amplo da Matemática como normas e regras*, ou seja, “leis” precisas, associadas a quem na família se encarrega do papel de determinar as “leis”.
- 3 Encontra-se também na Matemática uma projeção de certas questões não elaboradas da dinâmica familiar. No caso de Rosane (9 anos, 4º ano), a rejeição à Matemática tinha ligação com a profissão da mãe, engenheira e analista de sistemas, e a problemática decorrente da relação das duas.

O exemplo a seguir é de um segmento de avaliação de aspectos matemáticos.

Cláudia (8 anos, 2ª série), no final do jogo de Pega-varetas, tentava contar os pontos. Separou as varetas por cores, depois colocou no papel do seguinte modo:

AMARELA	AZUL	TOTAL
3		
3		
3	5	
3	5	15
+3	+5	+15
-----	-----	-----
15	15	210

Não conseguia fazer um cálculo mental de soma, não usava a propriedade associativa da soma, nem demonstrava raciocínio *multiplicativo*, embora eu tentasse encaminhar a arrumação das varetas para que assim pudesse fazê-lo. Mostrou que conhecia o algoritmo da

soma, que fazia soma sem reservas. Em outro momento, confirmei que não fazia a *operação de interseção de classes* (multiplicativo) e não compreendia o mecanismo do sistema decimal de numeração, daí não conseguir fazer a soma com reservas. Para ver a diferença dos pontos tirados por mim e por ela, e descobrir o vencedor, disse-me que faria uma “conta de menos”. Tentou armar demonstrando conhecer o algoritmo da subtração, mas não conseguiu resolvê-la em função das reservas. Revelou perceber o significado de diferença, e os conceitos de “a mais” e “a menos”.

Essa falta real de conhecimentos já dominados pela maioria dos alunos da turma, segundo informação da professora, aumentava a insegurança de Cláudia e a distância entre ela e os outros. Cada vez fugia mais da necessidade de enfrentar a situação de busca de conhecimento em sala de aula; em síntese, negava-se a aprender. Tinha em sua história de vida a constante de superproteção e a pouca possibilidade de enfrentar sozinha as situações.

Considerações finais

Minha experiência na Clínica Comunitária da UERJ mostrou, na prática, a *importância da avaliação pedagógica dentro da visão em que a questão social perpassa todas as demais facetas dos problemas de aprendizagem*. Nessa visão, percebíamos que os conhecimentos escolares trazidos pelas crianças de escolas públicas, provenientes de favelas em torno da universidade, eram desarticulados, apenas informações decoradas sem generalizações para a vida real; eram “coisas externas”. Quando no diagnóstico propúnhamos situações lúdicas¹⁶ ou de vida real, elas eram capazes de compreender e de responder com acerto. Mas quando era utilizado um “texto escolar oficial”, elas se confundiam, perdiam a sequência lógica, ficavam ansiosas. Muitas dessas crianças nos eram encaminhadas com a suspeita escolar de retardo mental pela tríplice repetência. No entanto, eram todas absolutamente normais, mas que ficavam “perdidas na escola e pela escola”.

Por exemplo, lembro o caso de Vanderson (10 anos, 1º ano, alfabetização), que nos foi enviado para diagnóstico com “um passaporte” para classe especial de DM (Deficiência Mental). Constatou-se sua absoluta normalidade, e no atendimento psicopedagógico grupal ele retomou a sua própria aprendizagem de alfabetização, melhorando sensivelmente na escola. Para espanto nosso, sua mãe relatou-nos que ele agora a estava ensinando a ler e a escrever o próprio nome e que ela pensava em entrar “no estudo de noite lá na igreja”.

16 Capítulo 7, p.77.

Transferei essa vivência para clínica particular, e, guardadas as proporções, o “desastre” causado pela escola é o mesmo; apenas os pais têm poder aquisitivo para retificar a rota escolar. Faz-se necessária uma avaliação pedagógica, sempre levando em consideração o que a escola em questão pretende, seus valores, que tipo de aluno pretende formar, sua metodologia de ensino, sua cobrança etc.

No final da avaliação do nível pedagógico, é preciso separar criteriosamente o que são:

- 1 Dificuldades ligadas ao processo evolutivo de construção do conhecimento no domínio cognitivo.¹⁷
- 2 Possíveis interligações inadequadas entre os domínios cognitivo e afetivo (por exemplo, aparecem quando há certas exigências escolares acima das reais possibilidades cognitivas e emocionais do aluno).
- 3 Má condução do processo didático-pedagógico da escola, o que vai interferir, como condição externa, na possibilidade de o aluno construir e consolidar conhecimentos.
- 4 Questões ligadas a quadros que poderão indicar uma possível alteração orgânica.

17 Capítulo 1, p.19.

Na área pedagógica é preciso analisar a discrepância entre a frequência do aluno às aulas, suas condições culturais verdadeiras e a metodologia usada na sala de aula, principalmente durante o processo de alfabetização. A hipótese de organicidade indicadora de dislexia grave, TDA, TDAH e síndromes diversas precisa ser vista com muito cuidado; necessita ser confirmada por meio de exames complementares aprofundados de outras áreas profissionais.

Para refletir sobre as possibilidades referidas anteriormente, será necessário realizar procedimentos mais específicos e detalhados na área da linguagem, do raciocínio lógico, da atenção etc., para que o psicopedagogo adquira mais dados para o diálogo com o fonoaudiólogo, o psicólogo, o pediatra, o neurologista, bem como para melhorar a orientação à família e à escola.

Sintetizando o diagnóstico:

Queixa.

Hipótese.

EFES.

Hipóteses.

Anamnese.

Hipóteses.

Novos Instrumentos:

Sessão Lúdica Centrada na

Aprendizagem.

Avaliação Pedagógica.

Hipóteses.

9 Uso de provas e testes

Temas abordados:

Possibilidades e limitações do uso de provas e testes.
Nível operatório do aluno e exigência escolar.
Uso de provas operatórias.
Uso de testes psicométricos e testes de desempenho da inteligência:
WISC, CIA, Raven.
Teste Gestáltico Visomotor de Bender.
Técnicas projetivas.
Técnicas de relato:
CAT e TAT.
Grafismo.
Provas projetivas psicopedagógicas.

1 Capítulo 5, p.53.

2 Capítulo 7, p.75.

3 Capítulo 2, p.43.

O uso de testes e provas não é indispensável num diagnóstico psicopedagógico. Ele representa um recurso a mais a ser explorado pelo terapeuta em alguns casos. É uma complementação que funciona com situações estimuladoras que provocam reações variadas, às vezes intensas, em pouco espaço de tempo. Por essa razão, considero que não existe nenhuma bateria ideal de testes.

Os testes e provas são selecionados de acordo com a necessidade surgida em função de hipóteses expostas nas sessões familiares (na EFES¹), nas atividades lúdicas² etc., quando alguns aspectos não ficam claros e exigem um aprofundamento por outros caminhos, em pouco tempo. Por ser apenas um meio auxiliar, é fundamental a observação acurada, a escuta durante o processo de execução e a leitura psicopedagógica possível de ser feita do produto realizado.

Um levantamento apenas psicométrico dos testes, de acordo com suas escalas, pode conduzir a uma visão parcial, com possíveis distorções; é preciso sempre fazer uma *avaliação qualitativa durante todo o processo de testagem.*

Os dados obtidos precisam ser “cl clinicamente úteis”. É importante que se adote um sistema comunicacional dinâmico entre o terapeuta, o paciente e a tarefa que possibilite a discriminação do enquadramento³ e dos dados obtidos como uma realidade diferente de outras situações ou atividades clínicas.

O uso de testes não pode servir para solucionar uma relação difícil terapeuta-paciente, funcionando como um “anteparo protetor” ou preenchendo um vazio; é preciso que haja clareza em relação à necessidade real de seu uso.

Uma abordagem integradora dos problemas de aprendizagem deve ser encarada não só como visão teórica, mas também como norteadora de uma práxis. Assim, acreditamos que todos os momentos da prática diagnóstica devam ser vivenciados em seus aspectos afetivos, cognitivos, corporais e pedagógicos, incluindo-se, aí, uma *visão genética*. A análise de cada observação feita precisa ser integrada nas múltiplas facetas, dos diferentes domínios do sujeito que aprende para a compreensão desse mesmo sujeito de forma global, como um todo único, singular.

Veremos alguns exemplos a seguir.

1 Numa prova de teste de desempenho da inteligência, como o WISC ou CIA, podem ser investigados, além de seu objetivo próprio, os aspectos projetivos (afetivos inconscientes) na sequência da história, na complementação de figuras etc.

2 Num teste projetivo como o CAT ou TAT verificam-se aspectos cognitivos como causalidade, temporalidade, lógico-matemáticos, de construção da linguagem etc. Esses aspectos estarão embutidos na estruturação da narrativa feita à vista da prancha-estímulo.

3 Na avaliação pedagógica,⁴ na elaboração de um texto ou na interpretação de uma leitura ou em questão matemática⁵ podem ser vistos aspectos projetivos (na temática, na ação dos personagens) e cognitivos (na lógica da estrutura, na causalidade etc.).

4 Numa prova do diagnóstico operatório, podemos observar aspectos projetivos, colhendo também dados de origem emocional.

4 Capítulo 8, p.95.

5 Capítulo 8, p.98-101.

A seguir, faremos alguns comentários sobre provas e testes, agrupando-os do seguinte modo:

Diagnóstico operatório.

Testes psicométricos.

Técnicas projetivas.

“Considero os testes como um meio, e não um fim. Utilizo-os em um diálogo em cujo transcurso tento encontrar um sentido.”

Maud Mannoni

Não temos a intenção de fazer uma análise exaustiva de cada item, mas de expor algumas questões básicas a fim de remeter o leitor à bibliografia essencial, na qual encontrará maior profundidade em diferentes aspectos de cada teste ou prova.

Diagnóstico operatório

6 Capítulo 1, p.19.

As dificuldades escolares⁶ podem estar ligadas à ausência de estrutura cognoscitiva adequada que permita a organização dos estímulos, de modo a possibilitar a aquisição dos conteúdos programáticos ensinados em sala de aula. De acordo com uma visão piagetiana, o conhecimento se constrói pela interação entre o sujeito e o meio, de modo que, do ponto de vista do sujeito, ele não pode aprender algo que esteja acima de seu nível de competência cognitiva (seu nível de estrutura cognoscitiva).

Cada um dos temas de ensino supõe uma coordenação de esquemas em um âmbito prático, representativo, conceitual e concordante com um nível de equilíbrio particular, obtido através de regulações, descentrações intuitivas ou operações lógicas, práticas ou formais.⁷

7 Pain, 1986, p.23.

Por exemplo, um aluno de 2º ano em nível pré-operatório que não tenha atingido a conservação de conjuntos discretos não terá condições cognitivas para compreender de imediato exercícios de numeração no trabalho de sala de aula. Da mesma forma, o aluno de 3º ano que não faz interseção de classe, ou seja, não trabalha o multiplicativo, não terá condições de solucionar problemas de multiplicação.

Em posição semelhante, Jorge Visca aponta *o obstáculo epistêmico* à aprendizagem como derivado “do nível de operatividade da estrutura cognoscitiva alcançada, estando, portanto, associado à ideia de estágio”.⁸ Não se pode dar uma visão psicométrica ao uso de provas operatórias, comparando resultados como pontos de uma escala; isso seria uma visão anticonstrutivista piagetiana. É preciso analisar as estruturas do pensamento numa *visão genética global*, no seu funcionamento em *aspectos figurativos e operativos, defasagens, oscilações* etc.; relacionar esse funcionamento com o *Modelo de Aprendizagem do sujeito*,⁹ em suas diferentes modalidades do *processo assimilativo-acomodativo*; comparar as exigências escolares a que está submetido o paciente com as suas possibilidades em nível de desenvolvimento e funcionamento de sua estrutura cognitiva e relacionar esses dois aspectos com a queixa formulada.¹⁰

8 Visca, 1987, p.58.

9 Capítulo 2, p.35.

10 Capítulo 4, p.48.

11 Pain, 1986, p.47.

Sara Pain assim sintetiza esse aspecto:¹¹

A inibição precoce de atividades assimilativo-acomodativas dá lugar a modalidades nos processos representativos, cujos extremos podemos caracterizar da seguinte maneira:

Hipoassimilação: os esquemas de objeto permanecem empobrecidos, bem como a capacidade de coordená-los, o que resulta num déficit lúdico e na disfunção do papel antecipatório da imaginação criadora.

Hiperassimilação: pode dar-se uma internalização prematura dos esquemas, com predomínio do lúdico que, ao invés de permitir a antecipação de transformações possíveis, desrealiza negativamente o pensamento da criança.

Hipoacomodação: que aparece quando o ritmo da criança não foi respeitado, nem sua necessidade de repetir muitas vezes a mesma experiência. Sabemos que a modalidade da atividade do bebê é a circularidade, mas esta não pode ser exercitada no caso de perder-se o objeto sobre o qual se aplica; isto, por sua vez, atrasa

a imitação adiada e, portanto, a internalização das imagens. Assim, podem aparecer problemas na aquisição da linguagem, quando os estímulos são confusos e fugazes.

Hiperacomodação: acontece quando houve superestimulação da imitação. A criança pode cumprir as instruções atuais, mas não dispõe de suas expectativas nem de sua experiência prévia com facilidade. Esta criança é descrita como “não é mau aluno, mas não tem iniciativa, não é criativa; falha em redação”.

Resumindo: o que nos interessa compreender neste ponto é a oportunidade que a criança teve de *investigar* (ampliar seus esquemas precoces) e de *modificar-se* (por transformação de seus esquemas) com as implicações posteriores dessas atividades no jogo da imitação, o que leva à constituição de símbolos e imagens.

As observações sobre o funcionamento cognitivo do paciente não são restritas às provas do diagnóstico operatório; elas devem ser feitas ao longo do processo diagnóstico.

12 Capítulo 6, p.65.

Na anamnese,¹² verifica-se com os pais como se deu essa construção e as distorções havidas no percurso; nas diferentes sessões de caráter lúdico¹³ e na avaliação dos testes, analisam-se aspectos de caráter cognitivo, como conservação do comprimento, superfície e volume nas construções com sucata; outros dados da construção espacial no Bender, Raven, WISC e CIA; aspectos de inclusão de classe na prova de semelhança do WISC.

13 Capítulo 7, p.75.

As *provas operatórias* têm como *objetivo principal* determinar o grau de aquisição de algumas noções-chave do desenvolvimento cognitivo, detectando o nível de pensamento alcançado pela criança, ou seja, o nível de estrutura cognoscitiva com que opera.

Entretanto, como em todo diagnóstico, a observação é bem mais abrangente. Faremos uma breve exposição do material a ser usado, e sua organização, a administração e avaliação das provas, ficando no anexo I a descrição delas.¹⁴

14 Anexo I, p.161.

Material

Para maior facilidade das situações de exame, podem ser organizadas duas caixas com material a ser usado de diferentes maneiras:

Propomos uma *primeira caixa*, visando principalmente ao exame de crianças pré-escolares (em geral *menores de 6 anos*), contendo objetos

diversificados que permitam agrupar por forma, uso, material,¹⁵ cor, tamanho, encaixe (dentro e fora) etc.

Podem-se propor brincadeiras que levem a classificar e a seriar, observando-se, então, quantos elementos a criança é capaz de seriar, qual a diferença mínima que percebe quanto ao tamanho dos objetos etc.

São sugestões de pequenos objetos de brinquedo de plástico, madeira, alumínio, papelão grosso: panelinhas, pratos, copos, xícaras, talheres; mobiliário de casa de boneca; frutas e legumes; flores; animais de diferentes espécies; bonequinhos de diferentes tipos; carrinhos; ferramentas e outros instrumentos em miniatura; bloquinhos de madeira ou plástico polivalentes; pedaços de tecido de diferentes tessituras e estampagens; canudinhos de refresco de diferentes tamanhos e cores; outros objetos, no gênero, a critério do examinador.

Ao apresentar a caixa para uma brincadeira, o terapeuta obviamente terá selecionado o material de acordo com a idade do paciente. Poderá propor, inicialmente, uma simples arrumação dos objetos, o que redundará num agrupamento espontâneo. Registrará, então, quais os objetos escolhidos (indicador de aspectos aparente e latente), qual o critério utilizado (mais objetivo, de uso social comum, ou mais subjetivo), o que percebeu no objeto para estabelecer o critério (cor, utilidade, tamanho etc.), quantos objetos é capaz de agrupar em cada critério, quais abandona mas que seriam grupáveis no critério estabelecido. Em seguida, poderá propor novas arrumações que lhe permitam observar aspectos espaciais, lógico-matemáticos e conservações.

A segunda caixa poderia ser organizada visando o *exame do escolar*, contendo material selecionado para as já clássicas provas piagetianas: fichas de diferentes formas, cores e tamanhos; bastonetes ou palitos; duas espécies de flores e frutas; copinhos plásticos transparentes de diferentes alturas e diâmetros; massa plástica de duas cores diferentes; fios de lã ou correntinhas; balança, casinhas de madeira, régua, lápis, tabuleiro de papelão.

Relacionamos no anexo I as provas mais comumente usadas no diagnóstico operatório, chegando a ser praticamente as “provas clássicas” nas pesquisas da equipe de Genebra.¹⁶

A descrição detalhada delas é encontrada em inúmeras obras sobre a teoria piagetiana e originalmente nos textos de Piaget e colaboradores dentro de seus relatórios de pesquisas sobre a Epistemologia Genética.

16 Anexo I, p.161.

Interrogatório: O modo de aplicar as provas operatórias é praticamente o mesmo para todas.

Busca-se, por meio de um *interrogatório*, conhecer o que o paciente pensa em relação às próprias manipulações ou às que observa na execução do terapeuta. As diferenças básicas residem no grupo de provas ligadas às conservações físicas e as ligadas às questões lógicas. Com o *interrogatório*, pretende-se verificar *os juízos que a criança faz*, ou *os argumentos* que possui para justificar sua resposta de conservação ou não conservação.

Nesse momento, é preciso considerar as dificuldades de linguagem e de audição da criança que poderão interferir no seu rendimento e, nesse caso, valorizar provas em que não haja essa interferência, como seriação e dicotomia.

No caso de crianças com dificuldades motoras, é necessário valorizar as provas mais verbais.

É preciso que o terapeuta tenha domínio sobre esse “método clínico piagetiano” de investigação para evitar falhas que comprometam os resultados. Deve estar seguro de hipóteses alternativas e das formas apropriadas de comprovação, tendo habilidade para mudar as formulações em face das respostas imprevistas.

A postura do terapeuta é explorar ao máximo as possibilidades da criança, procurando atingir verdadeiramente seu nível de estrutura de pensamento, e não se fixando em primeiras respostas que podem ser equívocas.

Apresentação do material e da questão: Para criar um bom relacionamento com o paciente, apresenta-se o material falando: “Veja o que está aí...”, “O que você acha de...”, “Você me diga...”. Nesse momento, é importante que a criança se familiarize com o material, brincando com ele, se desejar.

Os objetivos desta fase são diminuir a ansiedade diante da situação nova e familiarizar-se com o material para permitir melhor discriminação dos elementos que compõem cada prova.

Não há uma forma padrão de apresentar a prova, como ocorre nos testes psicométricos. Faz-se uma conversa em que se formulam as questões, de modo claro, com vocabulário adequado à idade da criança.

É preciso ter cuidado para não se induzir a um tipo de juízo ou resposta por meio da formulação inadequada da questão.

Ordem na aplicação das provas: Inúmeras pesquisas piagetianas mostram que existe uma ordem na aquisição das noções, variando, no entanto, as idades em que elas se instalam.

Essa *variação dependerá do meio social e de interferências emocionais e de condições orgânicas*, como poderá ocorrer, por exemplo, com os deficientes mentais.

O planejamento da aplicação de provas é feito em função do problema apresentado e da ordem de aquisição das noções. Pode-se partir de uma relação aproximada com a idade em que já poderia estar adquirida a noção. Por exemplo, para um adolescente de 14 anos, pensa-se, inicialmente, em apresentar as provas do pensamento formal de duplas e sequências. Caso o paciente não obtenha êxito, aplica-se a prova de conservação de volume. Para uma criança de 8 anos, por exemplo, poder-se-ia começar pela conservação de quantidade de matéria, depois comprimento, composição de quantidade de líquido, classificações (dicotomia, inclusão e interseção) e seriação. Se obtivéssemos êxito, continuaríamos com a conservação de superfície, peso, e assim por diante. Pararíamos quando a criança desse respostas de transição (*Nível 2*) ou não obtivesse êxito (*Nível 1*).

Se o problema apresentado fosse de dificuldade espacial, seria importante aplicar as provas espaciais de construção da horizontal e da vertical, coordenação do espaço bidimensional, conservação de comprimento e superfície etc.

Para crianças menores de 6 anos, usa-se a primeira caixa sugerida ou o material da segunda caixa, devendo proceder-se com base no ponto inicial de conservações e classificações.

A ordem apresentada na maioria dos trabalhos sobre o assunto é a seguinte:

- 1 Conservação: pequenos conjuntos discretos (6-7 anos); quantidade de líquido e matéria (6-7 anos); comprimento (8-9 anos); superfície (8-9 anos); peso (8-9 anos); volume (10-12 anos). É bom lembrar que *não se devem aplicar várias provas de conservação em uma mesma sessão*, para evitar a contaminação da forma de resposta (repetição da mesma resposta).
- 2 Classificação: dicotomia ou mudança de critério (6-7 anos); inclusão (6-7 anos); interseção (6-7 anos).
- 3 Seriação: (6-7 anos).
- 4 Provas do pensamento formal: duplas e sequências (a partir dos 12 anos).
- 5 Provas espaciais: construção horizontal, vertical e coordenação do espaço bidimensional (8-9 anos).

Registro: Deve-se fazer o registro detalhado dos procedimentos da criança, anotando-se sua atitude, suas falas, as soluções que dá às questões, seus argumentos e juízos, como procede na arrumação do material de fichas e bastões; o bom registro é fundamental para a posterior reflexão e interpretação das condutas.

Avaliação das provas

Considerando-se que o objetivo básico das provas é avaliar o grau de construção operatória, podemos dividir as respostas em três níveis:

Nível 1: Ausência total da noção, isto é, não atingiu o nível operatório nesse domínio. Várias condutas diferentes podem expressar essa ausência, como veremos no anexo I.¹⁷

17 Anexo I, p.161.

Nível 2 ou Intermediário: As respostas ou condutas expressam vacilação e instabilidade, ou são incompletas. Por exemplo, dão uma primeira resposta conservante e no momento seguinte outra não conservante, ou com o argumento oposto ao que falou em primeiro lugar.

Nível 3: As respostas demonstram a aquisição da noção, sem vacilação.

Observar que o paciente pode não ter adquirido todas as noções num mesmo momento evolutivo, o que significa a existência de *defasagens*. Por exemplo, pode ter resposta de *Nível 1* na prova de seriação de palitos e de *Nível 3* na de conservação de quantidades contínuas. Isso significa que, nesse momento, o paciente tem condições de dar respostas operatórias num domínio, enquanto em outro usa ainda mecanismos predominantemente perceptivos ou semiperceptivos. *Não se pode afirmar que haja respostas certas ou erradas, na medida em que elas sempre correspondem a um nível evolutivo.* Como o objetivo das provas não é ver o produto, mas *descobrir o processo mental usado pelo paciente* para encontrar as respostas, torna-se indispensável analisar cada resposta, justificativa, juízos e argumentos dados.

É preciso comparar os dados obtidos no diagnóstico operatório com as diversas conclusões tiradas no restante do diagnóstico. Por exemplo, pode ocorrer que o paciente não obtenha êxito em apenas uma prova, quando todo o conjunto sugere a sua possibilidade de êxito. Pode-se ver se há um significado particular para a ação dessa prova que sofra uma interferência emocional: encontramos várias vezes crianças,

filhos de pais separados e com novos casamentos dos pais, que só não obtinham êxito na prova de interseção de classes. Podemos ainda citar crianças muito dependentes dos adultos que ficam intimidadas com a contra-argumentação do terapeuta e passam a concordar com o que ele fala, deixando de lado a operação de que já são capazes de fazer. Crianças com problemas emocionais graves às vezes desviam-se da questão básica proposta, num mecanismo hiperassimilativo, e começam a inventar histórias a propósito do material, na prova de conservação de superfície: “O capim ficou amarelo quando você tirou a casinha, e aí o boi vai ter menos capim...”

18 Inhelder, 1944.

No caso de suspeita de deficiência mental, os estudos de Bärbel Inhelder¹⁸ em *El diagnóstico del razonamiento em los débiles mentales* mostram que os oligofrênicos (QI 0–50) não chegam a nenhuma noção de conservação; os débeis mentais (QI 50–70) chegam a ter êxito na prova de conservação de substância; os fronteiros (QI 70–80) podem chegar a ter sucesso na prova de conservação de peso; os chamados de inteligência normal “obtusa” ou “baixa” podem obter êxito em provas de conservação de volume, e, às vezes, quando bem trabalhados, podem atingir o início do pensamento formal.

É fundamental não considerar as provas do diagnóstico operatório como um instrumento infalível, absoluto, pois o desenvolvimento operatório, sendo resultante de uma interação indivíduo–meio, está sujeito a progressos após o momento das provas. Deve-se *considerar sempre o melhor nível de resposta dada ao longo do processo*. O conhecimento das estruturas cognitivas do paciente permite sugerir hipóteses para a compreensão de sua conduta escolar.

Testes psicométricos

Na utilização dos testes psicométricos é necessário que o terapeuta tenha certos cuidados, como:

- 1 Só iniciar a testagem quando já tiver uma boa relação com o paciente.
- 2 Conhecer bem a forma de aplicação e as respostas possíveis, para poder fazer alguma pergunta de aprofundamento, no momento preciso, quando sentir que há respostas duvidosas.
- 3 Controlar a própria ansiedade para evitar quebra no enquadramento¹⁹ exigido nas instruções de aplicação, e não ter atitudes inadequadas de condescendência, exigência exagerada e impaciência.
- 4 Registrar cuidadosamente todas as atitudes e procedimentos do sujeito, assim como qualquer ocorrência durante a testagem.

19 Capítulo 2, p.43.

Como em toda situação diagnóstica, surgem, durante a aplicação desses testes, *aspectos afetivos do sujeito*, por exemplo: ansiedade pela dificuldade da situação nova, pelo persecutório do teste. Aspectos revelados por um exagero na timidez, no “nervosismo”, na hiperatividade com falta de concentração. A insegurança da situação pode aparecer pela busca constante de aprovação: “Não é?”, “Acertei?”, ou pela tentativa de controle: “Posso fazer do meu jeito?”, “Posso dar mais respostas?”, “Agora é você que vai responder”, “Pode ser...”, “Talvez...”. Outras emoções surgem em relação à proposta do teste. No subteste de arranjo de figuras do WISC registrei respostas no item 1: “A mãe estava brigando com ele e ele chorou”, “A mãe dele morreu, e ele chorou”, “Tava chorando porque a casa dele queimou, e ele ficou sem casa”, “Chorou porque foi ele que fez a casa queimar”.

Um paciente com estrutura psicótica pode ter dificuldade em lidar com a figura humana fragmentada que aparece em subteste do WISC e do CIA.

Testes de desempenho de inteligência

Selecionamos os testes WISC, CIA, Raven por alguns de seus aspectos: facilidade de aplicação e avaliação, possibilidade de análise operatória, análise qualitativa, uso parcial de provas ou subtestes, realização de inquérito após as respostas e possibilidade de boa observação do processo de realização.

Os testes de inteligência, isoladamente, não fazem a distinção entre *oligofrênicos* e *oligotímicos*. É comum, nos protocolos de *oligofrênicos* (“déficit cognitivo com compromisso orgânico secundário ou genético”), aparecerem resultados uniformemente baixos, com certa coesão e sem dispersão. É necessário o uso de vários testes e a comparação de seus resultados com outros instrumentos, com as observações obtidas ao longo do diagnóstico na resolução de situações problemáticas ocorridas espontaneamente, ou provocadas pelo terapeuta, e nos relatos de anamnese com os pais²⁰ e entrevista com outros profissionais.²¹

Algumas vezes, a *oligofrenia* vem acompanhada de graves problemas emocionais e de aprendizagem, pois o simples fato de existir *deficiência mental não significa necessariamente que haja problema de aprendizagem: há, sim, nitidamente, limites*, como bem assinala Sara Pain.²²

20 Capítulo 6, p.65.

21 Capítulo 13, p.149.

22 Pain, 1986.

No caso dos *oligotímicos*, em que o fator emocional é preponderante, pode ocorrer também baixa estimulação ambiental, mas lida-se mais com “disfunção egoica, podendo haver ou não compromissos neurológico ou metabólico”. Seus resultados nos testes são mais dispersos, formando-se gráficos do tipo “serrote”, com grandes altos e baixos, podendo até ficar todos abaixo da média. Na prática, podem apresentar resultados tão baixos quanto os oligofrênicos, mas seus recursos reais são bem maiores. Mostram uma tendência mais assimilativa, enquanto os oligofrênicos tendem mais para maior acomodação.

O importante no uso de testes não é definir QI, mas *verificar se o paciente está podendo usar a inteligência a seu favor ou “contra si mesmo”*, como esclarece Isabel Luzuriaga.²³ O QI elevado pode estar acompanhado de grande fracasso escolar. *A aquisição do conhecimento envolve a personalidade como um todo* e não é produto de uma parte ou faceta.

23 Luzuriaga, 1972.

O teste *WISC* é a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças apresentada sob a forma de subtestes grupados em Verbais e de Execução. Cada subteste pretende avaliar um tipo de função e se estrutura em ordem crescente de dificuldade, o que facilita o posicionamento das crianças examinadas na faixa entre 5 e 15 anos. Os resultados brutos de cada subteste são transformados em resultados ponderados por meio de tabelas do grupo de idade em anos e meses do sujeito.

A separação nos dois grandes grupos e a possibilidade de uso de subtestes isolados tornam o teste útil para exame de portadores de certas deficiências físicas, crianças bilíngues, carentes sociais com poucas informações de âmbito escolar, sem que se sintam inferiorizados na visão global do teste.

É importante o registro minucioso de todas as respostas e atitudes durante a avaliação. Por exemplo, no subteste de informação: “Não sei”, “Não me ensinaram”; no vocabulário: “Burro sou eu”, “Todos dizem que eu sou burro”.

24 Glasser e Zimmerman, 1977.

Glasser e Zimmerman²⁴ sugerem que se faça um exame complementar, ou seja, uma ajuda do terapeuta na formulação das questões, diferenciando-as da forma padronizada do Manual de Aplicação. Isso só deve acontecer quando houver uma incompreensão da criança em relação à questão proposta e for necessário chegar a uma ideia mais precisa sobre o seu potencial. Resumimos no anexo 2²⁵ dados de uma interpretação clínica da escala de *WISC* e uma forma de exame complementar, baseadas nas propostas feitas pelos dois autores.²⁶

25 Anexo 2, p.181.

26 Glasser e Zimmerman, 1977.

O teste CIA é a adaptação brasileira da Escala de Inteligência para Adultos, de Wechsler (Wechsler, Bellevue Scale, Form I). Mantém uma estrutura de subtestes semelhante à do teste WISC, com a mesma divisão: Conjunto Verbal (CV) – Informação, Compreensão, Raciocínio Aritmético e Semelhança; e Conjunto Não Verbal (CNV) – Historietas, Complementação de Figuras, Mosaico e Código.

O tratamento dos resultados é semelhante ao do WISC, com tabelas para a faixa de 10 anos e 9 meses a 49 anos.

Quanto à análise dos resultados e à forma de aplicação complementar, podem ser usadas as linhas gerais do WISC expostas no anexo 2.²⁷

27 Anexo 2, p.181.

Só utilizo o teste CIA para maiores de 15 anos quando não é mais adequado o uso do WISC.

O teste das Matrizes Progressivas de Raven é apresentado em duas escalas: *Escala Geral* (de 12–65 anos) e *Escala Especial* (de 4–11 anos). Por suas características não verbais, seu uso é de grande utilidade para sujeitos com problemas de linguagem, de língua estrangeira, surdos, de baixo nível cultural, ou sem escolaridade. Também o utilizo em pacientes muito tímidos para falar ou que estão com vínculo inadequado com a situação escolar, às vezes sugerida nos outros testes.

O teste consiste na busca do complemento de um sistema de relações ou matrizes, com uma, duas ou mais variáveis, devendo o sujeito deduzir relações ou correlações. Na Escala Geral, as séries A e B são do tipo fortemente gestáltico; o sujeito deverá fechar uma figura lacunada. Para conseguir isso, será preciso perceber semelhanças, diferenças, simetria e continuidade das partes em relação ao todo. As séries C, D e E são um sistema de relações, trazem questões de raciocínio e exigem operações analíticas de deduções de relações.

O próprio autor relaciona exemplos da análise interna dos itens – progressão de adição quantitativa ou espacial (C-1) e de movimento (C-7) com duas variáveis: adição e movimento (C-5); progressão numérica (adição e subtração, C-11); alternância e simetria (D-2); analogia simples (D-4) ou complexa (D-11); diversas variáveis (E-10).²⁸

28 Raven, 1950.

Após a execução, costumo conversar com os sujeitos perguntando sobre a sua forma de resolver a questão: “O que aconteceu no modelo?”, “O que você pensou para descobrir a resposta?”. Tento verificar que operações fez: como classificou ou seriou, se percebeu as transformações ocorridas, se identificou uma ou mais variáveis da questão.

Como já dissemos, é fundamental que se faça uma análise qualitativa do tipo de resposta dada, qual o conteúdo dos itens em que houve mais acertos, a composição dos itens em que houve erros. Por exemplo: num item de variáveis, o sujeito errou porque percebeu uma só, fazendo acertadamente parte da questão e não toda ela; nos itens de progressão numérica crescente e decrescente respondeu apenas uma delas; em outras questões, prendeu-se mais a aspectos figurativos do que aos operatórios.

Teste Gestáltico Visomotor

29 Bender, 1938.

O Teste Bender foi construído por Lauretta Bender visando definir índices de maturação perceptomotora.²⁹ Esses índices estão baseados nos padrões obtidos com base nos trabalhos de Wertheimer sobre estrutura perceptiva. Usando os estudos da escola gestalista como ponto de partida, procurou acrescentar os níveis de maturação.

No diagnóstico psicopedagógico, o teste é usado sempre que surgem dúvidas sobre questões psicomotoras e espaciais não elucidadas pelos demais instrumentos. Essas dificuldades tornam-se evidentes na análise do material escolar e doméstico, nos relatos feitos

30 Capítulo 6, p.65.

na *anamnese*³⁰ e nos produtos obtidos nas diferentes sessões. Por exemplo, desenhos truncados, dificuldades no traçado, linhas flutuantes no papel, caligrafias ilegíveis etc., aliadas às histórias de vida escolar com indícios de problemática.

O teste é constituído de nove cartões em que estão desenhadas figuras simples ou complexas com linhas retas, ângulos, linhas curvas, linhas pontilhadas. O sujeito, à vista do cartão, deverá fazer o melhor desenho possível. Registra-se a sua maneira de construir o desenho da figura e todas as condutas apresentadas durante a execução. Por exemplo, rodar o cartão-modelo, contar os pontinhos, rodar a folha de papel, não fazer nada, recusar-se a traçar determinada figura etc.

Além da avaliação proposta por Lauretta Bender, há outros estudos e avaliações de grande uso em Psicopedagogia: Koppitz (5–10 anos), Santucci e Galifret Granjan (8–10 anos), Aileen Clawson (infantil), Pascall e Suttell (15–50 anos).

Essas avaliações, já clássicas na área, tentam ver a relação existente entre o momento em que o sujeito percebe o modelo e o momento seguinte em que ele tenta representá-lo. A tendência das avaliações é ressaltar aspectos quantitativos em que se colhem dados objetivos do traçado, ângulos, detalhes, funções etc., e no cômputo geral

transforma-se numa contagem estatística que indicaria a maturidade normal ou anormal sem fazer indicação de sua possível origem.

Essa avaliação quantitativa é para alguns autores complementada por uma qualitativa, que envolveria a análise dos detalhes e a produção global, comparando-a com testes expressivos e projetivos, podendo-se criar hipóteses sobre transtornos emocionais graves, como neuroses e psicoses, além da obtenção do nível de maturação.

É importante ressaltar que não se podem considerar como categorias isoladas na avaliação do teste a maturidade, a lesão orgânica e a problemática emocional. Há necessidade permanente da *compreensão global*, pois uma criança portadora de lesão orgânica, além das dificuldades concretas que poderá ter, projetará sempre, ela própria, sua condição interna, emocional em tudo que faz.³¹

31 Capítulo 1, p.19.

Por outro lado, os estudos da epistemologia genética têm possibilitado outro tipo de pesquisa sobre a realização de Teste de Bender. Assim, problemas apresentados na sua realização podem estar ligados à *estruturação operatória do espaço numa visão psicogenética*. Tal fato aponta para uma revisão de protocolos considerados como indicativos de problemas orgânicos ou emocionais, não confirmados em outras fontes de dados.

Tomamos como exemplo o relato de pesquisas realizadas por Maria Rosa Estruch de Morales, Nydia Negri e Elda Matticoli de Martinez Ramos,³² que desde 1966 vêm apresentando discussões teórico-práticas sobre o assunto. Apoiam-se nos trabalhos de Piaget, Inhelder, Sinclair e Bover sobre a representação do espaço na criança e sobre a aprendizagem e estruturas do conhecimento. Pretendem realizar uma síntese sobre como se dá a *estruturação operatória do espaço em relação ao Teste Bender*. Propõem as autoras a divisão das provas em figuras simples (A, 4, 5 e 8) e complexas (1, 2, 3, 6 e 7), que seriam analisadas pelos indicadores: posição, distância, inclinação e proporção, e os resultados definidos em três níveis, e um nível de transição, até o atingimento da operatividade. Essa abordagem é assim resumida pelas autoras:

32 Morales et al., 1983.

Este enfoque psicodinâmico interacionista e estruturalista desenha uma dupla ação de avaliação: por um lado, a estritamente solidária com os conceitos teóricos (interação, coordenação de esquemas, coordenação de pontos de vista, organização dos sistemas de coordenadas, etapas de evolução) e, por outro, a possibilidade de operacionalizar por meio de indicadores preciosos, tais como inclinações, proporções, posições e distâncias, que são

inerentes a um sistema de coordenadas (espaço euclidiano) e de coordenação de pontos de vista (espaço projetivo).

Acreditamos que, ao reunir ambas as ações para assistir à construção de regulações e ajustes, o processo de avaliação origina sua autorregulação: permite homologar resultados desde um ponto de vista psicogenético, proporciona um “diálogo” com outras provas operatórias (em termos de comparação de validade), ao mesmo tempo *que não invalida* sua relação com outros enquadramentos teóricos do mesmo teste.³³

33 Morales et al., 1983, p.18.

Técnicas projetivas

O diagnóstico psicopedagógico usa *técnicas projetivas que trabalham com situações relativamente pouco estruturadas, usando-se estímulos com grande amplitude, até ambíguos*. As tarefas propostas permitem uma diversidade de respostas, e há, portanto, o livre jogo da imaginação, da fantasia e dos desejos.

O princípio básico é o de que a maneira de o sujeito perceber, interpretar e estruturar o material ou a situação reflete os aspectos fundamentais do seu psiquismo. É possível, desse modo, buscar relações com a apreensão do conhecimento, como procurar, evitar, distorcer, omitir, esquecer algo que lhe é apresentado. Podem-se detectar, assim, *obstáculos afetivos existentes nesse processo de aprendizagem de nível geral e especificamente escolar*.

Como afirma Anastasi, “espera-se que os materiais do teste sirvam como uma espécie de ‘tela’, na qual o sujeito ‘projeta’ suas agressões, seus conflitos, seus medos, seus esforços, suas ideias características”.³⁴ Assim, os aspectos do processo simbólico aparecem nas produções gráficas, nos relatos de histórias criadas, no uso do gesto e do próprio corpo nas dramatizações.

34 Anastasi, 1967.

Segundo Sara Pain:

o exame das provas projetivas permitirá, em geral, avaliar a capacidade do pensamento para construir, no relato ou no desenho, uma organização suficientemente coerente e harmoniosa como para veicular e elaborar a emoção; também permitirá avaliar a deteriorização que se produz no próprio pensamento, quando o *quantum* emotivo resulta excessivo. O pensamento incoerente não é a negação do pensando, ele fala ali mesmo onde se diz mal ou não se diz nada e isto oferece a oportunidade de determinar a norma no incongruente e saber como o sujeito ignora.³⁵

35 Pain, 1986, p.61.

O que se busca é descobrir como o *sujeito usa seus próprios recursos cognitivos a serviço da expressão de suas emoções*, ante os estímulos apresentados pelo terapeuta. O fundamental é a “leitura psicopedagógica” dessas situações e produtos, para assim detectar o que está empobrecendo a aprendizagem ou a produção escolar. Encontramos escolas que cometem o terrível engano de considerar deficientes mentais alunos com graves problemas emocionais.

Veremos três grupos de técnicas: os relatos, o grafismo e as provas projetivas psicopedagógicas.

Técnica de relatos

Os testes mais usados no diagnóstico psicopedagógico são o CAT (*Children's Apperception Test* – Teste de Apercepção Infantil), para criança, organizado por Leopold Bellak, e o TAT (*Thematic Apperception Test* – Teste de Apercepção Temática), teste de apercepção temática para adolescentes e adultos, organizado por Henry Murray.

Para avaliação de problemas de aprendizagem, é importante expor as distorções, a pobreza ou a exuberância com que o pensamento elabora a situação apresentada no estímulo dado. Assim, a grande ansiedade causada pelo estímulo provoca uma perturbação no pensamento. O sujeito pode apresentar relatos pobres, descritivos (hiperacomodação) dos desenhos ou gravuras, com muitos elementos, mas carente de organização, de boa sequência lógica, temporal. Às vezes, o relato é de pequenos textos sem integração entre eles. Aparecem também respostas constantes, como: “Não sei”, “Não penso nada”, “Essa é difícil”, “Não vejo nada”. Em alguns casos, como quando há estruturas psicóticas, o sujeito pode abandonar a prancha e fazer uma produção delirante, num mecanismo hiperassimilativo.

Diante da prancha, o sujeito deve inventar uma história que conte o que ocorreu antes, como surgiu (passado) o que ocorre agora (presente da figura) e o que ocorrerá depois (futuro). No relato, devem aparecer sentimentos e pensamentos dos personagens. As pranchas 1 e 2 do teste TAT sugerem situações de aprendizagem, de possibilidade de vida escolar. Por exemplo: “O menino tinha muita vontade de aprender violino, mas era pobre, e sua mãe não podia pagar professor...” (8 anos, 3º ano), “O menino era obrigado a aprender violino, seu pai vigiava ele sempre. Um dia ele deixou o violino cair no chão e quebrar, assim ele ficou livre de estudar forçado pelo pai” (10 anos, 5º ano).

Os testes TAT e CAT trabalham com estruturas, forma de aplicação, registro e avaliação semelhantes. O número de pranchas a ser usado em cada sessão e no total depende de cada caso e da situação de avaliação. Um *bom registro* dos relatos e atitudes durante eles possibilitará melhor avaliação e integração desses resultados com os obtidos por meio de outros instrumentos para uma visão global, compreensiva do sujeito.

O TAT é composto de dezenove pranchas com gravuras e uma em branco. Baseia-se no pressuposto de que o sujeito, estando bastante envolvido na tarefa, esquece-se de defender-se e diz coisas sobre os personagens que se aplicam a sua própria pessoa.

O autor recomenda a *análise do conteúdo* dos relatos incluindo os seguintes aspectos:

- 1 O *protagonista*: o sujeito de identificação do paciente – motivos, tendências e sentimentos do protagonista; necessidades – agressão, degradação, dominação, proteção, realização, sexo; estado interior, emoções e conflitos.
- 2 Forças do ambiente do protagonista: afiliação, agressão, carência, perdas.
- 3 Desfecho: relação entre as forças do protagonista e do meio ambiente que levam ao desfecho.

Avalia-se também o *aspecto formal*: a narrativa, incongruências entre sentimentos e ações, entre tema e linguagem, introdução de elementos bizarros. Nesse momento observa-se a questão cognitiva na construção lógica, na sequência temporal, no vocabulário, na construção gramatical etc.

O CAT pode ser aplicado como uma brincadeira, contar histórias com os bichinhos que aparecem nas pranchas. “O que será que aconteceu antes? E agora? O que acontecerá depois?” É composto de dez pranchas com cenas de animais, é usado para crianças entre 3 e 10 anos, supondo-se que as crianças se identifiquem com mais facilidade com os animais do que com as pessoas. É prevista a aplicação na ordem das pranchas; no entanto, em alguns casos, escolho algumas, ou peço que a criança escolha as que lhe agradam mais.

O autor propõe a avaliação baseada na temática, no herói principal, na autoimagem do herói, em suas necessidades, conflitos e defesas, na integração do ego, na severidade do superego e na concepção de meio ambiente. A interpretação sugerida por Sara Hirsch³⁶ expõe pontos que podem se aproximar das questões escolares ligados a leitura, escrita e outros aspectos de conteúdos esco-

36 Hirsch, 1981.

lares: que animais vê; como os vê; omissões, acréscimos e distorções em relação aos conteúdos da realidade; sequência lógica ou ilógica, com temporalidade ou atemporal; tipo de linguagem usada; capacidade criativa e fantasias exageradas; interação entre personagens e nível descritivo e de colocação do problema; temas das relações objetais inconscientes na interação; tentativa de resolver problemas ou conflitos da história; tipo de solução dada em função dos desejos.

É fundamental distinguir se há uma inadequação perceptual de origem emocional, ou se há erros no uso da linguagem, como linguagem pobre pelo meio sociocultural ou deficiência intelectual. Poderão ser observadas também questões relacionadas à voz e à fala (respiração, emissão de sons, articulações etc.) que justificarão o pedido de exames complementares com fonoaudiólogo e médico especialista.

Uso do grafismo

O *grafismo* no diagnóstico tem a grande vantagem de ser de fácil administração, não exige outros materiais além de papel e lápis, pode ser usado em qualquer lugar de poucos recursos econômicos. É bem recebido pelas crianças e às vezes com restrições por adolescentes e adultos. Não existe contra-indicação ou limite quanto a idade, sexo, classe social, nível de inteligência etc.

O uso do desenho em Psicopedagogia aproveita uma forma de a criança expressar-se espontaneamente, satisfazendo seus desejos de atividade lúdica. Uso com mais frequência o *desenho livre*, espontâneo, feito com qualquer material. Após a completa realização é que pergunto o que fez, peço esclarecimentos, ou, às vezes, uso a técnica do *desenho-história*, pedindo que invente histórias sobre seus próprios desenhos. Essa técnica dupla, gráfica e verbal, é muito rica. Os temas mais pesquisados no grafismo são a *figura humana*, a *árvore* e a *casa*. Esses temas podem ser isoladamente um teste ou representar o chamado HTP (*House, Tree and Person*). No HTP esses três temas são grupados numa sequência mobilizadora e analisados em conjunto.

Durante a realização de qualquer desenho, é fundamental observar o *processo de produção*: a postura corporal, a motricidade fina, o ritmo como trabalha, a forma de elaborar as figuras e a cena – se começa a figura humana pela cabeça ou pelos pés, a necessidade do uso de régua, o uso exagerado da borracha, o começar e amassar várias folhas etc. A boa análise do grafismo fornece dados da *área cognitiva* do sujeito, assim como do processo simbólico normal ou

com desvios patológicos, dando a compreensão global do paciente. Por exemplo, analisaremos os instrumentos que a criança já tem para desenhar: a construção do dentro e do fora, parte e todo, da horizontal, da vertical, da simetria, da profundidade, da perspectiva etc. Por outro lado, podemos refletir sobre o *significado do tema escolhido*, do modelo de casa, de árvore e todos os demais objetos e detalhes expostos, das omissões, dos acréscimos e transformações feitas.

Para identificar o objeto que desenha, o sujeito usa diferentes “argumentos” gráficos como se estivesse narrando: “É um barco veloz porque botei *esse* motor aqui, mais forte”, “É uma menina com o cabelo compridão”, “A árvore tá seca aqui” (riscos pretos). Os detalhes exprimem facetas lógicas do pensamento, do “discurso gráfico”, e têm também um significado específico do ponto de vista simbólico.

Não confundir, na análise de desenho, *aspectos evolutivos* com *aspectos patológicos*, com dados que exprimem uma possível regressão, dissociação, fratura emocional. Por exemplo, a transparência no desenho de uma criança de 4 anos é normal, mas num adolescente exige um estudo do porquê desse desenho.

Avaliando o *traçado sobre o papel* (o tipo de traçado, a força colocada para riscar, as interrupções apresentadas nas linhas etc.), existe a possibilidade de expor *hipóteses de possível organicidade*, o que, repetimos, exigirá o pedido de exames complementares.

37 Luquet, 1927.

Piaget reforça a importância dos estudos de Luquet,³⁷ em que pretende traçar uma evolução do desenho infantil e sua interpretação, e assim define:

O desenho é uma forma de função semiótica que se inscreve a meio caminho entre o jogo simbólico, cujo mesmo prazer funcional e cuja mesma autotelia apresenta, e a imagem mental, com a qual partilha o esforço de imitação do real.³⁸

38 Piaget, 1986, p.5.

Os *símbolos expressos, consciente ou inconscientemente*, apenas terão significado na história pessoal do paciente, de sua família nuclear e de seus ancestrais. Por essa razão, não se podem interpretar desenhos dentro de regras rígidas, preestabelecidas ou tabeladas. As sugestões dos diferentes autores servem como pistas para o terapeuta fazer o estudo da totalidade do paciente.

Na atualidade, é importante observar a tendência das crianças, estimuladas por aulas de desenho, a reproduzir de forma estereotipada figuras e personagens de desenhos animados de cinema, televisão e revistas em quadrinhos de influência oriental. Há dese-

nhos com características marcantes no tipo de cabeça, olhos sempre arregalados, sem expressão emocional no rosto, desproporção entre cabeça, tronco e membros, posição característica no papel, cores definidas e repetitivas. Numa avaliação projetiva e também das características geométricas e espaciais do desenho, tem-se de considerar essa tendência a desenhos estereotipados orientais. Será preciso pedir mais relato, compreender a escolha, os aspectos da personalidade ou da vida do personagem escolhido, pois só o desenho não dará indicadores significativos como num desenho mais livre de modelos marcantes estrangeiros.

Provas projetivas psicopedagógicas

O significado das provas projetivas psicopedagógicas está mais ligado ao “olhar psicopedagógico” do terapeuta do que propriamente à proposta feita. Algumas propostas são de situações nitidamente escolares; outras, ligadas à família, à vida em geral – mas sempre buscando o viés da aprendizagem. O importante é considerar a ideia básica de que *a aprendizagem é subjetivante e permite ao homem tornar-se sujeito e ao mesmo tempo garante-lhe a sobrevivência, numa relação objetivante*. Durante o diagnóstico psicopedagógico, é fundamental captar as relações de cada estímulo dado, seja verbal ou gráfico, com os possíveis vínculos existentes, positivos ou negativos, construídos pelo aprendiz na sua busca pessoal do conhecimento. Essas relações vão aparecer demonstradas em suas reações e produções feitas. Relações de ordem geral ou no âmbito específico da aprendizagem escolar: a aceitação do “não sei”, a visão do outro (irmão, colega, professor, mãe etc.) como alguém autorizado a ensinar alguma coisa, rejeição ou aceitação de objetos, pessoas, situações que possam ter uma possível ligação passada, presente ou futura com sua aprendizagem informal ou formal (escolar).

Entre as áreas de instrumentos projetivos sobre aprendizagem, a que mais se desenvolveu foi a de propostas baseadas em grafismo dirigido. Várias pesquisas apontam desenhos que buscam relações vinculares com a aprendizagem escolar: desenha a frente de sua escola, o pátio de sua escola (recreio), a planta de determinado trecho da escola, o lugar que mais gosta da escola, os amigos no recreio, amigos na sala de aula, o que você mais gosta etc. Também facetas da vida familiar, na aprendizagem informal, podem ser exploradas por meio do desenho: figuras autorizadas a ensinar, distorções, a “invasão” dos novos “irmãos” nos vários casamentos da mãe ou do

pai, a entrada de padrastos e madrastas e as questões escolares, as viagens antes e depois de entrar na escola, a vida esportiva.

A título de exemplo, pedi que um menino de 10 anos, com dificuldade em produção de texto e História, que fizesse uma linha do tempo, desenhasse e comentasse sobre sua “vida esportiva”: velocípede, bicicleta, skate, patins, futebol, surfe e assim por diante. Naturalmente, ele se envolveu em suas questões de aprendizagem: “Meu irmão ria quando eu caía e gozava com a minha cara”, “Meu pai só queria ensinar tênis e não gostava de futebol”, “Minha mãe andou de bicicleta junto comigo lá no calçadão de Copacabana”. Pode-se usar a sugestão e fazer a “gênese e o desenvolvimento” das diversas brincadeiras, dos jogos, do cuidar dos animais domésticos, dos amiguinhos ao longo do tempo etc.

Seria muito limitante falarmos de uma coleta de dados por meio de instrumentos projetivos apenas nas formas clássicas verbais e do grafismo. *O importante na clínica psicopedagógica é a visão integrada do projetado pelo paciente mediante seu pensar, sentir e agir em cada momento do diagnóstico.* Já me aconteceu de uma adolescente, de 16 anos, pedir para não falar e apenas escrever sobre uma prancha de avaliação projetiva verbal oral:³⁹ “Eu penso melhor escrevendo do que falando.” Outro jovem, de 17 anos, no ensino médio, não conseguiu marcar no desenho de seu bairro o edifício em que residia e a praia de Ipanema, a duas quadras da sua casa.

A questão básica de suas dificuldades escolares estava *na impossibilidade de estabelecer referências iniciais com base nele próprio.*⁴⁰ Qualquer material pode servir de “tela” para projeção do que está pensando e sentindo. Por isso, é possível usar:

- 1 Papel com lápis, hidrocores, tintas, carimbos, colas plásticas e outros materiais modernos.
- 2 Computador com programas para desenhos livres, de decisão e escolha, combinados, desenhos e textos etc.⁴¹
- 3 Argila, massa plástica e outros materiais para modelagem do que estiver pensando e sentindo.
- 4 Recortes e colagens com acréscimo de diferentes materiais regionais (conchas, pedras, palha, areia).
- 5 Construções com blocos, bonecos, Lego, fantoches.
- 6 Quadro de giz, branco, imantado e outros.
- 7 Uso de anúncios e “figuras projetivas”. Por exemplo: uma empresa de telefonia usou três macaquinhos tapando os olhos, os ouvidos e a boca em sua propaganda; seria esta uma boa sugestão para “conversas psicopedagógicas”.

39 Capítulo 8, p.99.

40 Capítulo 1, p.19.

41 Capítulo 10, p.131.

Tudo pode ser feito com elementos isolados, cenas estáticas ou com movimento. Após a apresentação da produção feita, é enriquecedor provocar uma fala sobre o que está acontecendo, o que aconteceu antes e o que acontecerá depois, os personagens envolvidos, nomes, idades, o que podem e o que não podem fazer, que título dariam para a cena e outras perguntas condizentes com a situação. Como temos insistido ao longo deste livro, *todo produto surgido no diagnóstico psicopedagógico deve ser sempre avaliado no seu processo de elaboração e também como um produto final*, sempre observando os diferentes domínios da aprendizagem escolar: afetivo, cognitivo, social, pedagógico, e percebidas as limitações e as facilidades corporais durante a execução.

42 Capítulo 7, p.79.

É preciso que o terapeuta esteja preparado para acompanhar as possibilidades de uso de diferentes instrumentos e materiais que coloca no consultório,⁴² além de saber interpretar o processo e o produto, o que exige um conhecimento de conceitos psicanalíticos. É preciso localizar o *emergente*, mobilizado pela proposta feita, *os vínculos com a aprendizagem*, e, posteriormente, contextualizá-los na história das aprendizagens formais (escolares) e informais da vida do paciente. De nada adianta interpretar “produtos” à luz de uma visão estática. Portanto, não é suficiente uma correção do tipo “igual a, parecido com, diferente de”, de acordo com uma listagem de possibilidades. É indispensável um levantamento de hipóteses de significados ligados à história de vida do paciente em particular.

43 Visca, 2002.

Jorge Visca, em seu excelente livro *Técnicas projectivas psicopedagógicas*, relaciona algumas das técnicas de grafismo, destacando objetivos, procedimentos básicos e alguns indicadores para interpretação.⁴³ O estudo de alguns exemplos dará ao leitor uma sistemática de aplicação e de avaliação que poderá ser modificada de acordo com a estratégia de trabalho de cada terapeuta e das características do paciente. Destacaremos aspectos que ampliam e ilustram o que já expomos e servem de base para o trabalho pessoal:

- 1 Observar *no desenho* localização do próprio paciente, de outros personagens, de objetos no conjunto da cena criada; características lógicas e temporais da sequência de cenas; formas originais e alguns detalhes significativos; idade, sexo, nomes; características de personagens, se possível comparar com o próprio, colegas de escola, amigos, familiares; adequação ao pedido feito pelo terapeuta.
- 2 Observar *no relato oral* a sequência tempo-espacial, contexto espacial em que ocorrem as cenas; temas escolhidos, relações apresentadas; coerência entre as cenas e os relatos orais e os títulos escolhidos.

3 Observar *durante a execução* as indecisões para começar, e continuar durante o processo; troca de tema durante a execução; apagar, desmanchar, refazer; posturas e movimentos corporais, motricidade, posição e domínio do lápis.

Exemplos de propostas mais usadas:

Dupla educativa: criação das licenciadas Malvina Oris e Pichona Ocampo. Análise com base na proposta de Jorge Visca.

Objetivo: pesquisar o vínculo com a aprendizagem, o professor, os objetos escolares, e ver quem realmente vive e aprende no meio escolar, as rejeições, a “ameaça” da figura do professor.

Procedimento: entregar uma folha de papel branca tamanho ofício e um lápis, pedir para desenhar uma pessoa que ensina e uma que aprende, indicar quem são as pessoas, as idades, relatar o que aconteceu ou organizar uma história (oral ou por escrito) e dar um título. Pode ampliar os comentários.

Indicadores: formas, tamanhos, distâncias, proporção entre as partes, detalhes, nomes e idades, aprendizagem de que coisa, em que local acontece, comentário geral sobre a situação apresentada.

O leitor verá exemplos de Dupla Educativa observando os desenhos incluídos neste livro.

Eu e meus companheiros: criação da licenciada Sara Bozzo. Análise com base na proposta de Jorge Visca:

Objetivo: pesquisar os vínculos com os colegas de turma e com a escola, sentimentos vividos na sala, expectativas.

Procedimentos: desenhar você e seus colegas de turma; depois de feito, pedir para indicar os nomes e as idades, pedir comentários sobre a situação apresentada, sobre o que ocorre na sala de aula ou o que gostaria que ocorresse. Pode dar um título, inventar uma história.

Indicadores: além dos espaciais já vistos no exemplo 1 e pertinentes nessa situação, analisar o caso relatado do paciente para os colegas, dele para o professor, a turma selecionada.

A proposta pode ser ampliada para: você e seus colegas no recreio, na aula de Educação Física, na biblioteca, no laboratório, numa festa da escola etc.

A planta da sala de aula: é de uso corrente entre professores e psicopedagogos.

Objetivo: pesquisar a representação do “campo geográfico” (o material) e o “campo psicológico” (relações afetivas) da sala de aula, as posições reais dos alunos e a desejada pelo paciente.

Procedimentos: desenhar a planta da sua sala de aula, indicando seu lugar e o de seus colegas. Pedir comentários sobre a disposição dos alunos na sala, quem define os lugares e por quê. Outras perguntas adequadas ao momento. A proposta pode ser modificada e ampliada para a planta do pátio de recreio, da área de esportes, da biblioteca, do laboratório de informática, o caminho que você percorre da entrada da escola até sua sala, de sua casa até a escola etc.

Indicadores: além dos espaciais já vistos no exemplo 1, analisar os comentários sobre a turma, os lugares, a escolha do próprio lugar, desejos e rejeições.

A mesma estrutura de trabalho poderá ser usada no desenho da *planta do bairro*, *planta da casa* em que mora no momento, pedindo-se nome dos cômodos, pessoas da família atual, outras ligações, local de estudo, local de livros, local de encontro da família. Se a casa da mãe for separada da do pai, oportunamente complementar esta investigação com a “outra casa”, mantendo uma estrutura aproximada.

Se o paciente gostar de desenhar, será possível estender a ideia para outras propostas, como: “desenhe seu local de estudos”, “desenhe onde ficam seus livros”, “desenhe seu quarto”, “desenhe o *playground* do seu edifício e os amigos do prédio”.

Desenho em episódios: proposta de Elza Schmid Kitsikis.

Objetivos: pesquisar as relações afetivas e sociais, em seus significados e nas representações temporais e espaciais.

Procedimento: desenhar quatro momentos diferentes do seu dia desde o instante em que acorda até a hora de dormir. Deve ser um dia sem aula, domingo, feriado ou férias. Dobrar uma folha, tamanho ofício, em quatro partes, ou trabalhar com quatro meias folhas. Depois do desenho, pedir que fale sobre o que está acontecendo em cada quadro, seu significado. Podem ser feitas perguntas esclarecedoras em cada caso particular.

Indicadores: espaciais de acordo com o exemplo 1, sequência temporal, sequência lógica, coerência entre as cenas. O tema escolhido em cada cena, as relações afetivas e sociais, a escolha de cada pessoa e dos lugares.

Esta proposta pode ser modificada para *um dia festivo, minhas férias, a história do meu esporte, a festa de que eu mais gostei, cenas da minha vida de que eu mais gostei* e outras, dependendo da história escolar e de vida levantada na anamnese⁴⁴ e também do prazer em desenhar *já revelado*.

44 Capítulo 6, p.65.

Família educativa: proposta de Jorge Visca baseada na prova gráfica da *família quinética* em que se pede para desenhar *uma família* fazendo alguma coisa, alguma atividade.

Objetivos: pesquisar as relações de aprendizagem dentro da família, o *Modelo de Aprendizagem* que os diferentes membros possuem e transmitem.⁴⁵

45 Capítulo 2, p.35.

Procedimentos: pedir que o paciente desenhe *a sua família* fazendo o que cada um sabe fazer. Sugerir que dê a idade das pessoas, os nomes, o que cada um está fazendo, se costuma ensinar ou não, como o faz. O que aprendeu ou gostaria de aprender com essa pessoa. Pode contar uma história, dar um título.

Indicadores: espaciais de acordo com o exemplo 1, as idades, pessoas escolhidas, as relações entre si e com o paciente, as atividades realizadas e os objetos usados. Retirar outras informações que possam ser relacionadas com dados da anamnese⁴⁶ e outros obtidos através dos diversos instrumentos usados.

46 Capítulo 6, p.65.

Na situação bastante comum de pais separados, de novos casamentos e novos irmãos, é interessante analisar o desenho da “família eleita” pela criança, conversar mais sobre essa escolha. Pode surgir uma oportunidade e a criança falar sobre a “outra família” e se dispor a desenhar novamente.

Desenho de animais: para crianças que rejeitam o desenho da figura humana, peça para desenhar Família de Animais, Escola de bichinhos, Festa da bicharada, Uma briga entre os animais.

Uso da informática: Dependendo das características do paciente, de seu engajamento na proposta, de rejeição ao grafismo ou de maior interesse pela informática, essas propostas poderão ser feitas usando o computador com o auxílio de diferentes programas: de desenho, de carimbos, de cenários, de edição de textos e outros mais.⁴⁷

47 Capítulo 10, p.131.

É preciso considerar que algumas situações, aparentemente sem um estímulo dirigido propositalmente para um contexto de aprendizagem, podem, ao aparecer, tocar intensamente no “mundo interno”

do paciente, em representações significativas para os seus vínculos positivos ou inadequados em relação à aprendizagem escolar, desencadeando reações imprevisíveis. O que o paciente aponta pode não ter sido pensado pelo autor de determinada prova projetiva, não fazer parte dos manuais de avaliação; no entanto, fornece dados preciosos para a avaliação psicopedagógica, sendo significativos dentro da história de vida daquele sujeito em particular. Por exemplo, nos clássicos CAT e TAT, vistos anteriormente, obtive respostas: “A mãe canguru olhava ele aprendendo a andar de bicicleta”, “O cachorrinho teimou, ele sabia e fez o xixi no chão”, “O galo ensinou o pintinho a comer”, “O ratinho ficou descobrindo tudo do leão”, “A macaca falou escondido, baixinho, que ele não sabia pular”, “A mãe estava espiando na porta pra ver se ele estava estudando direito”. *Todas as respostas trazem uma relação de aprendizagem e, conforme a situação do paciente, poderão dispensar o uso futuro de provas projetivas psicopedagógicas.*

Após a breve exposição de provas e testes, gostaríamos de reforçar a posição inicial do capítulo de que o sujeito precisa ser sempre compreendido em sua totalidade. Os testes não podem ser usados, apenas, dentro dos limites propostos nos seus objetivos, mas, sim, analisados como dados que *permitem diferentes perspectivas na compreensão integrada de nosso paciente.*

Como tenho repetido, outros testes e provas podem ser aplicados quando houver suspeita de algum tipo de organicidade. Nesses casos, após o aprofundamento de sua avaliação, o psicopedagogo pode solicitar exames complementares a outros profissionais como fonoaudiólogos, psicomotricistas, psicólogos, pediatras e neurologistas para *encerrar a sua avaliação com uma visão multidisciplinar que se torna indispensável em alguns casos.*⁴⁸

48 Capítulo 13, p.149.

Simetizando o diagnóstico:

Queixa.

Hipótese.

EFES.

Hipóteses.

Anamnese.

Hipóteses.

Novos instrumentos:

Sessão Lúdica Centrada na

Aprendizagem.

Avaliação pedagógica.

Provas e testes.

Hipóteses.

10 Uso da informática no diagnóstico psicopedagógico

Temas abordados:

Função da informática no diagnóstico.
Exemplos de uso do computador.
Observação e avaliação das condutas do sujeito.
Integração dos dados obtidos.

1 Capítulo 7, p.75.

2 Capítulo 5, p.53.

“O computador me assusta...”
Terapeuta

“Eu sei trabalhar no computador.”
Paciente

“Eu sei trabalhar no computador, mas não muito”, falou Breno (12 anos, 7º ano, baixíssimo rendimento escolar), no início de uma atividade lúdica,¹ na primeira sessão diagnóstica.² “O que você quer fazer?”, perguntei. “Jogos”, respondeu. Propus um conjunto de jogos sob a forma de desafios (Megalogo). Breno iniciou o primeiro, clicando aleatoriamente, sem observar a tela e refletir sobre a proposta apresentada. O problema consiste em escolher entre pedaços de trilhos retos (horizontais e verticais) e curvos (côncavos e convexos), a fim de preparar um caminho para o trem se deslocar para a estação, em patamar superior ao ponto de partida. O grau de dificuldade vai aumentando em função da diminuição da oferta de pedaços de trilhos e do acréscimo de obstáculos como: árvores e edifícios.

Breno desistia do jogo, diante da mais leve dificuldade, não refletindo sobre o que estava fazendo ou o que precisaria fazer. As respostas eram aleatórias, causadas pelo uso do *mouse* através de movimentos descontrolados. Propus que tentasse outros desafios do mesmo *software*, e a atitude foi a mesma. É importante ressaltar que estas situações-problemas são bastante atraentes, mas realmente fáceis para a idade de Breno. Pediu para ver outros *softwares*. Sempre que surgia a primeira dificuldade ou, exigência de um procedimento mais elaborado, a sua atitude de recuo ou desistência era a mesma.

Ao final da sessão, ficaram claros os seguintes pontos, em relação à conduta de Breno: baixa resistência à frustração gerando a impossibilidade de lidar com o erro e a desistência da tarefa ante a dificuldade; grande ansiedade ao enfrentar situações novas causando a desorganização da conduta; uso de mecanismos de defesa como agressão, deslocamento e fuga da situação; falta de reflexão perante situações problemáticas levando à falta de estratégia adequada para a solução do problema.

Relembro o caso de Antônio (9 anos, 4º ano, baixo rendimento em Comunicação e Expressão) que no início do diagnóstico deenhava, com hidrocores, cenas de guerra e batidas de carro. Ele nunca havia trabalhado com computador, e ficava entusiasmado com a possibilidade de fazê-lo. Propus a utilização de um *software* de composição de histórias (*storybook*) usando três linguagens: plástica, musical e escrita. Aprendeu com grande facilidade o uso da máquina e as especificidades do programa proposto, passando a explorá-lo e

3 Capítulo 9, p.122.

a obter resultados muito melhores que os meus. Em dez minutos, começou a compor o seu primeiro livro de histórias. Apareceram nas diferentes telas criadas por ele (cenários, personagens, cenas, cores e sons): monstros pré-históricos em luta, desastres com carros e acidentes em cavernas. Os elementos projetivos surgidos eram semelhantes aos que apareceram no grafismo espontâneo.³

4 Capítulo 8, p.99.

Antônio projetou, no trabalho realizado com uso do computador, todas as suas ansiedades, medos e raivas de forma mais rápida e elaborada do que seria possível com a utilização de outros instrumentos, com a diferença ainda de ter ficado tão motivado que não desejava parar de compor histórias e seus “livros” surgiram como projetos de maior complexidade do que os desenhos isolados que fizera no papel. A elaboração da história (“texto”), através das diferentes cenas, era perfeita, enredo bom, sequência de fatos correta e partes formadoras: começo, meio e fim perfeitamente identificáveis, entretanto, o texto escrito em cada página era pobre, não refletia as possibilidades reveladas por ele, na atividade de composição de história.⁴

5 Capítulo 8, p.99.

Deste trabalho com a informática pude concluir, em relação a Antônio, que possuía:

- 1 Excelente raciocínio lógico, bom foco de atenção, rápida memorização, boa percepção de detalhes.
- 2 Grande criatividade, com riqueza de detalhes, rapidez na tomada de decisões, desejo de produzir e aprender.
- 3 Vínculo inadequado com a escrita (verdadeira rejeição), erros ortográficos, de pontuação e falhas na construção de orações. Apareceu, com clareza, a discrepância entre a riqueza da linguagem oral e a pobreza da escrita.⁵

6 Capítulo 8, p.101.

Um terceiro exemplo reforça o que já foi dito: Joana (10 anos e 8 meses, 5º ano, dificuldade específica em Matemática) pergunta, já na primeira sessão: “Quando vou poder usar o computador?” Na segunda sessão, apresentei-lhe diferentes *softwares* pedindo que escolhesse aquele que desejasse: “Quero um jogo que tenha Matemática”, falou. Utilizamos um que apresenta problemas sob a forma gráfica, seguidos de contas simples ou pequenas expressões.⁶ Embora as brincadeiras matemáticas fossem realmente fáceis para seu ano escolar, Joana não conseguia acertar, por não ter rapidez em cálculo mental elementar, não ler corretamente as instruções indispensáveis, ficar ansiosa esquecendo a questão proposta, abrindo e fechando as telas, com movimentos bruscos, sem tempo para racio-

cinar sobre o que via. Nesta sessão, observei: a sua dificuldade em leitura informativa, a lentidão no raciocínio matemático, o processo decisório muito vagaroso nesta situação e a perda de resposta correta já obtida, quando aumentava a ansiedade.⁷

7 Capítulo 8, p.98-101.

Na sessão seguinte, Joana escolheu um programa de composição de histórias em quadrinhos (quadrinhos da *Turma da Mônica*). Pude observar que selecionava com facilidade e rapidez os cenários e personagens, produzindo logo a seguir os textos dos diálogos.

Ficou evidente que o chamado “bloqueio” só acontecia quando apareciam situações matemáticas escolares, que o raciocínio lógico era excelente, sendo capaz de bom nível de produção em outras atividades.

Acredito que, com estes três exemplos, tenha demonstrado as possibilidades do uso da informática como mais um recurso no processo diagnóstico. No entanto, exige um mínimo de conhecimento, de habilidade e oportunidade no uso, e o aperfeiçoamento na observação da conduta do sujeito. O computador poderá ser bem utilizado, por exemplo, nas *Sessões Lúdicas Centradas na Aprendizagem*⁸ e/ou no momento de *Avaliação Pedagógica*⁹ (leitura, produção de texto e Matemática) e, assim, serem obtidos dados sobre o funcionamento cognitivo e emocional, a postura corporal e as condições pedagógicas do sujeito.

8 Capítulo 7, p.77.

9 Capítulo 8, p.95.

Evito dar ao uso do computador qualquer conotação pedagógica, ou mesmo escolar; proponho um trabalho de forma lúdica, como desafios e jogos para escolha da criança ou do adolescente. Em momento posterior, apresento outros *softwares* mais adequados ao que desejo pesquisar. *É preciso evitar que o uso do computador se transforme numa brincadeira repetitiva, sem nada proporcionar para as observações diagnósticas.*

Início esse trabalho, vindo, em primeiro lugar, o nível de autonomia no uso do computador: se já o conhece, se liga sozinho as diferentes partes, se domina o uso do *mouse*. É preciso correr o risco de prejuízos materiais em função dessa independência. Posso afirmar que já fui obrigada a recorrer ao técnico de computador após terminar um diagnóstico.

No segundo momento, após o “quebra-gelo” seleciono o *software* mais conveniente para o momento e o sujeito, como: um produtor de histórias ou de revistas em quadrinhos, jogos matemáticos, produtor de desenhos, histórias cantadas e jogos diversos.

As situações problemáticas surgidas durante o uso do próprio computador, aliadas àquelas que são propositamente previstas

nos objetivos de cada *software*, permitem observações de diferentes aspectos da conduta do sujeito, com predomínio ora no cognitivo, ora no afetivo ou ainda, deixando claras as interligações sempre existentes nos dois. Assim, são possíveis observações sobre o sujeito:

- 1 Níveis de solução de problemas.
- 2 A forma, o estilo dele enfrentar situações novas.
- 3 A lógica usada na busca de uma solução.
- 4 O nível de atenção e o foco na tarefa.
- 5 A memorização de comandos novos e das sequências funcionais.
- 6 O percurso que faz errado e como elimina o erro.
- 7 O grau de persistência nas tentativas.
- 8 O erro paralisante e o erro como estímulo para buscar novos caminhos.
- 9 A aceitação ou a rejeição das atividades propostas.
- 10 O desejo e a determinação em produzir.
- 11 As ansiedades e medos diante da tarefa proposta.
- 12 O processo decisório, de escolha (o tempo e a forma: aleatória ou refletida).
- 13 A exploração, ou não, das possibilidades do *software*.
- 14 Os desenhos selecionados, os abandonados e os rejeitados.
- 15 Os cenários e personagens escolhidos, modificados e rejeitados.
- 16 O nível de resistência à frustração, por não atingir a meta planejada.
- 17 Como lida com o sucesso ou o fracasso.

Alguns testes de avaliação do desempenho da inteligência não dão conta desta gama de possibilidades e estratégias de pensamento que crianças e adolescentes revelam perante o uso do computador.¹⁰ Por outro lado, observa-se que o mecanismo projetivo inconsciente que ocorre nos testes como HTP, CAT ou nas provas projetivas psicopedagógicas é o mesmo que ocorre ante os estímulos que surgem nas propostas apresentadas no computador.¹¹ É só saber esperar e dar o tempo e a oportunidade que o sujeito necessita. *O uso da informática não substitui todos os instrumentos formais propostos ao longo deste livro, funciona como uma complementação rápida e eficiente.* As observações feitas devem ser interligadas aos dados obtidos por meio de outros recursos para a construção da imagem final do sujeito, a ser trabalhada na entrevista de devolução.¹²

É preciso que o terapeuta tenha clareza em relação aos pressupostos teóricos que utiliza na orientação do diagnóstico psicopedagógico, para poder trabalhar com qualquer instrumento, dentro

10 Capítulo 9, p.114.

11 Capítulo 9, p.120-124.

12 Capítulo 11, p.137.

de uma diretriz precisa e tirar conclusões na busca dos verdadeiros indicadores da existência de problemas de aprendizagem escolar. Nesta direção, torna-se fundamental a compreensão da função da informática no desenvolvimento e enriquecimento do pensamento de crianças e adolescentes, assim como o entendimento do funcionamento afetivo que está articulado com esse processo. Assim, estamos preconizando o uso mais amplo do computador.

Torna-se fundamental que o terapeuta possa usar, com segurança e eficiência, os novos instrumentos oferecidos pelo progresso constante da tecnologia da informação.



Sintetizando o diagnóstico:

Queixa.

Hipótese.

EFES.

Hipóteses.

Anamnese.

Hipóteses.

Novos Instrumentos:

Sessão Lúdica Centrada na Aprendizagem.

(Uso da informática.)

Avaliação Pedagógica.

(Uso da informática.)

Provas e testes.

(Uso da informática.)

Hipóteses.



II Devolução e encaminhamento

Temas abordados:

Significado da devolução.

Organização dos dados.

Forma de apresentação:

síntese do processo.

Resistências existentes.

Formas de devolução.

Encaminhamento.

“Tomei um calmante para fazer a anamnese e o dobro para fazer a devolução.”

Psicopedagoga

“Estou ansiosa para saber o que você achou.”

Mãe

Estas palavras, em epígrafe, de uma profissional em supervisão e de uma mãe, me levaram a detalhar aspectos da entrevista de Devolução, como um meio de levar à reflexão sobre a importância desse momento. É preciso lembrar que há coisas comuns numa relação terapêutica, qualquer que seja o paciente ou o profissional, e por essa razão relacionamos a seguir alguns pontos básicos dessa entrevista.

Devolução

Devolução é uma comunicação verbal feita ao final de toda a avaliação, em que o terapeuta relata aos pais e ao paciente os resultados obtidos ao longo do diagnóstico. É uma *análise da problemática*, seguida de *sínteses integradoras*, que devem ser repetidas sempre que sejam acrescentadas novas informações, e de algum modo se rearrumando a situação no sentido da diminuição das resistências.

Não é suficiente apenas apresentar conclusões; é necessário aproveitar esse espaço para que os pais assumam realmente o problema em todas as suas dimensões, o que significa compreender os aspectos inconscientes ou latentes da questão, em lugar de se fixarem apenas no aparente, facilmente visível.

No caso de crianças, é necessário que se faça algum tipo de devolução no nível de compreensão da idade. Somente assim não lhes ficará a sensação de que algo lhes foi tirado, de que não há segredos entre o terapeuta e os pais, de que o terapeuta os traiu.

A *entrevista de devolução* não é um momento isolado do diagnóstico, mas uma parte de um processo iniciado com o primeiro contato telefônico,¹ parte de um *continuum* que se prolonga no tratamento. Pelas suas características de ser a apresentação do resultado de uma investigação, ela é também geradora de muita ansiedade para o terapeuta, o paciente e os pais. Uma nova relação se formou entre

1 Capítulo 3, p.45.

essas pessoas, sobre uma questão que traz aspectos explícitos, por um lado, e implícitos ou inconscientes, por outro: “Por que eu não aprendo?”, “Por que meu filho não aprende?”.

2 Capítulo 4, p.48.

A *queixa*² pode ser verbalizada repetindo expressões faladas na escola, mas, na realidade, há questões não explicitadas que mobilizam o paciente e seus pais, e que às vezes aparecem ao longo do diagnóstico e que, de algum modo, ficam em suspenso até o momento da devolução. Assim, citando algumas situações: “Eu tenho um irmão de 34 anos que é inteligente, mas nunca aprendeu nada direito, não parava em escola alguma; eu tenho medo que meu filho tenha a mesma coisa do tio”, “Minha mãe disse para eu vir com você pra ver por que eu não presto atenção na escola, mas eu não sou maluco que nem meu primo; ele é maluco, eu não”. Ficam evidentes nessas falas as fantasias que chegam ao momento da *devolução*, e que estiveram presentes durante todo o processo diagnóstico. É preciso levar em consideração não só as *fantasias de doença*, mas também as *defesas* que a família utiliza para não penetrar no que é falado. Nas situações em que aflorem *resistências*, é preciso não transformar a devolução num duelo entre terapeuta e família na busca do que cada um considera válido ou verdadeiro. É preciso que circule muito afeto para que todos sintam o desejo de recolocar suas dúvidas, sentimentos de confusão, para que eles possam afetuosamente ver trabalhados e repensados os sentimentos de culpa. A mobilização, obviamente, diante desta situação, não é apenas da família, mas também do terapeuta, e deve ser repensada pelo terapeuta em sua própria supervisão. Procuro organizar os dados sobre o paciente em três grandes áreas:

- 1 Pedagógica.
- 2 Cognitiva.
- 3 Afetivo-social.

Posteriormente, vou selecionando o que usar no diálogo, qual a ordem em que falarei, a quais pontos darei mais ênfase, quais os pontos que, nesse momento, ainda precisarei complementar. Tenho assim um *roteiro anotado* com o que considero essencial, e que modifico em função das ocorrências durante a sessão.

3 Capítulo 4, p.48.

Início sempre a entrevista recordando a *queixa inicial*:³

“Você lembra por que a escola pediu para você vir conversar comigo?”

Ou:

“Vocês estão lembrados do que me disseram sobre as questões que a escola levantou?”

A seguir, faço uma síntese dos procedimentos adotados ou peço ao paciente que relembre o que fez durante as sessões:

“Você lembra as coisas que fez aqui comigo?”

É comum responderem:

“Sei sim, brinquei, você jogou comigo, desenhei, fiz aquele negócio de quebra-cabeça e código secreto [WISC], li, escrevi...”⁴

Ou:

“Fiz aqueles desafios [provas do operatório formal, testes, redação...].”⁵

Quando sou eu a lembrar para os pais, digo:

“Procurei verificar aspectos pedagógicos: leitura, escrita, o raciocínio matemático etc., como pensa e resolve questões nos testes, como se sente como pessoa, quais as ligações da sua afetividade com a produção intelectual...”

Após esse momento, toco nos *aspectos mais positivos do paciente*, nos aspectos que levam à valorização do que faz melhor, nas relações desses pontos com a perspectiva de melhoria escolar ou de seu futuro em geral. Esse momento é importante para a *reformulação da autoimagem* e de avaliações distorcidas feitas pelos pais:

“Você faz um desenho excelente.”

“Você tem grande criatividade para elaborar histórias.”

“O raciocínio matemático que você me mostrou é muito bom.”

“Você respondeu a desafios muito acima da sua idade.”

“Você não tem nenhum problema intelectual, fez bem todas as questões que indicavam o funcionamento da sua inteligência, parece-me que você pode escolher qualquer profissão...”

Em diferentes perspectivas teóricas da Psicologia é estudado o problema do *baixo autoconceito*, e da *baixa autoestima* como elementos bloqueadores do movimento dos indivíduos em busca de novas condutas e de novas conquistas. O importante é localizar de onde vem esse sentimento através das entrevistas de anamnese⁶ e das provas projetivas em geral⁷ e, no momento da *devolução*, tocar nesse aspecto tentando produzir um início de movimento.

Continuando a entrevista, analiso os aspectos que estão realmente causando a problemática na aprendizagem ou apenas na produção escolar. Finalizo fazendo as *recomendações e indicações* necessárias. As *recomendações* referem-se aos âmbitos familiar e escolar: troca de turma ou de escola, mudança na forma de a família comportar-se em relação ao paciente, como a professora poderia agir, em síntese, uma *orientação geral*.

As *indicações* referem-se aos atendimentos que se fazem necessá-

4 Capítulo 8, p.98-98.
Capítulo 9, p.114.

5 Capítulo 9, p.105.

6 Capítulo 6, p.65.

7 Capítulo 9, p.124.

rios: psicopedagógico, psicoterápico, fonoaudiológico, terapêutico-familiar, aulas particulares etc. É importante explicar em que consiste o atendimento proposto: quais as suas características, atividades a serem desenvolvidas, sua frequência habitual e a relação com a problemática encontrada.

8 Capítulo 6, p.65.

A dificuldade da *devolução* não está apenas num relato organizado resultante do processo diagnóstico, mas principalmente na grande mobilização emocional que deflagra nos pais, o que já vem acontecendo desde a *anamnese*.⁸ Assim, é comum encontrarmos esse fato na polarização feita entre causas orgânicas e causas emocionais. Recordo o pranto comovente de um pai médico que me disse:

“Agora não adianta mais negar, tenho que aceitar que houve alguma coisa nesse parto com sofrimento que alterou minha filha...”

E de uma mãe que negava qualquer possibilidade de uma etiologia exclusivamente emocional oriunda da dinâmica familiar e que me disse: “Você me desculpe, mas vou levá-la a um neurologista porque ela só pode ter uma coisa física, pois nós fazemos tudo por ela, lá em casa não há problemas.”

A mobilização não é apenas da família, é também do terapeuta. É preciso que este passe com carinho o interesse em fazer desse momento a revisão do caminho percorrido.

Algumas vezes, após grande mobilização com a *devolução*, os pais começam a trazer fatos novos que ajudam a esclarecer pontos que permaneciam obscuros.

Cid, 8 anos, sempre desenhava uma pessoa deitada na cama, fato para o qual aparentemente não havia explicação em sua história de vida, contada pelos pais, e que ele próprio não conseguia esclarecer. Soube, nos minutos finais da *entrevista de devolução*, já com os pais se levantando para sair:

“Vou dizer uma coisa para a senhora: eu sou alcoólatra, fico às vezes arriado na cama dia e noite.”

9 Capítulo 9, p.105.

Voltamos a conversar sobre os sentimentos e preocupações de Cid expressos através das provas projetivas.⁹ Foi a *circulação de afeto* que possibilitou esse novo momento de abertura.

Algumas vezes tive que lidar com faltas sucessivas dos pais à entrevista de *devolução*. Percebi que estes desejavam adiar ao máximo esse momento, pois estava difícil lidar com os objetos persecutórios dessa situação ligados ao negativo do *diagnóstico* e do *prognóstico*. É preciso dar a eles o tempo de que necessitam para diminuir seu medo de ouvir e também ampliar ao máximo a *atitude afetiva de acolhimento*, de compreensão por parte do terapeuta.

A inexperiência do terapeuta pode, algumas vezes, precipitar o momento da *devolução* ou mesmo condensar demais as informações de modo que não haja tempo para uma elaboração – tanto quanto possível – tranquila por parte dos pais. Em algumas situações, faço várias sessões de *devolução* e discussão do *encaminhamento*.

A *construção da devolução* com os pais e o paciente é fundamental na aceitação das *indicações*, quando são necessárias. Deve-se evitar a quebra da continuidade do atendimento, pois o final do diagnóstico é a porta de entrada de um atendimento que se inicia com o mesmo terapeuta ou com outro. O importante é que a mobilização ocorrida não desapareça, mas seja o “gancho” para começar uma nova fase. Afeto e conhecimento ficam intimamente ligados.

Sugiro diferentes formas de fazer a *devolução*:

No consultório

- 1 Inicialmente só com o paciente e depois com os pais. Comumente essa forma ocorre com os adolescentes que desejam discutir seu próprio caso sozinhos e depois que se converse com os pais.
- 2 Inicialmente só o paciente e depois novamente o paciente junto com os pais.
- 3 A entrevista transcorre desde o início com o paciente e seus pais.
- 4 No caso de pais separados, as situações variam de acordo com o nível de entendimento ou conflito entre eles e a existência ou não de novos companheiros que estejam envolvidos com o paciente.

Na escola

- 1 Somente com o elemento da equipe escolar.
- 2 Com o paciente e o elemento da equipe escolar.
- 3 Com o paciente, seus pais e o elemento da equipe escolar.
- 4 Com os pais e o elemento da equipe escolar.

A escolha da forma mais adequada é pensada a partir das relações que percebo de aceitação ou negação, por parte dos pais, e das formulações feitas pela escola.

Procuro sempre fazer a *devolução* para os pais juntos, evitando a situação, muito frequente, em que “problemas escolares são com mãe e o pagamento das sessões com o pai”, ficando este sem engajamento afetivo com a situação. No caso de pais separados, quando não aceitam a hipótese de sessão conjunta, faço as duas sessões sepa-

radamente, deixando a critério do paciente comparecer a ambas ou apenas a uma, junto com quem preferir.

10 Capítulo 2, p.35.

Finalmente, é preciso que a devolução se encerre clarificando o *Modelo de Aprendizagem* do paciente e de sua família,¹⁰ suas facetas saudáveis e suas dificuldades, bem como as possibilidades de mudança na busca do prazer e eficiência no aprender.

Encaminhamento

No final da *devolução*, quando surge a necessidade de um atendimento, uma nova questão se impõe: como fazer o *encaminhamento* quando outro profissional assumirá o paciente? Sempre que é possível, promovo um encontro com os pais, o paciente e o novo terapeuta e assim tento fazer a passagem nessa reunião conjunta.

Muitas variáveis interferem no encaminhamento:

- 1 O tipo de problema encontrado.
- 2 A idade do paciente.
- 3 As questões familiares.
- 4 O nível de aceitação do paciente e dos pais.
- 5 A confiança dos pais nas diferentes formas de tratamento.
- 6 O tipo de escola.
- 7 O local de residência.
- 8 Os recursos financeiros disponíveis.

Quando os pais me solicitam a indicação de nomes de profissionais, procuro-os em função dos critérios já expostos.

Faço um primeiro contato para ver sua disponibilidade, em função da síntese do caso. Posteriormente posso ter uma entrevista conjunta com o novo profissional e a família, como já expus, ou apenas uma conversa com o novo terapeuta para aprofundar a discussão sobre o caso.

Como o diagnóstico psicopedagógico é procurado por pacientes de diferentes níveis socioeconômicos, torna-se necessário que se tenha, além de um fichário com nomes de profissionais, uma *listagem de instituições particulares e públicas* que façam atendimentos de diferentes tipos e com diversidade de formas de pagamentos, ou gratuitos, para que o diagnóstico não tenha apenas a função de levantar questões e abandoná-las a seguir, sem nenhuma tentativa de solução posterior.

Um problema importante surge quando há necessidade de encaminhamento para vários atendimentos. Esta situação, que inclui

a possibilidade de atendimentos simultâneos ou sucessivos, deve ser pensada pelo terapeuta e discutida com a família, pois levanta questões como:

1 A realidade socioeconômica só permite um atendimento de cada vez.

2 Atendimentos simultâneos podem submeter o paciente a enquadramentos diferentes, exigindo recursos diversos.¹¹

3 O reforço na ideia de doença, e não na de saúde. Transformar o paciente em um “cabide” de profissionais é aumentar, para ele, a visão de que “eu sou doente”, “eu sou diferente”. Tal fato é inquestionável apenas no caso de deficiências físicas gerais e neurológicas, que têm sua especificidade própria, e cuja discussão foge ao âmbito desse trabalho.

11 Capítulo 13, p.149.

Os problemas escolares criam na família um mal-estar no campo social, daí muitas vezes se priorizar o atendimento psicopedagógico, que tentará resolver um ponto de urgência, melhorando as questões relacionadas a esse aspecto. O tratamento psicopedagógico poderá contribuir, de um modo geral, para a mais rápida superação do sintoma na área escolar. Nessa visão, antes da alta nesse atendimento, começa-se a trabalhar, por exemplo, o início do tratamento psicoterápico. Desse modo, evita-se um possível *deslocamento do sintoma* e ainda se fortalecem as aquisições feitas durante o atendimento psicopedagógico. Iniciando-se pelo tratamento psicoterápico, obtêm-se excelentes resultados, como, por exemplo, quanto à melhora da comunicação e integração em diferentes grupos, mas sem modificar a curto prazo o quadro de fracasso escolar.

A estratégia na *seqüência dos encaminhamentos* deve ser cuidadosamente refletida em função das diversas variáveis já enumeradas. Por exemplo, no caso de Paula (14 anos, ainda na alfabetização), que, além de deficiência mental, apresentava problemas de aprendizagem e outros quadros emocionais graves oriundos da dinâmica familiar, foi indicada, em primeira instância, terapia familiar, a seguir, um atendimento psicopedagógico e, finalmente, sendo ainda necessária, a psicoterapia. O quadro familiar impedia qualquer avanço de Paula: a mãe negava o problema, afirmando que, com o tempo, ela atingiria um grau de normalidade no desempenho, ao passo que o pai se desesperava, lastimando-se permanentemente. Esta hierarquização foi feita porque era necessário em primeiro lugar romper a “couraça” familiar impeditiva, uma vez que só possuíam recursos financeiros para um atendimento de cada vez.

Procuro fazer uma forma de *follow-up*, acompanhando o paciente até sua alta, quando ele passa a ser atendido por outro profissional. Somente através do acompanhamento do processo terapêutico, podemos ter uma avaliação das hipóteses que levantamos ao final do diagnóstico. Essa apreciação das hipóteses feitas é que me permite reavaliar, aperfeiçoar e aprofundar minhas estratégias diagnósticas. Após o término da *devolução*, na maioria das vezes, é necessário entregar à família, à escola ou a outros profissionais um documento sintetizando o trabalho realizado durante o diagnóstico psicopedagógico. Isto é feito através do *informe psicopedagógico* que será detalhado no próximo capítulo.¹²

12 Capítulo 12, p.149.

Sintetizando o diagnóstico:

Queixa.

Hipótese.

EFES.

Hipóteses.

Anamnese.

Hipóteses.

Novos instrumentos.

Hipótese final.

Devolução e encaminhamento.

12 Informe psicopedagógico

Objetivo do informe

Temas abordados:
Objetivo e aspectos
básicos do informe.

1 Capítulo 2, p.35.

Ao final do diagnóstico psicopedagógico, o terapeuta já deve ter formado uma *visão global do paciente* e sua contextualização na família, na escola e no meio social em que vive. Deve ter uma compreensão do seu *Modelo de Aprendizagem*,¹ o que já aprendeu, o que pode aprender, o que interfere no aprender do ponto de vista cognitivo e afetivo-social, que recursos possui, se os mobiliza ou não, que direção tomam seus interesses e motivações na busca do conhecimento.

2 Capítulo 11, p.137.

Costumo fazer um resumo do caso para meu próprio uso na devolução² e posterior arquivo. No entanto, sou solicitada a redigir laudos para instituições que financiam o atendimento, em geral o trabalho dos pais, para outros profissionais e para escolas. O fundamental na *redação do laudo* é *adequá-lo ao solicitante*, por isso jamais redijo a mesma coisa para a tesouraria de uma empresa, para uma escola ou para um psicólogo. O nível de profundidade do assunto, o *resguardo ético da vida do paciente e de sua família* devem ser preocupações nesse momento.

“Eu queria um papel lá
pra escola, pra ‘tia’ que
mandou a gente aqui...”
Mãe

O *laudo* ou *informe* tem como finalidade *resumir as conclusões a que se chegou na busca de respostas às perguntas iniciais que motivaram o diagnóstico*.

Utilizo um pequeno roteiro, que sofre as modificações necessárias, conforme o caso em questão. É apenas um guia e não um formulário a ser preenchido. Essa síntese é, em sua redação, independente da sequência em que foram coletados os dados.

Aspectos básicos

Dados pessoais: nome, data de nascimento, idade, idade no início da avaliação, escola, ano escolar, e nome dos pais.

3 Capítulo 4, p.48.

Motivo da avaliação – encaminhamento: É necessário relatar a *queixa* na visão da família e da escola, quando for o caso.³ Caracterizar o encaminhamento feito para um diagnóstico psicopedagógico pela escola, pediatra, neurologista, psicólogo, e outros.

Período da avaliação e número de sessões: Ao se definir o período de avaliação delimita-se a época do ano letivo em que foi feita, a sua extensão, as interrupções ocorridas, número de faltas e suas causas.

4 Capítulo 5, p.53.

5 Capítulo 7, p.77.

6 Capítulo 5, p.59.

Instrumentos usados: Relata-se os tipos de sessões usadas – EFES,⁴ lúdica,⁵ familiar, EOCA,⁶ dramatização etc.–, os diferentes testes (e seus objetivos) e as diferentes entrevistas.

Análise dos resultados nas diferentes áreas ou domínios: Procura-se fazer um relato descritivo de cada área ou domínio (corporal, pedagógica, cognitiva e afetivo-social), podendo-se incluir ou não resultados de testes, trechos e exemplos das produções do paciente, transcrição de falas etc. *A profundidade dos detalhes colocados dependerá do objetivo do laudo.*

Na *área corporal* é importante situar o uso do corpo em situações diversas, aspectos de normalidade, aspectos da psicomotricidade etc.

Na *área pedagógica*, é importante dar uma visão do nível pedagógico do paciente de forma global e da especificidade nos diferentes campos, como leitura, escrita e cálculo.⁷

7 Capítulo 8, p.95.

Na *área cognitiva*, situa-se o nível da estrutura de pensamento, suas defasagens, seu funcionamento, sua modalidade predominante (mais assimilativo, hiperacomodativo etc.).

Acrescenta-se o observado sobre a capacidade de antecipação, sequência lógica etc.

No item da *área afetivo-social*, pode-se colocar, além dos dados pessoais no nível emocional e relacional e o significado do sintoma para o paciente e para a família, o nível de reação à escola e informações sobre a estrutura familiar:

1 Estrutura familiar: irmãos, posição entre eles, situação dos pais (vivos, falecidos, separados etc.), com quem vive o paciente.

2 Dinâmica familiar (relação entre seus membros, papéis exercidos, comunicação etc.).

3 Posição socioeconômica e cultural da família e sua relação com a aprendizagem familiar e do paciente. Por exemplo: pais analfabetos valorizam a aprendizagem escolar como meio de ascensão social, estimulando sempre o trabalho escolar de x, impedindo-o de faltar às aulas; pais analfabetos, conformados com a situação em que vivem, consideram o filho “burro que nem nós”, sem nenhuma valorização da escola; pais de nível universitário, altamente exigentes quanto à produção escolar de x, realizam cobrança de modo muito rígido, deixando x muito ansioso nas provas.

Síntese dos resultados – hipótese diagnóstica: É a resposta mais direta à questão inicial levantada pela *queixa*.⁸ Faz-se uma síntese do que foi analisado, estabelecendo-se a relação entre as diferentes áreas em função do motivo da avaliação. Esse item é uma reelaboração dos dados e suas interligações, de modo a se ter uma visão global do paciente ante a questão da aprendizagem e/ou da produção escolar e assim formular a hipótese diagnóstica final.

Prognóstico: Relata-se a hipótese final sobre o possível estado futuro do paciente em relação ao momento do diagnóstico. É uma visão condicional, baseada no que poderá acontecer ou não a partir das recomendações e indicações. Se necessário, pode-se fazer referência a indicadores, como, por exemplo, atitude altamente colaboradora, riqueza de expressão simbólica, bom nível intelectual, pedido de ajuda expressa nos testes projetivos etc.

Recomendações e indicações: Sintetizam-se aqui as orientações dadas aos pais e à escola: troca de turma ou de escola, forma de posicionar o paciente em sala de aula, modo de lidar com ele em casa e na escola, reformulação de exigências, atribuição de responsabilidade, revelação de fatos etc. As indicações de atendimento a serem feitas, seja em Psicopedagogia, Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Familiar etc.

Observações: acréscimo de dados conforme casos específicos e o uso do laudo. Exemplos:

- 1 Alguns dados da história de vida.
- 2 Postura do paciente durante a avaliação.
- 3 Recorte de sessões ou testagem.
- 4 Recorte da dinâmica familiar.
- 5 Interferências durante o processo.
- 6 Interrupções.
- 7 Síntese do sistema escolar.
- 8 Análise mais detalhada do tipo de escola (metodologia, exigências etc.).

Sintetizando o diagnóstico:

Queixa.
Hipótese.
EFES.
Hipóteses.
Anamnese.
Hipóteses.
Novos instrumentos.
Hipótese final.
Devolução e encaminhamento.
Informe psicopedagógico.

Exames complementares solicitados pelo terapeuta para complementar o seu diagnóstico, tenham eles sido feitos ou não.



13 Diagnóstico por equipe multidisciplinar

Temas abordados:

O diagnóstico psicopedagógico em instituição.

Operacionalização.

Cuidados e problemas.

DIFAJ.

1 Capítulo 6, p.65.

2 Capítulo 4, p.48.

3 Capítulo 1, p.19.

Nas *instituições*, é comum o diagnóstico psicopedagógico ser realizado por equipe multidisciplinar. Nesses casos, o processo diagnóstico segue caminhos diferentes, conforme a composição da equipe e a entrada do paciente no serviço.

Tenho encontrado instituições em que a anamnese¹ é feita pela assistente social, a seguir o paciente vai para a consulta com o neurologista ou pediatra e depois para a psicóloga, mesmo quando a *queixa inicial*² é um *problema de aprendizagem escolar*.³ Em outra clínica, encontrei a avaliação sendo feita simultaneamente por uma pedagoga (psicopedagoga), uma fonoaudióloga e um psicólogo.

Creio que nesses casos, comuns nas instituições públicas e particulares que atendem a pacientes com dificuldades de aprendizagem, são indispensáveis alguns cuidados como:

Discussão prévia da equipe sobre o que se entende por dificuldade ou problema de aprendizagem, sobre como fazer uma avaliação psicopedagógica, como dividir essa avaliação em etapas, como fazer registros e relatos que possam ser compreendidos pelos demais profissionais da equipe.

Encontros da equipe no final da coleta de dados para uma troca pessoal de observações e resultados, a fim de que possa ser construída uma imagem global do paciente, no que se refere à aprendizagem e ao desempenho escolar.

Sem uma troca pessoal entre os profissionais da equipe, o diagnóstico se transforma numa soma de laudos parciais que nem sempre permitem construir a imagem global do sujeito.

Qualquer que seja o profissional que tenha o primeiro contato com o paciente e sua família, o importante é que, mesmo que este não seja um psicopedagogo, ele possa atuar com uma visão mais ampla, encaminhando ao profissional mais adequado para o caso ou, dentro de seus próprios recursos, intervindo para o andamento do caso.⁴ O fundamental é não desperdiçar a oportunidade oferecida pela instituição de um trabalho mais completo.

A transformação de um conjunto de profissionais em uma equipe atuante seria o primeiro passo para uma visão psicopedagógica do

4 Capítulo 3, p.45.

5 Pichon Rivière, 1983.

diagnóstico e do tratamento. O caminho que me parece mais adequado é o apontado por Pichon Rivière,⁵ com a utilização de grupos operativos tanto na área de saúde como na de Educação. José Bleger explicita:

6 Bleger, 1980.

A estrutura de equipe só se consegue na medida em que se opera. Nesse tipo de reunião operativa haverá espaço para problematizar a própria equipe, a instituição e as questões trazidas pelos pacientes.⁶

7 Bleger, 1980, p.60.

É preciso estar atento para que competições, dificuldades e conflitos dentro da equipe não levem a distorções no resultado do diagnóstico. A afirmação feita por Bleger sobre estudantes poderia ser transposta para o caso dos pacientes:

Os conflitos não explícitos, nem resolvidos em nível de organização institucional, canalizam-se para níveis inferiores, de tal maneira que o estudante torna-se uma espécie de recipiente no qual os conflitos poderão cair ou causar impacto.⁷

Considero essa questão grave e de difícil solução, pois o caminho ideal seria o de discussões iniciais em nível metateórico, teórico e prático. Como exemplo ideal poder-se-ia ter todos os profissionais com uma visão construtivista e interacionista do homem, o que lhes possibilitaria examinar com maior isenção os aspectos orgânicos e psicológicos do problema de aprendizagem, nas interações entre indivíduo e meio social. Somente uma análise do chamado meio, enquanto ambiente social, familiar e escolar, com suas normas, valores, possibilidades e restrições, permitiria uma discussão da equipe, com maior nível de realidade.

8 Capítulo 5, p.63.

Alicia Fernández apresenta uma proposta de diagnóstico feito por equipe interdisciplinar, a que chama de Diagnóstico Interdisciplinar Familiar de Aprendizagem em uma só Jornada (DIFAJ).⁸

9 Capítulo 4, p.48.

O DIFAJ é um modelo de diagnóstico que permite deslocar do paciente identificado o exame da problemática de aprendizagem e colocar a família no foco, para se observar a dinâmica da circulação do conhecimento dentro do grupo familiar e a relação com a queixa⁹ formulada. Desde o primeiro contato com toda a família, já é feita uma intervenção operativa quando é questionado o lugar do saber que é comumente assumido apenas pelos pais.¹⁰

10 Capítulo 3, p.45.

As atividades são realizadas em uma só visita à instituição, na

qual a criança e sua família trabalham durante quatro horas com uma equipe interdisciplinar. Alternam-se profissionais nos vários momentos, e há oportunidades diferentes para toda a família, para o casal, para os irmãos e para o paciente individualmente.

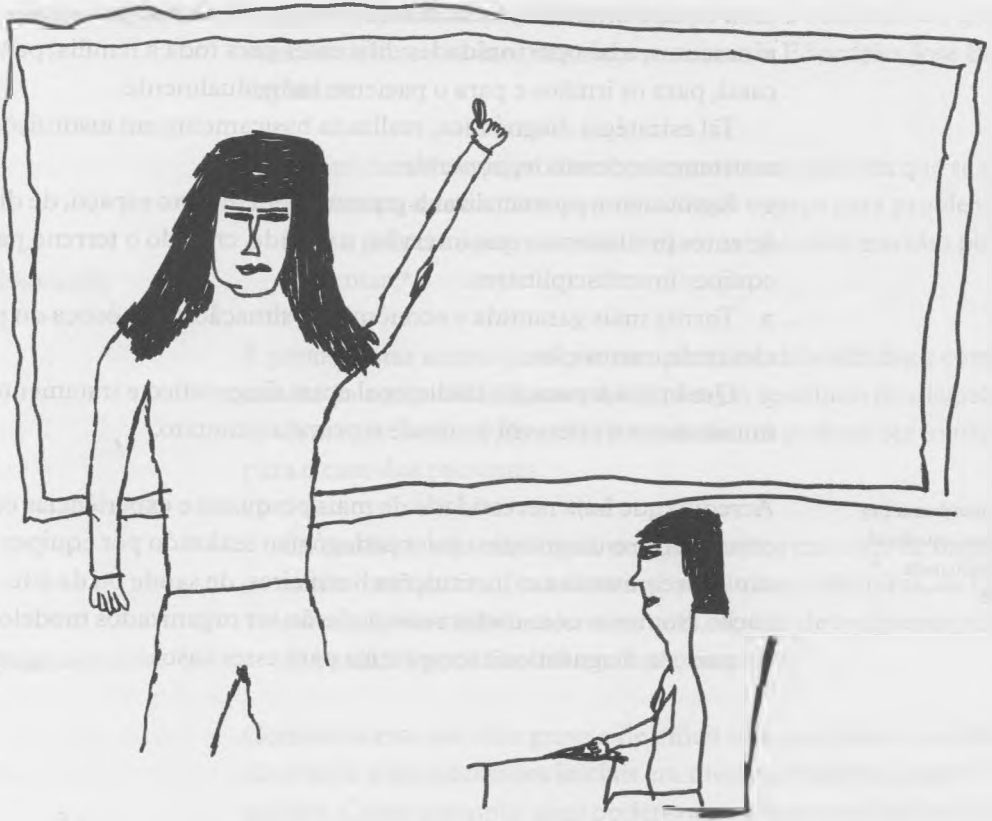
Tal estratégia diagnóstica, realizada basicamente em instituições assistenciais de saúde, pretende:

- 1 Aproveitar e potencializar a presença, em mesmo espaço, de diferentes profissionais que intervêm na saúde, criando o terreno para equipes interdisciplinares.
- 2 Tornar mais garantida e econômica a situação diagnóstica do paciente de instituição.
- 3 Quebrar a separação tradicional entre diagnóstico e tratamento, iniciando-se a intervenção desde o primeiro contato.

“Já me mandaram pra tanta gente, eu não tô entendendo nada...”

Mãe

Acredito que haja necessidade de mais pesquisas e experiências concretas sobre o diagnóstico psicopedagógico realizado por equipes multidisciplinares em instituições brasileiras, de saúde ou de educação. Somente com dados reais poderão ser organizados modelos de atuação diagnóstica e terapêutica para esses casos.



14 Consultório

Temas abordados:

Visão do consultório pelo paciente.

Mobiliário e

objetos de uso.

A sala.

Atividades extrassala.

Caixa de trabalho.

Material de consumo.

Jogos.

1 Capítulo 2, p.43.

O consultório, considerado uma das *constantes* do tratamento, deve permanecer o mais imutável possível. Deve-se evitar a troca de sala, mudança de mobiliário e demais objetos. A constância do espaço terapêutico, com todos os seus elementos, é *estruturante* para o paciente, principalmente para aquele que já passou por sucessivas trocas de casa, de escola ou de profissionais. É preciso proporcionar-lhe algo estável.

Os referenciais *tempo e espaço*, constantes no enquadramento terapêutico,¹ são referenciais para todo ser humano. Por isso é necessário que o paciente saiba de antemão as mudanças que serão feitas no consultório, bem como a troca de sala.

Quando me preparava para mudar de consultório e de prédio, perguntei aos meus pacientes como eles achavam que deveria ser arrumada a nova sala. Estes foram os depoimentos de alguns deles:

“Bem clarinha, com uma mesa grande pra gente botar tudo em cima dela” (Carlos, 7 anos).

“Você tem que fazer dois ambientes: um para botar a mesa, as cadeiras, o quadro (de giz); outro é com almofadões pra gente poder sentar no chão e jogar. Acho que você deve pôr uns enfeites para ficar bonito” (Marta, 12 anos).

“Acho que você tem que ter dois armários: um pra gente poder apanhar os jogos e outro que a gente não pode mexer, só você; é pra guardar as nossas caixas [de trabalho]” (Sérgio, 9 anos).

Creio que as crianças levantaram algumas questões básicas para a estruturação de um consultório de Psicopedagogia:

- 1 Espaço suficiente para diversidade de atividades.
- 2 Claridade, simplicidade, conforto, aconchego, beleza.
- 3 Possibilidade de boa arrumação para o material de uso; funcionalidade.²
- 4 Possibilidade de manter o sigilo quanto aos produtos feitos e aos aspectos da individualidade de cada um.

2 Capítulo 7, p.79.

Partindo da ideia de que não existe diagnóstico isolado de uma ação terapêutica, apresento sugestões de um consultório para atividades psicopedagógicas de qualquer tipo.

A *aparência do consultório* é fundamental na criação de um clima espontâneo de trabalho, no despertar o desejo de conhecer. Não

deverá ser uma réplica da sala de visitas do lar, nem de salas de aula de diferentes escolas. Não é também um consultório de médico ou de psicanalista. É um lugar agradável de trabalho, que possibilita trilhar, de forma prazerosa, diferentes caminhos do aprender. É preciso que o paciente discrimine esse local dos demais que frequenta e que, em sua relação com o terapeuta, ensaie novas condutas do “aprender a aprender”.

“Será que nesse lugar
vou aprender a escrever?”
Paciente

As qualidades objetivas e subjetivas do consultório possibilitarão a construção dos vínculos interno e externo do paciente com ele.

O que será esse *consultório internalizado*? É aquele que existe no mundo interno do paciente como um lugar em que se sente estimulado a aprender, onde poderá falar e viver suas esperanças, medos e dificuldades com a família e a escola. Os aspectos inconscientes da aprendizagem poderão revelar-se e, assim, possibilitar a descoberta dos verdadeiros entraves existentes no processo simbólico e cognitivo do aprender. Poder-se-ia dizer que funciona como um “espaço potencial”³ entre o local das primeiras aprendizagens familiares e o das aprendizagens formais, sistemáticas ou escolares onde estão aparecendo as dificuldades.

3 Winnicott, 1978.

As vivências nesse novo espaço definido formalmente, com características específicas, auxiliam o paciente na total liberdade de agir, dramatizando situações que o constroem, e experimentando o pedagógico.

O *campo geográfico*, assim constituído, pode colaborar na integração da conduta em seus outros campos: *psicológico* e de *consciência*.⁴ Essa integração, à medida que acontece, promove o afastamento das dissociações patológicas da conduta, comum em sujeitos que apresentam dificuldades escolares.⁵

4 Pichon-Rivière, 1982.

5 Capítulo 1, p.19.

Seguem-se alguns aspectos materiais que considero desejáveis no consultório de Psicopedagogia em relação à *sala* e ao seu *equipamento*:

A sala

É desejável que o *chão da sala* seja forrado com material lavável que não junte poeira, seja de fácil limpeza para o caso de queda de tinta, cola etc., e agradável para os pacientes que gostam de trabalhar no chão. Acho interessante que a sala possua *dois ambientes*: um para trabalho dos pacientes, como já foi descrito, e outro que facilite a entrevista com os pais e adolescentes, como um “cantinho” com sofá ou poltronas confortáveis.

Quanto à *decoreção* da sala, acho que deve ser estudada cuidadosamente, pois será elemento para tornar a sala agradável e não um estímulo para dispersão ou para as fantasias do paciente. Penso que, no ambiente específico de trabalho, não se devem acrescentar elementos além dos já citados, para evitar o problema da indiscriminação com relação a outros locais, como já foi citado.

É de grande utilidade ter na própria sala do consultório um *lavatório com água corrente*. Tal peça permitirá aprontar tintas e outros materiais, lavar as mãos sem sair da sala, brincar com água, o que é ao mesmo tempo uma experiência do mundo físico e de valor emocional.

Equipamento

Mesa de tamanho regular com os dois lados vazados para proporcionar maior comodidade e possibilitar posição correta no ato de escrever e desenhar. As dimensões devem permitir o uso de jogos de maior tamanho, de várias folhas de papel e livros simultaneamente, como pode ocorrer numa eventual pesquisa bibliográfica.

Se houver intenção de atendimento em grupo, é preciso planejar o mobiliário visando ao número previsto de participantes.

Acho que os lugares ocupados à mesa pelo paciente e o terapeuta são significativos no processo. Assim, penso que a posição deve ser frontal e não lateral. É preciso que se vejam todas as expressões faciais e corporais do paciente, e que não se tenha uma posição de “intimidade doméstica”. O “olho no olho” é indispensável em casos de desvio emocional.

Quadros de giz e/ou branco com tamanho suficiente para permitir diferentes usos sucessivos, sem necessidade de apagar sempre o primeiro produto feito para permitir uma continuação da atividade. Obviamente, o uso de giz ou canetas de diferentes cores é muito útil. O quadro *imantado* é muito usado.

Armários ou locais fechados para diferentes usos. Guarda as pastas ou *caixas de trabalho* de modo a garantir a preservação do sigilo do material de cada paciente. Algumas crianças sentem-se muito perseguidas quando percebem a possibilidade de seu material ser visto por outros pacientes ou pelos pais.

Guarda de *livros, revistas e jogos* para uso nas sessões. O acesso a esse local deve possibilitar duas abordagens diferentes da questão:

ou terapeuta faz uma seleção prévia do material (jogos e livros) e o deixa sobre a mesa para uso, e assim o paciente não tem acesso a esse local; ou paciente tem fácil acesso ao armário do material, sendo-lhe permitida a livre escolha.

As duas situações deverão ser definidas em função das características de cada tratamento, que, por sua vez, tem base no diagnóstico individual. São exemplos de situações limitadoras (ou definidoras): crianças que necessitam de um tipo específico de jogo (espacial, de cálculo, de leitura etc.).

Outras que precisam ter a margem de escolha limitada a dois ou três jogos ou livros, pois o excesso de material pode paralisá-las, ou confundi-las, uma vez que ainda carecem de certa autonomia, enquanto que a outras este excesso alimentará sua voracidade e instabilidade, visto quererem experimentar todos os jogos disponíveis ao mesmo tempo, não se fixando em nenhum.

Guarda do *material de consumo*: papéis de diferentes tipos (lisos, brancos, folhas coloridas, pautadas, quadriculadas, folhas de papel pardo ou brancas de tamanho grande), tintas, colas coloridas, massa plástica, argila, CD-ROM, *pen-drive* etc.

Caixa ou cesta para colocação de *material de sucata* (caixinhas, fios, latinhas, embalagens vazias de diferentes produtos, pedaços de pano, madeiras, papelão, revistas, jornais etc.).

Considero o material de sucata de grande valia por possibilitar construções dos mais diferentes tipos, desenvolvendo a criação, a autonomia, a tomada de decisão na escolha, diferentes estimativas (consistência, tamanho, forma, cor, uso) do material disponível, o planejamento, o uso de medidas, solução de problemas nascidos da função e junção necessária à construção etc.

Painel, prateleira ou bancada de fácil acesso com alguns tipos de material de uso constante por todos os pacientes, como caixas ou potes fechados com pincéis, tintas, pequenos objetos de plástico (animais, carrinhos, bonecos, letrinhas etc.), ferramentas, hidrocor, lápis de cor etc.

Relógio e calendário são objetos de uso constante nas sessões psicopedagógicas. A necessidade de interiorizar o domínio do tempo, suas divisões, sua sequência com a qual se vive a realidade do dia a dia. Recomenda-se relógio que não seja digital e assim possibilite diferentes raciocínios e estimativas. Por exemplo: “Quanto tempo falta para o ponteiro chegar ao 12 e marcar o fim da sessão?”

6 Capítulo 1, p.19.

Tempo e espaço são variáveis que possibilitam a construção de limites no mundo interno, no externo, material e social. Em torno destas variáveis giram muitas dificuldades de aprendizagem.⁶ Os desencontros no uso do tempo entre o paciente e seus professores, colegas e familiares geram grande ansiedade e angústia, e constituem barreira na aquisição do conhecimento.

No processo diagnóstico, o terapeuta identifica o *ritmo* do paciente, e no tratamento, o paciente vai identificar o seu próprio ritmo, seu andamento e o do outro, para poder lidar com as diferenças e as igualdades.

O trabalho terapêutico busca a interiorização do tempo, em suas diferentes dimensões, e possibilita a construção do sentimento de continuidade que foi interrompido em alguns pacientes. A ideia do enlace entre tempo e continuidade aparece na obra de Winnicott. Este chama atenção para os processos facilitadores do ambiente em relação à maturação, que possibilitam a

7 Winnicott, 1970.

continuidade na transmissão da capacidade de *ser*, como indivíduo de geração para geração. Da capacidade de ser surge a capacidade de fazer – de gerar como indivíduo [...] de criar e recriar o ambiente cultural.⁷

8 Capítulo 10, p.131.

Computador com todos os recursos da atualidade, como: multimídia, microfone, acesso à internet. O seu uso deve ser complementado com o *scanner* e a impressora colorida. É importante instalar algum tipo de editor de texto e editor gráfico, assim como uma variedade de *softwares*. Atualmente, os *tablets* podem substituir ou ampliar esse uso tecnológico.⁸

9 Capítulo 9, p.108.

A *caixa de trabalho* é usada no tratamento psicopedagógico, para guardar os *objetos de uso individual* (papel, hidrocor, borracha, cola etc.), e os *produtos* feitos pelo sujeito (desenhos, pinturas, textos, construções etc.).⁹ Considera-se uma das constantes do enquadramento terapêutico e representa o depositário de conteúdos simbólicos do paciente. Os materiais a serem colocados são definidos ao final do diagnóstico quando se planeja o início do tratamento. O destino desses materiais será definido, em conjunto com o paciente, ao final do tratamento, no momento de preparo da alta.

As caixas de papelão do tipo embalagem de tortas, botas etc., com tampa de fácil manuseio. Deve possibilitar guardar todo o material de uso, produtos como pequenas construções.

Pastas de cartolina ou plástico, com elástico para fechar, para uso com adolescentes.

Com o uso do computador surgiram, para guardar produções do paciente (servidor, CD, DVD, *pen-drive* etc.) que funcionam como uma “versão tecnológica da caixa de trabalho”.¹⁰

10 Capítulo 10, p.131.

Exemplos de *jogos* que podem ser inteiramente desenvolvidos em uma sessão diagnóstica ou terapêutica:

Jogos de vitória ao acaso, com o uso de dados e um ou mais tipos de roleta, como por exemplo, os jogos com pistas a percorrer com obstáculos. O ganhar e o perder são aleatórios, não dependendo da eficiência dos jogadores. São úteis no diagnóstico ou no início do tratamento, quando alguns pacientes não aguentam perder, tendo feito esforço, raciocinado etc.

Jogos espaciais com estratégia para se chegar à vitória: Damas, Trilha, Gamão, Xadrez, Velha, Contra-Ataque, Lig-4, Einstein, Labirinto, Senha, dentre outros. É preciso planejar jogadas, fazer antecipações da própria jogada e da do adversário. São jogos preferidos pelos adolescentes e de grande valor no diagnóstico.

Jogos cujo principal objetivo é conteúdo escolar como a formação de palavras, leitura e cálculos matemáticos:¹¹ Palavras Cruzadas, Risk, Caça-Letras, Loto de Aritmética, Box 48, Soletrando e outros.

11 Capítulo 8, p.98-101.

Jogos que exigem basicamente o uso da percepção: Memória, Lince, Visporas de diferentes tipos.

Jogos de cartas: Os baralhos comuns se prestam a inúmeros jogos com maior ou menor complexidade. Baralhos com figuras tipo Quartetos, Mico-Preto, Uno, Cancan e outros.

Jogos de computador que, podem ter as características dos jogos citados anteriormente, podem ser novos jogos criados com a especificidade da informática (ou ainda para rede de computadores ou mesmo para internet), como os jogos lógicos com o apoio da imagem e da simulação.¹²

12 Capítulo 10, p.131.

Além desse material básico, pode haver o enriquecimento com outras peças. Assim, no meu consultório tenho dois objetos que exercem grande atração sobre crianças e adolescentes. O primeiro é uma mesa-banco de carpintaria, que possibilita trabalhos com madeira e arame, pois permite prender as peças, martelá-las e pregá-las com facilidade. A manipulação dos prendedores exige bom raciocínio e coordenação motora para seu funcionamento. O segundo é uma velha balança médica, com haste para medir altura, e o sistema

manual para o equilíbrio de pesos indicadores de quilos e gramas (dezenas e unidades). O medir-se e o pesar-se de meus pacientes têm me ajudado a identificar movimentos constitutivos da identidade, do deslocamento de lugar no grupo familiar e escolar e busca ou retomada do crescimento psicológico. No campo pedagógico, têm dado margem a muitos cálculos e antecipações como: “Quanto peso com esta roupa de hoje e este tênis? Será mais ou menos do que na outra sessão, quando vim com calça jeans e sapato?”

É importante ressaltar que os materiais de uso – hidrocor, tinta, lápis, borracha, tesoura, jogos, brinquedos – devem ser oferecidos em suas versões mais simples e usuais, evitando-se modelos muito diferentes e sofisticados que desviem a atenção do paciente da função a ser exercida pelo material, concentrando-a na sua aparência.

Ampliando o consultório

Partindo da função subjetiva do consultório psicopedagógico, fundamentada nas características do trabalho que ali acontece, e da relação psicopedagogo–paciente, é importante assinalar a necessidade, em alguns casos, de sair da sala e usar simbolicamente outros locais como consultório. Durante o *tratamento psicopedagógico* procuram-se, assim, meios auxiliares no restabelecimento do prazer na busca do conhecimento em geral, e do conhecimento escolar em particular.

Saio com meus pacientes para fazer compras em supermercados, papelerias, bancas de jornais e revistas, lojas de departamentos, lojas de tecidos, lojas de esportes, armarinhos, locadoras de vídeo, lojas de discos etc. Com o apoio da minha presença, eles passam a ter coragem, autonomia em iniciar um diálogo com o balconista, explorando as possibilidades da loja e definindo melhor seu desejo de conhecer e comprar. Tais experiências também enriquecem os aspectos pedagógicos, possibilitando estimativas de preços, quantidades, cálculos de troco, lucro, prejuízo etc.

São exemplos desse tipo de sessão durante o *tratamento psicopedagógico*:

No caso de Marta (12 anos) fomos várias vezes comprar aviamentos para as suas costuras, lixas e pregos para a construção da cama do gato, e verificar preço de tecidos para planejamento da loja que ela fantasiava poder instalar no *playground* do prédio em que morava.

No caso de Marcos (9 anos) fizemos várias visitas à papeleria onde, com o dinheiro que sua mãe lhe dava, ele verificava o objeto

que poderia comprar em mais quantidade. Sempre queria comprar além do que possuía. Tal fato era trabalhado com ele constantemente, pois apresentava quadro de grande voracidade e imensa carência afetiva em relação ao pai e à mãe. Era muito gordo para a idade, e comia ansiosamente, sem parar. Sua dificuldade estava em ler e escrever, simbolicamente não lidava com a necessidade de leitura e registro dessas relações familiares confusas e ansiogênicas.

Já Ricardo (9 anos) passou a primeira fase do tratamento comprando flores e presentes para a mãe; depois passou a comprar somente para o pai e, finalmente, conseguiu se dar figurinhas, revisinhas e balas, num evidente processo de discriminação e formação de identidade, que acompanhava o seu processo de crescimento na escrita e na leitura. Os primeiros registros de Ricardo começaram com essas saídas, que dávamos para “olhar o mundo” na praia e na praça próximas. Observava e escrevia listas de palavras com o nome das coisas de que gostara nesse passeio.¹³ Depois passou a construir frases sobre coisas que lhe interessavam e, finalmente, construiu espontaneamente pequenos textos, sempre com conteúdos de caráter projetivo.¹⁴

13 Capítulo 8, p.99.

14 Capítulo 9, p.119.

Mariana (8 anos) foi várias vezes ao supermercado para comprar ingredientes para fazer docinhos de queijo e de chocolate (brigadeiro), usando o fogão elétrico do consultório.

Outro exemplo extrassala é o de Leonardo (7 anos) que adorava entrevistar pessoas escrevendo, ainda com grande dificuldade, as respostas.¹⁵ Visitávamos os diferentes andares do Centro Comercial Copacabana, onde fica o consultório, e ele entrava em academias de ginástica e balé, consultórios médicos e dentários, escritórios, confecção etc. Aprendeu a se comunicar com adultos, definindo claramente seus desejos e criticando as respostas, ora objetivas e verdadeiras, ora mentirosas e dissimuladoras, dos que não queriam perder tempo em atendê-lo.

15 Capítulo 8, p.98.

Lembrando pacientes de instituição (SPA-UERJ), recordo Cristina, 9 anos, com quem passávamos algum tempo olhando a via férrea e os morros a partir da janela do consultório ou de passeios pelos corredores, passarelas e rampas. Visitávamos o bar, os elevadores, a secretaria, a quadra de esportes. É preciso explorar em cada local as possibilidades existentes. Creio que, sem abrir a janela para a “apreensão instrumental da realidade”,¹⁶ durante o tratamento psicopedagógico não se pode, em alguns casos, trabalhar o recorte dessa mesma realidade feito pela escola que é o ponto mais discutível do processo ensino-aprendizagem realizado nas escolas.

16 Pichon-Rivière, 1982.

Anexo

I Provas do diagnóstico operatório

A apresentação das provas operatórias dependerá das condições específicas de cada situação diagnóstica de cada paciente, no entanto, na maioria dos trabalhos sobre o tema existe a indicação da seguinte ordem na possibilidade de apresentação:

6-7 anos: provas de conservação: pequenos conjuntos discretos, quantidade de líquido e matéria, classificações e seriação.

8-9 anos: conservação de comprimento, superfície, construção de espaço (horizontal, vertical), coordenação bidimensional.

10-12 anos: conservação de volume, espaço tridimensional.

A partir de 12 anos: diferentes provas de pensamento formal.

I Conservação de pequenos conjuntos discretos de elementos

Material

Vinte fichas do mesmo formato e tamanho, sendo dez de cada cor (por exemplo, azuis e vermelhas), de plástico ou papelão colorido.

Desenvolvimento

1ª Situação: Pedir que a criança escolha uma coleção de fichas. O examinador alinha sobre a mesa seis de suas fichas (por exemplo, seis azuis) e pede que a criança faça uma coleção equivalente numericamente, com suas próprias fichas (vermelhas): “Coloque a mesma quantidade de suas fichas... o mesmo número... um número igual... nem mais, nem menos.”

Registrar o que é feito pela criança. Se for preciso, o examinador organiza uma correspondência termo a termo, com as duas coleções de fichas que já estão na mesa, para garantir a equivalência inicial.

2ª Situação: O examinador espaça ou aproxima as fichas de sua coleção, sempre mantendo a outra linha que fica mais curta ou comprida: “Tem a mesma coisa... o mesmo número, de minhas

e suas [de azuis e vermelhas] ou não? Onde tem mais? Onde tem menos? Como você sabe?”

Contra-argumentação: O examinador provocará uma reação da criança afirmando o contrário de sua resposta inicial. Para resposta conservativa, diz: “Veja, esta linha está mais comprida, terá mais fichas?” Para a não conservativa: “Você se lembra, antes as duas fileiras tinham a mesma quantidade. O que você acha agora?”

Pergunta de quantidade: “Conte as vermelhas que sobraram com você”, ao mesmo tempo em que esconde as próprias na mão. “Quantas eu tenho na mão? Responda sem contar. Como você sabe?”

3ª Situação: Depois de reunir todas as fichas, o examinador coloca seis fichas azuis em círculo, procedendo daí em diante como nas situações anteriores e fazendo o mesmo tipo de pergunta.

Procedimentos avaliativos

Condutas não conservativas (Nível 1): Até aproximadamente 4 ou 5 anos, nas duas situações, a criança pode fazer uma contagem, uma correspondência termo a termo ou global ou qualquer disposição figurada. Essas respostas são não conservativas. Poderá ou não resolver corretamente a questão da quantidade.

Condutas intermediárias (Nível 2): As coleções (1ª e 2ª situações) são constituídas por correspondência termo a termo de forma correta. As perguntas do examinador dão margem às seguintes condutas:

- 1 Resposta conservativa para uma situação e não para outra.
- 2 Vacilações no julgamento durante cada situação: “Tem mais azuis... não, vermelhas... não é igual?”
- 3 Não justifica com argumentos claros e precisos as respostas de conservação. Resolve corretamente a questão da quantidade.

Condutas conservativas (Nível 3): Desde aproximadamente 5 anos, quando a criança apresenta condutas conservativas, ela deverá justificar com um ou vários argumentos:

- 1 De *identidade*: “Tem a mesma coisa, você não tirou nem botou nada... você só apertou... você só afastou.”
- 2 De *reversibilidade*: “Se você botou as vermelhas do jeito do azul fica igual... se você encolher ou esticar de novo os azuis vai ficar igual de novo.”
- 3 De *compensação*: “Você fez mais comprido, mas as fichas estão mais longe umas das outras (ou estão mais perto).”

2 Conservação das quantidades de líquidos (transvasamento)

Material

Dois vidros iguais (controle A e A1) de diâmetro de aproximadamente 5cm e altura 8cm; um vidro mais estreito e mais alto (vidro E), um vidro mais largo e mais baixo (vidro L), quatro vidrinhos iguais correspondentes a aproximadamente $\frac{1}{4}$ do volume de A (P1, P2, P3, P4) e uma garrafa com água colorida.

Desenvolvimento

O examinador faz a criança constatar que os dois recipientes (A, A1) são iguais. Despeja água em A. Pede à criança que despeje água em A1 na mesma quantidade que está em A: “A mesma coisa, nem mais, nem menos...” A seguir: “Se você beber o que está em A1 e eu o que está em A, será que vamos beber a mesma coisa? Temos o mesmo para beber?”

1º transvasamento: Despeja-se a água de A no vidrinho E (estrito e alto). “Será que agora vamos beber a mesma quantidade? Um tem mais do que o outro? Um tem menos do que outro? Pedir uma explicação: Como é que você sabe? Como descobriu? Pode me mostrar?”

Contra-argumentação: O examinador provocará uma reação da criança afirmando sempre o contrário da sua resposta. Se a resposta for correta, chamar atenção para o nível de líquido nos dois vidros: “Aqui [E] está mais alto... não fica mais para beber? Uma criança disse que tinha mais no E porque é mais alto, o que você acha?” Se a resposta for de não conservação, relembrar a igualdade inicial dos níveis: “Você lembra que antes estavam iguais [A, A1]? Este é mais estreito [E]... e este é mais largo [L].”

Retorno empírico: “Se eu puser o que está em E, de volta no A, será que vai ter a mesma coisa para beber?” Se a criança não acertar, fazer o retorno empírico, igualando A e A1.

2º transvasamento: Despejar a água de A em L e proceder como no primeiro transvasamento quanto à contra-argumentação e ao retorno empírico.

3º transvasamento: Despejar o líquido de A em quatro vidrinhos P1, P2, P3, P4 e proceder como nos transvasamentos anteriores quanto à contra-argumentação e ao retorno empírico.

Condutas não conservativas (Nível 1): Até aproximadamente 5 ou 6 anos, em cada transvasamento, a criança considera um dos vidros (L ou E) como tendo mais líquido: “Tem mais porque é mais alto.” Diante da contra-argumentação, mantém a resposta ou troca para outro vidro. O problema do retorno empírico pode ser resolvido corretamente ou não.

Condutas intermediárias (Nível 2): Julgamentos oscilando entre conservação e não conservação:

- 1 No mesmo transvasamento a criança julga as mesmas quantidades ora como iguais, ora como diferentes: “Tem mais para beber nesse..., não, no outro..., não, é a mesma coisa.”
- 2 Os julgamentos se alternam de um transvasamento para o outro, ora conservando (em E), e não conservando (em L).
- 3 A alternância do julgamento é suscitada pela contra-argumentação.
- 4 As justificativas são pouco claras e incompletas.
- 5 O problema do retorno empírico é resolvido corretamente.

Condutas conservativas (Nível 3): A partir de aproximadamente 7 anos, para cada transvasamento, as quantidades de líquidos são consideradas iguais. A criança é capaz de dar uma ou mais justificativas (identidade, reversibilidade e compensação): “Aqui é mais alto [E], mas é mais fino.” O julgamento de conservação é mantido apesar das contra-argumentações.

3 Conservação da quantidade de matéria (quantidade contínua)

Material

Duas bolas de massa plástica de cores diferentes (diâmetro aproximado de 4cm).

Desenvolvimento

O examinador pede que a criança faça duas bolas que tenham a mesma quantidade de massa. “Se fossem bolinhos, e a gente pudesse comê-los, seria preciso que houvesse a mesma quantidade para

comer. O que você deve fazer para ficarem iguais? Para uma não ter nem mais nem menos massa que a outra?”

1ª Transformação: Transforma-se uma das bolas (a do examinador) em uma salsicha (linguiça). “Será que agora tem a mesma quantidade de massa na bola e na salsicha ou tem mais na bola ou mais na salsicha? Como você sabe? Você pode me explicar? Você pode me mostrar isso?”

Contra-argumentação: O examinador provocará uma reação da criança afirmando sempre o contrário de sua resposta inicial. Para resposta conservativa diz: “Veja a salsicha é mais comprida que a bola, terá mais massa?” Para a não conservativa: “Você se lembra, antes as duas bolas tinham a mesma quantidade. O que você acha agora?”

Retorno empírico: Antes do examinador refazer a bola inicial, pergunta à criança: “Se dessa salsicha eu refaço a bola (o bolinho), será que vai ter a mesma quantidade (a mesma coisa para comer), ou não?”

Se a criança não resolver esse problema de “retorno empírico”, faz-se essa volta e, se for necessário, igualam-se novamente as bolas até que ela as julgue com quantidades iguais.

2ª Transformação: Transforma-se a mesma bola (do examinador) em uma bolacha (minipizza, panqueca) e procede-se como na primeira transformação quanto à contra-argumentação, terminando sempre pela questão do retorno empírico.

3ª Transformação: Fragmenta-se a bola inicial em dez pedacinhos e procede-se como nas outras transformações.

Observação: As diferentes transformações podem ser feitas pelo examinador ou pela criança.

Procedimentos avaliativos

Condutas não conservativas (Nível 1): Até aproximadamente 5–6 anos, em cada transformação, uma das duas quantidades é julgada maior: “Tem mais na salsicha porque é mais comprida. Ou tem mais na bola porque é mais alta.” Ante as contra-argumentações do examinador, a criança ou mantém o seu julgamento, ou troca, de modo a que a outra quantidade seja maior. O retorno empírico pode ser resolvido corretamente ou não.

Condutas intermediárias (Nível 2): Os julgamentos das crianças oscilam entre conservação e não conservação aparecendo de diferentes maneiras:

- 1 Por uma mesma transformação, a criança julga alternadamente as quantidades como iguais e diferentes.
- 2 Por diversas transformações os julgamentos se alternam ora de conservação ora de não conservação.
- 3 A contra-argumentação do examinador provoca vacilação e alternância de julgamentos.

Condutas conservativas (Nível 3): Aproximadamente a partir de 7 anos, as justificativas de conservação são pouco explícitas e incompletas. O problema do retorno empírico é resolvido corretamente.

Em todas as transformações, as quantidades são sempre julgadas iguais. A criança já é capaz de dar um ou vários argumentos, de *identidade*, “É a mesma coisa”; de *compensação*, “Aqui a panqueca é maior, mas é mais fina que a bola, então, é a mesma coisa”. A criança mantém o julgamento de conservação, apesar da contra-argumentação do examinador.

4 Conservação do comprimento

Material

Dois fios flexíveis (barbantes, lãs, correntinhas etc.) de comprimentos diferentes (cerca de 10 e 15cm).

Desenvolvimento

A criança é levada a constatar e a afirmar desigualdade dos fios A (15cm) e B (10cm) e fazer o julgamento de que A é maior que B. O examinador brinca dizendo que seriam como duas estradas, assim: “Nesta estrada [A] a gente tem que andar a mesma coisa que nesta [B] ou tem que andar mais aqui [A] ou ali [B]: Este caminho [A] é do mesmo comprimento do que este [B], mais comprido ou menos comprido que este [B]?”

1ª Transformação: O examinador deforma o fio maior (A) até que as extremidades coincidam com as do fio B. “Se há duas formiguinhas, uma em cada estrada, será que as duas vão andar a mesma coisa, o comprimento da estrada será o mesmo?”

O examinador procederá como nas provas anteriores quanto à contra-argumentação e ao retorno empírico.

2ª Transformação: O examinador faz curvas no fio A, de modo que fique uma diferença entre uma das extremidades dos dois fios (B). Faz-se como na 1ª transformação uma comparação dos comprimentos de A e B. O examinador fará, como na transformação anterior, a contra-argumentação e o retorno empírico, agindo conforme as respostas da criança.

Procedimentos avaliativos

Condutas não conservativas (Nível 1): Até aproximadamente 6–7 anos, em cada uma das transformações, o comprimento não é conservador. Na primeira, os comprimentos são julgados iguais, e na segunda, o fio com curvas (B) é julgado menor. O examinador procederá como nas provas anteriores em relação à contra-argumentação e ao retorno empírico.

Condutas intermediárias (Nível 2): O julgamento da criança é correto na primeira transformação e incorreto na segunda. Posteriormente, a criança pode fazer o julgamento correto na segunda, mas as respostas são instáveis sendo modificadas com a contra-argumentação: não faz justificativas adequadas de respostas conservativas. Proceder quanto ao retorno empírico como nas provas anteriores.

Condutas conservativas (Nível 3): Aproximadamente a partir de 7 anos, a criança já é capaz de dar um ou vários argumentos (identidade, reversibilidade e compensação), mantendo o seu julgamento apesar da contra-argumentação.

5 Conservação do peso

Material

Duas bolas de massa plástica de cores diferentes e uma balança com dois pratos.

Desenvolvimento

O examinador verifica se a criança conhece as relações de peso indicadas pela balança, usando objetos diversos (pedra, apontador, bolas de massa etc.). O examinador pede que a criança faça duas bolas que tenham o mesmo peso, para isso usando a balança.

1ª Transformação: O examinador transforma uma das bolas em salsicha e finge que iria pesá-las, falando: “Você pensa que a salsicha pesa a mesma coisa que a bola ou será que uma pesa mais que a outra? Como é que você sabe?”

Contra-argumentação: O examinador provocará uma reação da criança, afirmando sempre o contrário de sua resposta. Falará como nas provas anteriores.

Retorno empírico: O examinador deve proceder como nas provas anteriores.

2ª Transformação: Transforma-se a mesma bola em uma minipizza e procede-se como na primeira transformação quanto à contra-argumentação e ao retorno empírico.

3ª Transformação: Fragmenta-se a mesma bola em oito a dez pedaços e procede-se como nas outras transformações, realizando também a contra-argumentação e o retorno empírico.

Procedimentos avaliativos

Condutas não conservativas (Nível 1): Até aproximadamente 6–7 anos, em cada uma das transformações, um dos pesos é julgado mais pesado que o outro. As condutas não conservativas da criança são semelhantes às das provas anteriores nos julgamentos, nas contra-argumentações e no retorno empírico.

Condutas intermediárias (Nível 2): Os julgamentos das crianças vacilam entre conservação e não conservação, aparecendo de diferentes maneiras, com condutas semelhantes às provas anteriores de conservação.

Condutas conservativas (Nível 3): Aproximadamente a partir de 8 anos, em todas as transformações, os pesos são julgados iguais. A criança é capaz de dar um ou vários argumentos (identidade, reversibilidade e compensação), mantendo o seu julgamento apesar das contra-argumentações.

6 Conservação de superfície

Material

Duas folhas de cartolina ou papel verde (de aproximadamente 20x25cm) serão os pastos; 12–16 quadrados iguais de cartolina em

cor bem diferente do pasto (cerca de 4cm de lado) serão as casas, poderá usar casinhas cubos sempre de igual tamanho; uma miniatura de animal herbívoro (vaca, cavalo ou cabra), poderá usar duas miniaturas do mesmo tipo de animal mas em cores diferentes.

Desenvolvimento

O examinador usará um pouco de fantasia dizendo: “Vamos brincar como se fosse de verdade: pastos, casas e animais.”

Inicialmente, o examinador faz a criança constatar que os dois campos verdes (pastos) colocados sobre a mesa são iguais e que todas as casinhas também são iguais.

O examinador vai criar sucessivas situações diferentes colocando uma ou mais casas em um só pasto ou nos dois. Pedirá sempre que a criança observe a igualdade ou a diferença entre os dois pastos (com ou sem as casas) e que raciocine sobre o que sobrou para o espaço pasto de “capim”. Por exemplo: Colocando uma casinha num só pasto poderá perguntar: “A vaquinha vai comer a mesma quantidade de capim nos 2 pastos?”, “Vai comer mais capim num do que no outro?”, “Como você sabe?”. Poderá, de acordo com as respostas dadas, formular situações mais ou menos complexas, fazendo diferentes construções com as casinhas (cartões).

Procedimentos avaliativos

Condutas não conservativas (Nível 1): Geralmente as crianças com menos de 5 anos têm dificuldade na compreensão da proposta feita pelo examinador. Na fase entre 5 e 6 anos entendem a proposta, mas se confundem com a primeira modificação espacial das casinhas (transformação). Às vezes, precisam que haja o retorno empírico para compreenderem o pedido. Há crianças que têm dificuldade “entrar” na fantasia proposta pelo examinador.

Condutas intermediárias (Nível 2): Geralmente entre 5 e 7 anos, ante as transformações feitas, aparecem vários tipos de respostas que são bastante parecidas. Quando são introduzidas mudanças bem diferentes ou quando o número de casas (quadrados) é grande as respostas são conflitantes entre a percepção do campo e o juízo que a criança faz. Aparecem respostas como: “Come igual, mas nesse campo tem mais capim.”

Condutas conservantes (Nível 3): Geralmente aos 6–7 anos, a criança percebe com mais facilidade que os pastos (superfícies que ficam livres) são iguais.

7 Conservação do volume

Material

Dois vidrinhos iguais com água até o mesmo nível ($\frac{1}{2}$) (os mesmos usados como controle na prova n°2, duas bolas de massa plástica de mesmo tamanho e peso – o mesmo da prova n°5.

Desenvolvimento

O examinador leva o sujeito a constatar a igualdade no nível da água nos dois vidrinhos. Pede que o sujeito faça duas bolas iguais, “que tenham a mesma quantidade”: “Como você pode fazer para ficarem com a mesma quantidade?”

A seguir o examinador pergunta, “Se eu puser esta bola dentro do vidrinho, o que acontecerá com a água que está aí dentro?” Após a resposta, “Por que você acha isso?” Insistir até obter algum tipo de resposta sobre o nível de água. Excepcionalmente se faz a comprovação empírica, quando for absolutamente necessário para compreensão (vidro de comparação).

Continuando, “E se pusermos esta outra bolinha no outro vidrinho será que a água subirá o mesmo que neste (o primeiro de comparação)? Subirá mais ou menos?”

1ª Transformação: O examinador transforma a segunda bola em salsicha (linguiça) e esboça o gesto de introduzi-la no segundo copinho. “Se coloco neste, a água subirá a mesma coisa, mais ou menos que neste (primeiro o da bola)?”

Contra-argumentação: O examinador provocará uma reação afirmando sempre o contrário da resposta do sujeito. Falará como nas provas anteriores.

Retorno empírico: O examinador deve proceder como nas provas anteriores.

2ª Transformação: O examinador transforma a bola numa minipanqueca, minipizza ou biscoito redondo e age do mesmo modo que na primeira transformação, até o retorno empírico.

3ª Transformação: O examinador fragmenta o “biscoito” em oito ou dez pedacinhos e esboça o gesto de colocar todos no segundo

copinho, procedendo e falando como nas transformações anteriores, até o retorno empírico.

Procedimentos avaliativos

Condutas não conservativas (Nível 1): Até aproximadamente 8-9 anos, para cada uma das transformações, o sujeito julga que a modificação da forma faz subir a água mais ou menos que a água do vidrinho em que ficaria a bola.

Condutas intermediárias (Nível 2): Os julgamentos dos sujeitos oscilam entre conservação e não conservação: ora a água sobe igualmente, ora mais ou menos. As justificativas são pouco explícitas.

Condutas conservativas (Nível 3): Aproximadamente a partir de 11-12 anos, em todas as transformações, o volume é julgado igual, ao afirmar o sujeito que a água subirá para o mesmo nível, independente da forma que passe a ter a segunda bola. Os juízos de conservação se mantêm apesar da contra-argumentação.

8 Classes – mudança de critério (dicotomia)

Material

Fichas de figuras geométricas recortadas em papelão colorido ou fichas de plástico do tipo feito para jogos: seis círculos de diâmetro de 25mm (pequenos) vermelhos e seis azuis; seis círculos de diâmetro de 50mm (grandes) vermelhos e seis azuis; seis quadrados de 25mm de lado (pequenos) vermelhos e seis azuis; seis quadrados de 50mm de lado (grandes) vermelhos e seis azuis; um papelão (tampa de caixa) dividido em duas partes ou duas caixas baixas iguais.

Desenvolvimento

O examinador coloca as fichas em desordem sobre a mesa e pede que a criança as descreva: “Você pode me dizer o que está vendo?”

Classificação espontânea: “Você pode pôr juntas todas as fichas que combinam?”, “Ponha juntas todas as que são iguais”, “Ponha juntas as que têm alguma coisa igual... as que se parecem muito.” Após a criança terminar: “Você pode me explicar por que colocou assim?”

Dicotomia: “Agora gostaria que você fizesse apenas dois grupos (ou dois montinhos ou duas famílias) e os colocasse nessas duas caixas (ou nessa tampa dividida).” Após o término: “Por que você colocou todas essas fichas juntas? E aquelas? Como a gente poderia chamar esse monte aqui? E aquele outro?”

Primeira mudança de critério: “Será que você poderia arrumar em dois grupos (montes) diferentes?” Se a criança repetir o primeiro critério: “Você já separou desse modo. Você pode descobrir um outro modo (critério) de separar em dois grupos?” Se for preciso, o experimentador inicia, ele mesmo, uma nova classificação e pede à criança para continuar. Procede-se em seguida como em 3.

Segunda mudança de critério: “Será que você ainda poderia separar de um modo diferente fazendo dois grupos novos?” Procede-se em seguida como na dicotomia e na primeira mudança de critério.

Procedimentos avaliativos

Coleções figurais (Nível 1): Desde 4–5 anos, as crianças arrumam as fichas, estruturando figuras de trens, casas, bonecos etc. Podem também arrumar as fichas que tenham alguma semelhança, mudando sempre de critério e não utilizando todas.

Início de classificação (Nível 2): Desde aproximadamente 5–6 anos, as crianças conseguem fazer pequenos grupos não figurais, segundo diferentes critérios, mas são coleções justapostas, sem ligação entre si: “É o monte das bolas vermelhas grandes, das bolas pequenas vermelhas, dos quadrinhos vermelhos” etc. Num desenvolvimento maior, as crianças podem conseguir um começo de reagrupamento dos subgrupos em classes gerais, sem conseguirem uma antecipação de critérios.

Dicotomia segundo os 3 critérios (Nível 3): As crianças iniciam a tarefa já antecipando as possibilidades, conseguem fazer e recapitular corretamente duas dicotomias sucessivas, segundo dois critérios, o terceiro critério só sendo descoberto com incitação do examinador. Num desenvolvimento maior, os três critérios são antecipados e utilizados espontaneamente.

9 Quantificação da inclusão de classes

Material

Um ramo (arranjo) com dez margaridas e duas ou três rosas.

Desenvolvimento

O examinador verifica se a criança conhece o nome das flores e se conhece o termo genérico “flores”: “Você conhece o nome de outras flores? Quais?”

Perguntas:

- 1 “Neste ramo (arranjo), tem mais margaridas ou mais flores?”
Após a resposta, “Como você sabe? Você pode me mostrar?”
- 2 “Conheço duas meninas que querem fazer raminhos. Uma faz um ramo com as margaridas. Depois ela desmancha e me devolve as margaridas. A outra, faz seu ramo com as flores. Qual foi o ramo maior?”
- 3 “Se eu dou para você as margaridas, o que fica no ramo?”
- 4 “Se eu dou para você as flores, o que sobra no ramo?”
- 5 “Eu vou fazer um ramo com todas as margaridas, e você vai fazer um ramo com todas as flores. Quem vai fazer o ramo maior? Como é que você sabe?”

Procedimentos avaliativos

Ausência de quantificação inclusiva (Nível 1): Até aproximadamente 5–6 anos, a criança faz sistematicamente a comparação das duas subclasses e responde então que há mais margaridas do que flores. Costuma errar sobre a subtração de subclasses (perguntas 3 e 4).

Condutas intermediárias (Nível 2): Observa-se hesitação na resposta à pergunta 1. Às vezes responde: “É a mesma coisa.” Nesse nível as perguntas 3 e 4 são respondidas corretamente.

Existência da quantificação inclusiva (Nível 3): Aproximadamente a partir de 7–8 anos, a criança responde corretamente a todas as perguntas.

10 Interseção de classes

Material

3 espécies de fichas do mesmo material e tamanho, sendo: 5 redondas vermelhas, 5 redondas amarelas e 5 quadradas amarelas; 1 folha de papelão com 2 círculos desenhados, 1 preto e outro azul que se entrecruzam delimitando 3 partes, das quais uma é comum aos 2 círculos.

Desenvolvimento

O examinador dispõe as fichas nos círculos em interseção, sendo as redondas vermelhas e as quadradas amarelas nas partes exteriores e as redondas amarelas nas partes comuns. Pede que a criança observe a disposição, descreva as fichas e pergunta: “Por que você acha que eu pus as redondas amarelas no meio?”

Perguntas feitas pelo examinador:

- 1 “Há mais fichas vermelhas ou mais fichas amarelas?”
- 2 “Há mais fichas quadradas ou mais fichas redondas?”
- 3 “Há a mesma coisa, mais ou menos fichas redondas do que fichas amarelas?” (Pergunta de interseção.)
- 4 “Há a mesma coisa, mais ou menos fichas quadradas do que amarelas?” (Pergunta de inclusão.)

Após cada resposta da criança, o examinador diz: “Como é que você sabe?”, “Você pode me mostrar?”. Caso a criança não responda às perguntas principais, são feitas perguntas suplementares: “O que é que tem no círculo preto?”, “Mostre. E no azul?” etc.

Procedimentos avaliativos

Nível 1: Aproximadamente desde 4–5 anos, as perguntas feitas sobre classes separadas são respondidas com acerto. As de inclusão e interseção não são compreendidas nessa faixa de idade. As perguntas suplementares também revelam erros.

Nível 2: A partir de 6 anos a criança faz acertos nas perguntas suplementares, mas hesita nas respostas de inclusão e interseção, faz repetições e pode dar algumas respostas corretas.

Nível 3: Crianças a partir de 7-8 anos dão respostas corretas desde a primeira vez.

II **Seriação de bastonetes**

Material

Uma série de 10 bastonetes graduados de 16-10 com a diferença de um para outro de 0,6; um anteparo de papelão.

Desenvolvimento

O examinador dá à criança os 10 bastonetes em desordem para que tome conhecimento do material.

Seriação a descoberto: “Você vai arrumar todos esses pauzinhos, colocando-os em ordem do menor para o maior um do lado do outro.” Se a criança não conseguir, o examinador pode, eventualmente, fazer a demonstração de uma série inicial com três pauzinhos. É importante registrar a ordem em que a criança escolhe cada pauzinho e como faz cada escolha e a configuração final; anotar o processo de realização.

Verificação da exclusão: Se o sujeito acertar a seriação a descoberto, o examinador pode pedir que feche os olhos e ao abri-los descubra o local, a posição, em que estava o bastonete retirado pelo examinador da “escadinha” feita pelo sujeito.

Seriação oculta atrás do anteparo: Se o sujeito acertou a seriação, pode-se fazer também de outra forma: “Agora sou eu que vou fazer a escadinha atrás desse papelão; você vai me dando os pauzinhos um a um, e eu vou colocando aqui, na ordem ‘fazendo a escada’.” Registra-se a maneira de escolher e a ordem que ele deu ao examinador.

Procedimentos avaliativos

Ausência de seriação (Nível 1): O sujeito fracassa nas suas tentativas de ordenar.

Ausência de séries (3-4 anos): a criança não entende a proposta e coloca os bastões em qualquer ordem, justapondo-os.

Esboço de séries (4-5 anos): a criança faz tentativas diversas; pares (grandes e pequeno), séries de três ou quatro bastões, mas não coordena as diferentes séries entre si, ou não consegue intercalar os

outros. Faz uma escada sem considerar o tamanho dos bastões, mas só a arrumação da parte superior, imitando uma escadinha.

Conduta intermediária (Nível 2): Aproximadamente aos 5-6 anos, o sujeito vai, por ensaio e erro, compondo a série; compara cada bastão com todos os demais até achar o que serve. É uma seriação intuitiva por regulações sucessivas.

Êxito obtido por método operatório (Nível 3): Aproximadamente desde 6-7 anos, o sujeito antecipa com facilidade a escada, fazendo metodicamente a sua construção, colocando primeiro os bastões menores e a seguir em graduação até o final. Neste nível faz a descoberta, atrás do anteparo, exclui ou inclui bastões e constrói espontaneamente a linha de base.

12 Prova de espaço unidimensional

Material

Um conjunto de 8 cubos de aproximadamente 6cm de lado; um conjunto de (16-24 cubos) de cubos menores, de aproximadamente a metade do tamanho anterior; um anteparo (tampa de caixa ou papelão) apenas para separar as construções; uma base qualquer com 5cm de altura para por a construção do examinador; uma varinha de 60cm; varetas diversas; tiras de papel de diferentes tamanhos.

Desenvolvimento

O examinador constrói uma torre com os cubos maiores em cima da base de 5cm e põe o anteparo falando: “Você vai construir com os cubinhos, do outro lado do anteparo, uma torre com a mesma altura da minha, começando em cima da mesa. Você poderá usar qualquer material desses que estão na mesa.”

Se não houver acerto operatório, o examinador poderá repetir a prova tantas vezes quanto achar conveniente. Se houver acerto operatório o examinador perguntará: “A sua torre é tão alta quando a minha?”, “Elas têm a mesma altura?”, “Como você sabe?”.

Condutas não operatórias / não avaliativas (Nível 1): O sujeito faz apenas uma apreciação global e puramente visual. Não usa qualquer tipo de medida. A torre é construída sem correspondência exata com a altura.

Condutas de nível intermediário (Nível 2): O sujeito vai diminuindo o predomínio da percepção visual e começando a usar o corpo (mãos e braços) como medida para avaliar a altura das torres.

Nível 3: Em torno dos 7 anos, a criança começa a usar um terceiro elemento independente do corpo, mas que seja *maior* que as torres para medir a altura delas como varetas, tiras de papel e outras coisas. Percebe-se que ela já atingiu o princípio lógico da Lei da Transitividade (se $A=B$ e $B=C$, então é lógico que $A=C$). Em torno dos 8 anos, a criança poderá usar um terceiro elemento *menor* que a altura da torre do examinador (varetas ou tiras de papel menores) e obterá a medida correta. Já é capaz de dar argumentos válidos com condutas operatórias.

13 Prova de espaço bidimensional

Material

Folhas brancas, sem pauta, tamanho ofício, um lápis preto com ponta, 2 tiras de papel de aproximadamente 10cm de comprimento, um pedaço de barbante de tamanho aproximado da tira, uma vareta de aproximadamente 10cm de comprimento, uma régua de 20cm.

Desenvolvimento

O examinador faz um ponto negro forte, aproximadamente, entre o centro da folha e o canto superior direito (na diagonal). O examinador fala “Observe o lugar em que eu fiz o ponto nessa folha, eu quero que você faça um ponto nessa folha em branco, no mesmo lugar, na mesma posição, em que eu fiz esse. Você poderá usar qualquer material que está em cima da mesa. Você não poderá por uma folha sobre a outra para decalcar o ponto.” Poderá acrescentar “O ponto deve ser colocado de modo que se pusermos uma folha sobre a outra eles estejam no mesmo lugar”.

Se não houver acerto operatório, o examinador poderá dar novas folhas em branco e repetir a prova quantas vezes achar conveniente.

Se houver acerto operatório, o examinador poderá perguntar: “Por que você mediu assim? O que aconteceria se você fizesse uma só medida?”

Procedimentos avaliativos

Condutas não operatórias (Nível 1): O sujeito faz a avaliação do local apenas por cálculo visual, não usa material para medir e posicionar o ponto.

Condutas intermediárias (Nível 2): O sujeito continua com estimativa visual, só usa o material como um auxiliar da percepção, usa apenas uma medida (vertical, horizontal ou diagonal), podendo confundir-se com a posição do ponto na folha.

Conduta operatória (Nível 3): Aproximadamente, em torno dos 9 anos, a criança começa a medir as duas dimensões de forma coordenada. Já é capaz de dar argumentos válidos.

14 Prova de espaço tridimensional

Material

Duas caixas de tamanhos iguais (aproximadamente de 20–25cm de cada lado da base), 2 varetas ou arames grossos que possam permanecer retos, 2 bolas pequenas furadas (contas, isopor, barro, massa) que possam permanecer no lugar em que forem colocadas, tachinhas ou percevejos, 3 tiras de cartolina de diferentes tamanhos, uma régua milimetrada, um lápis.

Desenvolvimento

O examinador prenderá o arame ou vareta na fundo da caixa que poderá ter um isopor, a seguir prenderá a bolinha numa altura aproximadamente de 10cm do fundo da caixa. Falará “Observe como eu coloquei o arame e a bolinha na caixa. Gostaria que você colocasse nessa outra caixa o outro arame e a outra bolinha, de modo que a bolinha ficasse no mesmo lugar que eu coloquei a minha. Você poderá usar qualquer material que está sobre a mesa.”

Procedimentos avaliativos

Condutas não operatórias (Nível 1): A criança usa apenas a avaliação visual. Usa somente medida.

Condutas intermediárias (Nível 2): O sujeito usa 2 medidas e após várias tentativas pode chegar até 3 medidas.

Condutas operatórias (Nível 3): O sujeito faz a colocação da bolinha no lugar certo usando as 3 dimensões com facilidade. Usa os argumentos válidos.

15 Prova de combinação de fichas duplas (para pensamento formal)

Material

Seis fichinhas de plástico ou cartolina de cores diferentes.

Desenvolvimento

O examinador pede que o sujeito faça com as seis fichas o maior número possível de duplas. “Tente fazer com as fichinhas todas as duplas que puder, não pode repetir.” É preciso ver se o sujeito compreendeu bem a atividade que irá fazer. É válido fazer a demonstração inicial com um par. O examinador deve observar e registrar o método de trabalho e que critérios usou para chegar ao resultado, assim como todas as verbalizações: “Se eu botar aqui, *então* ficam...” Pode-se permitir que registrem em papel as tentativas.

Procedimentos avaliativos

Ausência de capacidade combinatória (Nível 1): O sujeito é incapaz de descobrir a possibilidade das diversas combinações. Não estabelece critérios, faz tentativas aleatórias sem conseguir obter um mínimo de duplas.

Condutas intermediárias (Nível 2): O sujeito faz combinações incompletas, consegue fazer muitas duplas sem ordem estabelecida, não consegue prever o número *total* de combinações.

Condutas operatórias revelando capacidade combinatória (Nível 3):
O sujeito antecipa a possibilidade combinatória, mediante um sistema completo e metódico, chegando a descobrir as trinta duplas. Além disso, deixa evidente um critério para estabelecer o total de combinações.

16 Permutações possíveis com um conjunto determinado de fichas (para o pensamento formal)

Material

Fichinhas de cores diferentes (as mesmas da prova nº 11).

Desenvolvimento

O examinador pede ao sujeito que faça o maior número de permutações com as fichas: “Gostaria que você fizesse o maior número possível de combinações usando sempre as quatro fichas”, “Deve usar todas, acomodando-as em ordem diferente”. Como na prova nº 11, verificar a compreensão do pedido e registrar o método de realização e todas as falas do sujeito.

Procedimentos avaliativos

Ausência da capacidade de permuta (Nível 1): O sujeito não percebe as possibilidades de permuta. Faz tentativas grosseiras.

Condutas intermediárias (Nível 2): O sujeito realiza permutas incompletas, faz aproximações, sem possibilidade de generalizações.

Condutas de realizações de todas as permutações possíveis (Nível 3):
O sujeito faz as permutações, antecipando as possibilidades de um processo sistemático, ordenado. Realiza de forma ordenada as permutações.

Anexo

2 Teste WISC – Proposta de interpretação por Glasser e Zimmerman

Sugestões dos autores

Em vez de perguntas impessoais, falar:
“O que sua mãe faz para ferver a água?”
“Em que estação do ano estamos? Em que estação teremos férias? E agora me diga quais são as outras?”

1 Informação

Consiste em 30 perguntas de dificuldade crescente em que se busca o domínio dos conhecimentos gerais. Usa elementos de memória, capacidade de compreensão, capacidade associativa, interesses diversos, leituras e estudos. As informações envolvem conhecimentos de vida prática, ensinamentos escolares em nível de ensino fundamental, o que vai representar uma limitação desta prova para os sujeitos sem escolaridade ou de baixo nível cultural.

Altos escores sugerem boa memória, boa base de conhecimentos oriunda de meio cultural rico, boa escolaridade, leituras; interesse pelo meio ambiente, curiosidade e ambição intelectual; hiperelaboração das respostas com excesso de detalhes (poderia indicar traços obsessivo-compulsivos); necessidade exagerada de acumular informações, em que o conhecimento equivale à segurança.

Baixos escores sugerem má memória; limitação intelectual; orientação para o fracasso; medo de adquirir conhecimentos, de saber; mecanismo de hiperassimilação, perfeccionismo com perda da objetividade da resposta; hostilidade diante da aprendizagem escolar; ansiedade por fracassos prematuros e êxito em questões mais difíceis; menor orientação para a reflexão e maior orientação para a ação.

2 Compreensão

“Por que as pessoas que querem ocupar cargos do governo devem passar por um exame?”

“O trem vai descarrilar. Se você chegar e vir os trilhos estragados, o que você poderia fazer?”

Consiste em 14 perguntas que refletem situações de natureza social. Algumas remetem a uma vivência pessoal, outras a problemas ou questões possíveis de ocorrerem no meio em que vivem os sujeitos.

Esta prova busca determinar a capacidade de o sujeito usar juízos práticos em situações sociais do cotidiano, a interiorização da moral social, de lidar com suas experiências de forma socialmente aceita, lidar com suas emoções nessas situações (estabilidade e equilíbrio).

Por colocar a criança frente a situações em que precisa tomar decisões, a prova dá boas indicações clínicas quanto a autonomia, independência, reações antissociais, egocentrismo etc.

Altos escores sugerem maturidade social, qualidades para lidar com situações práticas, grande experiência social; autonomia, as-

túcia; capacidade de verbalização; inclinação para produtividade vista pela multiplicidade de respostas (excesso de respostas poderia indicar tendência compulsiva ou alto nível de aspiração).

Baixos escores sugerem dificuldade em enfrentar situações do cotidiano por limitações psicológicas ou físicas; superdependência; fatores emocionais perturbando processos cognitivos; pensamento excessivamente concreto não possibilitando raciocinar em situações hipotéticas nem tirar as conclusões solicitadas; baixa fluência verbal levando a respostas incompletas e à dificuldade de expressar as ideias em palavras; perfeccionismo exagerado, perda da objetividade pelo excesso de detalhes desnecessários; presença de possíveis sentimentos fóbicos interferindo nas situações (cortar o dedo, trem ameaçando).

3 Aritmética

Acrescentar elementos mais discriminadores:
"Conte 2 cubos."
"Conte 6 cubos."
"Entregue para mim 4 cubos..."

A prova é constituída de 16 problemas que devem ser resolvidos mentalmente, dentro de um tempo limitado. Os três últimos são lidos pelo próprio sujeito em voz alta, os demais são lidos pelo examinador.

Verifica a capacidade de o sujeito usar conceitos numéricos abstratos e operações aritméticas indicativas de seu desenvolvimento cognitivo. Verifica também a concentração e a atenção, e as suas relações com o processo cognoscitivo. Ele deve compreender uma questão matemática por meio de um formulário verbal. Usa as quatro operações aritméticas: adição, subtração, multiplicação e divisão. No item 16 há exercício lógico complexo. Nas três primeiras provas, a situação com os cubos é concreta. Usa conhecimentos da vida prática (compra, venda e troca) e escolares.

É prova bastante sensível ao desencadeamento de ansiedade, ante o objeto do conhecimento matemático e da situação escolar específica.

Altos escores sugerem bom estudante em Matemática; bom raciocínio; desejo de mostrar seus conhecimentos; boa capacidade de concentração; nível superior de inteligência se resolve as três últimas questões com facilidade.

Baixos escores sugerem baixo nível de concentração e atenção causado pela ansiedade ante as questões matemáticas (por diversas razões), interferindo no processo de pensamento, ansiedade diante a situação escolar; baixo nível cultural e de escolaridade; possível perda de contato com a realidade, quando não consegue resolver as questões mais simples que envolvem o cotidiano.

4 Semelhanças

Quando a criança não entende o que está sendo pedido, ou seja semelhanças, inclusão numa classe maior e responde pelas diferenças (subgrupos), pode-se voltar aos itens mais fáceis para ajudá-la a raciocinar: “O que fazem de semelhante uma faca e um pedaço (caco) de vidro?”

É constituída de uma primeira parte com 4 frases incompletas que exigem associações previamente aprendidas. Na segunda parte há 12 pares de palavras (objetos, substâncias, fatos ou ideias), e se exige a identificação da semelhança existente entre as coisas que representam.

Exige um raciocínio de inclusão de classes, em que o sujeito busca aspectos qualitativos das relações básicas entre as coisas que podem ser aparentemente distintas. Os graus de abstração são diferentes, exigem desde uma formação de conceitos mais simples até a mais elevada. A prova exige, portanto, além da memória, a capacidade de compreensão, associações, revelando interesses e nível cultural do sujeito.

O resultado dos sujeitos mais velhos pode estar mais influenciado por condicionamentos escolares do que por sua capacidade de conceitualização.

Altos escores sugerem crianças que agem pouco em situações mais concretas e que preferem o trabalho com abstrações do que com situações de “aqui e agora”; maior nível de respostas abstratas indicam maior operatividade do sujeito, maior nível intelectual, maior aproximação do operatório formal.

Baixos escores sugerem nível de abordagem excessivamente perceptivo, não operam com os conceitos já adquiridos (por exemplo, “manga e laranja são amarelas, e não são frutas”); rigidez no processo de pensamento; negativismo (“não se parecem”); processos emocionais indicados pelo desvio da situação, dando respostas atípicas que fogem à formulação proposta no conjunto do item (“Isto é o que eu faço quando o ladrão...”); baixa escolaridade e baixo nível cultural.

5 Vocabulário

Constitui-se de uma lista de 40 palavras em ordem de dificuldade crescente. O sujeito deve defini-las, explicando livremente o que cada uma significa.

Esta prova reflete o nível cultural e de escolaridade do sujeito ou, melhor ainda, o meio sociocultural em que vive. Pretende dar uma visão da capacidade da criança para adquirir informações, de sua riqueza de ideias, do tipo e qualidade da sua linguagem (fluência verbal), do grau de abstração de que é capaz e dos processos de pensamento que usa (respostas mais concretas ou abstratas).

Na visão clínica, o mais importante é o aspecto semântico das explicações e o aparecimento de respostas que deixam a descoberto as dificuldades emocionais do sujeito; como, por exemplo, burro – “o que eu sou”–; disparate – “o que fala minha mãe”–, associação de palavras indevidas. A correção e pontuação dessa prova são difíceis pela grande subjetividade das respostas, não há boa padronização para sujeitos brasileiros. Pode ser aplicada e não pontuada no resultado global.

Altos escores sugerem bom ambiente cultural, familiar e boa escolarização; bom nível de pensamento abstrato para analisar e sintetizar ideias; excesso de “intelectualização”.

Baixos escores sugerem ambiente culturalmente baixo e escolaridade fraca; falta de fluência verbal e de bom domínio da linguagem verbal; dificuldade na área auditiva (memória, discriminação).

6 Números

Quando a criança não consegue entender a repetição de 3 dígitos, começar, pedindo a repetição de 2 dígitos, e depois continuar a ordem crescente.

Esta prova é composta de duas partes. O sujeito deve reproduzir oralmente uma sequência de dígitos, que tem uma ordem crescente de dificuldade pela ampliação da quantidade de dígitos. Na primeira parte, são usadas 9 séries em ordem direta, e, na segunda, 8 séries a serem reproduzidas em ordem inversa.

Explora-se nesse subteste o nível de concentração e atenção, a memória verbal de números. As diferenças de escores entre as duas formas podem expressar falta de esforço, dificuldade em mudar o referencial (quando somente faz bem a primeira); independência de pensamento, falta de rigidez, desejo de superação, oposição (quando só tem bons resultados na invertida).

Altos escores sugerem boa tolerância à tensão provocada pela prova; boa concentração e atenção; boa memória auditiva imediata (numérica); desejo de autossuperação.

Baixos escores sugerem dificuldades auditivas: discriminação e memorização; grande ansiedade diante da situação que utiliza números; dificuldade de concentração e atenção; possível problema orgânico (lesão cerebral).

7 Completar figuras

“O que falta de mais importante?”
“Olha o desenho como um todo.”

A prova é constituída de 20 cartões com representações de objetos e uma única cena. Em todos os desenhos falta uma parte importante. O sujeito deve nomear ou apontar o que falta. Existe uma ordem crescente de dificuldade e um limite de tempo para cada resposta.

Exige atenção e identificação visual de objetos, com uma rápida discriminação do que é essencial no global da figura.

É uma prova muito sujeita a respostas aleatórias. Por outro lado, pela pouca verbalização é útil para crianças que ficaram ansiosas nas provas verbais.

Altos escores sugerem boa disposição para a aprendizagem; conformismo excessivo, perfeccionismo, sentimento de “não poder omitir nada”; excelente concentração.

Baixos escores sugerem ansiedade impedindo a fixação em detalhes; só vê o geral-superficial; falta de adequação à realidade expressa por respostas absurdas; baixa atenção e concentração em função da ansiedade causada por motivos diversos.

8 Arranjo de figuras

É importante pedir que a criança verbalize a historieta representada nos cartões. Só assim pode-se perceber se não compreendeu a sequência lógico-temporal, ou se foi apenas má colocação dos cartões. Podem-se fazer perguntas para aclarar alguns aspectos específicos das historietas.

Consiste na apresentação de 11 conjuntos de cartões, que representam a reconstrução de uma cena (3 conjuntos) e a ordenação de uma historieta (8 restantes), com tempo limitado e dificuldade crescente.

A prova explora a percepção de detalhes nos diferentes cartões, englobados numa compreensão lógica no total. Há o planejamento e a antecipação de situações, organizadas numa sequência lógico-temporal, com estruturação de causalidade. Usa situações sociais do cotidiano e de fácil ocorrência no meio.

É uma forma atraente e divertida de ver o planejamento lógico-sequencial, mais do que aspectos de atenção.

É importante observar o processo de construção: como manuseia os cartões, fazendo e refazendo a sequência (aleatória, pensada, refletida). É igualmente importante analisar as histórias que tenham lógica e sejam corretas, mas que não correspondem à sequência de cartões definida no teste para pontuação. Ver a temática destas novas construções e fazer perguntas sobre o seu significado. Os temas usados podem indicar oposição, desobediência ou qualquer outra área de problemática.

Altos escores sugerem percepção de detalhes; capacidade de antecipação e planejamento; pensamento lógico, sequência temporal e causalidades; interesse pelas pessoas e relações sociais.

Baixos escores sugerem baixa organização visual da realidade (sem haver déficit visual); desatenção transitória; grande ansiedade na ação impedindo a reflexão anterior.

9 Cubos

Havendo fracasso inicial, podem-se introduzir outros modelos mais simples, para depois iniciar série programada. Os modelos podem ser retirados, ou ficar para a criança segui-los. Nos desenhos mais complexos, o examinador pode fazer parte do modelo e verificar a possibilidade do paciente de completar, seguindo as pistas iniciais.

1 Kohn, 1923.

A prova consiste no uso de cubos de madeira coloridos, para a reprodução em três dimensões de 10 desenhos abstratos (bidimensionais), em ordem crescente de dificuldade e com tempo limitado. Está baseada no Teste dos Cubos de Kohn.¹

Explora a percepção, análise, síntese e reprodução de desenhos abstratos. É uma prova não verbal, que usa relações espaciais para verificar aspectos de raciocínio lógico. É necessária também certa coordenação visomotora.

Representa uma boa medida da inteligência geral (6), baseada na organização perceptiva, vantajosa para sujeitos com problemas de expressão verbal. É uma prova sujeita à aprendizagem ao longo de sua execução, o que aparece através de maior acerto nas provas, a partir da compreensão súbita que o sujeito tem da questão.

Possibilita uma boa observação do processo de realização, vendo-se como faz a abordagem: ensaio e erro, fragmentada ou globalizada, ação muito ansiosa sem reflexão, destreza manual. Pode ser usada isoladamente do restante do teste, principalmente para sujeitos com problemas de fala ou de linguagem verbal.

Altos escores sugerem boa coordenação visomotora; boa capacidade de conceitualização; facilidade na análise e síntese de problemas propostos visualmente.

Baixos escores sugerem defeitos visomotores; problemas perceptivos; pobreza no raciocínio com relações espaciais; excesso de perfeccionismo, expresso com rejeição à tarefa; perturbação no sentido da realidade, construção ansiosa e ilógica; orientação para o fracasso, pela recusa em tentar solução.

10 Quebra-cabeça

Pode-se perguntar:
“Onde estão as pernas?”
Pode o examinador fazer
uma reprodução parcial ou
completa do modelo.

Esta prova consiste na montagem de 4 quebra-cabeças, com as figuras de um menino, um cavalo, um rosto e um automóvel, dentro de um tempo limitado.

A montagem final da figura deve ser deduzida e não copiada, como no caso dos cubos. Ela requer uma percepção de detalhes com boa antecipação visual das relações parte-todo, síntese de formas visuais concretas, coordenação visomotora, flexibilidade para trabalhar com meta desconhecida no início da atividade, capacidade para justapor peças sem significado, formando um todo que é significativo na vida prática.

É uma prova sujeita à interferência emocional pelo significado e às associações possíveis em relação à tarefa (por exemplo, rosto mutilado, pessoa cortada).

Altos escores sugerem boa capacidade para experiências motoras; bom uso de ensaio e erro; boa visão antecipatória de conjuntos, de sínteses.

Baixos escores sugerem deficiências perceptivas ou visomotoras; falta de interesse por tarefas manipulativas; dificuldade em sínteses e globalizações visuais.

11 Código

Pode-se simplificar a
questão dirigindo a
criança na observação
de cada símbolo.

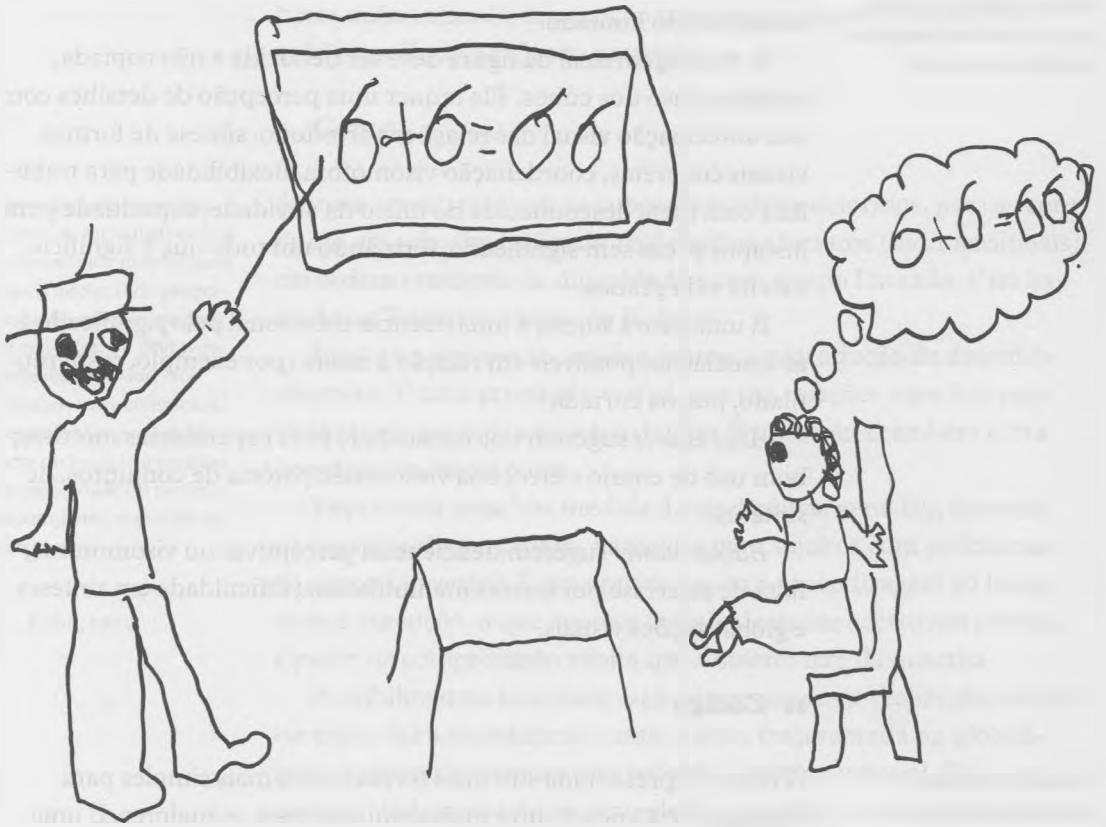
A prova é apresentada sob duas formas: uma mais simples para crianças até 8 anos e outra mais complexa para os maiores. É uma associação entre figuras simples e números, com símbolos que deverão ser lembrados dentro de um tempo limitado.

Explora a capacidade de aprender a associação de símbolos e formas ou números, revelando a destreza visomotora e a coordenação motora fina.

Revela um certo nível de adaptação social no cumprimento de ordens, para execução em curto prazo, que vão exigir concentração de atenção.

Altos escores sugerem motivação elevada para a tarefa combinada com destreza e capacidade para memorizar símbolos; busca de êxito.

Baixos escores sugerem desinteresse pela tarefa; problemas visuais específicos; problemas de coordenação visomotora; baixo controle no uso do lápis; impulsividade na execução; interferência emocional no método de ação, na baixa atenção e concentração; perfeccionismo levando à lentidão.



Bibliografia e leitura complementar

Incluimos nesta seção tanto os textos que fundamentam nossa proposta de Psicopedagogia clínica como aqueles que contribuíram à análise crítica, e outras referências que possam auxiliar aqueles interessados em ampliar as questões apresentadas. Quando possível, colocamos a referência com sua edição em português.

Psicopedagogia

- ABPP, Seção Goiás (org.), "Escola: da singularidade à diversidade – fortalecer na unidade, crescer na diversidade", in: XIII Encontro Regional de Psicopedagogia, *Anais*, Goiânia: Ed. Graf. Terra, 2003
- Seção Paraná Norte, "Psicopedagogia no Paraná: trilhando novos caminhos para inserção social do aprendiz e do profissional", in: I Encontro Paranaense de Psicopedagogia, *Anais*, Maringá: Bertoni Gráfica e Editora, 2003
- Maria Cecília ALMEIDA E SILVA, *Psicopedagogia: em busca de uma fundamentação teórica*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998
- Silva AMARAL (org.), *Psicopedagogia: um portal para a inserção social*, Petrópolis: Vozes, 2003
- Leda Maria Codeço BARONE, *De ler o desejo ao desejo de ler*, Petrópolis: Vozes, 1993
- Maria Helena BARTHOLO (org.), *Relatos do fazer psicopedagógico*, Rio de Janeiro: Noos, 2003
- Clarice Monteiro ESCOTT e Patricia W ARGENTI (orgs.), *A formação em psicopedagogia nas abordagens clínica e institucional: uma construção teórico-prática*, Nova Hamburgo: Feevale, 2001
- Alicia FERNÁNDEZ, *O saber em jogo: a psicopedagogia propiciando autorias de pensamento*, Porto Alegre: Artmed, 2001
- *Os idiomas do aprendente: análise das modalidades ensinantes com famílias, escolas e meios de comunicação*, Porto Alegre: Artmed, 2001
- *A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1990
- Vitor da FONSECA, *Dificuldades de aprendizagem: abordagem psicopedagógica e neuropsicológica*, 4 ed., Lisboa: Âncora, 2005a
- *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*, Lisboa: Âncora, 2005b
- *Perturbações do desenvolvimento da aprendizagem: tendências filogenéticas e ontogenéticas*, Lisboa: Ed. FMH, 1999
- *Aprender a aprender: educabilidade cognitiva*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1998
- *Educação especial: programa de estimulação precoce – uma introdução às ideias de Feurstein*, 2 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995
- Bernard GIBELLO, *A criança com distúrbios de inteligência*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1987
- Maria de Fátima Cardoso GOMES e Maria das Graças de Castro SENA (orgs.), *Dificuldades de aprendizagem na alfabetização*, Belo Horizonte: Autêntica, 2000
- Lcandro LAJONQUIÈRE, *De Piaget a Freud: para repensar as aprendizagens, a (psico)pedagogia entre o conhecimento e o saber*, 3 ed., Petrópolis: Vozes, 1993
- Isabel LUZURIAGA, *La inteligencia contra si mesma: el niño que no aprende*, 3 ed., Buenos Aires: Psique, 1976
- Elcie F Salzano MASINI (org.), *O ato de aprender*, São Paulo: Mennon/Mackenzie, 1999
- Neide A NOFFS, Nívea de C FABRÍCO e Vânia de C B SOUZA, *A psicopedagogia em direção ao espaço transdisciplinar*, São Paulo: Frontis, 2000
- Sara PAIN, *Subjetividade e objetividade: relação entre desejo e conhecimento*, São Paulo: Cevec, 1996
- *Teoria e prática de arte-terapia*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1996
- *Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem*, 2 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1988
- *A função da ignorância: a gênese do inconsciente*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1987
- *A função da ignorância: estruturas inconscientes do pensamento*, v.1, Porto Alegre: Artes Médicas, 1987
- *Psicopedagogia operativa: tratamento educativo do deficiente mental*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1987
- Maria das Graças Vasconcelos PAIVA (org.), *Encontros psicopedagógicos*, Rio de Janeiro: UERJ, 2002
- Sonia Maria B A PARENTE (org.), *Encontros com Sara Pain*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000
- *Pelos caminhos da ignorância e do conhecimento: fundamentação teórica da prática clínica dos problemas de aprendizagem*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000

- Edith R RUBINSTEIN, *O estilo de aprendizagem e a queixa escolar: entre o saber e o conhecer*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003
- Marilda M SANSEVERINO, *Meu filho vai mal na escola: por quê? O tempo, o lugar e o olhar na psicopedagogia*, São Paulo: Arte e Ciência / UNIP, 1997
- Claudete SARGO et al., *A práxis psicopedagógica brasileira*, Ed. Herval & Flores, São Paulo: ABPP, 1994
- Beatriz SCOZ, Aglaél BORGES e Roberto GAMBINI, (Por) *Uma educação com alma: a objetividade e a subjetividade nos processos de ensino/aprendizagem*, Petrópolis: Vozes, 2000
- Beatriz SCOZ (org.), *Psicopedagogia: contribuições para a educação pós-moderna*, Petrópolis: Vozes, 2004
- , *Psicopedagogia: contextualização, formação e atuação profissional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992
- (org.) et al., *Psicopedagogia: o caráter interdisciplinar na formação e atuação profissional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1987
- Alacir de Araújo SILVA e Maria Elizabeth BARROS (orgs.), *Psicopedagogia: alguns híbridos possíveis*, Vitória: Saberes Instituto de Ensino, 2000
- Paulo Berél SUKIENNIK (org.), *O aluno problema: transtornos emocionais de crianças e adolescentes*, Porto Alegre: Mercado Aberto, 1996
- Jorge VISCA, *Psicopedagogia: contribuições*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991
- , *Clínica psicopedagógica: epistemologia convergente*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1987
- Alba Maria Lemme WEISS e Mara Lúcia Reis Monteiro da CRUZ, *A informática e os problemas de aprendizagem escolar*, Rio de Janeiro: DP&A, 2004
- Maria Lúcia Lemme WEISS e Alba Maria Lemme WEISS, *Vencendo as dificuldades de aprendizagem*, 2 ed., Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011
- Karen ZELAN, *Os riscos do saber: obstáculos do desenvolvimento à aprendizagem escolar*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993
- Contribuições à psicopedagogia**
- Zygmunt BAUMAN, *Modernidade líquida*, tradução Plínio Dentzien, Rio de Janeiro: Zahar, 2001
- José BLEGER, *Psico-higiene e psicologia institucional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1984
- , *Psicologia da conduta*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1984
- , *Temas de psicologia*, São Paulo: Martins Fontes, 1981
- , *Simbiose e ambiguidade*, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977
- Peter BLOS, *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*, tradução W Dutra, São Paulo: Martins Fontes, 1998
- Molly BREARLEY e Elizabeth HITCHFIELD, *Guia prático para entender Piaget*, São Paulo: IBRASA, 1976
- Jean-Claude BRINQUIER, *Conversando com Jean Piaget*, Rio de Janeiro: Difel, 1978
- Terezinha Nunes CARRAHER, *O método clínico: usando os exames de Piaget*, Petrópolis: Vozes, 1983
- Zelia Ramozzi CHIAROTTINO, *Em busca do sentido da obra de Jean Piaget*, São Paulo: Ática, 1984
- , *Piaget: modelo e estrutura*, Rio de Janeiro: José Olympio, 1972
- Rosiska DARCY DE OLIVEIRA, *Elogio da diferença: o feminino emergente*, São Paulo: Brasiliense, 1993
- Thérèse G DECARIE, *Inteligencia y afectividad en el niño*, Buenos Aires: Toquel, 1970
- Jean-Marie DOLLE, *Para além de Freud e Piaget: referenciais para novas perspectivas em psicologia*, 2 ed., Petrópolis: Vozes, 1993
- , *Para compreender Jean Piaget: uma iniciação à psicologia genética piagetiana*, Rio de Janeiro: Zahar, 1978
- Françoise DOLTO, *Inconsciente e destinos: seminário de psicanálise da criança*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989
- , *Quando os pais se separam*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989
- , *Dificuldade de viver: psicanálise e prevenção das neuroses*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1988
- , *Dialogando sobre crianças e adolescentes*, São Paulo: Papyrus, 1984
- , *Psicanálise e pediatria: as grandes noções de psicanálise – dezesseis observações de crianças*, Rio de Janeiro: Zahar, 1984
- , *Seminário de psicanálise de criança*, 2 v., Rio de Janeiro: Zahar, 1982
- Emília FERREIRO, José Antonio CASTORINA, Delia LERNER e Marta Kohl de OLIVEIRA, *Piaget-Vygotsky: novas contribuições para o debate*, São Paulo: Ática, 1995
- Vitor da FONSECA, *Psicomotricidade e neuropsicologia: uma abordagem evolucionista*, Rio de Janeiro: Wak Editora, 2010
- Rosana GLAT (org.), *Educação inclusiva: cultura e cotidiano escolar*, coleção Questões atuais da educação especial, Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007
- Esther Pillar GROSSI e Jussara BONDIN, *Construtivismo pós-piagetiano: um novo paradigma sobre aprendizagem*, Petrópolis: Vozes, 1993
- Paulo FREIRE e Donaldo Pereira MACEDO, *Alfabetização: leitura do mundo, leitura da palavra*, São Paulo: Paz e Terra, 1990
- Hans G FURTH, *Piaget na sala de aula*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1974
- Bärbel INHELDER, *A aprendizagem e estruturas de conhecimento*, São Paulo: Saraiva, 1977
- , *El diagnóstico del razonamiento em los débiles mentales*, Barcelona: Nova Terra, 1944
- Francine JAULIN-MANNONI, *Pedagogia das estruturas lógicas elementares*, Lisboa: Semente, 1978
- Yves LA TAILLE, *Limites: três dimensões educacionais*, São Paulo: Ática, 2001

- Lino de MACEDO, *Ensaio construtivistas*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994
- Maud MANNONI, *Educação impossível*, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988
- , *A criança retardada e a mãe*, São Paulo: Martins Fontes, 1985
- , *A primeira entrevista em psicanálise*, 2 ed., Rio de Janeiro: Campus, 1983
- , *A criança, sua "doença" e os outros*, 2 ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1980
- Humberto MATURANA, *Emoções e linguagem na educação e na política*, tradução J F C Fortes, Belo Horizonte: UFMG, 1998
- Humberto MATURANA e Francisco VARELA, *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do conhecimento humano*, São Paulo: Ed. Palas Athena, 2004
- M C Oliveira MICOTTI, *Piaget e o processo de alfabetização*, São Paulo: Pioneira, 1980
- Margarete Pereira MIRANDA, *Adolescência na escola: soltar a corda e segurar a ponta*, Belo Horizonte: Formato Editorial, 2001
- Edgar MORIN, *Jornadas temáticas: a religião dos saberes – o desafio do século XXI*, tradução F Nascimento, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001
- Edgar MORIN e Jean-Louis LE MOIGNE, *A inteligência da complexidade*, tradução N M Falci, São Paulo: Petrópolis, 2000
- Marta Khol de OLIVEIRA, *Vygotsky: aprendizagem e desenvolvimento – um processo sócio-histórico*, São Paulo: Scipione, 1993
- José OUTEIRAL (org.), *Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes*, Rio de Janeiro: Revinter, 1998
- Seymour PAPERT, *A máquina das crianças: repensando a escola na era da informática*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1994
- Anne-Nelly PERRET-CLERMONT, *A construção da inteligência pela interação social*, Lisboa: Socicultur, 1978
- Jean PIAGET, *A noção de tempo na criança*, Rio de Janeiro: Record, s/d
- , *Seis estudos de psicologia*, Rio de Janeiro: Forense, 1978
- , *A equilíbrio das estruturas cognitivas*, Rio de Janeiro: Zahar, 1976
- , *A construção do real na criança*, 2 ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1975
- , *Gênese das estruturas lógicas elementares*, Rio de Janeiro: Zahar, 1971
- , *O desenvolvimento das quantidades físicas na criança*, Rio de Janeiro: Zahar, 1970
- Jean PIAGET e Bärbel INHELDER, *A psicologia da criança*, São Paulo: Difel, 1978
- Enrique PICHON-RIVIÈRE, *O processo grupal*, São Paulo: Martins Fontes, 1983
- , *Teoria do vínculo*, São Paulo: Martins Fontes, 1982
- Monique PINOL-DOURIEZ, *La construcción del espacio en el niño: el desarrollo semiótico del esquema corporal*, Madrid: Pablo del Rio, 1979
- Mary Ann Spencer PULASKY, *Compreendendo Piaget: uma introdução ao desenvolvimento cognitivo da criança*, Rio de Janeiro: Zahar, 1983
- Eliza SANTA ROZA, *Quando brincar é dizer a experiência psicanalítica na infância*, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993
- Elsa SCHIMID-KITSIKIS, *L'examen des opérations de l'intelligence: psychopathologie de l'enfant*, Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1969
- José Salomão SCHWARTZMAN, *Síndrome de Down*, São Paulo: Memnon/Mackenzie, 2001
- , *Transtorno do déficit de atenção*, São Paulo: Memnon/Mackenzie, 2001
- Fermino Fernandes SISTO, *Aprendizagem e mudanças cognitivas em crianças*, Petrópolis: Vozes, 1997
- Thomas VERNY, *A vida secreta da criança antes de nascer*, São Paulo: C J Salmi, 1989
- Lev Semyonovich VYGOTSKY, *Pensamento e linguagem*, 2 ed., São Paulo: Martins Fontes, 1989
- , *A formação social da mente*, São Paulo: Martins Fontes, 1984
- Lev Semyonovich VYGOTSKY, Alexandr R LURIA e Alexis N LEONTIEV, *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*, 2 ed., São Paulo: Ícone, 1989
- Barry J WADSWORTH, *Piaget para o professor da pré-escola e 1º grau*, São Paulo: Pioneira, 1984
- David WALLBRIDGE e Madeleine DAVIS, *Limite e espaço: uma introdução à obra de D W Winnicott*, Rio de Janeiro: Imago, 1982
- Donald Woods WINNICOTT, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1990
- , *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982
- , *O brincar e a realidade*, Rio de Janeiro: Imago, 1975

Contribuições ao diagnóstico

- Isabel ADRADOS, *Manual de psicodiagnóstico e diagnóstico diferencial*, Petrópolis: Vozes, 1982
- Anne ANASTASI, *Testes psicológicos: teoria e aplicação*, São Paulo: Herdu, 1967
- Harold H ANDERSON e Gladys L ANDERSON, *Técnicas projetivas do diagnóstico psicológico*, São Paulo: Mestre Jou, 1967
- Robert C BURNS e S Harvard KAUFMAN, *Los dibujos kinéticos de la familia como técnica psicodiagnóstica*, Buenos Aires: Paidós, 1978
- Terezinha Nunes CARRAHER, *O método clínico: usando os exames de Piaget*, Petrópolis: Editora Vozes, 1983
- Culeen CLAWSON, *Bender infantil: manual de diagnóstico clínico*, 2 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1982

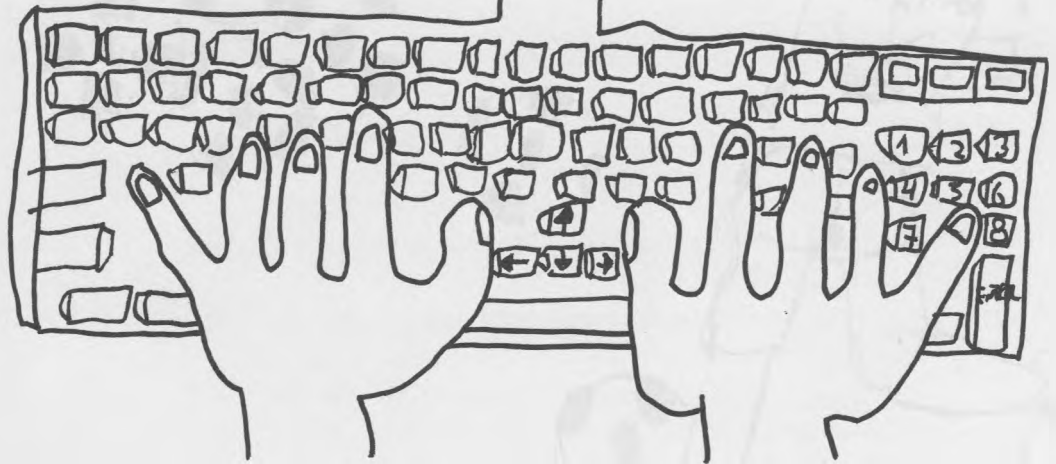
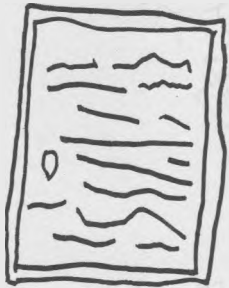
- Louis CORMAN, *El teste del dibujo de la familia en la práctica médica-pedagógica*, Buenos Aires: Kapelusz, 1967
- Joseph H DI LEO, *A interpretação do desenho infantil*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1985
- Jean-Marie DOLLE e Denis BELLANO, *Essas crianças que não aprendem: diagnóstico e terapias cognitivas*, Petrópolis: Vozes, 1996
- Alan GLASSER e Irla Lee ZIMMERMAN, *Interpretación clínica de la escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC)*, Madri: Tea, 1977
- Emanuel F HAMMER, *Aplicaciones clínicas dos desenhos projetivos*, Rio de Janeiro: Interamericana, 1981
- Elizabeth M KOPPTIZ, *El test giestaltico visomotor para niños*, Buenos Aires: Guadalupe, 1982
- Georges-Henri LUQUET, *Le dessin enfantin*, Paris: Presses Universitaires de France, 1927
- María Rosa Estruch MORALES, Nydia NIGERI e Elda Matticoli de Martinez RAMOS, “Teoria constructivista del espacio, aplicada a la interpretation del test Bender”, *Aprendizaje Hoy*, v.5, n.6, 1983, p.7-19
- Maria Luisa Siquier de OCAMPO, Elza Grassano de PICCOLO e María Esther García ARZENO, *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*, São Paulo: Martins Fontes, 1981
- Vera Barros OLIVEIRA e Nadia A BOSSA (orgs.), *Avaliação psicopedagógica da criança de 0-6 anos*, 15 ed., Petrópolis: Vozes, 2005
- *Avaliação psicopedagógica da criança de 7-11 anos*, 13 ed., Petrópolis: Vozes, 2005
- *Avaliação psicopedagógica do adolescente*, 7 ed., Petrópolis: Vozes, 2003
- Maria Elena Coviella de OLIVERO e Cristina Vander Kooy PALACIOS, “Test pareja educativa: el objeto de aprendizaje como medio para detectar larelacion vincular latente”, *Aprendizaje Hoy*, ano 6, n.10, outubro, 1990
- José Salomão SCHWARTZMAN, *Transtorno de déficit de atenção*, São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2001
- Franco Lo Presti SEMINÉRIO, *Diagnóstico psicológico: técnica do exame psicológico - fundamentos epistemológicos*, São Paulo: Atlas, 1977
- Andrey S SOUZA, *Pensando a imibição intelectual: perspectiva psicanalítica e proposta diagnóstica*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995
- Jorge VISCA, *Técnicas projetivas psicopedagógicas e pautas gráficas para a sua interpretação*, Buenos Aires: Visca e Visca, 2008
- *El diagnóstico operatorio de adolescentes y adultos, en la práctica psicopedagógica*, Buenos Aires: Visca e Visca, 2002
- *Introducción a los juegos lógicos en el tratamiento psicopedagógico: su historia, reglas y significado psicopedagógico*, Buenos Aires: Ag. Serv. G., 1996
- *El diagnóstico operatorio en la práctica psicopedagógica*, Buenos Aires: Ag. Serv. G., 1995
- Jorge VISCA e Florência VISCA, *El esquema evolutivo del aprendizaje*, Buenos Aires: Titakis Gráfica, 1999
- Maria Lúcia Lemme WEISS, “A avaliação e a instituição escolar”, in: Nadia Aparecida BOSSA e Vera Barros OLIVEIRA, *Avaliação psicopedagógica de crianças de 7-11 anos*, Petrópolis: Vozes, 1997
- “Reflexões sobre diagnóstico psicopedagógico”, in: Beatriz SCOZ et al., *Psicopedagogia: contextualização, formação e atuação profissional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992
- “Psicopedagogia clínica: o diagnóstico”, *Boletim da Associação Brasileira de Psicopedagogia*, ano 6, n.13, junho, 1987, p.29-35
- *Considerações sobre a instrumentação do psicopedagogo no diagnóstico: psicopedagogia, o caráter interdisciplinar na formação e atuação profissional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1987
- “Obstáculos à aprendizagem e ao desenvolvimento da leitura: uma experiência de tratamento psicopedagógico realizado na UERJ”, *Boletim da Associação Estadual de Psicopedagogos de São Paulo*, ano 3, n.5, 1984

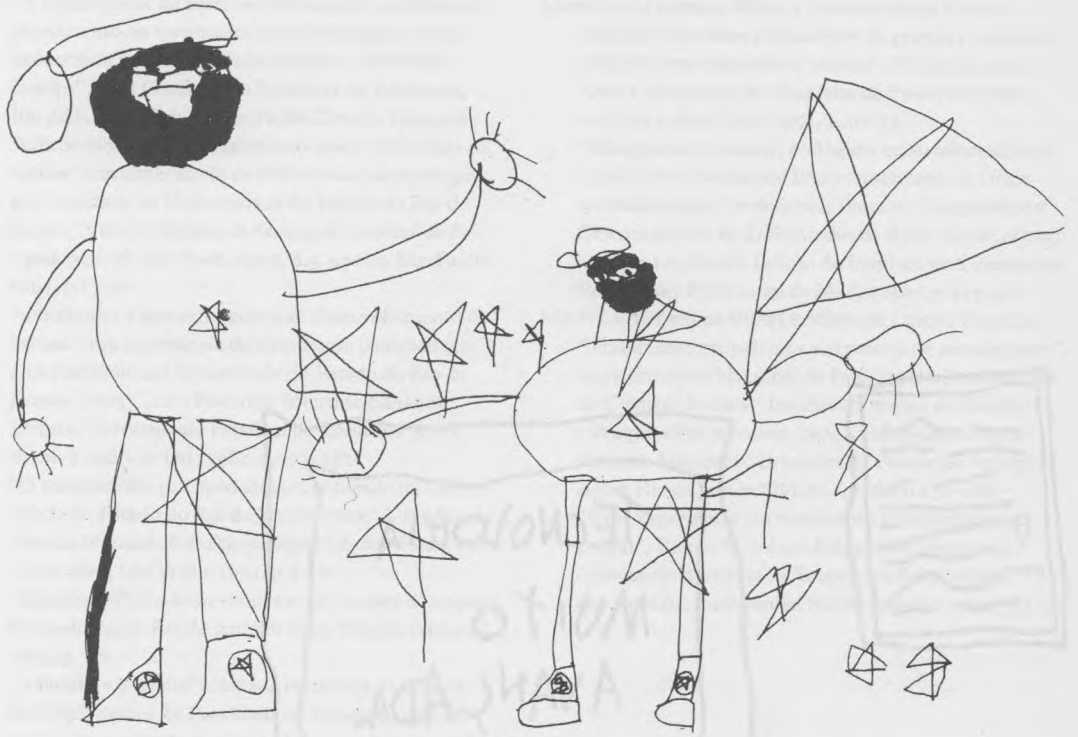
Contribuições à didática do ensino fundamental

- Pierre BERLOQUIM, *100 jogos lógicos*, 2 ed., Lisboa: Gradiva, 1991
- *100 jogos numéricos*, Lisboa: Gradiva, 1991
- Bruno BETTELHEIN e Karen ZELAM, *Psicanálise da alfabetização: um estudo psicanalítico da arte de ler e aprender*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1991
- Vilma M BISCOLLA, *Construindo a alfabetização*, São Paulo: Pioneira, 1991
- Tania DAUSTER e Lucelena FERREIRA, *Por que ler? Perspectivas culturais no ensino de literatura*, Rio de Janeiro: Lamparina, 2010
- Lucelena FERREIRA, e Anabelle Loivos Considera Conde SANGENIS, *Didática e prática de ensino de língua portuguesa e literatura: desafios para o século XXI*, Rio de Janeiro: Lamparina, 2011
- Emilia FERREIRO, *Reflexões sobre alfabetização*, São Paulo: Cortez, 1986
- Emilia FERREIRO e Margarita Gomes PALACIO, *Os processos de leitura e escrita: novas perspectivas*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1988
- Emilia FERREIRO e Ana TEBEROSKY, *Psicogênese da língua escrita*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1985
- Martin GARDNER, *Ah, descobri! Jogos e diversões matemáticas*, 2 ed., Lisboa: Gradiva, 1993
- Miguel de GUZMÁN, *Aventuras matemáticas*, 2 ed., Lisboa: Gradiva, 1992
- Josette JOLIBERT (org.), *Formando crianças leitoras*, v.1, Porto Alegre: Artes Médicas, 1994
- *Formando crianças produtoras de textos*, v.2, Porto Alegre: Artes Médicas, 1994

- Constance KAMII, *A criança e o número*, 4 ed., Campinas: Papirus, 1986
- Constance KAMII e Georgia DECLARK, *Reinventando a aritmética*, Campinas: Papirus, 1986
- Constance KAMII e Rheta DEVRIES, *O conhecimento físico na educação pré-escolar*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1988
- Vasco Pedro MORETTO, *Construtivismo: a produção do conhecimento em aula*, 5 ed., Rio de Janeiro: Lamparina, 2011
- , *Prova: um momento privilegiado de estudo, não um acerto de contas*, 9 ed., Rio de Janeiro: Lamparina, 2010
- Gilda RIZZO, *Jogos inteligentes: a construção do raciocínio na escola natural*, Rio de Janeiro: Bertrand, 1996
- Ana TEBEROSKY e Beatriz CARDOSO (orgs.), *Reflexões sobre o ensino da leitura e escrita*, Campinas: UNICAMP, 1989
- Telma WEISZ, "E na prática, a teoria é outra?", in: *Isto se aprende no ciclo básico*, projeto Ipê da Secretaria do Estado de São Paulo, coordenação professora Maria Leila Celes, São Paulo, 1986
- Trabalhos da autora**
- Maria Lúcia Lemme WEISS, *Psicopedagogia clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar*, 13 ed., Rio de Janeiro: Lamparina, 2007
- , "Indisciplina ou problemas de aprendizagem?", *Revista Construir Notícias*, Recife, ano 3, n. 17, julho/agosto, 2004, p.12-14
- , "Da clínica para a escola: a compreensão das diferenças através da psicopedagogia", in: I Encontro Paranaense de Psicopedagogia (ABPP/PR), Anais, Maringá, 2003, p.36-40
- , "O uso da informática na clínica psicopedagógica", *Anuário da ASAUEJ*, edição comemorativa, Rio de Janeiro: EDUERJ, 2002, p.108-110
- , "Informática e problemas de aprendizagem", *Psicopedagogia*, revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia, v.17, n.45, São Paulo: 1998, p.4-8
- , "Diagnóstico psicopedagógico: avaliação do aluno ou da escola?", *Psicopedagogia*, revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia, v.16, n.42, São Paulo: 1997, p.15-20
- , "A criança na instituição escolar", in: Vera B de OLIVEIRA e Nádia A BOSSA (orgs.), *Avaliação psicopedagógica da criança de 7-11 anos*, Petrópolis: Vozes, 1996, p.163-182
- , "Psicopedagogia institucional: controvérsias, possibilidades e limites", in: *A práxis psicopedagógica brasileira*, São Paulo: Ed. ABPP, 1994, p.93-106
- , "Colégios de Aplicação", in: M P N HESS (org.), *Colégio de Aplicação: possibilidades e limites*, Rio de Janeiro: EDUERJ, 1994, p.27-29
- , "Prática do diagnóstico de problemas de aprendizagem escolar", in: XVII International School Psychology Colloquium, II Congresso Nacional de Psicologia Escolar, *Abstracts*, Campinas, 1994, p.202-203
- , "Psicopedagogia institucional ou psicopedagogia na escola?", *Expressão: psicopedagogia, um novo caminho*, ano 3, n.3, Rio de Janeiro: Ed. Faculdade S. Judas Tadeu, 1993, p.35-39
- , "Reflexões sobre a psicopedagogia na escola", *Psicopedagogia*, revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia, v.10, n.21, São Paulo: 1991, p.6-9
- , "Reflexões sobre o diagnóstico psicopedagógico", in: Beatriz SCOZ (org.), *Psicopedagogia: contextualização, formação e atuação profissional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1991, p.94-99
- , "Psicologia escolar", in: Yone Moniz REIS (org.), *Memória do curso de psicologia da UERJ*, Rio de Janeiro: Edição particular Yone Moniz Reis, 1990, p.222-242
- , "Uma nova lição", *Notícia*, jornal da Universidade Estadual de Londrina, Londrina: 1990
- , "Uma visão da prática na clínica psicopedagógica", in: Maerília AMORIM (org.), *Psicologia escolar: artigos e estudos*, Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1989, p.55-65
- , "Multirrepentes: o crescimento na aprendizagem através de grupos de tratamento psicopedagógico", *Boletim da Associação Brasileira de Psicopedagogia*, ano 8, n.17, São Paulo: 1989, p.15-20
- , "Rever a ideologia", *Propsi*, jornal do Conselho Regional de Psicologia (5 região), março/abril, Rio de Janeiro: 1989
- , "Considerações sobre a instrumentação do psicopedagogo no diagnóstico", in: Beatriz SCOZ (org.), *Psicopedagogia: o caráter interdisciplinar na formação e atuação profissional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1987, p.75-85
- , "A formação do especialista para a área de psicopedagogia", in: Seminário Psicopedagógico de Novos Rumos para o Desenvolvimento da Lógica e da Imaginação da Criança do Terceiro Mundo, *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, revista do Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais da Fundação Getúlio Vargas, v.39, n.39, julho/setembro, Rio de Janeiro: 1987, p.146-149
- , "Psicopedagogia clínica: o diagnóstico", *Boletim da Associação Estadual de Psicopedagogos de São Paulo*, ano 6, n.13, junho, São Paulo: 1987, p.29-35
- , "Experiência de atendimento psicopedagógico clínico de forma grupal", *Boletim da Associação Estadual de Psicopedagogos de São Paulo*, ano 4, n.9, dezembro, São Paulo: 1985, p.16-23
- , "Orientação educacional e psicopedagogia", *Revista Fórum Educacional do IESAE*, revista da Fundação Getúlio Vargas, v.9, n.2, abril/junho, Rio de Janeiro: 1985, p.61-70

- “A importância do desenvolvimento das estruturas de pensamento no tratamento psicopedagógico: uma experiência na Universidade do Estado do Rio de Janeiro”, in: II Conferência Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, *Painéis*, São Paulo: Loyola, 1984, p.80
- “Obstáculos à aprendizagem e ao desenvolvimento da leitura: uma experiência de tratamento psicopedagógico realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)”, *Boletim da Associação Estadual de Psicopedagogos de São Paulo*, ano 3, n.5, agosto, São Paulo: 1984, p.17–20
- “Obstáculos à aprendizagem e ao desenvolvimento da leitura: uma experiência de tratamento psicopedagógico realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)”, in: I Encontro Interdisciplinar de Leitura, Universidade Estadual de Londrina (UEL), *Anais*, Londrina: UEL, 1984, p.277–282
- “O atendimento psicopedagógico realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)”, *Boletim da Associação Estadual de Psicopedagogos de São Paulo*, ano 3, n.4, abril, São Paulo: 1984, p.5–10
- “Introdução”, *Cadernos da UERJ: três modelos de pesquisa psicopedagógica*, Rio de Janeiro: UERJ, Núcleo Editorial, 1979, p.5–6
- “A família e a escola”, *Delphos*, revista da Associação dos Diplomados da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, edição especial, Rio de Janeiro: 1979, p.171–178
- “Pinóquio: uma tentativa de interpretação jungiana”, *Delphos*, revista da Associação dos Diplomados da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, n.17/18, Rio de Janeiro, 1977/1978, p.60–65
- “A percepção de causalidade no processo da dissonância cognitiva”, in: XIV Congresso Interamericano de Psicologia, *Anais*, São Paulo: EDUSP, 1973, p.459–462
- *Aspectos da evolução da teoria da dissonância cognitiva: uma tentativa de sistematização*, tese de mestrado em psicologia teórico experimental, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1972
- Maria Lúcia Lemme WEISS e Alba Maria Lemme WEISS, *Vencendo as dificuldades de aprendizagem*, 2 ed., Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011
- Maria Lúcia Lemme WEISS, Alba WEISS e Sueli de ABREU, “Por que o uso do computador na clínica psicopedagógica?”, in: V Congresso Brasileiro de Psicopedagogia; I Congresso Latino-Americano de Psicopedagogia, *Anais*, São Paulo, 2000, p.298–501
- Maria Lúcia Lemme WEISS e Jane CORREA, “Uma forma de tratamento psicopedagógico grupal de crianças com problemas de aprendizagem escolar”, *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, órgão oficial de divulgação científica da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de São Caetano do Sul (FEC do ABC), v.1, n.3, São Caetano do Sul: 1989, p.7–20
- Maria Lúcia Lemme WEISS e Cristina Maria Caldas SIMÕES, “Sucessos e insucessos de grupos psicopedagógicos: uma experiência escolar”, *Psicopedagogia*, revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia, v.10, n.22, São Paulo: 1991, p.40–43
- “El alumno de ciencias biológicas en su adaptación al curso”, in: II Seminario Ibero-Americano de Orientación Escolar y Profesional, Tema 11 – Diagnóstico y Orientación en las Dificultades de Aprendizaje, *Actas y trabajos*, t.1, Madri: Edição do Instituto de Orientación Educativa y Profesional de Madri, 1983, p.415–425
- Maria Lúcia Lemme WEISS e Maria de Lurdes TEIXEIRA, “Tratamento grupal: uma alternativa de atendimento”, in: IV Encontro Nacional de Psicólogos e Profissionais de Ciências Sociais – Instituto Superior de Estudos e Pesquisa Psicossociais (ISOP), Fundação Getulio Vargas e Associação Brasileira de Psicologia Aplicada, *Anais*, Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1985, p.256–266
- “Uma experiência em tratamento psicopedagógico grupal”, *Revista Tecnologia Educacional*, revista da Associação Brasileira de Tecnologia Educacional, ano 14, n.64, maio/junho, Rio de Janeiro: 1985, p.33–44





© 2000 Microsoft Corporation. All rights reserved. Microsoft, the Microsoft Dynamics logo, and "Your business. Our passion." are either registered trademarks or trademarks of Microsoft Corporation in the United States and/or other countries.





Chico seguiu-o, até uma casa bem lá no fundo. Nos arredores, alguém tocava um violão, cantando com voz fanhosa. Uma pequena janela piscava, triste, pela luz trêmula de um lampião. O velho abriu a porta, velho e menino entraram. Na saleta da frente, com uns bancos de pau, uma mesa encardida, uma estampa de são Sebastião na parede, o velho, de costas como se escondesse um segredo, demorou a acender uma lamparina.

Otto Lara Resende, "O moinho" em *A boca do inferno*

Lamparina do esp. *lamparilla* s.f. 1 Pequena lâmpada 2 Pequeno recipiente com um líquido iluminante (óleo, querosene etc.) no qual se mergulha um pequeno disco de madeira, de cortiça ou de metal traspassado por um pavio que, aceso, fornece luz atenuada

Novo Aurélio – O dicionário da língua portuguesa

Esta obra foi composta em Plantin
e impressa em papel Alta Alvura 75g/m² e
cartão Supremo 250g/m² pela Vozes
para a Lamparina editora em setembro de 2016

Áreas de interesse:

Psicologia

Pedagogia

Fonoaudiologia

Psicopedagogia

Pediatria

Magistério

Psicopedagogia clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar trata da aprendizagem humana e dos diversos fatores que conduzem ao fracasso escolar.

Para um diagnóstico completo das causas dos problemas de aprendizagem da criança/adolescente, é necessário avaliar diversos aspectos: orgânicos, cognitivos, emocionais, sociais e pedagógicos – lembrando sempre que as dificuldades de aprendizagem na escola podem ser causadas por um ou mais desses aspectos, não sendo eles, necessariamente, excludentes.

Este livro, adotado em cursos de graduação, especialização e pós-graduação, desmistifica a ideia de que o fracasso escolar seja sempre decorrente do aluno ou da família. Muitas vezes, a maneira de a escola ensinar, o seu modo de explicar e a sua linguagem podem ser os verdadeiros responsáveis pelo fracasso do aluno na escola.

“É [um] livro para ser lido não apenas por psicopedagogos, mas por todos os profissionais que atuam na escola: professores, orientadores, supervisores e administradores. De preferência, ainda no período de formação, como as licenciaturas e últimos períodos do curso de Pedagogia. Ficaré claro para cada um que não existe ato praticado na escola que seja inócuo e que cada um destes atos, de alguma maneira, afeta a sala de aula, atinge o aluno. Aliás, não há ato inofensivo quando se trata de criança, na educação familiar ou escolar. Nada mais necessário do que sabermos que nossa atuação na sala de aula pode levar a uma desastrosa desorganização mental e emocional do aluno. Nossas relações, nossa cobrança – muitas vezes incompatível com a maneira de ensinarmos; nossa linguagem e modo de explicar, com frequência são os verdadeiros responsáveis pelo fracasso do aluno.”

Welitom Vieira dos Santos

Professor da Faculdade de Educação da UERJ

ISBN 978-85-98271-95-8



9 788598 271958



lâmparina