



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Thaís de Sousa Rodrigues

Dislexia e TDA/H no Ensino Superior: o recurso à medicalização como privilégio para o ingresso?

UBERLÂNDIA
2018



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Thaís de Sousa Rodrigues

Dislexia e TDA/H no Ensino Superior: o recurso à medicalização como privilégio para o ingresso?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Maria Cintra da Silva

UBERLÂNDIA
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

R696d
2018 Rodrigues, Thais de Sousa, 1993-
Dislexia e TDA/H no ensino superior [recurso eletrônico] : o recurso à medicalização como privilégio para o ingresso? / Thais de Sousa Rodrigues. - 2018.

Orientadora: Silvia Maria Cintra da Silva.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.308>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Psicologia. 2. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade. 3. Dislexia. 4. Psicologia escolar. 5. Ensino superior. I. Silva, Silvia Maria Cintra da, 1967- (Orient.) II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Maria Salete de Freitas Pinheiro - CRB6/1262



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Thaís de Sousa Rodrigues

Dislexia e TDA/H no Ensino Superior: o recurso à medicalização como privilégio para o ingresso?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Maria Cintra da Silva

Banca Examinadora

Uberlândia, 17 de agosto de 2018

Prof.^a Dr.^a Silvia Maria Cintra da Silva (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof.^a Dr.^a Sonia Mari Shima Barroco (Examinadora)
Universidade Federal de Maringá – Maringá, PR

Prof.^a Dr.^a Anabela Almeida Costa Santos Peretta (Examinadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof.^a Dr.^a Ana Carla Furlan Scarin (Examinadora Suplente)
Universidade Paulista – São Paulo, SP

UBERLÂNDIA

2018

Agradecimentos

Muitos sentimentos e expectativas passavam pela minha cabeça antes de iniciar o mestrado, mas nada comparado com o que tenho vivido. É um desafio diário repleto de novidades, transformações, (des)encontros, experiências, inquietações, angústias, abdições e ganhos surpreendentes. Essa caminhada, com certeza, não seria possível sem o apoio e contribuições que recebi de todos os meus familiares, amigos, namorado, orientadora, professores, alunos do estágio em docência, colegas de profissão e de caminhada no mestrado, livros, congressos, discussões no Fórum sobre Medicalização, participantes desta pesquisa e tantos outros que, de forma muito singular, me ajudaram neste percurso de tornar-me mestre.

Aos meus pais, Magda e Marco, muito obrigada por compreenderem minha ausência, devido à correria de manter o mestrado e, simultaneamente, aprender a me tornar psicóloga, mediante o meu primeiro emprego. À minha irmã, obrigada pelas palavras de força. À minha avó e aos meus tios, obrigada por compreenderem meu afastamento e sempre me colocarem em suas orações. À minha querida e amada sobrinha Valentina, pelos momentos de descontração.

Ao Rafael, meu namorado, que, em meio a tantos momentos de insegurança, lembrava-me da minha capacidade, competência, garra e persistência. Obrigada pelo carinho, pelo colo tão querido, por compartilhar e celebrar comigo, com tanta sensibilidade, cada conquista e dificuldade. À minha segunda família, Elisa, Nelson, Anaisa, Lucas, avó Lurdes, Bruno e Roberta, que sempre abriram as portas do seu lar para me receber.

À minha querida amiga e orientadora Silvia Maria, por todas as vivências ao longo da minha graduação e por esta incrível e inesquecível experiência no mestrado. Obrigada por ajudar-me a despertar o interesse para a pesquisa e, por isso, ter chegado até aqui. Obrigada por todas as contribuições, intervenções, pela escuta e pelo olhar tão atenciosos e por auxiliar-me nesta árdua missão de transformar ideias em palavras. Tenho plena admiração pela profissional e pessoa que você é e sempre a levo como referência.

A todos os meus professores, da graduação e pós-graduação, que tanto me acrescentaram neste processo. À querida Anabela que, além de companheira de pesquisa e parceira na luta contra a medicalização, recebeu-me tão bem como estagiária em docência em sua disciplina de Psicologia da Educação. Obrigada por todo o carinho, respeito, consideração e confiança nesta longa construção e descoberta do que é ser professor. Não tenho palavras para agradecer as trocas que tivemos a cada planejamento de aula e a cada avaliação de nossas intervenções. Gratidão por apresentar-me à docência de um jeito tão especial.

Aos alunos de Licenciatura em Química, que participaram da minha viagem como estagiária em docência na disciplina de Psicologia da Educação. Obrigada pelo carinho e respeito, por todas as contribuições e por compartilharem comigo uma docência tão prazerosa.

À querida e inspiradora Liliane, supervisora de estágio durante minha graduação, colega e parceira no processo do mestrado. Obrigada por ter me apresentado uma Psicologia Escolar tão coerente com a que eu lia nos livros.

À doce Larice, por encorajar-me a prestar o processo seletivo do mestrado e pela disposição com que sempre me recebeu para conversarmos a respeito, acolhendo minhas ansiedades e medos.

A todos os colegas do mestrado, cúmplices neste vir-a-ser mestre, com os quais partilhei angústias, descobertas e muitas trocas.

Ao grupo de pesquisa, formado por Anabela, Silvia, Deborah, Fabiana e Larice, que tanto acrescentou em minha caminhada como pesquisadora e psicóloga.

Ao grupo de estudos em Psicologia Histórico-Cultural e a todos os seus integrantes.

À Diretoria de Processos Seletivos que, gentilmente, abriu as portas para a minha pesquisa.

À entrevistada Letícia¹ que, dentre tantos afazeres, dedicou-me um pouco de seu tempo.

À banca de defesa, professoras Anabela Almeida Costa Santos Peretta e Sonia Mari Shima Barroco, pela disponibilidade e apontamentos.

¹ Nome fictício.

Agradeço, também, as discussões no Fórum sobre Medicalização, do Núcleo Uberlândia, as quais ampliaram minha visão e colaboraram para a escrita da dissertação.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PGPSI) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), pela oportunidade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de mestrado.



Fonte: <http://psicologiadopsicologos.blogspot.com.br/search?q=medicaliza%C3%A7%C3%A3o>

Resumo

Rodrigues, T. S. (2018). *Dislexia e TDA/H no Ensino Superior: o recurso à medicalização como privilégio para o ingresso?* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

A medicalização refere-se ao processo de patologização de situações cotidianas que são abordadas por um ponto de vista majoritariamente médico e biológico e compreendidas de forma individualizante. Em uma perspectiva nosológica e relacionada aos processos de aprendizagem, encontramos supostos transtornos como Dislexia e Transtorno de Déficit de Atenção com/sem Hiperatividade (TDA/H) nos diferentes níveis de ensino. Neste sentido, esta pesquisa teve como objetivo geral conhecer e analisar os laudos de Dislexia e TDA/H utilizados para o ingresso no Ensino Superior a partir das contribuições da Teoria Histórico-Cultural e, como objetivo específico, propor contribuições da Psicologia Escolar no enfrentamento da medicalização no Ensino Superior. Neste estudo, com enfoque qualitativo, procedemos a um levantamento dos laudos nos anos de 2003 a 2016 apresentados por candidatos junto ao setor responsável pelos processos seletivos da Universidade Federal de Uberlândia (UFU); realizamos entrevista semiestruturada com funcionária responsável pelo setor de atendimento especial, contato telefônico com o Centro de Ensino, Pesquisa, Extensão e Atendimento em Educação Especial (CEPAE) e fizemos uma observação durante a aplicação de provas do setor especial, acompanhando candidatos que entraram com requerimentos e laudos de TDA/H e Dislexia, como também de deficiências visuais, auditivas, físicas e outras necessidades. No levantamento de 809 requerimentos encontramos 96 candidatos com laudos de Dislexia e TDA/H, sendo 42 do sexo feminino e 54 do masculino, 34 destes com intenção para o curso de Medicina. O número de requerimentos aumentou de 2003 para 2016, assim como o uso de medicamentos, sendo que 32 candidatos comprovam o uso de metilfenidato. Por meio da leitura cuidadosa dos requerimentos e laudos, da transcrição da entrevista e dos diários de campo, elencamos cinco eixos para análise: 1) Supremacia médica: o *status* do “doutor”; 2) Escola ou farmácia?: Dói muito fazer vestibular?; 3) A apropriação dos sintomas e a naturalização dos efeitos colaterais; 4) Deficiência, transtorno, disfunção ou “história pra boi dormir”? Afinal, o que são TDA/H e Dislexia? e 5) Se o TDA/H e a Dislexia não são deficiências, por que incluí-los no atendimento especial? Desta forma, propomos que seja criada uma comissão interna na UFU, composta por equipe multiprofissional, com a participação de psicólogos, que avalie estes requerimentos de atendimento especial e atue na desconstrução destes diagnósticos. Além disso, propomos também que alguns destes recursos ofertados para os candidatos de atendimento especial, tal como a extensão do tempo de prova em até uma hora, sejam ampliados para todos, sem a necessidade de um laudo que ateste algum suposto transtorno. Compreendemos que a oferta de atendimento especial para pessoas com laudos de TDA/H e Dislexia contribui não apenas para a proliferação de laudos, como para o uso de fármacos, o que culmina no aumento da medicalização da vida. Visto assim, acreditamos que este estudo venha a contribuir não só para alertar, mas também denunciar práticas medicalizantes que têm acontecido em tantos contextos, sendo o Ensino Superior um deles. Propugnamos uma educação superior que seja acessível a quaisquer estudantes que tenham interesse em prosseguir seus estudos neste nível de ensino e que, em sua escolarização pregressa, sejam respeitados e auxiliados em seus diferentes modos e tempos de aprender e que não tenham sido induzidos a crer ou lançar mão de um pseudotranstorno, como a Dislexia e o TDA/H, como privilégio para o ingresso na Universidade.

Palavras-chave: Medicalização; Ensino Superior; Dislexia; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Psicologia Escolar.

Abstract

Rodrigues, T.S. (2018). *Dyslexia and ADHD in Higher Education: the use of medicalization as a privilege for admission?* (Masters Dissertation). Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brazil.

Medicalization refers to the process of pathologization of daily situations there are approached by a medical and biologic point of view and underpinned by an individualized way. From a nosological perspective and related to learned process, we find purported disorders as Dyslexia and Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD) in different education levels. In this regard, this research has as general objective to know and to analyse Dyslexia and ADHD technical reports used for entry to Higher Education through Cultural-historical Theory contributions and, as specific objective, to propose School Pshicology on medicalization confronting on Higher Education. On this study, with quality focus, we proceeded to a technical reports survey between 2003 and 2016 showed for candidates to responsible sector by Federal University of Uberlândia (UFU) selective processes; we realized semi-structure interview with employee responsible for exceptional care sector, we did phone contact to Teaching, Research and Extension Center Assistance in Special Education (CEPAE) and we did an observation during the test application of the special sector, monitoring candidates who entered with Dyslexia and ADHD requests and technical reports, as visual, hearing, physical impairment and another necessities. On survey we found 809 requests, 96 candidates with Dyslexia and ADHD, 42 females and 54 males, 34 candidates with intention to Medical course. The number request increased between 2003 and 2016, just as pills used, since 32 candidates use methylphenidate. Through a careful reading of requests and technical reports, the interview transcription and the field diary, we choose five axes to analyse: 1) Medical supremacy: the “doctor” status; 2) School or drugstore? It hurts a lot to do entrance examination? 3) The symptoms appropriation and the collateral effects naturalisation; 4) Disability, disorder, dysfunction or “story to sleeping ox”? After all, what are ADHD and Dyslexia? and 5) If ADHD and Dyslexia are not disabilities, why there are included in exceptional care service?. Therefore, we propose to create an internal committee in UFU, composed of multidisciplinary staff, with psychologists participation to evaluate these exceptional care requests and to act on diagnostic deconstruction. Besides that, we purpose that some of these resources that are offered to exceptional care candidates, such as the time extension test up to one hour, there are expanded to all candidates, without the necessity of a technical report that attests some purported disorder. We believe that the care exceptional service offered to people with Dyslexia and ADHD contributes just not to the technical supports proliferation, as such to use of medicines, that contributes to increased of life medicalization. Thus, we believe that this study comes to contribute just not to alert, but to report medicalization practice, that are happening in a lot of contexts, as the Higher Education. We defend a Higher Education that can be access to any students that are interested to continue their studies in this level of teaching and that, in their past schooling, they are respected and assisted in their different kind and time of learning and they were not induced to believe or make use purported disorders, such as Dyslexia and ADHD, as a benefit to entry on college.

Keywords: Medicalization; Higher Education; Dyslexia; Attention Deficit /Hyperactivity Disorder; School Psychology.

Resumen

Rodrigues, T.S. (2018). *Dyslexia y TDA/H in en la Enseñanza Superior: el recurso a la medicalización como privilegio para el ingreso?* (Tesis de maestría). Instituto de Psicología, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.

La medicalización se refiere al proceso de patologización de situaciones cotidianas que son abordadas por un punto de vista mayoritariamente médico y biológico y sostenidas de forma individualizante. En una perspectiva nosológica y relacionada a los procesos de aprendizaje, encontramos supuestos trastornos como Dislexia y Trastorno de Déficit de Atención con / sin Hiperactividad (TDA / H) en los diferentes niveles de enseñanza. En este sentido, esta investigación tuvo como objetivo general conocer y analizar los laudos de Dislexia y TDA / H utilizados para el ingreso en la Enseñanza Superior, a partir de las contribuciones de la Teoría Histórico-cultural, y, como objetivo específico, proponer contribuciones de la Psicología Escolar en el enfrentamiento de la medicalización en la Enseñanza Superior. En este estudio, con enfoque cualitativo, procedimos a un levantamiento de los laudos, en los años 2003 a 2016, presentados por candidatos junto al sector responsable por los procesos selectivos de la Universidad Federal de Uberlândia (UFU); se realizaron entrevistas semiestructuradas con la funcionaria responsable del sector de atención especial, contacto telefónico con el Centro de Enseñanza, Investigación, Extensión y Atención en Educación Especial (CEPAE) e hicimos una observación durante la aplicación de las pruebas del sector especial, acompañando los candidatos que entraron con requerimientos y laudos de TDA / H y Dislexia, así como de deficiencias visuales, auditivas, físicas y otras necesidades. En el levantamiento de 809 solicitudes encontramos 96 candidatos con laudos de Dislexia y TDA / H, siendo 42 del sexo femenino y 54 del masculino, 34 de ellos con intención para el curso de Medicina. El número de solicitudes aumentó de 2003 a 2016, así como el uso de medicamentos, siendo que 32 candidatos utilizaron el metilfenidato. Por medio de la lectura cuidadosa de los requerimientos y laudos, de la transcripción de la entrevista y de los diarios de campo, elencamos cinco ejes para análisis: 1) Supremacía médica: el status del "doctor"; 2) ¿Escuela o farmacia?: ¿Duele mucho hacer vestibular?; 3) La apropiación de los síntomas y la naturalización de los efectos colaterales; 4) Deficiencia, trastorno, disfunción o "historia para el buey dormir"? Al final, ¿Qué es TDA / H y Dislexia? y 5) Si el TDA / H y la Dislexia no son deficiencias, ¿por qué incluirlos en la atención especial? De esta forma, proponemos que sea creado una comisión interna en la UFU, compuesta por equipo multiprofesional, con la participación de psicólogos, que evalúe estos requerimientos de atención especial y actúe en la deconstrucción de estos diagnósticos. Además, proponemos también que algunos de estos recursos ofrecidos para los candidatos de atención especial, tal como la extensión del tiempo de prueba en hasta una hora, sean ampliados para todos, sin la necesidad de un laudo que atesten algún supuesto trastorno. Creemos que la oferta de una atención especial para personas con laudos de TDA / H y Dislexia contribuye no sólo a la proliferación de laudos, sino también al uso de fármacos, lo que culmina en el aumento de la medicalización de la vida. Por lo tanto, creemos que este estudio contribuirá no sólo a alertar, pero también, a denunciar prácticas medicalizantes que han ocurrido en tantos contextos, siendo la Enseñanza Superior uno de ellos. Propugamos una educación superior que sea accesible a cualquier estudiante que tenga interés en proseguir sus estudios en este nivel de enseñanza y que, en su escolarización anterior, sean respetados y auxiliados en sus diferentes modos y tiempos de aprender y que no hayan sido inducidos a creer en un falso trastorno, como la Dislexia y el TDA / H, como privilegio para el ingreso en la Universidad.

Palabras clave: Medicamento; Enseñanza Superior; Dislexia; Trastorno de Déficit de Atención y Hiperactividad; Psicología Escolar.

Lista de tabelas

Tabela 1. Ano e quantidade de requerimentos

Tabela 2. Curso pretendido pelo candidato

Tabela 3. Idade dos requerentes

Tabela 4. Motivo do Requerimento

Tabela 5. Especialidades médicas

Tabela 6. Medicamentos utilizados e número de candidatos que os utilizam

Tabela 7: Idade em que foram diagnosticados os transtornos

Sumário

Apresentação	15
Introdução	18
1 O processo de medicalização da educação	29
1.1 Supostos distúrbios: A história do TDA/H e da Dislexia	36
1.1.1 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	38
1.1.2 Dislexia.....	44
1.2 Metilfenidato: o remédio que precede a existência do transtorno	57
2 A Teoria Histórico-Cultural.....	65
2.1 Sobre a formação das funções psicológicas superiores	71
2.2 (Des)Atenção: a formação social da atenção.....	74
2.3 Nem só adolescentes nem tanto adultos. Apenas Jovens?.....	78
3 O Ensino Superior	83
3.1 Sobre as formas de ingresso no Ensino Superior.....	86
3.2 A Psicologia Escolar no Ensino Superior.....	91
4 Percurso Metodológico.....	96
4.1 Contexto da pesquisa: o setor de atendimento especial na Universidade Federal de Uberlândia	98
5 Sobre laudos, requerimentos & medicamentos: o que o levantamento nos conta?	101
5.1 A Supremacia Médica: o status do “doutor”	120
5.2 Escola ou farmácia? Dói muito fazer vestibular?.....	124
5.3 A apropriação dos sintomas e a naturalização dos efeitos colaterais	128
5.4. Deficiência, transtorno, disfunção ou “história pra boi dormir”? Afinal, o que são TDA/H e Dislexia?	131
5.5 Se o TDA/H e a Dislexia não são deficiências, por que incluí-los no atendimento especial?.....	136
6 Considerações Finais	144
Referências	149
Apêndice A.....	185
Apêndice B	227
Apêndice C	228

Apêndice D.....	229
Apêndice E	258

Apresentação

Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende.

João Guimarães Rosa.²

Não poderia deixar de retomar minha história na Psicologia para contar como foi meu processo de ingresso no mestrado. Quando escolhi estudar Psicologia, eu não me imaginava uma psicóloga clínica, pois, desde então, pensava na docência, sem ter muita noção do caminho que eu deveria percorrer, não associando, ainda, a pesquisa à atividade docente.

Após o meu ingresso, pelo contato que tive com a disciplina “Psicologia da Aprendizagem I”, conheci e interessei-me pela área de Psicologia Escolar, tornando esta meu principal foco de interesse. Durante minha graduação, por muitas vezes ouvi que devemos prezar pela neutralidade. Por anos essa fala intrigou-me. Minha paixão pela Psicologia Escolar estava tão ligada às minhas vivências que não teria espaço para essa tal neutralidade. Um dos motivos, talvez, seja porque minha mãe era professora e me colocou sempre a par dos acontecimentos em sua carreira profissional, o que acredito ter sido um determinante para meu interesse e pela minha busca por estágios e pesquisas na área, durante minha graduação.

Cheguei a ser auxiliar de pesquisa na Escola de Educação Básica da UFU (ESEBA) durante a graduação. Foi uma vivência incrível, a partir disso comecei a entender a importância da pesquisa, de sua construção e percebi o quão válido era compartilhar os trabalhos e pesquisas com outras pessoas em congressos e eventos.

Após muita preparação, em meados do 6º período do curso de graduação, decidi fazer uma Iniciação Científica. Como gostava muito da Psicologia Escolar, procurei por professores desta

² Rosa, J.G. (1994). *Grande Sertão: Veredas* (p.437). Rio de Janeiro: Nova Aguilar.

área. Por sorte, as professoras Silvia Maria Cintra da Silva e Anabela Almeida Costa Santos Peretta abriram uma seleção para uma pesquisa sobre a Psicologia Escolar no Ensino Superior.³ Inscrevi-me, fui aceita e comecei a compreender o mundo da pesquisa mais de perto. Fui contemplada com uma bolsa de Iniciação Científica e passei a ter algumas responsabilidades com ela. Foi um período de muito crescimento e aprendizado.

No final do 7º período comecei a pensar sobre o famoso – e muito temido – Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Conversei com a professora Silvia, que me orientou então e, naquele momento, começamos a estudar sobre um possível tema. Depois de algumas ideias, descobri que gostaria de falar sobre Ações Afirmativas na UFU. Durante a elaboração do TCC,⁴ que também trouxe uma bagagem enorme para mim, tive oportunidade de aprender a construir e aplicar um questionário, fazer entrevistas, análise de dados etc. Comecei a me ver pesquisadora, de fato, com uma pesquisa com tema escolhido por mim.

Realizando uma entrevista para o TCC, meu entrevistado começou a discorrer sobre um assunto que muito me interessou: o uso exagerado do requerimento de atendimento especial para candidatos com diagnóstico de TDA/H e Dislexia, principalmente os que concorriam ao curso de Medicina. Por ter estudado estes temas ao longo do curso, fiquei muito intrigada e curiosa para conhecer mais a respeito desta temática. Decidi, desde então, que faria o mestrado e este seria exatamente meu tema de pesquisa, sobre o qual venho me debruçando e sobre o qual discorrerei a seguir.

É de extrema importância ressaltarmos o quanto a medicalização tem sido majoritariamente estudada na Educação Básica; porém, são poucos os trabalhos que dizem respeito a este fenômeno no Ensino Superior. Mediante este cenário, compreendemos ser de suma relevância esta pesquisa e

³ A pesquisa intitulada “A atuação do psicólogo escolar no Ensino Superior: concepções teóricas e possibilidades de atuação” (2014-2017) teve como objetivo analisar a atuação de psicólogos mineiros no Ensino Superior, buscando compreender em que medida esta se aproxima das discussões mais recentes acerca da Psicologia Escolar e Educacional. A pesquisa recebeu auxílio financeiro da FAPEMIG.

⁴ O TCC, intitulado “Concepções de estudantes do curso de Direito sobre ações afirmativas na Universidade Federal de Uberlândia” (2015), teve como objetivo conhecer e analisar as concepções de estudantes de Direito sobre a Política de Ações Afirmativas da Universidade Federal de Uberlândia, especialmente em relação às cotas.

suas contribuições para (re)pensarmos a forma como a Educação Superior, especificamente, tem sido alvo de práticas medicalizantes e, ainda, refletirmos sobre os impactos sociais que estas vêm desencadeando na sociedade.

Introdução

Em meados da década de 1970, Ivan Illich⁵ (1975) alertava para uma expansão do poder médico e, conseqüentemente, maior dificuldade das pessoas para enfrentar o sofrimento da própria vida; o filósofo atribuía a esse processo, então, o termo de medicalização. De acordo com Moysés (2001), entende-se por medicalização o processo de patologização de situações cotidianas, sendo estas abordadas por um ponto de vista biológico sustentado por uma perspectiva individualizante, que busca na Medicina soluções para problemas sociais. Neste sentido,

articula-se com a medicalização da educação na invenção do *não-aprender*. A Medicina afirma que os graves – e crônicos – problemas do sistema educacional seriam decorrentes de doenças que ela, Medicina, seria capaz de resolver; cria, assim, a demanda por seus serviços, ampliando a medicalização (Moysés & Collares, 2010, p. 73).

No campo educativo, a medicalização também se faz presente há décadas, como denunciam autores como Moysés e Collares (1992, 1997, 2010, 2013), Collares e Moysés (1994), Moysés (2001; 2010), Eidt e Tuleski (2007, 2010), Eidt, Tuleski e Franco (2014), Meira (2012), Viégas, Ribeiro, Oliveira e Teles (2014) e Leonardo, Leal e Franco (2017). Aprofundaremos a discussão a esse respeito nos capítulos seguintes, mas é importante delinear aqui a nossa compreensão acerca da medicalização na educação. Ao longo das últimas décadas, vemos um preocupante fenômeno de classificação, rotulação e patologização de processos comuns e esperados no processo de escolarização como doenças, distúrbios e/ou transtornos. A própria infância, em sua condição

⁵ É importante ressaltar que, apesar de Illich (1975) apresentar interessantes contribuições sobre o fenômeno da medicalização, discordamos do autor sobre suas concepções de escola, pois ele acredita na “desescolarização” da sociedade (Illich, 1985, p.17) e aposta na capacidade do sujeito em aprender sozinho (Illich, 1985), postura incompatível com os pressupostos da Teoria Histórico-cultural.

normal,⁶ às vezes tem sido tratada como uma doença, seja por médicos, pelas famílias ou pela escola, em que chega a haver uma produção de diagnóstico por parte das docentes (Garcia Paes & Scicchitano, 2008; Moysés & Collares, 2013; Kamers, 2013).

Atualmente, dentre os pseudotranstornos mais comumente atrelados à Educação, encontram-se a Dislexia e o TDA/H, que serão abordados mais detalhadamente no primeiro capítulo. Ao tratarmos da medicalização, precisamos mencionar o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que se encontra em sua quinta versão, cuja primeira versão foi criada em 1952, nos Estados Unidos, com o objetivo de definir e padronizar o diagnóstico dos diversos transtornos mentais, para assim aumentar a demanda pela classe médica e, também, fomentar o mercado farmacêutico:

sistematizando, quantificando e ‘inteligibilizando’ clinicamente as manifestações humanas a fim de promover explicações que orientem as práticas em diversas áreas e, fortemente, na área da saúde, transformando, muitas vezes, os fenômenos próprios do mundo mental – psique – e os fenômenos sociais e culturais em causais e logicamente determinados por absolutamente um único fator: Biológico. (Calia & Ribeiro, 2015, p.180).

A segunda versão do manual apareceu em 1968 e, até 1980, as edições tinham um prisma psicanalítico e da Psicologia Social Comunitária para as explicações sobre os transtornos; contudo, devido às questões econômicas relacionadas às pesquisas no campo da psiquiatria, começaram a haver pressões de mudanças para critérios mais objetivos e apresentação de dados epidemiológicos (Guarido, 2007).

O DSM-III promoveu uma reviravolta no campo psiquiátrico, que se apresentou como uma salvação da profissão. Não se tratava apenas de disputas teóricas internas ou de progresso

⁶ O emprego do termo é proposital, considerando o próprio discurso médico.

científico. Ele surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde. O Congresso americano, que desacreditava o *National Institute of Mental Health* (NIMH) no começo dos anos 1970, justamente devido à baixa confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, passou a aumentar os recursos financeiros destinados à pesquisa após o DSM-III. Em 1994, os fundos de pesquisa do NIMH chegaram a US\$ 600 milhões, bem mais que os US\$ 90 milhões de 1976, e, sob a influência do instituto, o congresso foi persuadido a declarar os anos 1990 como ‘a década do cérebro’. (Aguiar, 2004, p. 42).

Allen Frances, atual professor da *Duke University*, que dirigiu a quarta versão do DSM (1995), relatou em entrevista para o Jornal *El Pais* (2014) que “transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais”. O ex-diretor do Manual percebeu os impactos negativos do DSM IV (1995) em relação ao modo como os transtornos citados foram generalizados nesta edição e ao quanto a indústria farmacêutica incitou a inserção de muitas outras patologias, ampliando, assim, o número de transtornos mentais apresentados no DSM V (2014). A Dislexia é um exemplo dos transtornos banalizados e é citada no DSM IV (1995) como um Transtorno da Leitura, que se caracteriza por dificuldades na fluência e na compreensão da leitura. No DSM V (2014), tal transtorno é assim denominado como: “um termo alternativo usado em referência a um padrão de dificuldades de aprendizagem caracterizado por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, problemas de decodificação e dificuldades de ortografia” (p.67).

Moysés e Collares (1992) e Moysés (2010) questionam a existência real da Dislexia e consideram este fenômeno por outra perspectiva que não pela patologia, mas sim pelos aspectos sócio-histórico-culturais constitutivos do sujeito, pela diversidade dos seres humanos, remetendo-se também à padronização dos métodos pedagógicos como limitadores do processo de ensino e aprendizagem. As autoras indagam a legitimidade dos instrumentos utilizados para se avaliar tal

transtorno, uma vez que estes sucumbem à existência e historicidade do sujeito e faz emergir uma doença não comprovada.

No que tange ao Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/H), ele é relacionado, pelo DSM V (2014), aos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade que se expressam com maior frequência do que o padrão para determinada idade. Tal transtorno, de acordo com o referido Manual, é identificado, geralmente, ainda na infância ou adolescência. Fazendo eco às palavras de Eidt e Tuleski (2007), não há clareza quanto ao diagnóstico de TDA/H, além deste não considerar as condições contextuais que constituem os sujeitos.

Um dos tratamentos mais associados ao TDA/H se dá pela via medicamentosa - o que contribui para a ampla produção da indústria farmacêutica (Moysés, 2010). O composto Cloridrato de Metilfenidato, mais conhecido como Concerta® e Ritalina® e o Dimesilato de Lisdexanfetamina, vendido como Venvanse®,⁷ atuam como um estimulante do sistema nervoso central na potencialização da noradrenalina e da dopamina, com o intuito de aumentar a atenção e diminuir a hiperatividade (Janssen, 2017; Novartis, 2017; Shire, 2016).

Carvalho, Brant, e Melo (2014), Barros e Ortega (2011), Caliman e Rodrigues (2014), Trigueiro (2015), Barros (2009) e Brant e Carvalho (2012) problematizam a utilização de fármacos, em especial o metilfenidato, como um sintoma da sociedade pós-industrial que, mesmo sem um diagnóstico – no caso do TDA/H – busca o melhoramento cognitivo e o rápido alívio do sofrimento. Pastura e Mattos (2004) e Moysés (2010) se referem aos malefícios e aos efeitos colaterais do uso do referido medicamento, que pode desencadear, como relatado pela própria bula médica, insônia, pressão arterial elevada, cefaleia grave e desaceleração do crescimento (peso e altura) durante o uso prolongado em crianças (Novartis, 2017).

⁷ Venvanse® é o mais recente psicoestimulante comercializado no Brasil (Shire, 2016). De acordo com as bulas dos medicamentos Concerta®, Ritalina® e Venvanse®, a principal diferença entre este e os demais fármacos (Dimesilato de Lisdexanfetamina e metilfenidato), além da composição diz respeito ao seu tempo de eficácia prolongado (até 13 horas) (Janssen, 2017, Novartis, 2017, Shire, 2016, Mattos, 2014).

De acordo com Lima (2018), outro efeito colateral que pode ser desencadeado pelo uso do metilfenidato é o glaucoma, nome dado ao fenômeno de aumento da pressão intraocular que pode levar até a cegueira. Mais conhecido em adultos, recentemente os adolescentes têm sofrido ainda mais com esta doença, apelidado pelo autor de “glaucoma da modernidade” (para. 1), uma vez que tem sido relacionado com o uso constante de remédios para tratar transtornos de atenção. De acordo com Lima (2018, para. 4), “a moçada anda engolindo esses medicamentos de maneira indiscriminada, especialmente no período de provas”. A doença é conhecida por ser hereditária, mas o uso indiscriminado de fármacos, como a Ritalina®, tem aumentado as chances de desenvolver a enfermidade.

Outro aspecto importante que se faz necessário resgatar é da educação, para além de problematizarmos como a escola tem se apresentado tanto para as crianças quanto para os jovens, como também sobre o espaço que o vestibular e, conseqüentemente, a entrada no Ensino Superior, ocupam na vida da sociedade. Guzzo (2007) entende por educação mais do que uma simples absorção de informação, mas sim um processo que permite o pensamento crítico. Para Marinho-Araújo (2009) “o processo educacional, portanto, desdobra-se em múltiplas dimensões, tendo tanto a função de transmitir a cultura e o conhecimento acumulado, quanto de despertar potencialidades, reflexão, criticidade acerca da realidade e das possibilidades de sua modificação” (p. 159).

Saviani (1991) compreende a escola como sendo “uma instituição cujo papel consiste na socialização do saber sistematizado” (p.19). No entanto, o autor discorre que, apesar de estabelecido seu objetivo, este vem se perdendo, devido aos interesses secundários de transformar a escola em uma “agência de serviços” (p.22). Entendendo que o ingresso no Ensino Superior é um dos objetivos mais almejados por estudantes, sendo inclusive a organização do Ensino Médio determinada pelas provas de vestibular, Trigueiro (2015) e Luckesi (2008) ressaltam o quanto as atividades escolares restringem-se à preparação para o ingresso neste nível de ensino.

Para Patto (2000), a sociedade acredita que a aquisição de um diploma seja garantia para a conquista de empregos e condições melhores de vida, assim como exposto por Marques e Cepêda

(2012): “a educação superior tem lugar estratégico nos processos de transformação social, alocada como meio de impulsão tecnológica e como ferramenta de aumento do discernimento e da capacidade crítica da população” (p.170).

Neste sentido, percebe-se a importância atrelada ao ingresso no Ensino Superior, que, por sua vez, oculta o intuito da educação como aliada à criticidade e à reflexão, restando uma mera absorção dos conhecimentos sem nenhuma atribuição de sentido a estes. Considerando o espaço ocupado pelo Ensino Superior público em nossa sociedade, aqueles que porventura não conseguem alcançá-lo são considerados incapazes, despreparados e, por muitas vezes, detentores de algum transtorno que justifique seu “insucesso”.

[...] essa pressão social que nos é imposta para atingir o sucesso pode nos fazer adoecer. Quando temos um conjunto de comportamentos esperados para uma pessoa, estabelecendo o que se entende por normal e saudável, temos, inevitavelmente, em contrapartida, pessoas que não vão responder ao que é estabelecido. Em relação ao contexto educacional, ser normal é ser atento, ter sempre um bom rendimento e no final do ensino médio ser aprovado no vestibular. Quando isso não acontece é porque há alguma coisa errada no cérebro desta criança ou adolescente. Assim, como as causas do insucesso estariam na criança, a “cura” para este insucesso também estaria. (Trigueiro, 2015, p.407).

Em nenhum momento contesta-se a dimensão social da reprovação, ao passo que o simples fato de haver vestibular, que é um programa que visa selecionar candidatos para ingressarem no Ensino Superior, já revela insuficientes oportunidades e vagas de estudos para todos. Neste sentido questionamos: por que a responsabilização do fracasso pela reprovação no vestibular recai sobre o indivíduo? Assim como dito por Michelotto (2008, p. 3) “Quem fracassa? Por que fracassa? O que a universidade tem feito para evitar?” .

Ao descobrir o uso do requerimento de atendimento especial por candidatos com diagnóstico de TDA/H e Dislexia, principalmente os que concorriam ao curso de Medicina na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), passamos a problematizar também a utilização desses diagnósticos com o objetivo de ingresso na universidade pública. Podemos pensar, assim como retratado por Carvalho et al. (2014), que pessoas saudáveis têm procurado não só o laudo de TDA/H, especificamente, mas também o metilfenidato como estratégia para alcançar objetivos, neste caso a entrada no Ensino Superior, “estabelecendo relações de competição mediadas por substâncias” (p.594)? Seria tal atitude uma resposta ao que a sociedade espera destas pessoas?

Ainda nesta perspectiva, é importante questionar: usufruir de um laudo médico, que ateste os transtornos citados, pode ser encarado como uma manobra dos estudantes para adentrar no Ensino Superior? Este recurso poderia ser caracterizado como um privilégio, algo que distingue tais estudantes dos demais e lhes traz benefícios desiguais? Assim como ressaltado pela pesquisa de Barros e Ortega (2011), até que ponto há “honestidade de usar o neuroaprimoramento farmacológico” (p.357)?

No ano de 2012 o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2012) divulgou uma nota sobre o atendimento diferenciado nas provas do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) para pessoas com deficiência, incluindo a Dislexia e o Déficit de Atenção, disponibilizando aos candidatos acometidos com tais transtornos auxílio para leitura, transcrição, tempo adicional e correção diferenciada. Apesar de tais fenômenos também serem reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como não existe nenhuma legislação que obrigue a oferta de atendimento especializado para candidatos ao vestibular com TDA/H e Dislexia – uma vez que tais acometimentos não são considerados deficiências, mas sim disfunções – não são todas as universidades⁸ que oferecem tal serviço de acordo com a Associação Brasileira do Déficit de

⁸ A Universidade de Brasília (UnB) segue os princípios da resolução interna referente ao Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (Resolução CEPE n. 48, 2003) e oferece um Programa de Apoio às Pessoas com Necessidades Especiais (PPNE) que prevê o atendimento a pessoas com deficiência sensorial, física, intelectual, Dislexia, Transtornos Globais

Atenção (ABDA, 2016a). A UFU e a Universidade de São Paulo (USP) proporcionam atendimento especial para o processo seletivo nos casos de apresentação de laudos médicos que comprovem Dislexia e TDA/H (Universidade Federal de Uberlândia, 2017a; Fundação Universitária para o Vestibular, 2017).

Muitas pesquisas têm sido realizadas sobre os supostos transtornos Dislexia e TDA/H, porém, o diagnóstico adulto destes é recente e, por isso, ainda é pouco discutido e permeado por controvérsias (Caliman & Rodrigues, 2014; Oliveira & Dias, 2015). Desta forma, apresentado o cenário que embasará nossa discussão, esta pesquisa tem como objetivo geral conhecer e analisar os laudos de Dislexia e TDA/H utilizados para o ingresso no Ensino Superior, a partir das contribuições da Teoria Histórico-Cultural, e, como objetivo específico, propor contribuições da Psicologia Escolar no enfrentamento da medicalização no Ensino Superior.

Elegemos a Teoria Histórico-Cultural como abordagem que sustentará nossa discussão sobre os processos de medicalização e patologização que vêm permeando não só os níveis básicos de educação, mas também o Ensino Superior (Barros & Ortega, 2011; Graça, 2013; Oliveira & Dias, 2015; Chagas & Pedroza, 2016). Seus pressupostos são coerentes com a proposta desta presente pesquisa, pois apresentam contribuições fundamentais sobre o desenvolvimento humano, considerando aspectos históricos, culturais, sociais e econômicos, para além de uma compreensão biologizante sobre o sujeito.

[...] na medida em que o desenvolvimento orgânico se produz em um meio cultural, passa a ser um processo biológico historicamente condicionado. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento cultural adquire um caráter muito peculiar que não pode comparar-se com nenhum outro tipo de desenvolvimento, já que se produz simultânea e conjuntamente com o

processo de maturação orgânica e posto que seu portador é o mutante organismo infantil em vias de crescimento e maturação. (Vygotski, 1995, p. 36).

As produções sobre a Psicologia Escolar e Educacional no Ensino Superior ainda são recentes e escassas. Acreditamos que, dentre as diversas possibilidades de atuação desta área neste nível, ajudar a refletir sobre formas desmedicalizantes de compreender as dificuldades do processo de ensino e aprendizagem, fornecendo subsídios para se pensar tais fenômenos de forma não patológica e propor ações junto às instituições, possa contribuir para ampliar os modos como têm sido acolhidos os laudos que chegam às universidades.

Organizamos esta dissertação da seguinte forma: no capítulo 1 discorremos sobre o processo de medicalização da educação, abordando a história, a descrição, as características e especificidades dos supostos transtornos TDA/H e Dislexia. Problematizamos o processo de escrita em contraposição à definição de Dislexia. Apresentamos, também, um panorama acerca da composição e dispensação do metilfenidato, um dos medicamentos utilizados tanto no tratamento de TDA/H quanto para aprimoramento cognitivo, sem esquecer, claro, de expor seus efeitos colaterais. No capítulo 2, abordamos de forma sucinta as contribuições da Teoria Histórico-Cultural, perpassando os conceitos de mediação e funções psicológicas superiores (FPS), com ênfase na atenção. Tal fundamentação teórica não pretende ser exaustiva, mas ajudará o leitor a compreender, em um breve panorama, os principais pressupostos da teoria. Ainda nesta perspectiva, problematizamos os conceitos de adolescência e juventude.

O capítulo 3 é dedicado ao Ensino Superior, em que discorremos sobre as suas formas de ingresso e, brevemente, sobre a Psicologia Escolar neste nível de ensino. No capítulo 4 são apresentados o percurso metodológico, os instrumentos utilizados e a descrição do espaço, no qual se desenvolveu a pesquisa. No capítulo 5, elegemos cinco eixos de análise, sendo estes: 1) Supremacia médica: o *status* do “doutor”; 2) Escola ou farmácia?: Dói muito fazer vestibular?; 3) A apropriação dos sintomas e a naturalização dos efeitos colaterais; 4) Deficiência, transtorno,

disfunção ou “história pra boi dormir”? Afinal, o que são TDA/H e Dislexia? e 5) Se o TDA/H e a Dislexia não são deficiências, por que incluí-los no atendimento especial? Nas Considerações Finais, retomamos o objetivo, os eixos de análise e tecemos algumas proposições sobre a questão dos requerimentos e o papel da Universidade frente a essa questão considerando algumas contribuições da Psicologia Escolar no enfrentamento da medicalização no Ensino Superior.



Fonte: <https://thiagopediatra.com.br/2012/09/>

1 O processo de medicalização da educação

Assim como escrevem Moysés e Collares⁹ (2010), começamos este capítulo enfatizando que este trabalho não busca afrontar a Medicina no intuito de questionar doenças reais que afetam o desenvolvimento (cognitivo) do ser humano, mas sim discutir supostos transtornos atribuídos a pessoas “normais”, ou melhor, não adoecidas efetivamente, por apenas apresentarem funcionamento distinto do padrão esperado em nossa sociedade.

Para isso, acreditamos ser indispensável, também, recorrer à Eidt et al. (2014) quando fazem uma distinção interessante entre os termos medicar e medicalizar, sendo que o primeiro remete-se a uma etapa do processo de diagnóstico de uma doença orgânica, não havendo outra forma de tratamento; já o segundo faz menção ao que as autoras chamam de higienização das práticas escolares, por exemplo, a atribuição de um caráter patológico a questões socioculturais.

Sendo assim, entendemos por medicalização o “processo por meio do qual são deslocados para o campo médico problemas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos. Desse modo, fenômenos de origem social e política são convertidos em questões biológicas, próprias de cada indivíduo” (Meira, 2012, p.132).

O processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como ‘doenças’, ‘transtornos’, ‘distúrbios’ que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são

⁹ As produções de Moysés e Collares (2010), principalmente esse trabalho em especial, inspiraram a escrita desta pesquisa. Para maior aprofundamento, sugerimos a leitura do livro *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*.

eximidos de suas responsabilidades. (Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2010).

O processo de medicalização começa a ser discutido por Ivan Illich (1975), que discorre sobre o conceito de iatrogênese, referindo-se às doenças provocadas pela própria medicina, e atribui como consequência deste fenômeno a diminuição de autonomia da sociedade, ficando condicionada ao parecer médico. O autor elege três situações em que a iatrogênese pode ocorrer; em nível clínico, fazendo menção aos efeitos secundários dos fármacos utilizados; social, em que indica uma forte dependência dos sujeitos pelas prescrições médicas; e cultural, padronizando os comportamentos da população, definindo modos adequados de viver e patologizando aqueles que não seguem as regras impostas.

Posteriormente tal processo também foi abordado por Michel Foucault (1974; 2006; 2008) que problematiza e reflete sobre as formas de resistência da sociedade frente ao controle e gestão do corpo que a medicina passa a exercer, em meio ao século XVIII. O autor defende a existência de sujeitos ativos e críticos, que lutam contra formas patologizantes e padronizadas de viver. Foucault (1974) traz em sua obra “Histoire de la médicalisation” (A história da medicalização) três momentos marcantes para a compreensão da instauração deste fenômeno, primeiramente em nível estatal, na padronização da Medicina como profissão; segundo no que se refere ao nível urbano, com o objetivo de desenvolver o poder político e econômico das cidades, organizando-a em bairros, no intuito de separar aquelas pessoas que estavam doentes, excluindo-as do convívio com os demais e identificando locais que pudessem gerar risco à saúde da população; e, por fim, considerando a força de trabalho, ou seja, os trabalhadores, à medida que perceberam que a população trabalhadora poderia gerar riscos para a economia caso ficasse doente, definiram como obrigatória a vacinação e a verificação da saúde da classe proletária por meio de exames médicos regulares.

Além destes, Peter Conrad (1975), em suas discussões sobre a medicalização, discorre sobre as ações consideradas como desviantes, tais como o consumo excessivo de bebida alcoólica, a

homossexualidade, as disfunções mentais, as dificuldades de aprendizagem, entre outros comportamentos tidos como imorais que, mediante o processo de medicalização, passaram a ser compreendidos e tratados dentro da lógica médica, sendo esta prática, de acordo com o autor (Conrad, 2007), um modo de controlar a sociedade e ditar o que esta deve ou não fazer.

Também se debruçaram sobre o tema da medicalização Peter Breggin (2006), o qual alega os efeitos incapacitantes que o tratamento psiquiátrico causa no cérebro dos usuários, utilizando o termo “*Intoxication anosognosia*”¹⁰ (p. 201), que revela deficiências mentais causadas pelo uso de fármacos com princípios psicoativos e Thomaz Szasz (2007), o qual problematiza o caótico conceito de doença que temos na contemporaneidade, cujos critérios para defini-la não passam de interesses humanos, sejam estes políticos, econômicos ou morais.

Para compreendermos a inserção da medicina nos lares brasileiros, é importante trazermos, inicialmente, Costa (2004), que em seu livro “Ordem Médica e Norma Familiar” estudou as estratégias médico-higienistas que se imiscuíram no seio familiar a partir do século XIX:

Não há como negar esta evidência: os indivíduos pertencentes à pequena, média e, em menor escala grande burguesia urbanas parecem ter renunciado ao direito de resolver, por conta própria, suas dificuldades familiares. Cada dia mais apelam para especialistas, em busca de soluções para seus males domésticos. (Costa, 2004, p. 12).

Segundo o autor, essa dependência passou a vigorar via política higienista. Assim, foi imposta às famílias “uma educação física, moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos sanitários da época” (Costa, 2004, p. 12) em virtude dos assustadores índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos.

Esta denominada pedagogia médica logrou, como conseqüências, a prescrição de comportamentos e atitudes considerados adequados e normais, sendo que “[...] o controle

¹⁰ Segundo a tradução do autor significa “medicação fascinante” (Breggin, 2006, p. 201).

educativo-terapêutico instaurado pela higiene iniciou um modo de regulação política da vida dos indivíduos, que, até hoje, vem se mostrando eficiente” (Costa, 2004, p. 16). A finalidade desta pedagogia era manter e reproduzir a ordem social burguesa; assim, a ordem médica insinuou-se na família, orientando e fiscalizando tanto o espaço da casa quanto os corpos – dos adultos e das crianças. “A normalização das condutas e sentimentos” opera “despolitizando o cotidiano e inscrevendo-o nas micropreocupações em torno do corpo, do sexo e do intimismo psicológico.” (p. 17).

Uma cartilha elaborada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011) ressalta o quanto a medicalização tem feito parte da vida das pessoas. Estas, buscando formas mais saudáveis de viver, com o intuito de prevenção, têm aumentando o uso de medicamentos e, ainda, encarado modos medicalizantes de lidar com o parto (Leão, Riesco, Schneck, & Angelo, 2013), a idealização do corpo perfeito (Poli Neto & Caponi, 2007), a patologização da transexualidade (Ávila & Grossi, 2010), a linha tênue estabelecida entre luto e depressão e o uso constante de medicamentos por professores, para aliviar a rotina estressante em que vivem (CFP, 2011).

Este alerta em relação à presença – ou onipresença – da Medicina em nosso dia a dia é oportuno, pois torna mais fácil a compreensão acerca da entrada desta área, também, na Educação. De acordo com o objetivo desta pesquisa, que é conhecer e analisar os laudos de Dislexia e TDA/H utilizados para o ingresso no Ensino Superior, na UFU, a partir das contribuições da Teoria Histórico-Cultural, nos limitaremos a discorrer sobre a medicalização no âmbito da Educação que, como elucidado por Collares e Moysés (1994), tem sido velozmente não só medicalizada, mas também patologizada:

Até alguns anos atrás, a biologização da Educação era feita basicamente pela ciência médica, concretizada pelos profissionais médicos. [...] Dessa circunstância advém o termo medicalização para nomear essa prática. Entretanto, mais recentemente, com a criação/ampliação de campos do conhecimento, novas áreas, com seus respectivos

profissionais, estão envolvidas nesse processo. São psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicopedagogos que se vêm aliar aos médicos em sua prática biologizante. Daí a substituição do termo medicalização por um outro mais abrangente – patologização – uma vez que o fenômeno tem-se ampliado, fugindo dos limites da prática médica. (p.26).

Assim como proposto pela cartilha do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011) sobre a má qualidade das escolas brasileiras, tanto públicas quanto privadas, ignorar tal realidade e atribuir, então, as dificuldades no processo de ensino e aprendizagem aos aprendizes é absurdamente incoerente. Corroborando a má qualidade do ensino brasileiro, no ano de 2013, os índices da Prova Brasil, que tem como objetivo avaliar a qualidade do ensino no país, apontam que menos de 45% dos estudantes do 5º ano atingiram a meta de aprendizagem em Português e somente 40% tiveram uma aquisição satisfatória dos conhecimentos matemáticos (QEdu, 2013). Moysés e Collares (2010) compartilham a mesma concepção: “Tratar questões sociais como biológicas [...] isenta de responsabilidades todas as instâncias de poder em cujas entranhas são gerados e perpetuados tais problemas.” (p.72).

A delicada e combatida realidade escolar brasileira é abordada por diversos autores, como Fusari (1992), Viégas e Souza (2006), Gentili (2007) e Caldas e Souza (2014), que denunciam o despreparo e o desmerecimento que o corpo docente sofre, além da desqualificação do ensino, atestada nos salários indignos, nas condições insalubres de muitas escolas e em políticas públicas implementadas à revelia de docentes e gestores, que muitas vezes desconsideram tanto a formação inicial e continuada dos professores como as condições concretas em que ocorre o processo de ensino e aprendizagem.

Libâneo (2012) aponta que a escola, como um direito de todos, tem se preocupado mais em multiplicar-se do que em qualificar-se. Neste sentido, Michelotto (2008) discorre que Cuba, notando um período de grande evasão na universidade pelos estudantes, propõe uma flexibilização das formas de ensino, objetivando a universalização da educação superior no país, porém, sem

deixar de se preocupar com a qualidade da educação, responsabilizando o sistema por manter esta qualidade, e não os estudantes.

Apesar da necessidade de se repensar a forma como a escola está posta e suas condições estruturais, como exposto acima, projetos de lei que visam diagnosticar e tratar transtornos, como o TDA/H e a Dislexia, ignoram as questões contextuais e apresentam propostas que, em descompasso com o que a própria política do Sistema Único de Saúde (SUS) recomenda,¹¹ como a não medicação excessiva de crianças e adolescentes por meio do protocolo de dispensação do metilfenidato; contribuem para a lógica da medicalização e patologização, prevendo identificação e tratamento dos supostos transtornos, Dislexia e TDA/H, dentro das escolas (Ministério da Saúde, 2015).

Dentre esses projetos, a Proposta de Lei nº 0086 (2006) que previa diagnóstico e tratamento da Dislexia nas escolas, inspirou a criação e a articulação do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade.¹² Com o objetivo de “articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento” (Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2010), este fórum tem sido de extrema importância e notoriedade para as discussões mais recentes e embasadas em uma visão crítica sobre as relações entre educação e sociedade. Há também o movimento Despatologiza,¹³ que tem o intuito de refletir sobre formas desmedicalizantes de viver. Outros países também têm se preocupado com o fenômeno da medicalização, tais como a Argentina, com o movimento *Fórum Infancias*,¹⁴ a Espanha com o *Stop-*

¹¹ O Sistema Único de Saúde (SUS) obedece aos princípios de universalidade, integralidade, igualdade e organização, de acordo com a Lei n. 8080 (1990), sendo este último princípio responsável por evitar duplicidade de meios para fins idênticos. Ou seja, uma vez aprovadas leis para tratar transtornos mentais nas escolas, deslocam-se atividades referentes às políticas de saúde para o âmbito escolar ferindo, constitucionalmente, os próprios princípios de sua política (CFP, 2011).

¹² Disponível em <https://www.medicalização.org.br>.

¹³ Disponível em <https://www.despatologiza.com.br>.

¹⁴ Fórum de Infância: <http://foruminfancias.com.ar/>

DSM,¹⁵ a França com o *Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois an*¹⁶ e Portugal com o *Círculo de Estudos e Intervenção na Medicalização da Educação*.¹⁷

Tramitam ainda os Projetos de Lei¹⁸ n.º 7081 (2010), que seguem o mesmo raciocínio da anterior – diagnóstico e tratamento do TDA/H e Dislexia na rede pública de Educação Básica; o Projeto de Lei Complementar n.º 118 (2011), que dispõe sobre a obrigatoriedade de exame físico e mental para detectar o TDAH em motociclistas; a Proposta de Lei n.º 909 (2011) que prevê o aperfeiçoamento da política educacional na rede pública para os alunos com Transtornos de Aprendizagem; Projeto de Lei n.º 3092 (2012) que discorre sobre a obrigatoriedade de fornecimento gratuito de medicamentos para pessoas com diagnóstico de TDA/H, através do SUS; Projeto de Lei n.º 4027 (2015), que complementa a Lei n.º 9394 (1996), para estabelecer programas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento do TDAH (ABDA, 2017).

Existem, no entanto, algumas leis já sancionadas que dizem respeito ao TDA/H e à Dislexia, tais como: Lei Estadual n.º 15113 (2010), que institui a implantação do programa de identificação e tratamento do TDAH no estado de Santa Catarina; Lei Estadual n.º 116 (2011), que contempla a campanha anual de informação sobre o TDAH no Amapá; Lei Estadual n.º 6308 (2012), com a implantação da semana de conscientização sobre o TDAH, no estado do Rio de Janeiro; Lei Municipal n.º 5416 (2012), que dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas, pela cidade do Rio de Janeiro, para orientar pais e professores sobre o TDAH; Lei n.º 712 (2012), que institui medidas para a identificação e tratamento da Dislexia e do TDAH nas redes pública e privada do município de Pirenópolis (GO); Lei n.º 17674 (2013), Lei n.º 2954 (2014), Lei n.º 22420 (2016) que estabelece a semana de informação e conscientização sobre o TDA/H respectivamente no Paraná, Acre e Minas Gerais; e, por fim, a Lei n.º 7354 (2016), que propõe o programa de tratamento do TDAH no estado do Rio de Janeiro (ABDA, 2017).

¹⁵ Pare DSM: <https://stop-dsm.com/en/>

¹⁶ Não ao zero de conduta para crianças de três anos: <http://www.pasde0deconduite.org/>

¹⁷ Disponível em https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=8896

¹⁸ Os projetos de lei e as leis foram retirados do site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA, 2017).

Apesar de estas leis fazerem menção, em grande parte, à Educação Básica, o Ensino Superior, recentemente, também tem sido alvo de práticas medicalizantes (Graça 2013; Oliveira & Dias; 2015; Chagas & Pedroza, 2016). Em uma nota de rodapé utilizada por Eidt e Tuleski (2010), para explicar o termo Ritalina®, as autoras exemplificaram o medicamento fazendo menção ao uso destes, na década de 1970, por estudantes universitários. No entanto, elas relatam que devido à gama de efeitos colaterais que estes traziam, os jovens pararam de utilizá-los. Infelizmente, o que as autoras trouxeram, há oito anos, não condiz com nossa realidade, em que temos encontrado, como nesta pesquisa, vários candidatos¹⁹ ao vestibular que utilizam o psicoestimulante; no entanto, associado a transtornos como o TDA/H e a Dislexia.

1.1 Supostos distúrbios: A história do TDA/H e da Dislexia

Desde 1980 transtornos neurológicos invadem o sistema escolar. Maria Aparecida A. Moysés e Cecília A. L. Collares, pesquisadoras pioneiras nos estudos e no combate à medicalização publicaram, em 1992, um artigo intitulado “A história não contada dos distúrbios de aprendizagem”, que pode ser considerado um divisor de águas nessa discussão. As autoras fazem um longo percurso histórico para compreendermos quais as origens e quando começa a se discutir os distúrbios neurológicos. Assim, recorreremos a elas para resgatar o significado do termo “distúrbio”, que seria, em resumo, uma “alteração violenta na ordem natural” (Moysés & Collares, 1992, p.31). E, ainda mais, se nos referirmos à educação, distúrbio seria uma “anormalidade patológica por alteração violenta na ordem natural da aprendizagem” (Moysés & Collares, 1992, p.31).

¹⁹ 32 (trinta e dois).

De acordo com a definição proposta pelo *National Joint Committee for Learning Disabilities*²⁰ (NJCLD) em 1981, sobre o que são dificuldades de aprendizagem:

[...] termo genérico que diz respeito a um grupo heterogêneo de desordens manifestadas por dificuldades significativas na aquisição e uso das capacidades de escuta, fala, leitura, escrita, raciocínio ou matemáticas. Estas desordens são intrínsecas ao indivíduo e são devidas presumivelmente a uma disfunção do sistema nervoso central. Embora as dificuldades de aprendizagem possam ocorrer concomitantemente com outras condições de incapacidade (por exemplo, privação sensorial, deficiência mental, perturbação emocional ou social) ou influências ambientais (por exemplo, diferenças culturais, ensino insuficiente/inadequado, fatores psicogenéticos), não são devidas a tais condições ou influências. (NJCLD, 1981, pp. 65-66, citado por Moysés & Collares, 1992, p.32).

Com o pensamento médico norteando as concepções de normal e patológico, bem como de saúde e doença, começa-se a pensar os distúrbios de aprendizagem ligados às questões neurológicas. Dentro desta compreensão, inverte-se a lógica sobre as dificuldades causadas por problemas neurológicos, assim como Moysés e Collares (1992, p. 33) destacam que “se uma doença neurológica pode comprometer o domínio da linguagem escrita, será que a criança que não aprende a ler e escrever não teria uma doença neurológica?”.

O TDA/H e a Dislexia ganharam destaque nos debates sobre os distúrbios de aprendizagem e estão, geralmente, associados a maus comportamentos e às dificuldades de ler e escrever dos aprendizes. A construção destes supostos transtornos passou por um longo processo de idas e vindas, mudanças de nomenclaturas e grandes divergências teóricas, que se perpetuam ainda hoje, as quais elucidaremos a seguir.

²⁰ Formado por um conjunto de organizações profissionais americanas, interessadas no estudo das dificuldades de aprendizagem.

1.1.1 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Conforme a definição dada pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA, s.d.a), o TDA/H é definido como um transtorno “neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e freqüentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade”.

Resgatando a história do TDA/H (Moysés & Collares, 1992; Eidt & Tuleski, 2007; Pereira & Silva, 2011; Moysés & Collares, 2010), este surgiu no início do século XX, e, desde então, sofreu diversas mudanças não só em sua nomenclatura (Scarin & Souza, 2016), mas também, em sua estrutura. Em 1918, acreditava-se que o comprometimento da aprendizagem e comportamento poderia ser causado devido a uma Lesão Cerebral Mínima (LCM) (Schechter, 1982, citado por Moysés & Collares, 2010). Por volta de 1960, mesmo com todas as pesquisas apontando que esta lesão não existia, os pesquisadores, ao invés de descartarem tal hipótese, simplesmente alteraram seu nome para Disfunção Cerebral Mínima (DCM), tendo como pressupostos:

- a) acometer apenas o comportamento e aprendizagem, justamente as áreas mais complexas e de maior complexidade à avaliação do ser humano;
- b) critérios subjetivos, vagos, sem definição (por exemplo: hiperatividade, agressividade, baixa tolerância a frustrações, entre inúmeros outros) e sem número mínimo de sinais, de modo que preencher um critério apenas já era suficiente para fazer o diagnóstico;
- c) ausência de sinais ao exame físico e neurológico;
- d) ausência de alterações em qualquer exame laboratorial, incluídos radiografia e eletroencefalograma [...] já nascia com um remédio à disposição da indústria farmacêutica (Moysés & Collares, 2010, p. 77).

Em meados de 1980, a Academia Americana de Psiquiatria, compreendendo a subjetividade dos critérios da DCM, propõe um novo conceito para o mesmo distúrbio, atribuindo o nome de *Attentionn Deficit Disorders* (ADD). Não satisfeitos, pouco depois, tal déficit ganha uma nova subdivisão, podendo também ser seguido de hiperatividade (ADD-H), mais conhecido por nós como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Moysés & Collares, 2010). Como muito bem dito por Moysés e Collares (2010), “não deve ser desprezado o fato de que quando há um excesso de nomes, de conceitos, de causas para o mesmo fenômeno, com grande chance nenhum deles é confiável” (p.82).

Scarin e Souza (2016) fazem uma retomada dos termos trazidos pelas várias versões do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), com o intuito de estabelecer relações entre estes e a forma como os Transtornos do Desenvolvimento e de Aprendizagem, assim chamados pelas diferentes edições do DSM, em especial o TDA/H e a Dislexia, são compreendidos para além da área da saúde.

O TDA/H aparece, pela primeira vez, no DSM III, de acordo com a *American Psychiatric Association* (1980), com o nome de Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA) com ou sem Hiperatividade tendo como características essenciais a desatenção, impulsividade e hiperatividade, comportamentos que se manifestam, principalmente, na sala de aula, deixando claro que em outro ambiente pode ser difícil identificar tal transtorno, uma vez que os sintomas variam de acordo com a situação e contexto. Sinais de perturbação do desenvolvimento e problemas neurológicos podem aparecer associados com o déficit. Quando há divergências em relação ao diagnóstico, o manual indica que deve prevalecer o relato de professores, mesmo em relação ao dos pais – o que não ocorre na realidade, pois o saber médico é privilegiado em detrimento de informações advindas de pessoas que convivem diariamente com a criança ou mesmo de uma avaliação realizada por psicólogos. Propõem que os sintomas aparecem antes dos sete anos de idade, com predomínio de, pelo menos, seis meses e, quanto mais nova a criança, mais graves podem ser os sintomas (Scarin & Souza, 2016).

Sobre esses critérios, cabem aqui alguns questionamentos: a quem a organização didático-pedagógica favorece? Como se estabelecem as relações entre professores e alunos? Há valorização e incentivos, pensando nas condições docentes? Qual o sentido da escola para a criança ou jovem? Por que a dificuldade da criança em manter-se quieta, justamente, na sala de aula? O que significa exatamente manter-se quieta? O que se espera de uma criança no espaço escolar e em um parque, por exemplo? Será que ela sabe diferenciar e definir, por si só, quais serão suas atitudes em diferentes estabelecimentos? À medida que a criança cresce os sintomas são mais brandos, como está posto pelo manual, o que nos leva a pensar que, conforme a criança cresce, mais vivência e conhecimento vai desenvolvendo e, talvez por isso, esteja mais próxima dos padrões aceitáveis de comportamento escolar?

Já na revisão do DSM III-R (1989), sete anos depois, as classificações se alteram, e o Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA) com ou sem Hiperatividade passa a ser uma das subdivisões dos Distúrbios Específicos do Desenvolvimento, que se referem ao desenvolvimento inadequado das atividades escolares, que não são desencadeadas por distúrbios físicos ou neurológicos. O DDA, assim como o Distúrbio Oposicional Desafiante, se encontra dentro da classificação dos Distúrbios do Comportamento Disruptivo (Scarlin & Souza, 2016). Aqui também caberia um questionamento sobre a patologização dos indivíduos que contestam as normas vigentes, manobra muito bem apontada por Coimbra (2004), que denuncia a criação das categorias do subversivo e do drogado na época da ditadura:

O que está subjacente a essas duas categorias de acusação - dispositivo produzido no sentido de enfraquecer e desqualificar todo e qualquer movimento de resistência - é o fortalecimento de uma outra subjetividade: a “crise” da família, a sua “desestruturação”. Se seus filhos, fundamentalmente os de classe média e média alta, estão se tornando “subversivos” ou “drogados”, algo está errado. Esses filhos “desviantes” e “diferentes” são produzidos pelos problemas que essas famílias passam. Se algum militante é seqüestrado, torturado e

assassinado; se algum hippie, após experiências com drogas, não retorna da “viagem”, ele e sua família são os responsáveis, e não o estado de terror que grassa no país. As famílias aceitam tal discurso, culpando seus filhos e culpando-se, acreditando nas suas deficiências psicológicas e morais. (p. 46).

Qualquer semelhança não é coincidência; ao se culpabilizar o próprio indivíduo, retira-se o olhar para as suas condições concretas de vida e o contexto histórico, econômico, político e pedagógico em que ele se constitui e que, por sua vez, por ele é constituído!

No DSM IV (1995) a nomenclatura se altera novamente, substituindo o termo distúrbio por transtorno (DDA passa a ser TDA). Encontram-se então, não mais o DDA/H, mas sim o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, o TDA/H sem outra especificação e o Transtorno Desafiador de Oposição – antes chamado por Distúrbio Oposicional Desafiante. O TDA/H em destaque ganha alguns subtipos, como o TDAH tipo combinado, quando expressa sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade; tipo predominantemente desatento e tipo predominantemente hiperativo-impulsivo. Faz-se uma associação entre o TDA/H e os transtornos de aprendizagem, sendo um destes a Dislexia. A prevalência aumenta de 3% para 3 a 7% em crianças de idade escolar e inclui dados imprecisos sobre adolescentes e adultos, o que leva a uma ampliação dos critérios diagnósticos (Scarin & Souza, 2016).

Na revisão do DSM-IV-TR (2002), mantém-se a nomenclatura. Sobre a prevalência, o manual indica que esta pode ser maior, devido à criação das subdivisões predominantemente desatento e predominantemente hiperativo-impulsivo. O TDA/H sem outra especificação ganha um conceito próprio, incluindo aqueles indivíduos cujos sintomas não satisfazem os critérios para se encaixar no TDA/H, tais como o aparecimento dos sintomas depois dos sete anos de idade (Scarin & Souza, 2016).

Na mais recente versão do DSM-V (2014), há novamente alterações nos nomes de classificação, aparecendo o TDA/H separado do Transtorno disruptivo, do controle de impulsos e

da conduta – referindo-se ao Transtorno de Oposição Desafiante (TOD). Nos critérios diagnósticos do TDA/H inclui-se, especificamente, uma faixa etária para além da infância, ampliando a aparição dos sintomas para outras faixas etárias - 12 a 17 anos. Aumenta-se também a aparição dos sintomas em dois ambientes diferentes. Insere-se também o nível de gravidade, podendo ser leve – poucos sintomas que indicam pequenos prejuízos no funcionamento profissional e social, moderada e grave – mais sintomas do que o necessário para o diagnóstico e apresenta prejuízo acentuado de funcionamento. Os eletroencefalogramas e causas genéticas são considerados características que ajudam a identificar o transtorno (Scarlin & Souza, 2016).

Os critérios absurdos para a identificação de tal transtorno, baseados no DSM V (2014), podem ser acessados – pasmem – no site da ABDA, s.d.b). Eles estão à disposição da comunidade que, sem nenhum embasamento teórico,²¹ pode simplesmente aplicar o questionário em qualquer pessoa para que esta, respondendo minimamente a 18 perguntas, passe a ser considerada com um transtorno. O questionário é dividido em duas partes contendo nove questões cada, estas devem ser respondidas com os termos nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou muito frequentemente. Caso oito das respostas, sendo quatro em cada parte, sejam frequentemente ou muito frequentemente, a Associação reconhece chances de o sujeito ser um TDA/H. Trouxemos algumas das perguntas²² do questionário ASRS-18, referentes às partes A e B (ABDA, s.d.b):

1. Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?
2. Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?

²¹ Apesar de especificado no site que as pessoas devem consultar, exclusivamente, um médico para a confirmação do transtorno, somente o fato de aplicar um questionário tão vago pode, simplesmente, sugerir uma doença.

²² Não trouxemos todas as perguntas expostas no questionário. Para visualizá-las de forma total acesse o site da ABDA pelo link: <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-adultos.html>

6. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?
 7. Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?
 8. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?
 9. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?
-
1. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?
 3. Com que frequência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?
 6. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?
 7. Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?
 8. Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?
 9. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?

Como bem dito por Moysés e Collares (2010, p.82), “acendam-se todas as luzes roxas e liguem-se as sirenes!!!”. Como critérios tão vagos podem caracterizar e rotular sujeitos e prever diagnósticos sem a mínima racionalidade e comprovação científica? Tais critérios, que consideram um sujeito absolutamente descontextualizado e apartado de suas circunstâncias de vida – e, no caso da temática desta dissertação, das condições escolares – são perigosos e nefandos, pois quem é que não se identifica com várias das perguntas e provavelmente responderia “frequentemente” a muitas delas?

Assim como o TDA/H, a Dislexia é alvo de diversas críticas que colocam em dúvida sua real existência. Discorreremos sobre ela a seguir.

1.1.2 Dislexia

De acordo com a Associação Brasileira de Dislexia (ABD, 2016a, para.1), esta é definida como

um transtorno específico de aprendizagem de origem neurobiológica, caracterizada por dificuldade no reconhecimento preciso e/ou fluente da palavra, na habilidade de decodificação e em soletração. Essas dificuldades normalmente resultam de um déficit no componente fonológico da linguagem e são inesperadas em relação à idade e outras habilidades cognitivas.

Fazendo um resgate histórico sobre o processo de invenção da Dislexia, antes mesmo do que pudéssemos prever, em 1896 acreditava-se que a causa para o distúrbio de leitura era a Cegueira Verbal Congênita, ou seja, de ordem genética, descrita pelo oftalmologista James Hinshelwood (Coles, 1987, citado por Moysés & Colares, 2010). Em 1925, o neurologista Orton, o principal influenciador da criação da *International Dyslexia Association*, sendo a Associação Brasileira de Dislexia (ABD) associada, consegue auxílio financeiro para desenvolver suas pesquisas (apenas observar crianças lerem) sobre casos de Cegueira Verbal Congênita, desta forma, ganhando notoriedade - não comprovação científica - modifica o nome da doença para *strophosymbolia*²³ (Moysés & Collares, 2010; Rubino, 2010).

Até o início da década de 1950, os transtornos de aprendizagem não tinham tanta visibilidade, ao passo que, um psicólogo bem renomado chamado Vernon, conclui ser improvável a existência de Cegueira Verbal Congênita como causadora dos distúrbios de leitura (Coles, 1887, citado por Moysés & Collares, 2010). No entanto, mesmo com o posicionamento de Vernon, em

²³ Estrefossymbolia refere-se à inversão e espelhamento de letras e símbolos (Rubino, 2010).

1960, a até então chamada Cegueira Verbal Congênita ganha outro nome: Dislexia Específica de Evolução (Moysés & Collares, 2010).

Scarin e Souza (2016) encontram o termo Dislexia, pela primeira vez, no DSM III-R (1989), sendo articulado dentro da classificação de Distúrbios Específicos do Desenvolvimento. Outros subitens destes distúrbios são: Distúrbio das Habilidades Escolares, que engloba o distúrbio do desenvolvimento da Aritmética, da Escrita Expressiva, da Leitura – mais conhecido por Dislexia; os Distúrbios de Linguagem e de Fala, que têm como subcategorias o Distúrbio de desenvolvimento da Articulação, da Linguagem Expressiva e da Linguagem Receptiva; o Distúrbio das Habilidades Motoras, mais especificamente o Distúrbio de desenvolvimento da Coordenação, e, como já citados, os Distúrbios do Comportamento Disruptivo, entre os quais se encontram o DDA com ou sem Hiperatividade e o Distúrbio Oposicional Desafiante.

Um aspecto interessante trazido pelo manual e ressaltado por Scarin e Souza (2016), quando se exemplificam as características essenciais da Dislexia, é que para se classificar como tal deve-se excluir o critério de escolarização inadequada. Como definir uma escolarização (in)adequada? Será que isso é realmente levado em consideração pelo médico no ato da avaliação? A formação do médico lhe permite compreender como se dão os processos de aprendizagem e desenvolvimento de modo geral e, mais especificamente, da leitura e da escrita?

No DSM IV (1995) os chamados Distúrbios das Habilidades Escolares deixam de fazer parte do grupo de Distúrbios Específicos do Desenvolvimento e ganham o nome de Transtornos de Aprendizagem, subdivididos em Transtorno da Leitura, da Matemática, Escrita e Transtornos de Aprendizagem sem outra especificação. Estes transtornos da aprendizagem, de acordo com o manual, acontecem quando o desenvolvimento do sujeito está abaixo do esperado para sua idade, escolaridade e nível de inteligência. A Dislexia, chamada de transtorno de leitura, afeta a qualidade da leitura, tornando-a lenta e, além disso, pode vir associada aos transtornos da matemática e da expressão escrita. Por essa associação ser marcante, na maioria das vezes não há distinção entre

eles, dificultando encontrar a real prevalência, que se faz presente em 4% de crianças nos Estados Unidos (Scarin & Souza, 2016).

Pela retomada de Scarin e Souza (2016), não houve modificações relevantes entre o DSM IV (1995) e a revisão deste, o DSM IV-TR (2002). No mais recente manual, o DSM V (2014), Dislexia é definida como

um termo alternativo usado em referência a um padrão de dificuldades de aprendizagem caracterizado por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, problemas de decodificação e dificuldades de ortografia. Se o termo Dislexia for usado para especificar esse padrão particular de dificuldades, é importante também especificar quaisquer dificuldades adicionais que estejam presentes, tais como dificuldades na compreensão da leitura ou no raciocínio matemático. (p.67).

Na sua quinta versão (2014), há grande ampliação do Transtorno Específico da Aprendizagem. O manual sugere que os sintomas estejam presentes por, pelo menos, seis meses. Considera-se que, em relação à idade, para aqueles com mais de 17 anos, o histórico de dificuldades de aprendizagem ao longo de sua infância e adolescência pode ser substituído pelo teste padronizado. Neste sentido, há um aumento na prevalência do transtorno, aumentando de 5 a 15% entre crianças em idade escolar e, aproximadamente, 4% entre adultos. Ao invés de dividi-lo em tipos, como era anteriormente, agora inclui-se a palavra “prejuízo”, para especificar se este ocorre na leitura (Dislexia), na escrita ou na matemática (Discalculia). Além disso, foram criados os critérios de gravidade sendo estes leve, moderado e grave (Scarin & Souza, 2016).

Porém, somente em 2008, em um simpósio sobre Dislexia promovido pela Associação Brasileira de Dislexia (ABD), a fala de uma psiquiatra deixa clara a falta de embasamento teórico na discussão sobre essa temática, afirmando que a vinda da neuroimagem trouxe a certeza de que o TDA/H e a Dislexia existem (ABD, s.d., citado por Moysés e Collares, 2010). Como ressaltado por

Moysés e Collares (2010), “se a neuroimagem trouxe a certeza de algo, só se pode entender que antes não havia tal certeza...” (p.83). É fato que a neuroimagem trouxe exames²⁴ que conseguem avaliar o funcionamento das células do cérebro; porém, para captar as imagens, o órgão em questão deve estar em funcionamento e, no caso das áreas do cérebro responsáveis pela leitura e escrita, quem tem dificuldades ou ainda não domina tais atividades se deparará com um problema: as partes responsáveis por estas sinapses ainda não estarão em pleno funcionamento; portanto, as imagens serão interpretadas como um déficit. Se a dificuldade é sanada ou a pessoa aprende a ler e escrever, esse problema é normalizado (Moysés & Collares, 2010). Logo, o problema não está nestes exames, mas sim na finalidade que têm ocupado (Welch et al., 2008 citado por Moysés & Collares, 2010), culminando na patologização e medicalização de sujeitos absolutamente normais em seu processo de aprendizagem da leitura e da escrita.

A Dislexia geralmente é identificada durante o processo de alfabetização, assim como os sintomas do suposto TDA/H, quando as funções psicológicas superiores (FPS) são mais exigidas (Rohde et al., 2004, citado por Souza, Simão, Lima & Ciasca, 2011) no contexto educacional.

Assim como o TDA/H, a Dislexia apresenta grande dissenso na literatura. Autoras como Moysés e Collares (1992), Moysés (2010) e Massi (2007) questionam tal diagnóstico e apresentam a compreensão de que as características sintomatológicas da Dislexia (troca ou supressão de letras, por exemplo) nada mais são que características próprias do processo de aprendizado da escrita. Ressaltamos que esse processo de aprendizagem da leitura e da escrita é bastante sofisticado, do ponto de vista cognitivo. Compreendendo as contribuições que a Teoria Histórico-Cultural²⁵ tem

²⁴ Ressonância Magnética Nuclear funcional (RMN funcional); Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único (SPECT) e Tomografia por Emissão de Pósitron (PET) (Moysés & Collares, 2010).

²⁵ Além da perspectiva teórica acima citada, não podemos nos esquecer de Emilia Ferreiro, pesquisadora argentina pioneira em seus estudos sobre alfabetização (1988) juntamente com Ana Teberosky (1991). Suas pesquisas acompanham o processo de aprendizagem da leitura e escrita, destacando as hipóteses elaboradas pelas crianças para se apropriarem destes recursos culturais e mostram que o que antes se consideravam erros nesse processo, na verdade são as tentativas do aprendiz em seu caminho de apropriação dessa linguagem.

sobre esta temática, abordaremos as reflexões de Vigotski²⁶ (Vygotskii, 2001) e Luria (1988a) a respeito.

1.1.2.1 O processo da escrita

Vigotski (Vygotsky, s.d.), com o intuito de apontar quão complexo é o processo de aprendizagem da escrita, faz uma comparação entre esta e o desenvolvimento da linguagem falada:

o desenvolvimento da escrita não repete a história do desenvolvimento da fala. A linguagem escrita é uma função lingüística distinta, que difere da linguagem oral tanto pela sua estrutura como pela sua função. Até os seus estádios mais elementares de desenvolvimento exigem um alto nível de abstração. É uma linguagem feita apenas de pensamento e imagem, faltando-lhe as qualidades musicais, expressivas e de entoação características da linguagem oral. Ao aprender a escrever, a criança tem que se libertar do aspecto sensorial da linguagem e substituir as palavras por imagens de palavras. Uma linguagem que é puramente imaginativa e que exige a simbolização da imagem sonora por meio dos signos escritos (isto é, um segundo grau de simbolização) terá que ser mais difícil para a criança do que a linguagem oral (p. 98).

Para Vigotski (Vygotsky, s.d.), a criança, no início do ensino da escrita, mostra-se desmotivada, pois a função de escrever acaba sendo uma forma abstrata de se comunicar e se coloca mais afastada das necessidades imediatas, as quais compõem a linguagem falada:

Quando fala, a criança tem uma consciência muito imperfeita dos sons que pronuncia e não tem qualquer consciência das operações mentais que executa. Quando escreve, tem que tomar

²⁶ O nome do autor pode ser encontrado em diferentes grafias, como por exemplo: Vygotskii, Vygotsky, Vygotskyi e Vigotski. Neste trabalho usaremos a grafia Vigotski.

consciência da estrutura sonora de cada palavra, tem que dissecá-la e reproduzi-la em símbolos alfabéticos que têm que ser memorizados e estudados de antemão. Da mesma forma deliberada, tem que dar às palavras uma certa seqüência para formar uma frase (p.99).

O questionamento “Professora, é verdade que ler e escrever é uma coisa fácil?”, que inspirou Facci (2007) na escrita de um capítulo sobre os processos de ensino e aprendizagem à luz da teoria vigotskiana, é de extrema importância para a nossa reflexão sobre como a complexidade deste processo pode, e acaba sendo confundida com patologias, assim como se nomeia a Dislexia. Facci (2007) afirma que a escrita

necessita, para o seu desenvolvimento, de um alto grau de abstração. Requer, na realidade, uma dupla abstração: a representação gráfica do aspecto sonoro da linguagem e a clareza do conteúdo para ser entendida pelo seu interlocutor, que não está presente no momento em que ela está escrevendo. Ao escrever algo, temos que ter consciência de que nossas ideias devem estar claras para quem está lendo, que as palavras devem refletir nossos conhecimentos e a mensagem que queremos transmitir, trata-se, portanto, de representar uma situação em pensamento. (p.148).

Para Facci (2007), os processos não apenas de escrita, mas também de leitura, são complexos e não dependem somente do sujeito em aprendizagem, mas, igualmente, do professor, da sociedade e da comunidade escolar. A autora enfatiza que a “apropriação do conhecimento, portanto, não se dá a partir de uma adaptação passiva do indivíduo à realidade; ela representa o resultado da atividade do indivíduo com o objetivo de dominar os procedimentos socialmente elaborados” (p.140).

Para Luria (1988a), o começo da escrita é muito anterior ao ato de escrever no papel com um lápis, pois até que a criança chegue a este estágio, ela precisa assimilar diversas outras técnicas de

representações. De acordo com o autor (Luria, 1988a, p. 144) “a escrita pode ser definida como uma função que se realiza, culturalmente, por mediação”. Luria (1988a) reconhece a importância de retomar o processo pré-histórico da escrita, para seu maior entendimento. O autor ressalta que, para possibilitar que a criança desenvolva sua escrita, esta deve ter condições necessárias, tais como se interessar pelas coisas a seu redor e desenvolver com estas relações funcionais, além de conseguir controlar seu próprio comportamento pela mediação de instrumentos auxiliares. A partir disto, o sujeito estará apto a desenvolver relações intelectualmente mais complexas com esta função.

Luria (1988a) discorre sobre os primeiros estágios da preparação da criança para a escrita, nomeando “escrita pictográfica” (p.168), em que a criança começa a utilizá-la por imitação e sem significado funcional. Os rabiscos não diferenciados são considerados por Luria (1988a) como marcas deste estágio. Com o passar do tempo, a criança passa a diferenciar suas garatuhas, as quais adquirem formas diferentes e significado funcional, passando de um simples desenho em si mesmo, para um desenho complexo, dotado de mediação, que ajuda o sujeito a recordar o que escreveu. Nesta fase, a criança é capaz de conhecer as letras, diferenciá-las e lê-las, porém, sem ainda compreender seu uso, propriamente dito.

É neste momento em que ocorre a transição para a fase da “escrita alfabética simbólica” (Luria, 1988a, p.173), que é o processo de aquisição das habilidades psicológicas, formas culturais e exteriores, apropriadas pelo indivíduo de modo organizado. Nesta etapa, a criança (re)vivencia a fase de escrita não diferenciada, pela qual já passou anteriormente, no estágio da escrita pictográfica. No entanto, neste momento, ela reconhece as letras do alfabeto e as utiliza para representação, mas sem diferenciação aparente, ou seja, usando as mesmas letras para representar situações distintas. Ao longo do processo, esta vai inserindo “novos elementos qualitativos” (p.177), que a auxiliam na diferenciação dos símbolos gráficos. Neste sentido, Luria (1988a) reitera que o processo da escrita não é linear, mas sim mais intrincado do que se imagina:

A escrita não se desenvolve, de forma alguma, em uma linha reta, com um crescimento e um aperfeiçoamento contínuos. Como qualquer outra função psicológica cultural, o desenvolvimento da escrita depende, em considerável extensão, das técnicas de escrita usadas e equivale essencialmente à substituição de uma técnica por outra. O desenvolvimento, neste caso, pode ser descrito como uma *melhoria gradual do processo de escrita, dentro dos meios de cada técnica, e o ponto de aprimoramento abrupto marcando a transição de uma técnica para outra*. (p.180, grifos do autor).

Mesmo considerando as várias divergências entre os pressupostos da Teoria Histórico-Cultural e os de Ferreiro (1988), pertencentes a períodos históricos e contextos diferentes, entendemos que é de suma importância apresentar, brevemente, as caras considerações da autora sobre o processo da escrita. Para Ferreiro e Teberosky (1985, p.43) a “escrita não é um produto escolar, mas sim um objeto cultural, resultado do esforço coletivo da humanidade”.

Souza (2007), inspirada pelas contribuições de Ferreiro (1988) sobre a construção da língua escrita, problematiza a necessidade de se destrinchar noções básicas sobre o processo da escrita para uma melhor compreensão de como esta se desenvolve. A autora começa pelo período iconográfico, também chamado por pré-silábico, em que a criança não difere desenho e escrita; posteriormente, ao longo do processo, esta já consegue fazer tal diferenciação, porém, não se limita ao som da palavra, mas fica focada em atributos concretos da escrita – por exemplo, a palavra boi deve ser representada por uma palavra grande, concomitante ao tamanho do animal.

Em um período posterior, chamado por linguístico ou fonográfico, o sujeito já consegue perceber a importância da sonoridade para o desenvolvimento de sua escrita. No nível silábico, a criança passa a compreender que cada sílaba é representada por uma letra e, para a palavra ser válida, precisa de uma quantidade mínima de caracteres – três, como neste exemplo, em que a palavra barriga é escrita como “BIA” (Souza, 2007, p.147). Há inúmeras reformulações sobre as

crenças da escrita nas crianças durante o processo de alfabetização e, neste percurso, os “erros” são de extrema importância, como ressaltado por Souza (2007):

Buscar a explicitação das hipóteses que baseiam as produções de escrita, principalmente em situações de erro (do ponto de vista da escrita convencional), é fundamental para compreender em que momento da psicogênese²⁷ este aprendiz está [...] É esta busca que possibilita distinguir um erro de distração de um erro construtivo. Este último é um erro apenas quando se tem a escrita convencional como parâmetro, pois do ponto de vista evolutivo pode significar até mesmo um avanço importante. (p.150).

O sujeito só chega à chamada lógica alfabética, ou nível silábico-alfabético, quando percebe que pode dividir as palavras não só em sílabas, mas também em fonemas; por exemplo, V-A-C-A não se lê separadamente, mas sim VA-CA, “uma descoberta nada óbvia, embora pareça para quem está alfabetizado há tempos e perdeu a memória de seu próprio processo de descoberta das regras do sistema alfabético.” (Souza, 2007, p.151).

A partir da compreensão da constituição da escrita, à luz da teoria de Ferreiro (1986, citado por Souza, 2007), podemos agora apreender que o esquecimento de letras em uma palavra, por exemplo - algo tipicamente associado aos sintomas da Dislexia – não significa a expressão de um transtorno, mas sim

escritas em que a lógica silábica aparece misturada à alfabética, porque aqueles que as produziram ainda não estabilizaram a hipótese alfabética. Estão a meio caminho de fazê-lo e, com uma intervenção adequada, que valorize seu pensamento, podem avançar, muitas vezes

²⁷ Estudo da origem e desenvolvimento dos processos mentais ou psicológicos. (Ferreiro & Teberosky, 1985).

rapidamente. As trocas de letras podem sinalizar apenas uma regressão momentânea devida à ansiedade durante os conflitos cognitivos próprios do estágio. (Souza, 2007, p.153).

Aliada a estes “erros”, a desatenção também acompanha, em muitos momentos, o processo de apreensão da língua escrita. Para Souza (2007), esta desatenção tem a função de afastar a criança de situações tediosas e sem sentido, uma vez que esta ainda se encontra em processo de aquisição das habilidades necessárias à função da escrita.

O nível alfabético é alcançado pela criança quando utiliza a hipótese alfabética de forma estável, no entanto, não é a fase final da escrita. Neste estágio as trocas de letras – tais como P e B, T e D, F e V, podem ocorrer sem que expressem um transtorno, no caso, uma Dislexia, mas sim como ressaltado por Souza (2007),

como sendo algo que será superado com o avanço psicogenético que ocorrerá, na medida em que esse aprendiz puder investigar e experimentar. Mas se o mesmo tem uma idade em que os adultos esperam que esteja mais avançado, ele pode ser encaminhado para uma fonoaudióloga ou para um especialista em Dislexia que, conforme seu arcabouço teórico-técnico, irá patologizar esta etapa evolutiva (p. 156).

Se considerarmos que a simples omissão ou troca de letras durante o processo de escolarização seja indicativa de Dislexia, quantos disléxicos teríamos, também, em idade adulta, uma vez que erros como estes podem ocorrer com qualquer ser humano, em qualquer situação e idade? Neste sentido, compreendemos que

[...] uma pessoa em processo de construção do conhecimento e em desenvolvimento enfrenta, o tempo todo, impasses e dificuldades. Esse enfrentamento é, justamente, o motor que faz com que a aprendizagem aconteça. Acertos e, principalmente, erros fazem parte do processo,

e a forma que cada um encontra para refletir sobre eles pode ser diferente. Mas nem sempre existe reflexão [...] são erros e pronto. (Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2015, p. 23).

Assim como exposto por Massi (2007, p.97),

[...] erros, trocas de letras, substituições, acréscimos, refacções, segmentações “inadequadas”, entre outras “faltas”, são atitudes que, quando encaradas sob uma concepção constitutiva e dialógica da linguagem, deixam de ser tomadas como sintomas disléxicos e, em direção completamente oposta, são explicadas como indícios intermediários pertinentes ao processo singular de elaboração do conhecimento. [...] nem todas as crianças seguem o mesmo percurso na apropriação da escrita, enfatizamos a necessidade de reconhecer, [...] que pequenos detalhes e indícios são reveladores dos processos de constituição do sujeito e da própria linguagem.

Neste sentido, Souza (2007), à luz da teoria de Ferreiro (1988), nos faz refletir sobre a complexidade da escrita, das contradições e dificuldades de nossa língua – a arbitrariedade de se usar S com som de Z e vice versa, a invisibilidade da letra H, a proximidade de som para a escrita da palavra famíl(H)ia ou a disparidade entre a pronúncia de mIninU e sua grafia correta menino. Estes exemplos, muito bem colocados pela autora, devem permear e ponderar todas as avaliações e suspeitas diagnósticas de Dislexia ou qualquer outro transtorno de aprendizagem, não só na infância, mas em todas as outras etapas do desenvolvimento.²⁸ Essa compreensão nos permite refletir sobre a conduta e conteúdo dos testes de avaliação aplicados, nestes casos, em crianças e jovens com queixas escolares:

²⁸ Ou seja, a nossa língua portuguesa apresenta muitos desafios ao escritor e ao leitor! É necessário um domínio ortográfico, algo difícil para um adulto e impensável para uma criança em processo de alfabetização.

Funções psiconeurológicas como lateralidade, coordenação motora fina, coordenação visuomotora, discriminações auditiva e visual e outras estão, sim, envolvidas. Porém, as descobertas de Ferreiro deslocam-se da posição central que vinham ocupando, para uma posição secundária. Não é possível aprender a ler e a escrever sem entender o que a língua escrita representa e como funciona essa representação, mas é possível fazê-lo com uma coordenação motora fina ruim, com déficits de audição e de visão, com uma lateralidade mal desenvolvida e outras dificuldades nas funções psiconeurológicas. Assim, muito mais do que realizar exercícios para estas funções se desenvolverem, tais como traçar bolinhas e ondinhas, fazer um X no passarinho diferente etc., é a exposição do aprendiz ao universo da escrita e da leitura que mais favorecerão esta aprendizagem. (Souza, 2007, p.144).

A Dislexia é um exemplo claro de patologização da dificuldade apresentada no processo de ensino e aprendizagem. Apesar de grande dissenso entre médicos sobre a existência real de tal transtorno, este ainda é colocado como uma causa para as dificuldades de leitura e escrita do estudante (Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2015). Estas, por sua vez, deveriam ser consideradas normais no processo de escolarização, porém, são entendidas como transtornos, e avaliadas a partir da própria leitura e escrita. Ora, se o sujeito apresenta certas dificuldades nessas atividades, como poderá ter um bom desempenho em uma avaliação que gire em torno delas? Prioriza-se a observação do domínio da técnica destas duas atividades, mas não o sentido que representam para o sujeito, atribuindo o diagnóstico de Dislexia àqueles que não dominam tal técnica e descontextualizando os critérios sociais, culturais e históricos daquele ser e situação (Moysés & Collares, 2010).



Fonte: <http://www.hardmob.com.br/saude-and-estar/568450-frontal-xr-ritalina-pra-ansiedade-deficit-de-atencao->

usou.html

1.2 Metilfenidato: o remédio que precede a existência do transtorno

Como se não bastasse a “culpabilização da própria vítima” (Ryan, 1976, citado por Collares & Moysés, 1994, p. 26), também entram na seara da medicalização os medicamentos e a indústria farmacêutica. Assim como relatado por Poli Neto e Caponi (2007), no final do século XX aumentou-se o uso de medicamentos devido ao desenvolvimento da indústria farmacêutica e ao crescimento do número de pessoas tendo acesso aos fármacos. Carvalho et al. (2014) discorrem sobre a utilização de medicamentos do tipo anfetaminas desde a Segunda Guerra Mundial, situação em que os combatentes buscavam força física e aprimoramento cognitivo. O metilfenidato foi criado em 1940, mas somente em 1955 foi comercializado com indicação para o tratamento de narcolepsia²⁹ e, somente após a década de 60, tal fármaco foi recomendado para o uso em crianças hiperativas (Singh, 2007). Pausa para a reflexão: Primeiro criou-se o medicamento para depois associá-lo a um (ou mais) transtorno(s)?! Minimamente curioso!

Atualmente, assim como abordado por Carvalho et al. (2014), o uso de fármacos, em especial o composto Cloridrato de Metilfenidato, é realizado por pessoas que sequer tenham algum diagnóstico, seja de TDA/H ou qualquer outro transtorno. Os autores percebem este fenômeno como um sintoma da sociedade pós-industrial, de uma busca para o melhoramento cognitivo e o rápido alívio do sofrimento, da frustração ou de qualquer outro sentimento transformado em doença.

Assim como já exposto anteriormente, o metilfenidato e o Dimesilato de Lisdexanfetamina, mais conhecidos, respectivamente, como Concerta®, Ritalina® e, Venvanse®, são compostos anfetamínicos que têm como efeito o aumento da noradrenalina – funciona no corpo como um sistema de alerta, aumentando os batimentos cardíacos e elevando a pressão arterial – e dopamina – responsável pela sensação de prazer – dois neurotransmissores do sistema nervoso central humano

²⁹ Distúrbio do sono (Coelho, Elias, Pradella-Hallinan, Bittencourt, & Tufik, 2007).

(Meira, 2012). Assim como explicado por Moysés e Collares (2010), o fármaco aumenta “os níveis de dopamina no cérebro, pelo bloqueio de sua recaptação nas sinapses” (p.97).

Embora estes fármacos aumentem o nível de atenção a partir de suas reações químicas, como exposto acima, Moysés e Collares (2010) trazem um pertinente questionamento: “Admitamos que os psicoestimulantes, como o metilfenidato e as anfetaminas, aumentem a concentração e atenção, potencialmente focando melhor o raciocínio e aumentando a cognição. A questão é: a que preço? Por quanto tempo?” (p.104).

O composto metilfenidato é um fármaco autorizado e legalmente comercializado, tendo o intuito de aumentar o desempenho cognitivo de seus usuários e minimizar os sintomas do TDA/H (Novartis, 2017; Janssen, 2017; Shire, 2016). Desta forma, mediante o desconhecimento de alguns efeitos colaterais causados pelo medicamento, somado ao interesse de lucro que representa para a indústria farmacêutica e do risco de abuso e dependência que este pode vir a desenvolver, Moysés e Collares (2010) retratam preocupação com o tema.

Pastura e Mattos (2004), ainda que exponham os efeitos colaterais que este fármaco pode vir a causar, tais como diminuição do apetite, insônia, cefaleia, propensão ao choro, ansiedade, irritabilidade, tristeza, “olhar parado” (p.102) ou conhecido por Moysés (2010) como efeito “*zumbi-like*” (p.21) entre outros, afirmam seguridade quanto ao seu uso. Em controvérsia ao que os autores propõem, outros efeitos encontrados, como aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, requerem extremo cuidado e atenção, assim como recomendado pela própria bula médica (Novartis, 2017). Moysés (2010) relata mais de 10 mil registros de morte de crianças e adolescentes pelo uso da chamada “droga da obediência”, assim como é conhecido o metilfenidato. (Decotelli, Bohrer, & Bicalho, 2013, p.448). Existe um *site* estadunidense,³⁰ criado por pais de um adolescente que faleceu em uso do medicamento, com o intuito de informar e alertar à comunidade sobre os reais efeitos do fármaco. Dentre as informações apresentadas, o site alertava sobre mais de 180 mortes

³⁰ Disponível em <http://www.ritalindeath.com/>

registradas pelo uso do metilfenidato e, segundo os organizadores da página, estes dados não representavam mais do que 20% da incidência real de mortes.

A indústria farmacêutica é a segunda maior no mundo, sendo o Brasil o segundo maior consumidor de Ritalina® (CFP, 2011). Barroco, Facci e Moraes (2017) problematizam o quanto o remédio tem sido visto como a solução de conflitos, sejam estes sociais ou educacionais, resultando assim, no volumoso número de vendas da indústria farmacêutica. Assim como nomeada por Carvalho et al. (2014) por “indústria do adoecimento” (p.590), Moynihan e Henry (2006, citado por Carvalho et al., 2014) retomam o quão recente se faz a abrangência da faixa etária do TDA/H, que há pouco era considerada uma patologia que acometia somente crianças e, recentemente, com o intuito de aumentar o lucro dos “vendedores de doenças” (Moynihan & Cassels, 2007, citado por Moysés e Collares, 2010, p.95), incluem a fase adulta do desenvolvimento. Moynihan e Cassels (2005, citado por Carvalho et al., 2014) ressaltam que anteriormente ao reconhecimento e aprovação do uso do metilfenidato para a idade adulta, o ramo farmacêutico já propagava aos médicos a necessidade de tal fármaco.

Em seu livro “A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito”, Angell (2007) problematiza o quanto a indústria farmacêutica tem se tornado, nas palavras da autora, “uma máquina de marketing para vender medicamentos de benefício duvidoso” uma vez que esta “usa sua fortuna e seu poder para cooptar cada instituição que possa se interpor em seu caminho”, principalmente “os centros médicos acadêmicos e a própria profissão médica” (Angell, 2007, p. 16).

Moysés (2010) revela que mais de 10% dos médicos já confessaram receber brindes valiosos das indústrias farmacêuticas. A cartilha do CFP (2011) também ilustra tal fato:

muitos desses profissionais vêm recebendo “brindes” dos laboratórios pela quantidade de remédios de determinada marca que receitam a seus pacientes. A pressão dos laboratórios é tão evidente que, em 2010, o Conselho Federal de Medicina proibiu os médicos de

receberem “vantagens materiais” por receitarem determinados medicamentos e voltou atrás em 2012, permitindo que fosse possível oferecer, em troca, uma viagem para Congresso por ano, financiada por determinado laboratório, justificando que é uma “tendência mundial”. (CFP, 2011, p.5)

Segundo Angell (2007, p.17), “os laboratórios farmacêuticos simplesmente não permitem que os resultados sejam publicados, quando não são favoráveis aos medicamentos que produzem”. A autora discorre que a população estadunidense gasta em torno de 200 bilhões por ano com remédios prescritos por médicos – imagine somado aos medicamentos não prescritos – e que este valor cresce mais de 10% a cada ano, o que indica que as pessoas estão consumindo mais medicamentos.

Dados de muitos países apontam um aumento significativo do diagnóstico de TDA/H e, também, o consumo de metilfenidato. Nos Estados Unidos, em 10 anos houve um aumento de 800% (U.S. Department of Justice, DEA, 1995, citado por Moysés & Collares, 2010), na Espanha, a cada ano, registra-se aumento de 8% (Criado-Alvarez & Romo-Barrientos, 2003, citado por Moysés & Collares, 2010) e no Brasil, em quatro anos, aumentou mais de 900% (Moysés & Collares, 2010). Moysés (2010) aborda o aumento de 1615% da venda do metilfenidato entre os anos 2000 e 2008, sem contar a dispensação das farmácias de manipulação.

Pelo composto ser um remédio com tarja preta – que indica a possibilidade de dependência, se usado de forma abusiva – deve ser vendido somente mediante receita médica. Em uma pesquisa rápida ao site *Google*®,³¹ com a expressão “comprar metilfenidato *online*”, logo na primeira página fica especificado, no próprio anúncio, que não há necessidade de receita para a venda. Esses dados podem ter efeitos devastadores, pois, além da venda exacerbada já registrada, quantas caixas do composto metilfenidato podem estar à venda, também, pelo mercado ilegal?

³¹ Pesquisa realizada em 20/08/2016.

Em uma pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Psicologia do estado de São Paulo (CRP/SP, 2011) foi constatado que de 285 municípios que responderam à pesquisa, 175 compram o metilfenidato. A pesquisa também informou que o número de comprimidos do referido fármaco dispensado tem aumentado com o passar dos anos, como verificado no período de 2005 até o primeiro semestre do ano de 2011, que passou de 43 mil comprimidos para mais de 1 milhão.

Além disso, de acordo com a Portaria n.º 1.940 (2007), o metilfenidato é dispensado pelo Sistema Único de Saúde, como na cidade de São Paulo (Portaria n.º 986, 2014), Campinas (Prefeitura Municipal de Campinas, 2014), no estado do Espírito Santo (Caliman & Rodrigues, 2014) e no município de Uberlândia (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2016), por exemplo. Em 2013 a Prefeitura de São Paulo, em 2014, a Prefeitura Municipal de Campinas (2014), e em 2016 a Prefeitura Municipal de Uberlândia (2016), compreendendo os riscos e as controvérsias contidas no número exacerbado de diagnósticos de TDA/H, acompanhados de prescrição medicamentosa para o uso de metilfenidato, criaram protocolos de uso com algumas restrições para a dispensação do fármaco, tais como: o paciente tem que ser cadastrado no Sistema Único de Saúde (SUS); ter idade entre 8 a 18 anos; apresentar exames, como hemograma completo; passar por avaliação médica da curva de crescimento; possuir relatório psicológico e da escola e solicitação pelo psiquiatra ou neuropediatra para o uso do medicamento. Observando-se a confusão e a dificuldade de se definir o que são os sintomas do TDA/H e o que são as dificuldades do processo de escolarização, as secretarias de saúde das respectivas cidades criaram alguns critérios de exclusão, tais como a apresentação de dificuldade no processo de ensino e aprendizagem, má adaptação escolar entre outros problemas na relação com os demais atores escolares, ansiedade, pressão arterial alta, problemas de coração, entre outros fatores considerados isolados; pessoas que apresentem tais características não devem receber tratamento medicamentoso com metilfenidato.

Conforme o Artigo 1º, previsto pela Portaria n.º 986 (2014), institui “o Protocolo de Uso de Metilfenidato [...] que estabelece o protocolo clínico e a diretriz terapêutica para o emprego deste fármaco no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo”, substituindo a Portaria 1940

(2007). Percebendo a importância deste protocolo de controle de dispensação de metilfenidato, o Ministério da Saúde (2015) apresentou debates sobre o TDA/H e os efeitos colaterais do psicoestimulante e recomendou que fossem criados protocolos para controlar a dispensação de metilfenidato em todos os municípios brasileiros.

Apesar de muita contestação em relação ao metilfenidato ser preconizado como um causador do uso de outras drogas, existem pesquisas que consideram esta hipótese possível, reconhecendo que o funcionamento do metilfenidato é semelhante ao da cocaína, aumentando a dopamina no cérebro e potencializando a atenção e a produtividade. Mediante este aumento provocado quimicamente o sujeito fica dessensibilizado em situações comuns da vida, como as interações sociais, o que o leva ao uso contínuo do composto químico, seja em forma de medicamento ou droga ilícita, para conseguir ter a sensação de prazer (Learn Genetics, s.d., “Ritalin is Similar to Cocaine”, para.1):

30 a 50% dos jovens em tratamento em clínicas para usuários de drogas relatam o uso abusivo de Ritalina®, que tem se tornado droga de escolha para adolescentes, por ser relativamente barata, acessível e, principalmente, por ser percebida como segura, uma vez que é prescrita por médicos. [...] A Ritalina®, em altas doses, ou se injetada ou inalada, é tão aditiva quanto a cocaína. Conforme o cérebro se adapta à presença contínua da droga, afeta áreas cerebrais responsáveis por memória, aprendizagem e julgamentos; essas regiões começam a se alterar fisicamente. A procura por droga torna-se quase reflexa, mecanismo pelo qual um usuário de droga torna-se dependente químico (tradução nossa).

O número de pessoas que utilizam tal psicoestimulante tem aumentado, como constatado em uma pesquisa realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2012), na qual se nota o acréscimo de quase 30% do consumo de metilfenidato entre os anos de 2009 a 2011, entre escolares. Além desta informação, esse estudo faz uma relação dos meses do ano em que o fármaco

é mais utilizado, ficando evidente seu maior uso no segundo semestre do ano e com momentos de queda nos meses de julho e dezembro, culminando exatamente nas férias escolares.

Barkley (2002) e Rohde, Barbosa, Tramontina e Polanczyk (2000) discorrem sobre a suspensão do remédio durante as férias, feriados e finais de semanas, devido ao risco dos estimulantes retardarem o crescimento das crianças ou quando se nota um prejuízo mais intenso do comportamento somente na escola. Levantamos o seguinte questionamento: quando ficamos doentes, nos sentimos mal na escola, em casa e em todos os outros lugares por onde formos, correto? Precisamos usar o medicamento para sanar tal enfermidade independentemente de onde estivermos, não é mesmo? Como podemos compreender como doença um transtorno que escolhe os tempos e espaços em que se manifestará?

Assim como já dito anteriormente, geralmente o medicamento é bastante associado ao diagnóstico de TDA/H, mas não se restringe a este, usado também como um aprimoramento cognitivo em pessoas sem nenhum diagnóstico (Carvalho et al., 2014), ou seja, como um “*gadget*” (Brant & Carvalho, 2012, p.590), exposto pelos autores como um potencializador de produtividade e concentração, usado como uma forma para se conseguir notas mais altas, entre outras vantagens. Os autores apontam que as pessoas têm buscado os fármacos como estratégia para alcançar objetivos, e chegam até a procurarem prescrição médica, exagerando sintomas de TDA/H.

Contrariando a pesquisa anterior, a respeito do exagero de sintomas para se conseguir uma prescrição médica, um repórter, com o intuito de entender melhor como funcionam os bastidores do TDA/H, agendou uma consulta com um psiquiatra e relatou que, em pouco mais de 20 minutos, o médico o diagnosticou com TDA/H e ansiedade e lhe prescreveu uma receita que previa três caixas do composto Cloridrato de Metilfenidato. O então paciente negou qualquer esforço para conseguir o laudo (Kaiser, 2011, para.1):

Não precisei mentir nem exagerar nada. Em resumo, relatei que vez ou outra tenho dificuldade para me concentrar em coisas que não me interessam, que prazos podem ser um problema e que faz tempo que não leio um livro até o fim.

Por outra perspectiva, de acordo com Carvalho et al. (2014), os próprios médicos podem sentir-se “pressionados pelo mal-estar da Modernidade [...] com tensões semelhantes às de seus pacientes-usuários – para darem contado corre-corre entre plantões, estudos de caso e pesquisas” (p. 598). Trigueiro (2015) contextualiza o uso do metilfenidato na sociedade atual: “Uma percepção positiva acerca do aprimoramento cognitivo farmacológico pode estar dentro de uma lógica cultural do sucesso a qualquer custo, onde elevados níveis de produtividade em curto prazo, com baixo investimento e alta qualidade, são imprescindíveis” (Trigueiro, 2015, p. 6).

Um exemplo disso pode ser o ingresso no Ensino Superior, que exige exatamente as características citadas acima, atribuindo unicamente ao aluno à responsabilidade pelo “sucesso” da aprovação ou pelo “fracasso” da reprovação. Assim como mencionado, existe um padrão esperado na perspectiva da educação, priorizando estudantes atentos e com bons rendimentos. Quando isso não ocorre acaba-se infligindo a culpa ao estudante e, neste sentido, culmina-se no uso de um “medicamento correto para que tudo volte a funcionar adequadamente, pois o que está ruim precisa ficar bom e que está bom sempre pode melhorar” (Trigueiro, 2015, p. 7).

Além do aprimoramento cognitivo, Barros e Ortega (2011) relatam dois outros objetivos do uso do medicamento, sendo estes: “recreativo, para aumentar o tempo de vigília e disposição durante o lazer e o estético, para auxiliar o emagrecimento” (p. 352).

Como na temática abordada neste trabalho a questão da atenção merece destaque por estar intimamente relacionada ao TDA/H, a seguir trazemos aspectos gerais da Teoria Histórico-Cultural e, mais especificamente, das Funções Psicológicas Superiores e o desenvolvimento da atenção voluntária.

2 A Teoria Histórico-Cultural

Podemos dizer que cada indivíduo aprende a ser um homem. O que a natureza lhe dá quando nasce não lhe basta para viver em sociedade. É-lhe ainda preciso adquirir o que foi alcançado no decurso do desenvolvimento histórico da sociedade humana.

(Leontiev, 1978, p. 267).

Tendo em vista nossa preocupação com as formas patologizantes com que têm sido encaradas a (des)atenção e as dificuldades do processo da escrita e da leitura buscamos, a partir dos pressupostos da Teoria Histórico-Cultural, ir além do reducionismo biologizante, na compreensão do homem como um ser histórico e cultural. A problematização sobre a constituição e o desenvolvimento do sujeito, de acordo com a Teoria Histórico-Cultural, elucida uma mudança de ponto de vista sobre como entendemos o TDA/H e a Dislexia:

Destarte, quando se entende que o homem apenas se humaniza em sociedade ou, dito de outra forma, que este processo de humanização se dá a partir da inserção da criança em seu meio histórico e cultural através das apropriações das objetivações produzidas historicamente pela humanidade (instrumentos e signos), dependendo mais destas do que propriamente de sua herança genética para desenvolver-se, o fenômeno caracterizado como TDAH na atualidade pode ser reconfigurado. Entende-se que os transtornos mentais ou de comportamento precisam ser datados – analisados a partir das condições sociais e econômicas de uma determinada época histórica- e compreendidos no interior da sociedade em que se desenvolvem, isto é, em sua totalidade concreta (Eidt & Tuleski, 2007, p.225).

A Teoria Histórico-Cultural tem suas concepções embasadas pelas contribuições do materialismo histórico dialético de Marx e Engels, os quais ilustram a importância de se considerar os aspectos sociais e relacionais do homem, contextualizados em um momento histórico. Para Meira (2007, p.28), as produções em Psicologia Histórico-Cultural indicam “uma posição claramente definida no sentido de explicitar as relações entre a Psicologia e a história, buscando na concepção filosófica do materialismo histórico os princípios metodológicos necessários à investigação científica e à análise das funções do conhecimento psicológico”.

Além de se considerar os aspectos históricos para a compreensão do desenvolvimento humano, a cultura também ocupa lugar estratégico nesta teoria. Assim como proposto por Vigotski (Vygotski, 1995, p. 34):

A cultura origina formas especiais de conduta, modifica a atividade das funções psíquicas, edifica novos níveis nos sistemas de comportamento humano em desenvolvimento. [...] No processo de desenvolvimento histórico, o homem social modifica os modos e os procedimentos de sua conduta, transforma suas inclinações naturais e funções, elabora e cria novas formas de comportamento, especificamente culturais.

Leontiev (1997) reconhece Vigotski (1896-1934) como o precursor da Teoria Histórico-Cultural, e percebe o quanto o período pós-revolucionário pelo qual a Rússia estava passando serviu de pano de fundo para o planejamento e desenvolvimento de uma nova Psicologia. Assim como ressaltado por Rego (2008), no início do século XX, a Psicologia se encontrava dividida em duas tendências: uma que a preconizava como ciência natural, cujo objetivo era descrever o comportamento como sendo algo mecanicamente constituído, dando ênfase aos fenômenos mais elementares e ignorando a importância de se estudar aqueles processos mais complexos da atividade consciente e outra que a compreendia como ciência mental que, embora considerasse as funções humanas mais complexas, se restringia a uma descrição subjetiva destas. Luria (1988b) discorre que

[...] nem a psicologia subjetiva proposta por Chelpanov, nem as tentativas muito simplificadas para reduzir o todo da atividade consciente a simples esquemas reflexos proporcionariam um modelo satisfatório da psicologia humana. Uma nova síntese de verdades parciais dos modos anteriores de estudo deveria ser encontrada. (pp. 22-23).

Para superar a crise instaurada pela divisão da Psicologia entre tais correntes de pensamento, Vigotski (1934-1896), juntamente com seus seguidores Leontiev (1903-1979) e Luria (1902-1977), inspirados pelo método de Marx (1818-1883) e Engels (1820-1895), aplicam o materialismo histórico-dialético na tentativa de compreender as funções psicológicas superiores (FPS) e, além disso, na busca pela

[...] identificação dos mecanismos cerebrais subjacentes a uma determinada função: a explicação detalhada da sua história ao longo do desenvolvimento, com o objetivo de estabelecer as relações entre formas simples e complexas daquilo que aparentava ser o mesmo comportamento; e, de forma importante, deveria incluir a especificação do contexto social em que se deu o desenvolvimento do comportamento (Cole & Scribner, 1984, p.6, citado por Rego, 2008).

Ao contrário do que era pensado, até então, pelas tendências em Psicologia, Vigotski propõe que o pensamento se constitui do plano social para o individual, uma vez que revela que as formas superiores de comportamento são possibilitadas somente nas e pelas relações sociais e, apenas depois disso, tornam-se individuais (Luria, 1988b).

Leontiev (1978) acredita que, para que as formas superiores de comportamento existam, a dimensão biológica é extremamente necessária. A partir do aparato biológico é que o homem poderá, pelas relações sociais, apropriar-se ativamente das vivências humanas produzidas e

acumuladas ao longo da história e, segundo Leontiev (1978), isto é o que o distingue dos demais animais.

Nessa perspectiva, Vigotski compreende que os processos naturais têm estreita relação com os processos culturais, os quais contribuem para a formação das funções psicológicas nos adultos. Neste sentido, nomeou seu método de estudo por Psicologia “cultural”, “histórica” ou “instrumental” (Luria, 1988b, p.26). O termo cultural se refere à forma como são socialmente organizados os instrumentos utilizados para realizar determinadas atividades, sendo citada por Luria (1988b) como exemplo a própria linguagem. Ao longo da história, foram criados e aperfeiçoados instrumentos e formas humanas de relacioná-los. O elemento instrumental seria “um objeto *com cuja ajuda se pode atingir uma meta*” (Vygotsky & Luria, 1996, p.181), ou dito de outra forma, a relação do sujeito com o mundo não se dá diretamente, mas sim pela presença de aspectos mediacionais, criados pelos homens, sejam estes instrumentos ou signos.

Vigotski (Vygotski, 1995, p. 83) compreende por signo “estímulos-meios artificiais introduzidos pelo homem na situação psicológica que cumprem a função de auto-estimulação”, ou seja, são artificialmente construídos, já os instrumentos são objetos concretos, com os quais o homem consegue realizar alguma ação. Para Vigotski (Vygotsky, 2003), um exemplo de signo mediador é a linguagem. Esta, por sua vez, é, inicialmente, exterior e social, e mediante o aparato mediacional, vai sendo ativamente internalizada pelos indivíduos.

Para Vigotski, desde os primeiros dias de vida o sujeito já se mostra como um ser social à medida que se comunica com as pessoas ao seu redor. Uma das formas de comunicação se dá pela linguagem, inicialmente externa e depois interna, sendo esta, um dos instrumentos mais importantes do pensamento humano (Luria, 2001). E como escrevem Bernardes e Asbahr (2007, p. 326), “a relação entre a linguagem e o pensamento é considerada reestruturadora da mente humana”. Nesse sentido, a linguagem, como sistema simbólico, é extremamente importante para a internalização das formas superiores de comportamentos e para a consolidação do pensamento conceitual. Para Facci (2004, p. 212),

O processo de conceitos pressupõe a aprendizagem do domínio do curso dos processos psíquicos próprios, mediante a utilização de palavras e signos. Esse processo exige o emprego funcional das palavras ou outros signos que são utilizados como meios para dirigir ativamente a atenção, analisar e destacar seus atributos, abstraí-los e sintetizá-los.

Pensando no salto qualitativo das formas de percepção do sujeito, Vigotski (Vygotski, 1996a) traz a distinção entre pensamento em complexos e pensamento conceitual. A criança expressa uma forma diferente de pensamento, sendo este organizado em complexos, assim como bem explicitado por Eidt et al. (2014, p.89) “para muitas crianças em idade escolar a definição de um conceito dependerá da recordação do enunciado já dito ou de uma situação, exemplo prático pelo qual este foi explicado ou demonstrado: é uma recordação e mais nada”. Já o adolescente consegue realizar pensamentos conceituais, culminando em uma nova forma de atividade intelectual. Para Vigotski (1996b), a consciência do ser humano só é possível frente ao pensamento em conceitos.

Até chegar ao pensamento conceitual, propriamente dito, Vigotski (1993) lista dois estágios anteriores, sendo estes os agrupamentos sincréticos e a formação de complexos. No primeiro estágio a criança utiliza as palavras, porém, sem compreender de fato seus significados, que ainda não estão completamente definidos. No segundo estágio, a criança já consegue, diferentemente do momento anterior, estabelecer relações mais objetivas e coerentes com os objetos que a cercam, identificando as semelhanças entre as coisas ao seu redor.

Para Vigotski (1993, p.165), “o conceito em sua forma natural e desenvolvida pressupõe não só a união e a generalização de elementos isolados, senão também a capacidade de abstrair, de considerar por separado esses elementos, fora das conexões reais e concretas dadas” (tradução nossa). O estágio da formação de conceitos é composto por duas fases, assim denominadas: fase de abstração e fase dos conceitos potenciais; e somente a partir destas é que o conceito pode ser

verdadeiramente formado. Para Vigotski (1993), isso só ocorre quando o indivíduo passa a atribuir sentido à sua realidade, quando toma consciência dos conceitos e lhes atribui alguma lógica.

A formação de novos conceitos consiste em suas fases anteriores e culmina na reestruturação de todos os conceitos já formados. Para Baquero (1988, citado por Facci, 2004, p. 220), o pensamento por conceitos não segue uma linha horizontal, mas é perpassado por avanços e retrocessos; “a formação de conceito é um processo muito complexo, no qual é necessário o emprego de todas as funções psicológicas superiores”. Segundo Facci (2004), “graças ao pensamento em conceito as pessoas chegam a ter uma compreensão da realidade, das outras pessoas e delas mesmas” (p.221). Para Vigotski (1996b, p.79)

O pensamento em conceitos é o meio mais adequado para conhecer a realidade porque penetra na essência interna dos objetos, já que a natureza dos mesmos não se revela na contemplação direta de um ou outro objeto isolado, senão por meio dos nexos e relações que se manifestam na dinâmica do objeto, em seu desenvolvimento vinculado a todo o resto da realidade. O vínculo interno das coisas se descobre com ajuda do pensamento por conceitos, já que elaborar um conceito sobre algum objeto significa descobrir uma série de nexos e relações do objeto dado com toda a realidade, significa incluí-lo no complexo sistema dos fenômenos.

De acordo com a Teoria Histórico-Cultural, existem os conceitos cotidianos e os conceitos científicos. Para Vigotski (Vygotsky, s.d.), a compreensão dos tipos de conceitos é de grande importância, pois estes são caríssimos ao processo de aprendizagem. De acordo com o autor, os conceitos cotidianos, que surgem de forma espontânea, representam o conhecimento simples, suas generalizações ocorrem isoladamente, partindo do concreto para o abstrato. Já os conceitos científicos vão do abstrato ao concreto, são mais rebuscados e, por isso, dependem de instruções, pois exigem níveis mais elevados de consciência e abstração. Apesar de guardarem significativas

diferenças, os dois tipos de conceito estão intimamente ligados, uma vez que, para que ocorra um conceito acadêmico,³² este deve se apoiar em um conceito espontâneo já apropriado pelo indivíduo; como dito por Facci (2004, p. 224), “os conceitos espontâneos constituem a base dos conceitos científicos e estes, uma vez assimilados, permitem a formação de novos conceitos espontâneos”.

Outro conceito caro para a Teoria Histórico-Cultural remete ao que Vigotski (1993) nomeia de “zona de desenvolvimento próximo” (p. 241). Também chamada de zona de desenvolvimento iminente, imediato ou proximal,³³ tal conceito diz respeito à relação entre o nível de desenvolvimento atual – o que a criança consegue realizar de forma independente – e a capacidade potencial de aprendizagem – ao que a criança pode realizar em companhia de pessoas mais experientes; ou nas palavras do próprio Vigotski (1993) “o que a criança é capaz de fazer hoje em colaboração será capaz de fazê-lo por si mesma amanhã” (p. 241). Na zona de desenvolvimento próximo os conceitos cotidianos representam o desenvolvimento atual e, os científicos, a capacidade potencial de desenvolvimento (Meira, 2007).

Assim como a linguagem, outros sistemas de signos e instrumentos contribuem para o desenvolvimento das demais funções psicológicas elementares (FPE), que vão se tornando cada vez mais complexas, dando origem ao que chamamos por funções psicológicas superiores (FPS), as quais abordaremos a seguir.

2.1 Sobre a formação das funções psicológicas superiores

A tese fundamental, que conseguimos estabelecer ao analisar as funções psíquicas superiores, é o reconhecimento da base natural das formas culturais de comportamento. A cultura não cria

³² O conceito científico é também chamado por Moll (1996, citado por Facci, 2004) de conceito acadêmico.

³³ As diferentes nomenclaturas dizem respeito às várias traduções das obras de Vigotski.

nada, apenas modifica as atitudes naturais em concordância com os objetivos do homem.

(Vygotski, 1995, p. 152, tradução nossa).

Assim como ressaltado anteriormente, o fator biológico se coloca como propulsor das reações inatas, chamadas de funções psicológicas elementares (FPE) ou involuntárias, tais como “percepção, memória, atenção, volição, linguagem e pensamento” (Eidt & Tuleski, 2007, p. 238).

Facci (2004) enfatiza que o desenvolvimento cultural e social do indivíduo, a partir do sistema de signos e instrumentos mediacionais, é o que possibilita a transformação dos processos psicológicos elementares – determinados biologicamente e regulados pelo meio ambiente, “tais como reflexos, reações automáticas, associações simples, memória imediata etc.” (p. 205) em FPS. Para a autora, estes processos psicológicos superiores são voluntários, ou seja, “regulam o comportamento do homem e o diferencia dos animais por meio da tomada de consciência” (p. 206). Sendo assim,

a origem social, o controle voluntário, a realização consciente e a utilização de instrumentos e signos caracterizam as FPS na teoria de Vigotski, enquanto o funcionamento psicológico elementar é caracterizado pela ausência de uma realização consciente, pelo controle do meio natural, por uma origem individual e pela ausência de mediação de ferramentas psicológicas (Facci, 2004, p. 206).

É a partir das FPE, mediante a apropriação da cultura, da interação social, dos sistemas de atividade instrumental e da mediação que o sujeito desenvolverá suas FPS, ou assim chamadas de voluntárias (Facci, 2004). Para Eidt e Tuleski (2007, p. 238):

[...] todas as funções inatas e involuntárias nos primeiros anos de vida, [...] vão sendo revolucionadas pela interação social, tornando-se funções sobre as quais o indivíduo adquire controle. O desenvolvimento humano, portanto, é a história do crescente autocontrole do comportamento para a Psicologia Histórico-Cultural.

Para Facci (2004), estas FPS seriam, então, a atenção voluntária, a memorização ativa e o pensamento abstrato, por exemplo. Para que estas sejam possíveis, como dito acima, é necessário o desenvolvimento de mediadores, neste caso, chamados por Vigotski (Vygotski, 1995) de signos e instrumentos, como já ressaltados anteriormente.

Como bem colocado por Facci (2004), as FPS não são inatas e nem sequer hereditárias. Visto desta maneira, Rivière (1985, citado por Facci, 2004) discorre sobre a “*lei da dupla formação*” (p.207), que parte do pressuposto de que, assim como já especificado anteriormente, para a Teoria Histórico-Cultural o homem é social, tal como os processos psicológicos superiores também são; por esta perspectiva, estes surgem nas relações interpessoais e, somente depois, são internalizados pelo indivíduo, “ocorrendo assim uma reconstrução interna da atividade externa” (Facci, 2004, p.207). Para Rivière (1985, citado por Facci, 2004) a internalização consiste em uma reorganização das funções psicológicas mediante a incorporação da cultura.

Como vimos anteriormente, é somente na etapa de transição para a adolescência que o sujeito consegue estruturar suas FPS. Portanto, pensando no conceito de zona de desenvolvimento próximo, aqui já abordado, quando se diagnostica um transtorno, ainda em idade de transição, desconhecemos o nível de capacidade potencial que este sujeito tem a desenvolver, enxergando somente o seu desenvolvimento atual e as funções até então desenvolvidas. Neste sentido, ignoramos todo o processo complexo da aprendizagem, do desenvolvimento das FPS, do pensamento por conceitos e partimos de concepções naturalizantes e reducionistas, por meio de testes que, pretensamente, medem somente – e olhe lá, o desenvolvimento atual daquele sujeito.

Destarte, considerando aspectos para além do sujeito, não podemos desconsiderar a forma como a sociedade está estruturada hoje e as relações parciais que esta vem desempenhando, trazendo novas formas de ser e se constituir humano. Assim como ressaltado por Eidt e Tuleski (2010, p. 131),

em momentos de profunda crise do sistema capitalista, marcados pelo desemprego estrutural e por um enorme contingente de trabalhadores precarizados (Antunes, 2005), as condições objetivas de existência da grande maioria da população favorecem ou dificultam o desenvolvimento das funções psicológicas superiores nas novas gerações?

O questionamento realizado acima é de extrema relevância para pensarmos como as FPS se desenvolvem, considerando aspectos contextuais, na contramão de concepções que se limitam ao funcionamento elementar do sujeito. Assim como ocorre com outros processos psicológicos complexos, a atenção tem sido foco de estudo por estar associada ao TDA/H e sobre ela discorreremos a seguir.

2.2 (Des)Atenção: a formação social da atenção

Como a própria nomenclatura do termo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade traz em si a função psicológica da atenção, não poderíamos deixar de discorrer sobre esta. À luz da Teoria Histórico-Cultural, pretendemos fazer uma contraposição às teorias e concepções dominantes sobre as dificuldades de atenção.

A atenção é entendida por Luria (1991) como “a seleção da informação necessária, o asseguramento dos programas seletivos de ação e a manutenção de um controle permanente sobre elas” (p.1). A atenção tem como função selecionar alguns dentre os muitos estímulos do ambiente para que seja possível, ao sujeito, desenvolver a atividade proposta. Vigotski e Luria (Vygotsky &

Luria, 1996) consideram esta função como a mais importante para o sujeito, pois entendem que por meio dela este poderá organizar seu comportamento.

De acordo com Luria (1991), estímulos externos e internos determinam a atenção. No que diz respeito aos primeiros, sobre sua *intensidade*, o mais forte prevalecerá e chamará a atenção naquele dado instante, por exemplo. Outro quesito que caracteriza os estímulos externos é o que o autor chama de *novidade*, quando um novo fator é inserido acaba por atrair a atenção. Quanto aos estímulos internos, estes sofrem influência das necessidades, interesses e objetivos de cada sujeito, em dados momentos. Neste sentido, Luria (1991) afirma que “a organização estrutural da atividade humana é de importância essencial para a compreensão dos fatores que dirigem a atenção do homem” (p. 5), ou seja, de acordo com a história social de cada sujeito, permeado por interesses diversos.

Existem dois tipos de atenção: involuntária e voluntária. A atenção involuntária, ou chamada por Vigotski e Luria (Vygotsky & Luria, 1996) de “atenção instintivo-reflexiva” (p.195), que se apresenta em animais e em crianças de idade tenra, é atraída por estímulos novos, fortes ou interessantes, como já apresentados acima. Para os autores (Vygotski & Luria, 1996, p.196),

Fica bem claro que, com esse tipo de atenção natural, não pode surgir nenhuma forma estável, de longo prazo, de comportamento organizado. Cada novo estímulo destituiria o contexto anterior, seguidamente, e acarretaria continuamente, novas reconstruções do comportamento. Claro que essas condições só podem satisfazer a um organismo enquanto ele está fora das exigências sociais, fora do coletivo, fora do trabalho. Contudo, quando um indivíduo enfrenta certas exigências, quando determinada tarefa organizada (por mais primitiva que seja) tem que ser feita, então a atenção primitiva não-volitiva não é o suficiente, e passam a ser necessárias formas de atenção diferentes e mais estáveis.

A outra forma de atenção diz respeito à atenção voluntária, que depende do processo de desenvolvimento histórico-cultural. A convivência entre crianças e adultos, por meio da comunicação, influencia a organização dos processos psíquicos daquelas, como primeira etapa de formação da atenção arbitrária (Leite & Tuleski, 2011; Eidt et al., 2014; Luria, 1991). À medida que a criança necessita realizar tarefas mais complexas, a atenção concentrada vai se tornando de extrema importância, e é por meio da cultura que a criança começa a internalizá-la e dela se apropria (Eidt & Tuleski, 2010).

Para Petrovski (1980, citado por Leite & Tuleski, 2011, p. 115), a atenção voluntária

tem como característica o fato de o sujeito estabelecer determinadas tarefas com determinados fins que deve cumprir. Para que isto ocorra, é necessário que selecione, como objeto de sua atenção, somente aquilo que é importante para o cumprimento da tarefa (...) Com isso, quando a atenção não está dirigida para o objeto mais atrativo dentre os demais, é necessário que o sujeito, para manter sua concentração, desenvolva certa força de vontade, capaz de manter a intensidade da atenção para a tarefa proposta, ignorando outros estímulos. Desta forma, a atenção voluntária pode ser entendida como uma manifestação da vontade.

De acordo com Eidt et al. (2014), há um percurso longo até que a atenção involuntária transite para uma forma voluntária interna (a partir dos 11 anos). Para Vigotski (Vygotski, 1995), a atenção passa, gradualmente, por três etapas, até que se torne, de fato, voluntária. Primeiro, em nível interpsicológico, guiada por meios externos e por pessoas mais experientes, seja por gestos ou linguagem oral. Geralmente, até a etapa escolar a criança consegue alcançar a atenção voluntária externa, ou seja, aquela que depende de meios externos como mediadores: “o estágio inicial no desenvolvimento de toda função superior corresponde a uma operação externa que se leva a cabo com ajuda de meios externos” (Vygotski, 1996a, p. 144, tradução nossa).

A segunda etapa, chamada de extrapsicológica (Vygotski, 1995), é o momento em que a criança começa a dizer a si mesma – ainda de forma externa – o que deve fazer, nomeando os objetos ao seu redor; assim como explicado por Vigotski (Vygotsky, 2003, p. 36), “é muito importante observar que a fala, além de facilitar a efetiva manipulação dos objetos pela criança, controla também o comportamento da própria criança, [adquirindo] a capacidade de ser tanto sujeito como objeto de seu próprio comportamento”.

Por fim, a fase intrapsicológica, que ocorre logo após a criança ter o domínio da linguagem e utilizá-la de forma interna. Neste momento, ela consegue, por si só, deslocar sua atenção ao objeto que deseja, sem necessitar da mediação externa de outrem, sendo a atenção constituída e organizada internamente (apesar de ser originada socialmente, pela mediação externa), fruto de um complexo desenvolvimento histórico-social, que permite estruturas intelectuais cada vez mais complexas:

Na medida em que se desenvolve, os processos de linguagem internos e intelectuais da criança vão se tornando tão complexos e automatizados que a transferência da sua atenção de um objeto para outro passa a dispensar esforços especiais e assume o caráter da facilidade e, pareceria da “involuntariedade” que todos nós sentimos quando em pensamento passamos facilmente de um objeto a outro ou quando somos capazes de manter por muito tempo a atenção tensa numa atividade que nos interessa. (Luria, 1991, p. 26).

Eidt e Tuleski (2010) ressaltam que as condições do ambiente são muito importantes para que a atenção seja, de fato, internalizada. No entanto, não são somente estas condições estruturais que ditam a qualidade da apropriação das FPS pelo sujeito, mas também, assim como ressaltado por Bondezan e Palangana (2005, p. 12, citado por Eidt & Tuleski, 2010),

deve-se ressaltar que mesmo quando se dispõe de um ambiente cujas condições sejam favoráveis à atenção, não significa que esta se fixará por longo tempo. O

prolongamento da atenção está afeto ao significado que a atividade possui para o sujeito. Quanto mais a atividade responde a interesses e necessidades, maior o seu significado e maior será a atenção.

Pensando na forma e estrutura como está configurado o ensino escolar, será que este tem sido interessante e correspondente às necessidades dos estudantes? Sobre isso, Leite e Tuleski (2011) questionam “que relações de produção são estas, que vêm produzindo indivíduos sem ‘foco atencional’ ou ‘sem autocontrole’? Qual o critério que se estabelece nesta forma de produção de comportamentos para se distinguir entre o saudável e o patológico?” (p.114).

A idade de transição, conhecida como adolescência, é quando o sujeito consegue desenvolver a atenção voluntária interna, ter maior aproximação entre memória, atenção e percepção, elaborar valores e questionar regras, por exemplo. Assim como ressaltado por Eidt et al. (2014), o sujeito só consegue desenvolver tais habilidades se, quando criança, estas foram mediadas externamente. Pensando nisso, é imprescindível apresentarmos, sem delongas, nossa compreensão pelas demais etapas do desenvolvimento humano, embasadas pelas contribuições da Teoria Histórico-Cultural. Desta forma, discorreremos sobre o conceito de adolescência e juventude na seção seguinte.

2.3 Nem só adolescentes nem tanto adultos. Apenas jovens?

Assim como abordado anteriormente, a fase de transição é extremamente importante para a consolidação dos processos psicológicos superiores. Desta forma, considerando a média de idade

recorrente dos vestibulandos,³⁴ percebemos a necessidade de abordar, embora brevemente, os conceitos de adolescência e juventude.

Conforme Domingues e Alvarenga (1997), o surgimento da adolescência se dá no início do século XX, com a sociedade moderna frente às transformações advindas com a revolução industrial, como a exigência de melhor preparação para um novo mercado de trabalho:

A adolescência se refere, assim, a esse período de latência social constituída a partir da sociedade capitalista gerada por questões de ingresso no mercado de trabalho e extensão do período escolar, da necessidade do preparo técnico. Essas questões sociais e históricas vão constituindo uma fase de afastamento do trabalho e o preparo para a vida adulta (Bock, 2007, p. 68).

Segundo a OMS (1965) e o Ministério da Saúde do Brasil (2007) adolescência é definida pela faixa etária compreendida dos 10 aos 20 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069, 1990) entende que a adolescência vai dos 12 aos 18 anos. Vigotski (Vygotski, 1996a) chama de “período de transição” a idade de 11 a 16 anos.

A fase de transição, pela compreensão de Vigotski (Vygotski, 1996a), é cara ao desenvolvimento das FPS e, destacamos aqui, a atenção voluntária. Para o autor (Vygotski, 1996a, p. 139), há um

estreito vínculo entre o desenvolvimento da atenção na idade de transição e a função dos conceitos. Não devemos esquecer que se trata de um vínculo duplo: por um lado, a atenção, quando alcança certo grau de desenvolvimento, constitui, tal como outras funções intelectuais, uma premissa indispensável para o desenvolvimento do pensamento em

³⁴ A média de idade dos vestibulandos, de acordo com o levantamento dos candidatos com requerimento de atendimento especial, foi de 20 anos. Abordaremos com maior profundidade este e outros dados, encontrados no levantamento, no capítulo 5.

conceitos e, por outro, o passo ao pensamento em conceitos significa que a atenção chega a um estágio superior, que passa a uma forma nova, superior e complexa da atenção voluntária interna.

Para Meira (2007) “a adolescência não é um período de conclusão, mas sim de crise e amadurecimento do pensamento” (p.218). A autora destaca:

No final da adolescência, o jovem tem que superar a dificuldade da transferência do sentido – que é determinado pela experiência individual – ou do significado – compreendido socialmente – do conceito elaborado para novas situações concretas, pensadas também no plano abstrato. O adolescente forma um conceito, utiliza-o corretamente em uma situação concreta, mas, se tiver que fornecer uma definição verbal desse conceito, esbarra em grandes dificuldades e essa definição acaba sendo bem mais restrita que a sua aplicação concreta. O adolescente aplica a palavra como conceito e a define como complexo. Nesta fase de transição, portanto, há uma oscilação entre o pensamento por complexos e o pensamento por conceitos (Meira, 2007, p.218).

Coerente com a Teoria Histórico-Cultural, consideraremos, como o preconizado por Vigotski (Vygotski, 1996a), os candidatos ao vestibular, em grande maioria, como jovens. Para Domínguez García (2003, citado por Souza, 2016), esta etapa do desenvolvimento é caracterizada também, pela transição “entre a infância e a vida adulta, sendo considerados momentos centrais no processo de socialização dos indivíduos, no transcurso dos quais o sujeito se prepara para cumprir determinados papéis sociais próprios da vida adulta, nos campos profissionais e relacionais” (p.68).

Domínguez García (2003, citado por Souza, 2016), ressalta que a idade cronológica não deve determinar, por si só, as etapas da vida. Porém, propõe certos limites etários, compreendendo que “a adolescência inicia-se entre os 11-12 anos e termina aos 14-15 anos, com algumas pequenas

variações. Ademais, é preciso reconhecer a existência de uma juventude precoce, de 14-15 anos a 17-18 anos e de uma juventude tardia, de 17-18 a 25 anos, aproximadamente” (Souza, 2016, p. 68).

Coimbra, Bocco e Nascimento (2005) trazem diferenças interessantes entre os conceitos de adolescência e juventude e que nos ajudam a justificar a nossa preferência pelo termo jovem, em nossa presente pesquisa, em detrimento de adolescente. As autoras problematizam o quanto o termo adolescência visa cristalizar e padronizar os sujeitos, definindo o que estes devem vestir, ouvir, comer e sentir. Já a juventude tem sido abordada de forma mais flexível, tanto nas características que a define quanto na faixa etária que esta engloba e, por isso, optamos em utilizar este termo e nomear os candidatos ao vestibular como jovens, compreendendo a oscilação da faixa etária.

Devido, principalmente, à escassa literatura sobre o tema da medicalização em jovens, consideramos de extrema importância discorrermos sobre os efeitos deste fenômeno nesta faixa etária. Urrego et al. (2008), em uma pesquisa sobre o uso de psicoestimulantes em universitários na Universidade de Manizales, na Colômbia, encontraram dados assustadores, em que 42,3% da amostra de estudantes de Medicina afirmaram utilizar anfetaminas com o intuito de melhorar o rendimento acadêmico.

Teter, McCabe, LaGrange, Cranford e Boyd (2006) fizeram uma pesquisa para compreenderem o uso não prescrito de psicoestimulantes em universitários, encontrando 25% dos estudantes em uso de fármacos anfetamínicos com o objetivo de aprimorar a concentração, ajudar a estudar e aumentar o estado de alerta.

Cruz et al. (2011) verificaram a frequência de 8,6% do uso não-prescrito de metilfenidato entre estudantes do curso de Medicina da Faculdade da Bahia (UFBA), com o objetivo de melhorar o rendimento nos estudos. Graça (2013) encontrou mais de 80% de estudantes consumindo algum estimulante cerebral, dentre estes o metilfenidato (1,9%), com o intuito de aprimorar-se cognitivamente.

Caliman e Rodrigues (2014) fizeram uma pesquisa no estado do Espírito Santo buscando analisar a dispensação de metilfenidato nas farmácias cidadãs e notaram que, desde o ano de 2009, a

procura pelo medicamento por jovens e adultos diagnosticados com TDA/H só vem crescendo. Barros (2009) e Barros e Ortega (2011), realizaram grupos focais com adultos jovens de 18 a 25 anos para investigar suas concepções sobre o uso não prescrito do Cloridrato de Metilfenidato, encontrando como principal justificativa a pressão social de melhorar o desempenho escolar, seja para ser aprovado no vestibular ou para ter notas melhores no nível superior de ensino.

A partir da compreensão do conceito de juventude, atrelado à Teoria Histórico-Cultural, percebemos que, nesta idade, uma parcela dos sujeitos se encontra em processo de preparação para adentrar no nível superior de ensino. Neste sentido, caracterizaremos a Educação Superior, a partir do aporte teórico da Teoria Histórico-Cultural.

3 O Ensino Superior

De acordo com o estabelecido pela Lei n.º 9.394 (1996), a educação escolar brasileira está estruturada em Educação Básica – compreende a Educação Infantil e o Ensino Fundamental e Médio – e a Educação Profissional e Tecnológica e o Ensino Superior – englobam tanto cursos de graduação quanto de pós-graduação. A respeito do Ensino Superior, Marinho-Araújo (2009) o define como:

um contexto privilegiado para a formação de profissionais cidadãos, aptos a atenderem às demandas e aos desafios manifestados pela sociedade, a construir o conhecimento, a contribuir no combate às desigualdades sociais e regionais, a auxiliarem na inclusão das pessoas e a reafirmarem o respeito às diferenças (p. 176).

Em consonância com os pressupostos da Teoria Histórico-Cultural, o resgate histórico se faz essencial para nossa compreensão sobre o Ensino Superior que temos hoje e sobre suas formas de funcionamento. Para tanto, Santos Filho (2000) faz um resgate sobre os primórdios da Educação Superior enquanto aliada ao saber religioso, em meados do século XVIII. O autor faz alusão à determinação da igreja na seletividade do que poderia ser ensinado, dando ênfase às ciências como a Teologia e a Medicina. Mais tarde, pós século XVIII, a universidade se desvincula da Igreja e se atrela ao Estado, tendo esta íntima relação com o mercado de trabalho.

De acordo com Marinho-Araújo (2009) e Gisi (2006), o Ensino Superior surge, no Brasil, em 1808. Em período colonial, conforme salienta Fávero (2006), Portugal apresentava resistência para a construção de universidades no Brasil, devido ao interesse de manter os brasileiros dependentes cultural e politicamente; acabou-se instituindo, por certo tempo, que a Educação Superior fosse buscada em territórios estrangeiros. Posteriormente, com a vinda da família real para o Brasil, alguns cursos foram criados, porém, de forma isolada.

Gisi (2006) retoma a história da Educação Superior no Brasil e retrata o quanto esta, desde o seu início, esteve associada aos interesses capitalistas, uma vez que se colocava de forma interessante naquela época colonial, pois se necessitava de pessoas capacitadas, assim como engenheiros, médicos e oficiais do exército, para atender e proteger a própria colônia.

No ano de 1915, mediante o Decreto n.º 11.530 (1915), a construção de uma universidade brasileira esteve em vias de implementação; no entanto, somente em 1920, por meio do Decreto n.º 14.343 (1920) a Universidade do Rio de Janeiro (URJ) foi fundada (Fávero, 2006).

A partir de 1930, a Educação Superior atravessa sua segunda etapa que, de acordo com Fávero (2006), apresenta um relevante crescimento no número de universidades. Nesta etapa, o Ensino Superior constitui-se como centro de ensino superior brasileiro. No ano de 1937, segundo Gisi (2006, p. 3), “a educação passa a ser considerada estratégia para resolver a questão social e combater a subversão ideológica”, como forma de adestramento da população. Apenas nesse período, com a reforma universitária de 1968, a qualidade da educação neste nível de ensino começa a ser uma preocupação e, desta forma, propõe-se a articulação do tripé ensino, pesquisa e extensão para nortear as práticas da Educação Superior.

Em 1996, mediante a Lei n.º 9.394 (1996), promulgam-se as Leis de Diretrizes e Bases Curriculares da Educação Nacional e, no ano de 2006, é deliberado o Decreto n.º 5.773 que estabelece as funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de Educação Superior e cursos superiores de graduação, em nível federal. No atual século, a terceira etapa vem sendo construída, priorizando o Ensino Superior como uma possibilidade de elevação social, enfatizando a ascensão socioeconômica como objetivo principal da sociedade (Marinho-Araújo, 2009). Atrelado ao mercado de trabalho, Marinho-Araújo (2009) denuncia a priorização do Ensino Superior como um serviço comercial, ao contrário de privilegiá-lo como um bem público:

O atual contexto da Educação Superior no país – expansão da oferta e aumento de matrículas contrapondo com uma cobertura de matrículas ainda muito aquém do

necessário, vagas ociosas e aumento de inadimplência –, mostra que, atrelada à expansão e modernização do ensino superior, a oferta não vem garantindo o compromisso com uma qualidade acadêmica necessária à formação competente e comprometida socialmente (Marinho-Araújo, 2009, p. 169).

Neste cenário, Moura (2014) ressalta tamanha expansão da Educação Superior brasileira sendo composta, hoje, por cursos de graduação e pós-graduação *stricto e lato sensu*, encontrados em faculdades – públicas ou privadas, centros universitários, universidades, institutos superiores e centros de educação tecnológica.

Marques e Cepêda (2012) retomam historicamente o salto de crescimento que a educação superior teve no Brasil, com a grande oferta de faculdades privadas e expansão das universidades públicas, na tentativa de deixar mais justa a competição do ingresso, projetos como o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)³⁵, Universidade para todos (ProUni)³⁶, política de ações afirmativas (Domingues, 2005; Mayorga & Souza, 2012), contribuíram para um maior acesso da população às Instituições de Ensino Superior (IES).

Apesar da expansão e criação de novas faculdades no âmbito particular, o acesso e, principalmente a permanência, ainda são grandes questões a serem equacionadas (Sousa & Portes, 2011; Gisi, 2006). Estudantes de classe baixa enfrentam dificuldades financeiras para acessarem e permanecerem nas instituições privadas. As universidades públicas, por sua vez, por não ofertarem vagas para todos, trazem processos seletivos, como o vestibular e o ENEM como formas de ingresso que exigem qualidade da escolarização pregressa, o que não coincide, de forma geral, com o ensino ofertado no nível básico e médio, pelas escolas tanto públicas quanto privadas (Gisi, 2006).

Segundo Felicetti e Morosini (2009)

³⁵ Instituído pelo Decreto nº. 6096 (2007), tem como intuito ampliar a estrutura física e número de cursos ofertados, para maior acesso e permanência na Educação Superior.

³⁶ Proposto pela Lei nº 11.096 (2005), que oferece bolsas de estudos, integrais ou parciais, para estudantes de baixa renda que estudam em faculdades particulares.

Equidade de acesso é o fator inicial de discussão quando se fala em Educação Superior, no entanto ela só ocorre a partir do momento que todos têm as mesmas condições de competir, isto é, quando o ensino anterior ao Ensino Superior é oferecido em qualidades iguais a todos, proporcionando então, uma competição justa. O mesmo ocorre em relação à equidade de progresso e resultado no Ensino Superior. Dessa forma as barreiras ou dificuldades encontradas por cada estudante não podem estar associadas a questões consideradas como fora de controle, ou seja, aquelas que existem independentes do querer de cada um, tais como raça, sexo, idade, deficiências, família ou situação socioeconômica. (pp. 11-12).

Visto desta forma, acreditamos ser de extrema importância discutirmos as formas de processos seletivos existentes hoje, seus impasses e dificuldades para aqueles que a eles se submetem, refletindo, principalmente, as estratégias criadas pelos estudantes para conseguirem uma vaga no Ensino Superior, mediante tamanha competição. Desse modo, discorreremos sobre o tema a seguir.

3.1 Sobre as formas de ingresso no Ensino Superior

Assim como dito por Luckesi (2008), o Ensino Médio tem se estruturado com base nos exames seletivos das IES. Porém, haja vista este objetivo, a real finalidade da educação, assim como proposto por Zavadski e Facci (2012, p.700), que é “promover condições para a apropriação das objetivações genéricas que levem os indivíduos à generalização das atividades sociais, culminando na máxima liberdade e universalização da condição humana e afastando o indivíduo da alienação”, não tem sido contemplada. No entanto, a aprovação nos processos seletivos para o Ensino Superior tem ganhado destaque, tomando o lugar dos objetivos descritos anteriormente.

Assim como colocado em momento anterior, os principais processos seletivos para ingresso na Educação Superior são o vestibular e o ENEM.

Sobre o vestibular, este foi criado 1911 pelo Decreto nº 8.659 (1911), que regulamentou a Lei Orgânica do Ensino Superior e do Ensino Fundamental na República e discorreu sobre as primeiras formas de processos seletivos. Nomeada por Reforma Rivadavia Corrêa (Decreto nº 8659, 1911) o decreto definia, em seu artigo 65, que “para concessão da matrícula, o candidato passará por um exame que habilite a um juízo de conjunto sobre o seu desenvolvimento intelectual e capacidade para empreender eficazmente o estudo das matérias que constituem o ensino da faculdade”, descrevendo em seu primeiro artigo, que “o exame de admissão a que se refere este artigo constará de prova escrita em vernáculo, que revele a cultura mental que se quer verificar e de uma prova oral sobre línguas e ciências”. No ano de 1915 deu-se a Reforma Carlos Maximiliano, em que os processos seletivos foram nomeados por exames vestibulares (Barros, 2014).

Em 1925, instituiu-se outra reforma, chamada de Reforma Rocha Vaz que, além de exigir aprovação do candidato, mediante uma prova, colocava a possibilidade de sua matrícula intrincada com a disponibilidade de vagas oferecidas pelas instituições, dando origem aos candidatos excedentes (Valle, Barrichello, & Tomasi, 2010). Somente em 1961, com a criação da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, ampliaram-se as possibilidades de ingresso na Educação Superior. Apesar deste alargamento, a competição cresceu assustadoramente, devido ao crescimento demográfico, processo de industrialização e, conseqüentemente, a procura por mais educação (Ribeiro Netto, 1985). Sobre este ocorrido, Cunha (1982, citado por Barros, 2014) discorre:

na medida em que se elevou o quantitativo de candidatos aos cursos superiores, por meio desse mecanismo de seleção ora se procurou expandir, ora se procurou conter a demanda. Desse modo, tal como um pêndulo, ele se deslocou da posição de abertura para a de

fechamento, atendendo às necessidades políticas e econômicas de diferentes momentos históricos. (p. 1067).

Mediante a necessidade de oferta de mão de obra qualificada e das exigências de uma economia neoliberal, o Ensino Superior ganhou destaque e passou a ser visto como garantia de um futuro melhor e como facilitador de empregos promissores. Leite e Tuleski (2011) abordam os reflexos deste cenário para a educação:

A educação vem recebendo a “missão” de preparar alunos para o mercado de trabalho, porém isso ocorre apenas na aparência, pois o que ocorre de fato é que não há mercado de trabalho para todos, logo, apenas alguns terão sucesso e os que fracassarem serão responsabilizados individualmente por isso, visto que a escola apenas aparentemente cumpriu com o seu papel (Gentili, 1998). [...] O aluno não é preparado para repensar ou transformar a sociedade, mas sim para se adaptar a ela (Martins, 2004). (Leite & Tuleski, 2011, p. 117).

A partir da própria Lei n.º 9.394 (1996), referente à LDB, abrem-se as possibilidades para outras formas de processos seletivos³⁷ para ingresso no Ensino Superior, assim como o ENEM, criado em 1998, por meio da Portaria Ministerial n.º 438 (INEP, 2013). Para Schwartzman (2009), o ENEM surgiu com o intuito de que os estudantes cursassem matérias de uma educação geral, na tentativa de unificar os processos seletivos ao Ensino Superior. Barros (2014) critica a finalidade do ENEM, alegando a necessidade de se considerar a diversificação, uma vez que nem todas as pessoas aprendem da mesma forma, como também, não têm as mesmas condições para os estudos. Nilson Machado, professor da faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP), aponta

³⁷ Assim como os processos seletivos seriados, ofertados ao final de cada ano do Ensino Médio, referente aos conteúdos dos 1º, 2º e 3º anos (Universidade Federal de Uberlândia, s.d.a).

as falhas deste exame “vestibular”, tais como a extensão tanto de questões quanto de textos da prova (Machado, 2012).

Mediante a história desses processos seletivos, constatamos que a aprovação do estudante no vestibular não depende somente dele, uma vez que “a aprendizagem é fruto das relações que se estabelecem na escola, dos métodos educacionais e das condições materiais que são oferecidas aos alunos” (Trigueiro, 2015, p.8). Condições desiguais de escolarização, obviamente, geram condições também desiguais perante o acesso e à permanência no Ensino Superior na rede pública de educação.

Pensando nisso, as IES públicas passaram a ofertar serviços diferenciados de atendimento a pessoas negras, a estudantes oriundos de escolas públicas e a indivíduos com renda financeira baixa, culminando no sistema de ações afirmativas, pelo Decreto n.º 12.711 (2012; Sampaio, 2009), com o intuito de atender, de forma mais igualitária, os diversos estudantes que tentavam uma vaga na universidade pública. Apesar de a proposta ser de extrema relevância para a democratização de acesso aos grupos minoritários, existem muitas fraudes de candidatos que alegam tais características para ingressarem por este sistema de cotas, acreditando ser menos concorrido que os demais³⁸ (Bittencourt, 2016; Belmiro, 2016).

Nesta mesma perspectiva, assim como ocorreu na escola pública básica, o atendimento especial a pessoas com deficiências também passou a ser contemplado na educação superior. Há, inclusive, universidades que oferecem, além do atendimento especial no vestibular e no ENEM – que conta com tempo adicional de prova, leitor e redator – vagas destinadas a pessoas com deficiências. Neste contexto, buscamos compreender quais tipos de deficiências são contempladas pelas políticas públicas, principalmente frente ao Ensino Superior, uma vez que tem sido oferecido atendimento especial a pessoas com diagnósticos diversos, inclusive de TDA/H e Dislexia.

³⁸ O sistema de ações afirmativas tem como intuito uma competição mais igualitária, de acordo as características de cada sujeito, o que não significa que as notas destas modalidades de cotas sejam menores, assim como pode ser observado pelas notas de corte nos resultados do vestibular da UFU (UFU, 2017b; UFU, 2017c).

No entanto, assim como ocorreram fraudes frente ao sistema de cotas, nos perguntamos se isto também acontece no atendimento especial, por candidatos que visem benefícios com os recursos a eles ofertados. Considerando a facilidade de se conseguir um laudo médico que ateste TDA/H, Dislexia e tantos outros supostos distúrbios e a dificuldade de se adentrar em uma universidade, será que candidatos “saudáveis” têm utilizado este tipo de atendimento? Desta forma, não podemos desconsiderar os aspectos contextuais nos quais estão configurados os processos seletivos para o ingresso no Ensino Superior, da rede pública. Estes, por sua vez, tanto geram sentimentos de ansiedade e estresse, desde a segunda etapa do Ensino Fundamental e principalmente no Ensino Médio, quanto levam os candidatos a lançarem mão de estratégias para lograrem êxito nessa empreitada, compreendendo o lugar ocupado pelo Ensino Superior e sua notória valorização em nossa sociedade.

Prado (2014) escreveu ao jornal online Estadão sobre denúncias em relação a cursinhos preparatórios para o vestibular aconselharem seus alunos a solicitarem atendimento especial no ENEM, alegando o diagnóstico de TDA/H, para que assim ganhassem uma hora a mais de prova. Além de problematizar que o tempo de prova do ENEM é pouco em relação à vastidão de sua estrutura, o jornalista sugere que o Ministério da Educação considere este dado e aumente o tempo de prova para todos os candidatos. Prado (2014, “Como resolver?”, para. 2) também faz um questionamento importante em relação a esta situação:

está claro que qualquer tentativa de fraude é ilegal, mas a insistência do Ministério da Educação em desconsiderar a realidade de tantos bons alunos que não conseguem terminar a prova no segundo dia e a falta de pesquisas sérias, por parte do INEP, que demonstrem isso, coloca uma dúvida em minha cabeça: será que o aluno que se dedicou o ano inteiro, ou vários anos, a estudar para entrar em uma Universidade Federal e tem negado o direito de fazer toda a prova, mesmo que sejam somente alguns milhares de casos, está mesmo cometendo uma imoralidade quando encontra um atalho, que está na regra, para

lhe garantir uma hora a mais de prova? Ou é o MEC que erra, de forma imoral, e talvez até ilegal, em negar este direito ao aluno?

Como proposto por Carvalho et al. (2014), os candidatos ao vestibular/ENEM “estão respondendo ao que a sociedade espera deles: uma produtividade a qualquer custo, ainda que seja apenas um semblante de produção” (p. 597). A utilização de laudos médicos de TDA/H e/ou Dislexia por parte dos candidatos pode ser compreendida como mais um recurso para adquirir vantagem e ingressar, de forma mais rápida, no Ensino Superior?

É importante ressaltarmos que em nenhum momento somos contrárias ao atendimento especial oferecido pela UFU a pessoas com deficiência, assim como pela maioria das universidades. No entanto, o que desejamos problematizar é a inclusão de supostos transtornos na mesma categoria das demais necessidades de atendimento especial. Desta forma, propomos uma compreensão do quanto a Psicologia Escolar, a partir de uma perspectiva crítica e contextualizada, pode nos ajudar a pensar estratégias e reflexões sobre estas e demais situações que acontecem no âmbito superior de ensino.

3.2 A Psicologia Escolar no Ensino Superior

Analisando a história da Psicologia,³⁹ sabemos que esta, para se firmar como ciência e tornar-se reconhecida, precisou ratificar, por meio da psicométrica, os interesses estatais. No início do século XX, as crianças e adolescentes passaram a ser alvo destes testes individuais, que os classificavam como deficientes mentais (Cassins et al., 2007) e, nada mais justo para a mentalidade daquela época do que propor práticas higienistas para prevenir e tratar as pessoas, para que não tivessem problemas intelectuais:

³⁹ É importante resgatar que a Psicologia, como profissão, só foi instituída em 27 de agosto com a Lei nº 4.119 (1962), anteriormente a isso já existiam os psicologistas, que eram psiquiatras, pedagogos e pré-psicólogos (Calia & Ribeiro, 2015).

A própria estruturação posterior de uma psicologia dita ‘científica’ estaria diretamente vinculada às demandas morais e jurídicas. Com ambição científica de conhecer o homem e a sociedade, a psicologia estaria a serviço de distinguir o indivíduo “normal” e controlar o “desviante”. (Santos, 2004, p. 219).

Neste sentido, os interesses capitalistas ditavam o que a Psicologia deveria fazer, como ciência, o que, para Pfromm Neto (1996), se restringia a um modelo clínico e experimental. Somente em meados de 1980, nasce a Psicologia Escolar Crítica, questionadora destas práticas individualizantes que a Psicologia se propunha a realizar, reitera uma concepção de homem contextualizado historicamente (Barbosa, 2013; Patto, 2002, 1984; Tanamachi, 2002). Neste corolário, a partir das contribuições de Meira (2000), buscamos definir a Psicologia Escolar como

[...] uma área de atuação da Psicologia e ao exercício profissional do psicólogo que atua no campo educacional e que, para dar conta de inserir-se criticamente na educação, deve apropriar-se de diferentes elaborações teóricas construídas não apenas no interior da ciência psicológica, mas ainda da Pedagogia, Filosofia e Filosofia da Educação, entre outras, de forma a assumir um compromisso teórico e prático com as questões da escola já que, independentemente do espaço profissional que possa estar ocupando (diretamente na escola, em serviços públicos de Educação e Saúde, em universidades, clínicas, equipes de assessoria ou de pesquisas etc.), ela deve constituir-se em seu foco principal de reflexão [...] (p. 36).

Apesar da atuação do psicólogo no Ensino Superior não ser tão recente, ainda há poucos estudos nesta área. As pesquisas de Serpa e Santos (2001); Marinho-Araújo (2009); Moura (2014), Silva et al. (2015) e Moura e Facci (2016) evidenciam tal cenário. Marinho-Araújo e Bisinoto (2011) relatam que as primeiras intervenções realizadas por psicólogos no nível superior de ensino

ocorreram na Europa, nos chamados Serviços de Apoio Psicopedagógico e, também, em Portugal, com a Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior (RESAPES). No Brasil não se sabe, oficialmente, quando começou o trabalho do psicólogo no Ensino Superior; porém, de acordo com Marinho-Araújo e Bisinoto (2011), este foi inspirado pelas práticas europeias, inclusive o atendimento clínico individual. Santos (1997) encontrou dados que indicam a prática de um psicólogo em uma universidade brasileira privada no ano de 1990.

Corroborando as práticas mais comuns realizadas desde os primórdios da Psicologia pelos profissionais da área, Serpa e Santos (2001) e Silva et al. (2015), mostram em suas pesquisas que o público mais atendido pelos profissionais dentro da IES é o estudante e, em grande maioria, em uma perspectiva clínica e individual. Legitimando este dado, em uma pesquisa com docentes da Educação Superior, realizada por Zavadski e Facci (2012), as autoras verificam que mais de 30% destes acreditam que os atendimentos clínicos e individuais aos discentes culminam na prática mais importante do psicólogo na instituição de Ensino Superior.

Dentre estas práticas, Moura e Facci (2016) encontraram em sua pesquisa, em que entrevistaram treze psicólogos que atuavam em três universidades federais diferentes, que a maioria destes desenvolve práticas que objetivam a permanência e, conseqüentemente, a diminuição da evasão escolar; além disso, têm como tarefas a adaptação do estudante, a recepção e acolhimento de novos alunos e diminuir a ansiedade dos estudantes.

Ainda que o trabalho do psicólogo no Ensino Superior esteja se transformando em um profícuo campo de pesquisa, ainda há baixo número de produções sobre a sua atuação, como já dito anteriormente. A pesquisa de Moura e Facci (2016) denuncia o desconhecimento do próprio psicólogo que atua no Ensino Superior sobre suas atribuições. Além disso, por ser mais comum encontrarmos pesquisas sobre Psicologia Escolar e Educacional nos níveis de educação básico e médio, Sampaio (2010) delata o perigo de uma transposição das práticas do psicólogo escolar destes níveis para a Educação Superior e ressalta a necessidade de se considerar suas especificidades e, principalmente, a faixa etária do público que compõe a instituição de ensino.

No intuito de definir as diversas atribuições referentes à prática do psicólogo escolar no Ensino Superior, Bisinoto e Marinho-Araújo (2010) ressaltam a importância deste se envolver com propostas de formação continuada para professores. Zavadski e Facci (2012), embasadas pela Teoria Histórico-Cultural, reconhecem a importância da atuação do psicólogo escolar frente o corpo docente, além de considerarem a relevância de se compreender o processo de desenvolvimento humano e aprendizagem nos adultos (Zavadaski, 2009).

Marinho-Araújo (2009) acredita que, dentro deste nível de ensino, o psicólogo pode atuar na formação das pessoas para conviverem em sociedade, no fortalecimento da autonomia dos sujeitos, com ações frente aos processos de avaliação, nas políticas de inclusão e de permanência, entre outras questões coletivas e institucionais. Além disso, a autora acredita que o psicólogo escolar é capaz de

acompanhar, nas trajetórias acadêmicas, os processos de desenvolvimento dos sujeitos, evidenciando suas potencialidades no percurso da formação; colaborar nas definições e significações acerca do perfil profissional esperado a ser construído durante a formação; favorecer a disseminação de processos de gestão comprometidos com uma formação superior de qualidade, integrada, crítica e contextualizada. (Marinho-Araújo, 2009, p. 176).

Moura e Facci (2016) sugerem, além das práticas já citadas acima, atuações do psicólogo escolar com movimentos estudantis junto a coordenadores de curso. Estas diversas práticas citadas elucidam não só atuações críticas em Psicologia Escolar no nível superior de ensino que, para Cury (2012), são a única forma com que o psicólogo pode “contribuir para que todos os atores da cena educacional possam tornar-se protagonistas, co-responsabilizando-se pelos processos de ensino-aprendizagem” (p. 206); como também, segundo Martinez (2010), compõem atuações emergentes, como a realização de pesquisas, implementação de políticas públicas, visão institucional, entre outras tantas atribuições.

De forma geral, cumprindo um papel contextualizado, a Psicologia Escolar precisa conhecer todos os componentes institucionais, docentes, funcionários, estudantes, cursos, entre outras informações que podem ser observadas mediante um mapeamento da IES, assim como políticas públicas voltadas para este nível de ensino. Com base nisso, o psicólogo escolar pode, considerando todas as especificidades, propor intervenções que vão ao encontro das necessidades daquele espaço (Marinho-Araújo, 2009).

Chagas e Pedroza (2016) denunciam práticas medicalizantes existentes no nível superior de ensino. Percebendo a potência e as várias possibilidades de atuação do psicólogo escolar na Educação Superior, acreditamos que este profissional possa, a partir de reflexões críticas e de práticas emergentes⁴⁰ (Martinez, 2010), contribuir para atuações frente à demanda de candidatos que chegam à universidade portando, não só laudos de Dislexia e TDA/H, como também compreensões distorcidas sobre estes.

⁴⁰ Martinez (2010) divide o fazer psicológico em práticas tradicionais e emergentes, sendo um exemplo das primeiras a avaliação de estudantes e, da segunda, atuações mais amplas, como intervenções no nível institucional.

4 Percorso Metodológico

Visando contemplar os objetivos traçados, a pesquisa realizada baseou-se em uma epistemologia qualitativa, tendo a Teoria Histórico-Cultural como referencial teórico. Para González Rey (2002), o termo qualitativo se refere a um “conceito alternativo às formas de quantificação que têm predominado no desenvolvimento das ciências sociais, e de forma particular, na psicologia, constituiu via de acesso a dimensões inacessíveis ao uso que em nossa ciência tem se feito do quantitativo” (p. 1). Em coerência com a proposta deste presente estudo, de se pensar de forma não individualizante e patologizante aspectos do cotidiano, acreditamos que a pesquisa qualitativa ofereça subsídios que amparam nossa investigação.

O estudo dividiu-se em cinco fases, a saber: 1) Revisão Bibliográfica sobre o tema; 2) levantamento dos requerimentos e laudos junto ao setor de atendimento especial da UFU; 3) entrevistas com a profissional responsável pelo setor de atendimento especial e com funcionária do Centro de Ensino, Pesquisa, Extensão e Atendimento em Educação Especial (CEPAE⁴¹); 4) participação na aplicação da prova junto ao setor de atendimento especial e 5) análise relativa ao levantamento dos requerimentos, elementos da entrevista e excertos do diário de campo.

A revisão bibliográfica foi realizada nas bases de dados SciELO, LILACS, Google Acadêmico, PePSIC e no próprio site de busca da biblioteca da UFU, sem recorte temporal, pelas palavras-chave *Medicalização; TDAH; Dislexia; Medicalização e Ensino Superior; TDAH e jovens; Dislexia e jovens; TDAH e Dislexia; e Teoria Histórico-Cultural*. Priorizamos estudos a partir dos anos 2000, com exceções para materiais que se mostravam de extrema relevância para a pesquisa como os estudos de Moysés & Collares (1992, 1997). Além disso, demos preferência a pesquisas

⁴¹ Como se lê na página do Centro de Ensino, Pesquisa, Extensão e Atendimento em Educação Especial da UFU, “o CEPAE pretende promover a união de pessoas interessadas em desenvolver estudos nessa área, constituindo-se em um local de discussão, reflexão, troca de experiências e debates teóricos e práticos, tudo isso voltado para o enriquecimento do espaço científico-acadêmico, relacionado à Educação Especial, existente dentro da Universidade Federal de Uberlândia, além de se constituir em um espaço de atendimento e promoção de pessoas com necessidades educacionais especiais”. (UFU, s.d.b)

que, de alguma forma, mostravam-se coerentes com os preceitos da Teoria Histórico-Cultural e posicionamentos críticos sobre processos de medicalização.

O diário de campo também compôs nossa pesquisa; inspiradas por Bosi (2003) acreditamos que este instrumento se fez essencial, pois nos permitiu enriquecer a análise incorporando as observações e demais acontecimentos intrínsecos à pesquisa:

Para emprendermos tal aventura, útil é nos munirmos como os etnólogos de um diário de campo, onde iremos registrando dúvidas e dificuldades. Nossas falhas, longe de serem um entrave, irão, se compreendidas, aplainar o caminho dos estudiosos que nos agradecerão por tê-las apontado (Bosi, 2003, p.61).

O levantamento dos dados, referente às informações dos candidatos que ingressaram com solicitação de atendimento diferenciado devido a alguma deficiência ou necessidade, foi realizado ao longo do segundo semestre de 2016, na Diretoria de Processos Seletivos (DIRPS) da UFU, especificamente, no setor de atendimento especial. Investigamos características como sexo, idade, ano em que o candidato prestou o processo seletivo, curso pretendido, motivo do requerimento, aspectos do laudo médico e psicológico; tais elementos organizados estão em uma tabela apresentada no Apêndice A.

Realizar uma entrevista vai muito além de fazer perguntas, gravá-las e transcrevê-las. Guiadas pelas reflexões de Bosi (2003), percebemos o quão essencial é levantar informações para a construção do roteiro de entrevista. Nesta perspectiva, visitamos as páginas da DIRPS (UFU, s.d.c) e os editais dos últimos vestibulares para embasar nossos questionamentos e esboçar um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice B).

Após esta indispensável preparação, entramos em contato com a funcionária responsável pelo setor que, gentilmente, aceitou nosso convite para uma entrevista ocorrida na própria recepção da DIRPS, durante seu horário de trabalho. Conforme os trâmites exigidos pelo Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP), a entrevistada recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), informando sobre seus direitos e sobre os deveres das pesquisadoras. Mediante sua permissão e assinatura do termo, a entrevista foi gravada e transcrita (Apêndice D). A etapa referente à aplicação de provas, no setor de atendimento especial, culminou em proveitosas reflexões (Apêndice E) para a elaboração dos diários de campo – além do contato telefônico com o CEPAE - que contribuíram, sem dúvida, para a posterior análise dos dados.

A seguir fazemos uma breve apresentação da Universidade Federal de Uberlândia e do setor onde foi realizada a pesquisa. Posteriormente, a partir das informações encontradas, delineamos as análises relativas ao levantamento realizado nos requerimentos, elementos da entrevista e excertos dos diários de campo.

4.1 Contexto da pesquisa: o setor de atendimento especial na Universidade Federal de Uberlândia

A Universidade Federal de Uberlândia (UFU) foi fundada em 1969 na cidade de Uberlândia, no estado de Minas Gerais. Atualmente, a instituição conta com sete *campi* espalhados pelo estado, sendo quatro em Uberlândia, um em Ituiutaba, Monte Carmelo e Patos de Minas.

A UFU conta com um setor de atendimento especial localizado na Diretoria de Processos Seletivos (DIRPS) e é responsável por atender candidatos ao vestibular que atestem alguma deficiência de ordem mental, física, visual, auditiva; ou ainda, necessidades distintas, tais como gestantes, lactantes e sabatistas, pessoas com TDA/H e Dislexia, candidatos hospitalizados e com acometimentos clínicos, tais como a diabetes, entre outros casos.

Como já tínhamos contato com alguns funcionários da DIRPS, devido à realização de entrevista para o TCC – assim como exposto na apresentação da presente dissertação, fizemos contato telefônico com o setor, explicamos os objetivos da pesquisa e nos foi passado o contato de

Letícia,⁴² a profissional responsável pelos atendimentos especiais que, gentilmente, nos recebeu para a realização da entrevista.

Letícia nos revelou que o setor de atendimento especial passou a existir frente à demanda da população com deficiência que prestava o vestibular na universidade. Esta solicitação pelo atendimento diferenciado começou em meados de 1997 e ganhou tamanha força que em 2000 foi criado, de fato, o serviço.

O setor de atendimento especial consiste em oferecer condições diferenciadas para aquelas pessoas que apresentem algum tipo de necessidade, para tanto, no ato da inscrição para o vestibular, o candidato deve responder se possui algum tipo de deficiência. Se sim, é necessário encaminhar, para o referido setor, laudo médico em casos de doenças gerais, que deverá conter, assim como preconizado no edital (UFU, 2017d), data, assinatura e carimbo do médico, além da Classificação Internacional de Doenças⁴³ (CID-10) alusiva ao motivo do requerimento; e laudo psicológico⁴⁴ em situações de transtornos mentais, especificamente o TDA/H. Nem sempre o laudo psicológico foi exigido pelo serviço, porém, percebendo a importância de uma avaliação mais detalhada sobre o transtorno, que às vezes era confundido pelo candidato com questões rotineiras, passou-se a exigir a avaliação psicológica.

A comissão oferece os seguintes recursos: intérprete de Libras, provas ampliadas, carteiras largas, aplicação de prova em hospital ou em domicílio, sala individual, fiscal leitor,⁴⁵ redator⁴⁶ e extensão do tempo de prova em até uma hora. Os quatro últimos recursos citados anteriormente têm sido comuns para candidatos com laudos de Dislexia e TDA/H. No ano de 2005 apareceu o primeiro caso de Dislexia e, em 2007 de Transtorno de Déficit de Atenção (TDA). A partir disso,

⁴² Agradecemos a disponibilidade da entrevistada em nos ceder informações sobre o setor de atendimento especial. Em consonância com os princípios do CEP, de resguardar a identidade dos participantes, o nome Letícia é fictício.

⁴³ No ano de 1996 foi criado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), um manual com diretrizes para diagnosticar e tratar Transtornos Mentais, chamado Classificação Internacional de Doenças, conhecido como CID-10 (Iacoponi, 1999).

⁴⁴ Não há nenhuma restrição no edital dos dados que devem conter no laudo psicológico e nem como deverá ser feita a avaliação. Assim como apresentado no apêndice A, percebe-se que, de forma geral, essa avaliação é realizada mediante a aplicação de testes projetivos, de memória, de atenção concentrada, difusa, entre outros.

⁴⁵ Pessoa responsável por fazer a leitura da prova para o candidato.

⁴⁶ Fiscal que escreve ou transcreve as respostas das questões para o candidato.

tornou-se cada vez mais frequente a solicitação de estudantes com tais diagnósticos, principalmente de TDA/H. Neste sentido, assim como já exposto, o objetivo geral é conhecer e analisar os laudos de Dislexia e TDA/H utilizados para o ingresso no Ensino Superior, a partir das contribuições da Teoria Histórico-Cultural, e, como objetivo específico, propor contribuições da Psicologia Escolar no enfrentamento da medicalização no Ensino Superior. Sendo assim, convidamos você, leitor, a conhecer nossas escolhas ao organizarmos uma análise guiada pelo supracitado objetivo e pelo referencial teórico que configura o presente estudo, considerando também nossas vivências e impressões ao longo deste percurso na pesquisa.

Assim, após uma leitura cuidadosa dos requerimentos e laudos, alguns aspectos destacaram-se e, então, procedemos à elaboração de eixos de análise.

Segundo Gómez, Flores e Jiménez (2002, p. 210):

As categorias podem ser definidas à medida que se examinam os dados, ou seja, seguindo um procedimento indutivo. Ao examinar os dados vamos refletindo acerca do conteúdo dos mesmos, nos perguntaríamos pelo tópico capaz de cobrir cada unidade. Deste modo vão se propondo categorias provisórias, que na medida em que avança a codificação podem ir sendo consolidadas, modificadas ou suprimidas a partir da comparação entre os dados agrupados sob uma mesma categoria ou a partir da comparação com os dados incluídos em outras diferentes.

Nossas análises estão organizadas nos seguintes eixos: 1) Supremacia médica: o *status* do “doutor”; 2) Escola ou farmácia?: dói muito fazer vestibular?; 3) A apropriação dos sintomas e a naturalização dos efeitos colaterais; 4) Deficiência, transtorno, disfunção ou “história pra boi dormir”? Afinal, o que são TDA/H e Dislexia? e 5) Se o TDA/H e a Dislexia não são deficiências, por que incluí-los no atendimento especial?, apresentados a seguir.

5 Sobre laudos, requerimentos & medicamentos: o que o levantamento nos conta?

Eu quase que nada não sei. Mas desconfo de muita coisa.

João Guimarães Rosa⁴⁷

Em nosso levantamento, encontramos mais de 800 requerimentos, compreendidos entre os anos de 2003 e 2016. Como o nosso objetivo era analisar somente aqueles que tinham diagnósticos de Dislexia e TDA/H, foram localizados 117 destes, sendo referentes a 96 candidatos,⁴⁸ em que 42 são do sexo feminino e 54 do sexo masculino.

De acordo com o senso do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (Inep, 2016) o sexo feminino é maioria no nível superior de ensino. Do total de 8.048.701 brasileiros matriculados no Ensino Superior, no ano de 2016, tanto presencial como à distância, 4.603.846 são mulheres e 3.444.855 são homens. Mediante o dado anterior, percebemos que, mesmo em menor quantidade, mais candidatos homens do que mulheres acabam solicitando requerimentos de atendimento especial.

De acordo com Rohde e Halpern (2004), Polanczyk, Lima, Horta, Biederman e Rohde, (2007, citado por Souza et al., 2011) e Simão et al. (2010, citado por Souza et al., 2011), há uma tendência maior destes transtornos no sexo masculino. Peixoto e Rodrigues (2008) e Souza e Rodrigues (2002) afirmam que a hiperatividade seria um “comportamento típico dos meninos” (p. 92), considerando que as atividades pelas quais, predominantemente, estes se interessam envolvem brincadeiras com práticas motoras, ao contrário do que ocorre em meninas. Coutinho, Mattos, Schmitz, Fortes e Borges (2009) encontram uma discrepância relevante em sua pesquisa com crianças com diagnóstico de TDA/H, sendo 40 meninos e quatro meninas.

⁴⁷ Rosa, J.G. (1994). *Grande Sertão: Veredas* (p. 15). Rio de Janeiro: Nova Aguilar.

⁴⁸ Os candidatos, quando não aprovados, tentavam fazer a prova no ano seguinte, somando mais requerimentos do que candidatos, necessariamente.

Apesar dos autores supracitados afirmarem a existência do TDA/H, o fato deste estar mais relacionado ao sexo masculino também aparece como preocupação para Moysés (2010), que acredita que esses dados precisam ser problematizados e contextualizados. Culturalmente, em nossa sociedade, cultua-se o masculino como aquele que deve exercer atividades relacionadas à força e à agressividade, por exemplo, para afirmar, justamente, sua suposta masculinidade. Neste sentido, meninos são, geralmente, colocados em atividades físicas que envolvem lutas e corridas, ao contrário de meninas que devem trabalhar sua “delicadeza” em um *ballet*.

Wenetz, Stigger e Meyer (2013) denunciam em suas pesquisas exatamente essas questões, quando concluem, a partir de observações no recreio de uma escola que, “de maneira geral, as meninas pareciam mais ‘tranquilas’ e ‘passivas’, enquanto os meninos se mostravam mais ‘inquietaos’ e ‘agressivos’. Percebemos ainda que os meninos gostavam de jogar futebol enquanto as meninas gostavam de pular corda” (pp.117-118). Os autores questionam a naturalização destes acontecimentos e revelam o quanto estes são aprendidos culturalmente. Constitui-se, assim, uma linha tênue que expressa extrema dificuldade de distinguir entre o que é exigido socialmente do masculino, o que seria um mau comportamento e o que culminaria em um transtorno, propriamente dito.

Na Tabela 1 podemos notar o ano e a quantidade de requerimentos apresentados pelos vestibulandos da UFU.

Tabela 1 Quantidade de requerimentos por ano.

Ano	Quantidade de Candidatos com Requerimentos	Quantidade de Requerimentos⁴⁹
2005	1	1
2007	3	3
2008	5	6

⁴⁹ O mesmo candidato prestou mais de uma vez o vestibular da UFU.

2009	2	3
2010	6	7
2011	7	7
2012	12	13
2013	6	7
2014	12	18
2015	19	23
2016	23	29
Total de requerimentos	96	117

Podemos perceber, de acordo com a tabela acima, que o número de requerimentos com queixas de TDA/H e Dislexia tem aumentado a cada ano, começando com um requerimento no ano de 2005 e chegando até 117 requerimentos no ano de 2016. Segundo uma matéria da Revista Veja (2012), baseada na pesquisa da Faculdade de Medicina Feiberg, da Universidade de Northwestern, o número de diagnósticos de TDA/H aumentou mais de 60% em dez anos, nos Estados Unidos.

Devemos ressaltar que, se considerarmos o número total de inscritos,⁵⁰ por exemplo, do ano de 2016 (UFU, 2016), somando um total de 20075 candidatos participantes do vestibular da UFU, os dados da tabela acima não se apresentam expressivos. Porém, acreditamos que estes números só tendem a aumentar, por isso devem ser olhados com atenção.

De acordo com Lopes, Nascimento e Bandeira (2005), estima-se que 3 a 7% da população sejam atingidos com o TDA/H e, segundo Sampedro (2013), até 10% da população mundial seja acometida pela Dislexia. Sabemos que a mídia é uma grande responsável pela divulgação de estilos

⁵⁰ Solicitamos à Diretoria de Processos Seletivos (DIRPS), via contato telefônico e *e-mail*, informações sobre o número total de inscritos ao vestibular da UFU dos anos de 2005 a 2016, porém, só conseguimos obter dados referentes aos anos de 2010 a 2016, totalizando mais de 86 mil candidatos inscritos. (UFU, s. d.)

e formas de viver. É interessante notar que, no ano de 2008, a rede Globo de Televisão retratou em uma novela⁵¹ o caso de uma jovem com Dislexia. Corroborando tal ideia, Barbosa, Silva e Murakami (2009) relatam que, em atendimento a uma criança com diagnóstico de Dislexia, a psicóloga foi surpreendida pela mãe do paciente quando relata que não entendia muito bem o que o filho tinha, mas havia sido avisada pela fonoaudióloga que era a mesma doença do ator estadunidense Tom Cruise.

Ainda neste sentido, três dos laudos relatados pela Associação Brasileira de Dislexia (ABD) contêm a seguinte informação “Albert Einstein tinha dificuldades na leitura e nem por isso deixou de ser um grande talento” (Apêndice A). Nessa perspectiva, se pessoas famosas têm algum suposto transtorno, isso parece envolver até um certo *glamour*. Além disso, com os investimentos, ressaltados por Barkley (2002), em campanhas para disseminar informações referentes ao TDA/H e à Dislexia, estas começaram a ocupar um lugar cada vez mais presente no cotidiano da sociedade, o que pode contribuir para o aumento do número de diagnósticos.

A Tabela 2 apresenta os cursos pretendidos por candidatos com laudos de TDA/H e Dislexia.

Tabela 2 Quantidade de requerimentos por curso pretendido pelos candidatos.

Curso	Quantidade de requerimentos
Administração	2
Agronomia	1
Artes Visuais	1
Biologia	1
Biotecnologia	1

⁵¹ Globo Produções (Produtora). (2007). *Duas Caras* [online]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yFZJ4smtmx8>.

Curso	Quantidade de requerimentos
Direito	3
Educação Física	2
Engenharia Aeronáutica	1
Engenharia Civil	2
Engenharia de Agrimensura	1
Engenharia de Produção	1
Engenharia Elétrica	2
Engenharia Mecânica	2
Física de Materiais	1
História	1
Medicina	34
Medicina Veterinária	1
Nutrição	2
Odontologia	2
Psicologia	4
Sistema de informação	1
Teatro	1
Total	67⁵²

Assim como já citado anteriormente, o curso de Medicina foi o mais concorrido no vestibular do ano de 2016 da UFU, seguido pelos cursos de Direito, Odontologia, Medicina Veterinária e Psicologia (UFU, 2016). Na Tabela 2 podemos notar a discrepância do número de

⁵² Nem todos os requerimentos apresentavam a opção de curso dos candidatos.

candidatos que prestam o curso de Medicina (50,7%) em relação aos demais. Mediante as informações obtidas nos levantamentos e, corroborando as informações anteriormente apresentadas, dos 67 candidatos, 34 prestaram vestibular para o curso de Medicina, quatro para Psicologia, três para Direito, dois para Administração, Educação Física, Engenharia Civil, Engenharia Elétrica e Mecânica, Nutrição e Odontologia, e um para os cursos de Engenharia Aeronáutica, Engenharia de Agrimensura, Engenharia de Produção, Agronomia, Artes Visuais, Biologia, Biotecnologia, Física de Materiais, História, Medicina Veterinária, Sistema de informação e Teatro.

Não podemos desconsiderar o fato de o curso de Medicina ser o mais concorrido, totalizando, no vestibular da UFU do ano de 2016, 8911 inscritos de um total de 20075, ou seja, 44,38% do total. Porém, mesmo sendo o mais concorrido, é curioso que 34 candidatos ao curso de Medicina apresentem o requerimento de atendimento especial alegando TDA/H e/ou Dislexia (UFU, 2016).

É importante, também, ressaltar que, de forma geral, assim como corroborado pela pesquisa de Scheffer e Cassenote (2013), no ano de 2009 o número de mulheres médicas ultrapassou o de homens; de acordo com os autores foram registrados nos Conselhos de Medicina 66 mulheres a mais do que homens e, em 2010, 717 novas médicas a mais do que médicos do sexo masculino. Porém, mesmo assim, percebemos em nosso levantamento que, apesar de as mulheres serem maioria, foram os homens que mais apresentaram requerimento de atendimento especial.

Assim como proposto por Posada (1996, citado por Cruz et al., 2011) e Rodrigues e Pelisoli (2008), o curso de Medicina é considerado fator de risco por exigir tamanha competitividade, o que pode acabar gerando estresse e cansaço para os próprios estudantes. Sobre este assunto, sabemos que existem, inclusive, cursinhos preparatórios específicos para estudantes que escolhem o curso de Medicina. Mediante a concorrência assustadora, questionamos, então, se as exigências para adentrar em um curso de Medicina têm sido humanas. Será que tamanha exigência, que dificulta o acesso ao curso desejado, leva os próprios candidatos a acreditarem que têm algum transtorno? Ou ainda, os

estudantes têm buscado o requerimento especial como alternativa para terem acesso ao curso superior? Quais outras estratégias têm sido traçadas por estes?

A pesquisa de Cruz et al. (2011) verificou a frequência de 8,6% do uso não prescrito de metilfenidato entre estudantes do curso de Medicina da Faculdade da Bahia (UFBA), com o intuito de aprimorar o rendimento nos estudos. Graça (2013) também relata, em sua pesquisa, o uso de psicoestimulantes por estudantes de Medicina. Barros (2009) encontrou discussões, em seus grupos focais, sobre a facilidade desses estudantes obterem medicamentos, como o metilfenidato, pelo acesso em hospitais, em que realizam a sua formação.

A Tabela 3 apresenta a idade dos candidatos, sendo a média de 20 anos, conforme podemos verificar a seguir.

Tabela 3 Quantidade de candidatos que apresentaram requerimento de acordo com a idade.

Idade	Quantidade de pessoas
16 anos	1
17 anos	6
18 anos	12
19 anos	16
20 anos	10
21 anos	4
22 anos	4
23 anos	3
24 anos	6
26 anos	1
27 anos	1
29 anos	1

33 anos	2
36 anos	1
Total	68⁵³

De acordo com as informações da Tabela 3, a média de idade dos candidatos é de 20 anos. Mediante as informações da tabela acima, há um candidato com as seguintes idades: 16 anos, 26, 27, 29 e 36 anos; dois candidatos com 33 anos; três candidatos com 23 anos; quatro candidatos com 21 e 22 anos, seis candidatos com 17 anos e 24 anos; e 12 candidatos com 18 anos, prevalecendo.

De acordo com o levantamento, três dos candidatos com 24 anos, um com 26 e um com 29, prestavam vestibular para o curso de Medicina. Levando em consideração os aspectos socioculturais, não podemos desconsiderar a dificuldade enfrentada pelos estudantes para o ingresso neste curso, sendo o mais concorrido na UFU no ano de 2016 (UFU, 2016), o que pode levar à extensão do tempo de preparação para o vestibular, aumentando então a idade dos candidatos (Gonçalves, 2015).

A Tabela 4 abarca o motivo do requerimento, ou seja, os diagnósticos que aparecem no levantamento e que justificam o atendimento especial dos candidatos.

Tabela 4 Quantidade de requerimentos de acordo com o motivo.

Motivo do requerimento	Quantidade
Dislexia	26
Dislexia e TDAH	5
Dislexia e Déficit de Atenção	1

⁵³ Dos 96 requerimentos, somente em 68 constavam a idade ou o ano de nascimento do candidato. Além disso, quando o mesmo candidato prestava mais de um vestibular, em diferentes anos, consideramos sua idade quando prestou pela primeira vez o processo seletivo.

Dislexia Leve	1
Dislexia Média	1
Dislexia Severa Mista (visual auditiva)	1
Dislexia e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	1
Dislexia e Ataxia do Crânio	1
Dislexia e má formação congênita	1
TDAH	33
TDAH/TOC/Ansiedade	1
TDAH/Síndrome de Asperger	1
TDAH/Escoliose	1
TDAH/Ansiedade	1
TDAH/Depressão/Ansiedade	1
TDA	8
TDA Concentrada	1
TDA/ risco de choque anafilático	1
Déficit de Atenção	5
Síndrome do Déficit de Atenção e Hiperatividade	1
Déficit de Atenção e Hiperatividade	1
Déficit de Atenção e Hiperatividade/ Síndrome de Irlen/ Epilepsia/ Hemiplegia/cadeirante	1
Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA)	2
TOTAL	96

É interessante resgarmos o apanhado histórico realizado por Scarin e Souza (2016), como já apresentado no capítulo 1 deste estudo, sobre os termos utilizados pelos manuais diagnósticos (DSM), para se referir aos transtornos de TDA/H e Dislexia que, ao longo dos anos, foram repensados e alterados, como podemos notar na tabela acima.

Podemos notar na tabela as comorbidades que aparecem, como Dislexia e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC); TDA/H, Depressão e Ansiedade; Déficit de Atenção e Hiperatividade, Síndrome de Irlen,⁵⁴ Epilepsia e Hemiplegia, entre outras. De acordo com a ABDA (2016b) e Grevet, Abreu e Shansis (2003), mais de 70% dos adultos apresentam outros transtornos associados ao TDA/H, como depressão, ansiedade, compulsão alimentar, distúrbios do sono, drogadição, alcoolismo e Dislexia.

Podemos notar certa confusão dos termos utilizados para se referir aos transtornos, uma vez que psicólogos, médicos e candidatos os compreendem de formas diferentes. Como por exemplo, quando há um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção sem Hiperatividade, isto não é compreendido pelo paciente, que acaba preenchendo em sua ficha de inscrição para o vestibular o termo “TDAH”.

Encontramos no levantamento (Apêndice A) um laudo com a CID preenchida erroneamente pelo médico, além deste considerar o TDA/H como um retardo mental,⁵⁵ o que sugere grande desconhecimento pelo profissional a respeito do assunto e em relação ao DSM, que é usado pela classe médica, principalmente, como um guia para a nomeação dos transtornos.

Além da CID, foi encontrado um laudo (Apêndice A) em que o nome do paciente não se referia ao do candidato em algumas partes do relatório psicológico, ou seja, foi utilizado um laudo realizado anteriormente e, provavelmente, que se referia à outra pessoa, alteraram-se algumas partes, porém, sem a “devida atenção”, inclusive, da pessoa que redigiu o laudo. Se formos por essa lógica, teria essa pessoa TDA/H?

A Tabela 5 aborda as especialidades dos médicos que realizaram os laudos, encontradas no levantamento.

⁵⁴ O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2014) se opõe ao conceito da Síndrome de Irlen, definida como uma síndrome neurológica que pode apresentar dificuldades para a leitura, pela distorção de imagens e letras, pode causar desconforto nos olhos e, ainda, distração e hiperatividade. O CFM (2014) publicou um parecer questionando a real existência da síndrome e da suposta necessidade do uso de lentes coloridas ou, assim chamados também, de filtros seletivos. O CFM afirma que faltam evidências científicas que comprovem a síndrome e o uso das transparências.

⁵⁵ O médico considerou o TDA como um retardo psicomotor, atribuindo CID/F 70.

Tabela 5 Quantidade de laudos de acordo com a especialidade dos médicos que os assinaram.

Especialidade do médico	Quantidade de laudos assinados
Clínico Geral	1
Neurocirurgião	2
Neurologista	23
Neurologista e psiquiatra	1
Neuropediatra	1
Oftalmologista	2
Otorrinolaringologista*	2
Psiquiatra	27
Total	59

*Dois pacientes tinham problemas auditivos.

Guarido (2007) discorre sobre a ampliação do DSM por médicos de todas as especialidades, podendo levar ao aumento do número de diagnósticos de transtornos mentais sem que estes tenham embasamento científico sobre a área. Além disso, a autora alerta para a amplitude de transtornos que o manual traz:

A ampla gama de sintomas presentes nos manuais, bem como a forma diagnóstica proposta por eles, permite que muitos acontecimentos cotidianos, sofrimentos passageiros ou outros comportamentos, possam ser registrados como sintomas próprios de transtornos mentais. A socialização do DSM-IV na formação médica geral permite que clínicos de outras especialidades, que não a psiquiátrica, possam medicar com facilidade seus pacientes. Não se trata de sugerir a manutenção do domínio psiquiátrico nesse caso, mas de revelar a

banalização do diagnóstico e o uso irrestrito de medicações como intervenção diante da vida (Guarido, 2007, p.158).

Com a banalização do diagnóstico, vemos a conseqüente banalização da utilização dos medicamentos, muitas vezes usufruídos como uma espécie de “coquetel”. Na Tabela 6 temos os nomes dos medicamentos utilizados pelos candidatos ao vestibular e a quantidade dos que fazem uso destes.

Tabela 6 Medicamentos utilizados e número de candidatos que os utilizam.

Nome do medicamento/ Princípio ativo	Candidatos que utilizam o medicamento
Concerta®	5
Cymbalta	1
Depakote	2
Dimesilato de Lisdexanfetamina	1
Agomelatina	1
Frontal	1
Imipramina	1
Metilfenidato	7
Não especificado	4
Quetiapina	1
Ritalina®	14
Ritalina® de ação rápida	1
Ritalina® L.A	2
Sertralina	2
Solium	1

Nome do medicamento/ Princípio ativo	Candidatos que utilizam o medicamento
Stavigile	1
Venvanse®	2
Total	48

Apesar de totalizar a quantidade de 48, somente 41 pessoas estão em uso – declarado – de medicamento, pois muitos utilizam mais de um fármaco. Quatro não especificam o medicamento consumido. Como podemos notar, 42,7% dos candidatos usam algum medicamento. Assim como exposto por Guarido (2007), “há aí uma inversão não pouco assustadora, pois na lógica atual de construção diagnóstica, o remédio participa da nomeação do transtorno” (p. 154).

Destes 41 candidatos, 32⁵⁶ fazem uso dos compostos Dimesilato de Lisdexanfetamina (comercialmente vendido como Venvanse®) e Cloridrato de Metilfenidato (com os nomes Concerta® ou Ritalina® e suas modificações: Ritalina® L.A e Ritalina® de ação rápida). Dos 32 que usam estes psicoestimulantes, seis fazem-no associado a outro(s) medicamento(s), tais como Sertralina, Solium, Quetiapina, Imipramina,⁵⁷ Stavigile,⁵⁸ Depakote e Agomelatina. Dois apresentam uso de medicamentos diversos, tais como Depakote, E.R, Frontal e Cymbalta. As pessoas que apresentam o uso associado de medicamentos, para além do metilfenidato ou do lisdexanfetamina, expressam outros transtornos associados, tais como Síndrome de Arperger, Ansiedade, Depressão e Síndrome de Irlen.

Das 32 pessoas que utilizam estes fármacos, três apresentam diagnóstico de Dislexia e três de Dislexia e TDAH – comorbidade. 15 são diagnosticados com o termo TDAH, um com Síndrome do Déficit de Atenção e Hiperatividade, cinco com TDA, um com DDA, um com Déficit de

⁵⁶ O composto metilfenidato, em suas diversas formas, aparece 33 vezes, porém, uma pessoa toma dois compostos diferentes (Ritalina L.A. e Ritalina de Ação Rápida).

⁵⁷ É um antidepressivo que pode ser utilizado no tratamento do TDAH, caso os psicoestimulantes (Ritalina®, Concerta® e Venvanse®) não façam o efeito esperado (ABDA, s.d. c).

⁵⁸ Medicamento para o tratamento de distúrbio do sono que pode ser utilizado, também, no tratamento de TDAH (ABDA, s.d. c).

Atenção, um com TDAH e Síndrome de Asperger, um com TDAH e ansiedade e um com TDAH e escoliose.⁵⁹

Apesar de ser dito correntemente que o tratamento da Dislexia não prevê administração de medicamentos (ABD, 2017), podemos ver controvérsias em nosso levantamento, em que seis candidatos com diagnóstico de Dislexia – três com Dislexia somente e três com Dislexia em comorbidade com TDAH – têm prescrição para o remédio com tarja preta. De acordo com Brites (2017, para. 2),

A associação entre Dislexia e TDAH é comum e pode ocorrer em 60% dos disléxicos. Entre os portadores de TDAH, 15-20% apresentam Dislexia e até 40% destes pacientes tem significativas dificuldades de compreensão de leitura, pobreza na produção textual e inabilidade de planejar e organizar atividades que envolvem leitura, escrita e matemática. Apesar da ciência e as evidências mostrarem que o metilfenidato não apresenta efeito significativo na Dislexia, muitos pesquisadores vêm indicando seu benefício significativo naqueles disléxicos que apresentam também TDA/H do tipo desatento ou combinado.

Pessoas supostamente disléxicas também estão usando o composto Cloridrato de Metilfenidato. No ano de 2012, o psiquiatra e presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) reconheceu o uso de medicamentos para tratamento da Dislexia, afirmando que “o consumo de remédios contra distúrbios como a Dislexia, o déficit de atenção e a hiperatividade ainda está aquém da quantidade de portadores” (Sarres, 2012, para. 4). Nesta mesma entrevista, a neuropsicóloga Edyleine Benzik - criadora da Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - corrobora a fala do médico, em relação à Dislexia e ao TDA/H: “o tratamento

⁵⁹ É interessante pensar qual seria a relação entre o TDA/H e um problema na coluna...

indicado para esses distúrbios é a medicação, associada ao acompanhamento em outras áreas” (Sarres, 2012, para. 11).

Uma publicação no site da *International Dyslexia Association* (IDA, 2009) indica que 50% das pessoas diagnosticadas com Dislexia apresentavam também TDA/H. Schirmer, Fontoura e Nunes (2004) afirmam que a maioria das pessoas com déficit de atenção apresenta também Dislexia. Não é recente a aproximação dos diagnósticos de TDA/H e Dislexia, que, em algumas ocasiões, aparecem como comorbidade. Apesar de representarem características distintas, em certo momento histórico os dois transtornos se fundiram, ou seja, a chamada até então Dislexia Específica de Evolução passou a integrar a Disfunção Cerebral Mínima – TDA/H – sendo a primeira um dos critérios para se definir a segunda (Moysés & Collares, 2010).

Destas 32 pessoas em uso de metilfenidato, 22 são homens e 10 mulheres, o que corrobora a pesquisa de Cruz et al. (2011) que dizem que o uso de metilfenidato é maior entre homens. Destes 32 candidatos, um prestava vestibular para o curso de Direito, um para Administração, um para Agronomia, um para Biotecnologia, dois para Odontologia, um para Engenharia de Agrimensura e Cartografia e um para Sistema de Informações. Ratificando a pesquisa de Graça (2013), a partir da análise do levantamento deste presente estudo, constatamos que 13 destes prestavam vestibular para o curso de Medicina.

Entendendo que o ingresso no Ensino Superior é um dos objetivos mais almejados por estudantes, sendo inclusive a organização do Ensino Médio determinada pelas provas de vestibular, Trigueiro (2015) realizou uma pesquisa, em uma cidade do estado do Ceará, com estudantes do 3º ano do Ensino Médio e de cursinhos preparatórios para vestibular, com o intuito de compreender a concepção que estes estudantes tinham em relação ao uso de medicamentos potencializadores do aproveitamento cognitivo. Mais de 50% dos estudantes compreendem o uso destes fármacos como algo aceitável, considerando a possibilidade de uma melhora de desempenho nos estudos e inserção social. Menos de 20% posicionam-se criticamente ao uso destes medicamentos, compreendendo

que a modificação da carga horária de estudos, entre outras condições de educação, seria muito mais efetiva.

Na Tabela 7 podemos observar a idade em que os candidatos foram diagnosticados com o transtorno.

Tabela 7 Quantidade de candidatos com requerimento de acordo com a idade em que foram diagnosticados⁶⁰.

Idade	Quantidade de candidatos
6 anos	1
7 anos	2
8 anos	2
10 anos	3
11 anos	2
12 anos	1
13 anos	3
14 anos	2
15 anos	1
17 anos	6
18 anos	12
19 anos	9
20 anos	4
21 anos	4

⁶⁰ Quando não mencionado se o paciente já havia feito tratamento anteriormente, considerou-se o ano da emissão do laudo.

22 anos	3
23 anos	3
24anos	3
26 anos	1
33 anos	2
36 anos	1
Na infância, mas não especificado	2

Como exposto na tabela acima, várias são as idades em que acontece o diagnóstico do transtorno, com uma concentração aos 18 anos, espalhando-se para os 17 e 19 anos, idades em que geralmente os jovens prestam vestibular. Apesar de previsto pela própria ABDA (s.d.a) que, para se caracterizar um quadro de TDA/H, os sintomas devem aparecer ainda na infância, antes dos sete anos de idade, esse dado não aparece na maioria dos laudos (91 candidatos, totalizando 94,7 %). Apesar disso, os médicos ignoram esse critério diagnóstico e acabam atribuindo TDA/H a pessoas que sequer relataram sintomas parecidos na infância.

Mattos, Abreu e Grevet (2003, citado por Oliveira & Dias, 2015) e Grevet et al. (2003) abordam a abrangência de tal transtorno para além da infância, podendo persistir na vida adulta em mais de 60% dos casos, acometendo até 8% de estudantes universitários (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2002, citado por Oliveira & Dias, 2015; DuPaul, Weyandt, O'Dell, & Varejao, 2009, citado por Oliveira & Dias, 2015). Barkley (2002) ressalta que

um dos aspectos mais inquietantes do TDAH para os pais é que ele evolui com o crescimento da criança (...) Até 80% das crianças em idade escolar com diagnóstico de TDAH continuarão a ter a doença na adolescência, e entre 30 e 65% continuarão a apresentá-la na vida adulta (...) (p. 105).

Os dados apresentados por Barkley (2002), analisados de forma parcial e descontextualizada, podem desencadear uma compreensão de que os supostos transtornos TDA/H e Dislexia, têm uma continuidade a longo prazo, justificando a necessidade de um atendimento especial, como no caso do vestibular.

A seguir, trazemos os eixos de análise elaborados a partir do material supracitado: 1) a supremacia médica: o status do “doutor”; 2) escola ou farmácia?: dói muito fazer vestibular?; 3) a apropriação dos sintomas e a naturalização dos efeitos colaterais; 4) deficiência, transtorno, disfunção ou “história pra boi dormir”? Afinal, o que são TDAH e Dislexia? e 5) se o TDA/H e a Dislexia não são deficiências, por que incluí-los no atendimento especial?



Fonte: <http://psicologiadospsicologos.blogspot.com.br/search?q=medicaliza%C3%A7%C3%A3o>

5.1 A Supremacia Médica: o status do “doutor”

A prevalência do saber médico sobre as demais profissões impacta na constituição do psiquismo e da subjetividade das pessoas e, dessa forma, a Psicologia deve se comprometer em problematizar tal prática. Pensando nisso, propomos, a partir deste eixo de análise, discutir essa questão da superioridade médica em vários sentidos, desde o profissional médico até o candidato que tem a Medicina como opção de curso. Além disso, não podemos nos esquecer de que são os laudos médicos, majoritariamente, que fornecem o aval para os requerimentos apresentados por candidatos junto ao setor responsável pelos processos seletivos da UFU.

Goffman (2004) discorre sobre o quanto a sociedade categoriza e estigmatiza as pessoas, a partir de julgamentos do que se espera como "normal"; neste caso, assim como dito pelo autor, "é interessante observar que esse tipo de manipulação de informação é recomendado amiúde por médicos, em especial quando têm que ser as primeiras pessoas a informar ao indivíduo sobre o seu estigma." (p.83).

Ao longo da entrevista, Letícia comentou sobre suas impressões acerca de candidatos; alguns necessitam mais, outros menos dos recursos oferecidos pela UFU, de acordo com os sintomas analisados por ela durante a aplicação de provas. Porém, a técnica se recusa a questionar os laudos médicos:

eu tenho que entender que o médico que deu aquele laudo de TDAH é um médico profissional, ético e não vai mentir sobre a doença, ou, isso não é doença, vou falar que não... um transtorno. Ele não vai mentir.

Letícia também relata que o laudo psicológico nem sempre foi exigido. É notória a supremacia médica em nossa sociedade, como destacado por Costa (2004). Durante o levantamento

dos requerimentos no setor de Atendimento Especial da UFU, encontramos um laudo médico que dizia que o seu parecer substituíria o relatório psicológico.

Nesta perspectiva, podemos lembrar a proposta do “Ato Médico”, um Projeto de Lei do Senado n.º 268, criado no ano de 2002 e que, em busca de definir as atribuições dos médicos, acabou por gerar propostas que limitavam psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, por exemplo, a exercer atividades que a Medicina acreditava ser de domínio dela. No ano de 2013, a lei foi sancionada (Lei nº 12.842, 2013), porém, com vários quesitos vetados, como a formulação do diagnóstico, pois esta era prevista como atividade privativa do campo médico.

No caso do TDA/H e, especialmente da Dislexia, que envolve os processos de escrita e leitura e, principalmente, questões do desenvolvimento e contexto escolar e social da criança ou adolescente, será mesmo que os médicos estão preparados para diferenciar o que seria um suposto distúrbio da leitura e escrita de uma dificuldade de escolarização? Será que essa investigação é, de fato, realizada? O médico visita a instituição de ensino? Ele tem condições de compreender e analisar o intrincado processo de escolarização? Conhecimentos do campo pedagógico fazem parte do escopo de sua formação inicial ou continuada? Cremos que não. Na leitura do fluxograma de disciplinas da Faculdade de Medicina (FAMED, 2008) da UFU, não encontramos nenhuma matéria que fizesse menção aos processos educativos.

Assim como já dito anteriormente sobre o quão concorrido é o curso de Medicina, Palhares (2017) aponta que o número de candidatos ao curso de Medicina da Fundação Universitária para o Vestibular (FUVEST) dobrou no ano de 2017. Como para a Psicologia Histórico-Cultural é primordial que sejam considerados aspectos históricos para a compreensão dos fenômenos, trazemos um artigo de Saconi (2013), que recorre a essa dimensão para compreender o motivo pelo qual esse curso é tão almejado. De acordo com a jornalista, há mais de 70 anos as famílias mais abastadas mandavam seus filhos estudarem Medicina no exterior, atividade que, desde então, representava certo status social. Desta forma, é interessante pensarmos como as profissões têm sido, não só escolhidas, mas também, divulgadas tanto pela mídia quanto pelos próprios cursinhos

preparatórios. Basta olharmos ao nosso redor: os outdoors espalhados pelas cidades com fotos de estudantes vestindo a camiseta do colégio e com a palavra “MED” estampada no rosto.

Costa, Durães, Abreu, Bonan e Vasconcelos (2010) entrevistaram estudantes do curso de Odontologia que acabaram optando por tal curso por ser menos concorrido do que Medicina. Em nosso próprio levantamento (Apêndice A) apresentado neste trabalho, percebemos que muitos candidatos chegam a prestar por três anos consecutivos, ou até mais, o vestibular para tal curso, mediante tamanha concorrência. Na pesquisa de mestrado de Silva (2016), a psicóloga entrevistou três estudantes do curso de Psicologia e é curioso que todas viam a Psicologia como segunda opção de carreira, alternativa modificada por não conseguirem ingressar no curso de Medicina. Uma das entrevistadas conta que percebeu que cursar Medicina não era uma escolha, mas sim algo imposto pela família, cursinho e sociedade. Almeida e Pinho (2008), Almeida (2009) e Santos (2005) abordam o quanto a opinião e a expectativa dos pais e amigos influenciam esse momento de decisão do jovem. Palhares (2015) apresenta dados em que mais de 80% dos pais preferem que os filhos façam cursos tradicionais, como Medicina e Direito.

Outro fato curioso, relacionado a este fenômeno do status social, remete-se ao termo “doutor”, muito presente na maioria dos carimbos médicos registrados nos laudos anexados ao requerimento de atendimento especial. No dicionário Aurélio (Ferreira, 2010) encontramos a seguinte definição para o termo: “[...] aquele que se formou numa universidade e recebeu a mais alta graduação desta após haver defendido tese.” (p. 266). Eliane Brum (2012), em um texto para a Revista Época, expressa justamente sua indignação quanto ao uso da palavra doutor, principalmente para se referir a advogados e médicos. Brum (2012) encontra explicações históricas, repletas de controvérsias, que levam ao uso corrente da palavra. De acordo com a autora, D. Maria, de Portugal – a louca – teria concedido o título aos advogados e, mais tarde, D. Pedro I também teria promulgado tal decreto. Sobre o caso dos médicos, Brum (2012, para. 19) discorre:

a atualidade e a persistência do título de “doutor” precisam ser compreendidas no contexto de uma sociedade patologizada, na qual as pessoas se definem em grande parte por seu diagnóstico ou por suas patologias. Hoje, são os médicos que dizem o que cada um de nós é: depressivo, hiperativo, bipolar, obeso, anoréxico, bulímico, cardíaco, impotente, etc. Do mesmo modo, numa época histórica em que juventude e potência se tornaram valores – e é o corpo que expressa ambas – faz todo sentido que o poder médico seja enorme. É o médico, como manipulador das drogas legais e das intervenções cirúrgicas, que supostamente pode ampliar tanto potência quanto juventude.

Para Barroco et al. (2017, p.21), a medicina tem um poder tão grande que “[...] atribui a determinados comportamentos o caráter de doenças mesmo quando não o são. Para tanto, basta que haja um diagnóstico médico, considerado um parecer científico, para que passemos a conceber que determinados comportamentos se constituem em desvios ou patologias[...]”. E, mais uma vez, percebemos o quanto a visão medicalizante está presente em nosso cotidiano. Denúncias como a de Brum (2012) nos levam a refletir quão a Medicina e os outros campos do saber, em grande maioria, têm contribuído para a perpetuação da concepção patologizante não só do diagnóstico como também do uso de medicamentos.

Como escrevemos no início deste eixo de análise, a prevalência do saber médico sobre os demais em nossa sociedade, como os advindos da Psicologia, da Pedagogia e de outros campos, transpassa os limites das instituições de saúde e invade outros espaços da vida, levando os sujeitos a precisarem do aval – ou benção – da Medicina para as suas atividades cotidianas. Isso certamente impacta a constituição do psiquismo e, como vimos acima, uma única faceta do conhecimento humano passa, indiscutivelmente, a responder pela totalidade deste.

Discutidas algumas questões relativas à supremacia do conhecimento médico na seara investigada pela presente pesquisa, a seguir destacaremos a utilização de medicamentos.

5.2 Escola⁶¹ ou farmácia? Dói muito fazer vestibular?

A problemática central deste eixo é o uso de medicamentos no contexto educativo configurado pelo processo seletivo, pois a partir das informações encontradas durante o levantamento, percebemos o número assustador de candidatos ao vestibular utilizando fármacos, em destaque, o metilfenidato. Além disso, ao longo da observação realizada na aplicação de provas no setor de atendimento especial, relatamos em diário de campo as sensações vivenciadas pela pesquisadora.

Como já apresentado no capítulo 3, no item 3.1, “Sobre as formas de Ingresso no Ensino Superior”, expusemos nossas considerações sobre a estrutura dos processos seletivos, uma vez que trazem fatores ansiogênicos, como a pressão do curto espaço de tempo para realizar a prova, por exemplo. Silva e Zanini (2011), Rodrigues e Pelisoli (2008) e Soares e Martins (2010) discutem o quanto o vestibular é visto pelos jovens como um fator estressor. Na pesquisa de D’Avila e Soares (2003), as autoras encontraram como motivos para a ansiedade pré-vestibular o medo da reprovação e de decepcionar a família. O que não é pensado é que, assim como proposto por Rodrigues e Pesoli (2008), o número de vagas das universidades públicas sequer se compara à quantidade de egressos do Ensino Médio. Além disso, assim como já abordado no capítulo sobre os processos seletivos, entendemos o quanto o ingresso no Ensino Superior é considerado importante em nossa sociedade (Patto, 2000) e o quanto a não aprovação nos processos seletivos para este representa um sentimento de “fracasso” para o candidato (Trigueiro, 2015).

É fato que, assim como proposto por Rodrigues e Pesoli (2008), os processos seletivos, como o vestibular e o ENEM, geram ansiedade e sofrimento aos candidatos devido à grande concorrência, com alto número de candidatos por vagas, e ao curto espaço de tempo para realizar uma prova complexa e, às vezes, extensa, como no caso do ENEM. No entanto, tal realidade não

⁶¹ Conforme relatado no diário de campo (Apêndice E), a observação da aplicação de provas no setor de atendimento especial ocorreu em uma escola da cidade de Uberlândia-MG.

justifica o grande número de candidatos em uso de medicamentos no ato da prova. É curioso e também assustador que, assim como relatado em diário de campo (Apêndice E), minutos antes de começar a prova, os candidatos tomem seus fármacos:

Faltando 10 minutos para a prova todos os nove candidatos da turma haviam chegado. Percebo que três candidatas colocam seus remédios no chão. Assusto-me. Era muito remédio. Uma tinha dois vidrinhos e mais uma cartela, outra uma cartela cheia, outra duas cartelas. Era impressão minha ou eu estava na farmácia? Não pode ser normal. Aquela situação causava tanta dor assim? Será que um vestibular deveria causar isso nas pessoas? Mal estar? Tudo bem que prestar vestibular faz parte da vida, que causa certa ansiedade e frio na barriga... mas levar aqueles candidatos a tomarem tanto remédio assim? Vem Eliane Brum em minha cabeça, em seu texto “Exaustos-e-correndo-e-dopados” (Brum, 2016), penso que o corpo, realmente, era um atrapalho, que não permitia ir mais longe. Quão longe precisavam ir? É saudável essa competição? Isso é humano? Porque não parece. (Diário de campo da pesquisadora).

Na bula do medicamento Concerta® é descrito que o fármaco “dissolve-se logo após a ingestão, pela manhã, proporcionando uma dose inicial do medicamento; o restante é liberado lentamente durante o dia, para manter o efeito do medicamento” (Janssen, 2017, p. 2). Isso nos leva a pensar o quão dependentes do medicamento os candidatos se mostram, como se sem o fármaco eles não conseguissem realizar a tarefa à sua frente. Assim como dito por Barroco et al. (2017), “o remédio vem se apresentando como uma criação que pode ter atuação efetiva na resolução de conflitos sociais e educacionais que se apresentam como se fossem somente problemas pessoais” (p.18).

Trigueiro (2017), em sua tese de doutorado, desenvolveu uma pesquisa com jovens do 3º ano do Ensino Médio de dois estados brasileiros, com o intuito de compreender a percepção dos

estudantes sobre o aprimoramento cognitivo, principalmente em relação ao uso de metilfenidato, para aumentar a capacidade produtiva. Infelizmente os jovens encaram tal fenômeno como algo positivo, que poderia ser usado às vésperas do vestibular para amenizar a pressão da escola, da família e para lhes proporcionar mais concentração mediante tantas obrigações. Para eles poderia ser usado também “por quem tem dificuldades para estudar, por quem trabalha e por quem tem que ser aprovado no vestibular” (Trigueiro, 2017, p. 95). Por outro lado, alguns jovens se opuseram ao uso do medicamento, acreditando que seria muito mais eficaz uma distribuição da carga horária de estudos e a possibilidade de um sono melhor.

Apesar de Trigueiro (2017), Barros e Ortega (2011), Carvalho et al. (2014) e Brant e Carvalho (2012) fazerem uma discussão sobre o uso não prescrito de fármacos que estimulam a concentração sem fazerem menção aos riscos do uso dos medicamentos, mesmo mediante a prescrição médica, seus estudos nos ajudam a pensar também que, além daqueles jovens que apresentam laudos, quantos outros, fora do setor de atendimento especial, também estão sob o uso do metilfenidato?

Fármacos como o metilfenidato não só são utilizados por candidatos ao vestibular, como também pelos próprios universitários. Assim como Barros (2009), Urrego et al.(2008), Teter et al. (2006), Lage et al. (2015) igualmente estudaram o uso de medicamentos como aprimoramento cognitivo em universitários e relatam, em suas pesquisas, o quanto esta prática pode se arrastar ao longo da graduação.

Ainda sobre o uso de fármacos por universitários, o documentário “*Take your pills*” (Tome suas pílulas), produzido no ano de 2018 pelo produtor Klayman, retrata o quanto tem sido frequente o uso do medicamento Adderall⁶² nos Estados Unidos – ainda não é comercializado no Brasil – para aprimoramento cognitivo entre estudantes do Ensino Superior. Um dos participantes do

⁶² É uma anfetamina utilizada nos Estados Unidos, inicialmente, para o tratamento de Narcolepsia e TDA/H (Klayman, 2018).

documentário revela que descobriu o TDAH depois de tomar remédios; “só sabia que era para estudar”.

Além da pílula Adderall, o suplemento Intelimax IQ é outro exemplo de substância utilizada para o aprimoramento cognitivo. Ele é vendido como um potencializador da inteligência, da concentração e da memória. De acordo com Oliveira (s.d.), o Intelimax IQ é um complexo vitamínico composto por ingredientes naturais. Outro medicamento popular nas redes sociais diz respeito ao Modafinil, que normalmente é utilizado para o tratamento de Narcolepsia, distúrbio do sono. Comercializado como Stavigile®, este medicamento tem como objetivo aumentar o estado de vigília. Além disso, a própria bula relata a possibilidade de efeitos colaterais como dificuldade respiratória, erupções na pele, sinais de alteração de humor, agressividade, ansiedade, hiperatividade etc. (Libbs, 2009).

Restam algumas perguntas: o que tem acontecido para que tenhamos que desempenhar atividades tão desgastantes que precisamos estar dopados para fazê-las? Até onde iremos dessa forma? Daqui a algum tempo o “normal” será utilizar medicamentos? Se recorrermos aos conceitos trazidos pela Teoria Histórico-Cultural, principalmente das Funções Psicológicas Superiores e da zona de desenvolvimento próximo, poderíamos entender aqui uma inversão em relação à mediação de outra pessoa, que daria lugar ao medicamento, que passaria equivocadamente a desempenhar a função de agente mediador?

Compreendemos, assim, que a utilização de medicamentos para “turbinar” a capacidade intelectual ou com outros propósitos na esfera da educação configura um microcosmo, que se espalha para um âmbito muito maior, ou seja, da sociedade de modo geral. A criação do Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade em 2010 já sinalizava isso, e a presença desses modos de lidar com dificuldades inerentes à vida na universidade era apenas uma questão de tempo...

Outro aspecto importante a ser considerado nessa discussão é a participação dos medicamentos no desempenho das funções psicológicas superiores (FPS) e supostos ganhos – se é

que se pode falar em ganhos considerando os efeitos danosos aqui citados – ou empobrecimento no sentido da regulação voluntária do próprio comportamento, como discutiremos a seguir.

5.3 A apropriação dos sintomas e a naturalização dos efeitos colaterais

Assim como já ressaltado, os psicoestimulantes trazem consigo vários efeitos colaterais tais como aumento da pressão arterial, possibilidade de desenvolver convulsões, batimentos cardíacos acelerados, alucinações e diminuição do apetite (Novartis, 2017). No entanto, apesar de notarem consequências negativas, alguns sujeitos, sob o efeito das anfetaminas, tentam encontrar justificativas positivas, que validem o seu uso, assim como ressaltado por Larissa,⁶³ candidata ao vestibular que estava no setor de atendimento especial, quando relata a necessidade de mudar de medicamento: “[eu] tomava Concerta® mas acabou com meu apetite aí eu comecei a tomar Ritalina® achando que ia melhorar algo, mas não adiantou nada, não consigo sentir fome. Mas, sabe? Me ajudou muito, você não tem noção”.

A que exatamente Larissa se referia com o termo “me ajudou muito”? Será que vale a pena deixar de sentir fome para poder ser mais atento e ter a possibilidade de ingressar no Ensino Superior? Quais valores estamos construindo em nossa sociedade?

A mesma candidata, Larissa, no final do primeiro dia de provas, ao se despedir solicita: “amanhã, você poderia chamar o candidato que fica rodando a caneta e pedir para ele parar, porque me desconcentra”. Não é necessário supostamente ter TDA/H, ou qualquer outro transtorno, para sentir-se incomodada por algum barulho, pois em meio ao silêncio de um local destinado à aplicação de uma prova com grande impacto na vida pessoal, “qualquer barulho mínimo chamava atenção” (Diário de campo da pesquisadora).

Até quando as IES terão salas individuais suficientes para as pessoas que não suportam o barulho do outro? Quantas paredes neutras, tampões de ouvido, leitores e redatores serão

⁶³ Nome fictício escolhido pela pesquisadora.

necessários, visto o aumento de candidatos do setor especial a cada ano? Além disso, no levantamento dos requerimentos, encontramos um e-mail trocado entre uma candidata e a diretoria de processos seletivos, uma vez que aquela não havia enviado os laudos necessários para garantir seu atendimento especial na data prevista pelo edital do vestibular. Para justificar seu esquecimento, a candidata relata:

Peço excessiva e encarecidamente que considerem minha solicitação visto que não consegui enviar os documentos no dia de ontem, prazo final da solicitação, devido a problemas motivados pelo TDAH do qual sou acometida. [...] Acabei não me lembrando de enviá-la. Certa de que os senhores têm conhecimento de como os portadores de TDAH são prejudicados por, além de outros fatores, esquecimentos frequentes, e não me esquivando de minha total culpa e responsabilidade pela perda do prazo estipulado no Edital desta instituição, com humilde e sinceridade, faço minha solicitação.

É curioso constatar que a candidata lança mão do próprio transtorno para justificar o envio dos documentos fora do prazo estipulado institucionalmente. Neste sentido, quantos precedentes seriam abertos em processos seletivos, concursos e outros certames tendo os transtornos como explicação? É interessante pensarmos no quanto o diagnóstico pode revelar uma limitação para as pessoas, que se pautam no fato de ser/ter TDA/H ou Dislexia, para justificar não darem conta de determinada situação ou não poderem fazer algo. Massi (2007) aborda tal questão quando entende que a pessoa diagnosticada não acredita ser capaz, entra em ciclo vicioso, corroborando uma visão depreciativa sobre si. Neste sentido, percebe-se o quão impactante e perigoso é um diagnóstico, podendo inclusive mexer com a autoestima e a autoconfiança dos rotulados.

É intrigante, inclusive, o fato de que, nos laudos analisados (Apêndice A), grande parte destes continha somente o código da CID-10, sem fazer nenhuma menção aos recursos que seriam

necessários, como se já estivesse implícito que, só por ter TDA/H ou Dislexia, o sujeito deveria ter recursos diferenciados.

Apesar de se acreditar que depois da elaboração do diagnóstico não há nada para se questionar, Caliman e Rodrigues (2014) alegam que “o processo de apropriação ativa do conhecimento médico sobre o diagnóstico não implica necessariamente na aceitação total da descrição e explicação biomédica do transtorno” (p. 129). No entanto, embora percebendo as diferenças entre os candidatos que requerem o Atendimento Especial, Leticia ressalta que, perceptivelmente, alguns não precisam daqueles serviços tanto quanto os outros:

eu não posso deixar de perceber, lá na hora da aplicação da prova, que eu tenho vários tipos de TDAH... existem vários comportamentos, um que eu percebo que é extremamente ansioso, precisa de ficar em setor individual, porque caso contrário ele não vai conseguir fazer a prova. O outro pode o mundo cair que ele está lá fazendo a prova normalmente.

Assim como Leticia, os indivíduos que recebem diagnósticos destes pretensos transtornos lidam com eles de diversas maneiras. Dessa forma, como exposto pela pesquisa de Caliman e Rodrigues (2014), há aqueles se que identificam com o diagnóstico, outros que passam por um processo de sofrimento ao se verem carregando um transtorno mental que não tem cura, outros veem até certos benefícios em possuir um transtorno e há aqueles que se aliviam por não se julgarem os responsáveis por serem diferentes. Caliman (2012, p. 100) aponta:

Uma vez diagnosticado, parte do tratamento é o sujeito aceitar que o transtorno permanecerá para sempre com ele, e que a partir de agora seu estilo de vida será alterado, moldado de acordo com as descrições do transtorno e as exigências de tratamento [...] Trata-se aqui de uma forma de autoconstituição norteada pelo diagnóstico. Muitos sujeitos diagnosticados e pais de crianças TDAH relatam um sentimento de conforto e de alívio ao aderirem à

narrativa oferecida pelo transtorno. Nela, eles não mais são descritos como culpados, incapazes, preguiçosos, moralmente defeituosos e passam a não mais se descrever como tal.

Dentre as pessoas encontradas em nosso levantamento, quantas será que realmente acreditam na veracidade de seus diagnósticos? Quantas usufruem dos benefícios de tê-los? Quantas sofrem por possuírem estes transtornos? Quantas se aliviam por não serem culpadas pela sua falta de atenção? Neste momento não podemos responder a essas perguntas, mas deixamos aqui alguns questionamentos que podem suscitar pesquisas posteriores.

5.4. Deficiência, transtorno, disfunção ou “história pra boi dormir”? Afinal, o que são TDA/H e Dislexia?

É curioso como há uma grande variação dos termos transtorno, disfunção e deficiência para se referir aos supostos transtornos TDA/H e Dislexia. Ao longo de sua entrevista, muitas vezes Letícia aborda o TDA/H e a Dislexia ora como doença, ora como transtorno, mas tentando se corrigir e optando pela segunda palavra: “[...] *a doença, ou, isso não é doença, vou falar que não... um transtorno*”. Caliman e Rodrigues (2014) encontram em suas entrevistas pessoas que também encaravam o TDA/H não como uma doença, mas “apenas um déficit” (p.129), atribuindo-lhe menor gravidade, acreditando na possibilidade de cura. Para a OMS (1948, p.65), a palavra doença significa ausência de saúde, enquanto saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”.

A ABDA (2016^a, “Jurisprudência”, para. 10) afirma que o TDA/H é uma disfunção, e não uma deficiência: “o TDAH não é deficiência, pois não é incapacitante. A pessoa com TDAH é disfuncional, ou seja, tem mais dificuldade em realizar algumas atividades, mas não é incapaz, portanto, não é deficiente”. A palavra disfunção, em definição encontrada em dicionário, significa “[...] função de órgão ou sistema que se efetua de maneira anômala [...]” (Ferreira, 2010, p. 258). A

própria ABDA (2016a) reconhece que, por não se encaixar em uma deficiência, não há obrigação de nenhum atendimento diferenciado para pessoas com TDA/H no nível superior de ensino.

Em três laudos localizados em nosso levantamento, realizados pela Associação Brasileira de Dislexia (ABD), encontramos a seguinte observação: “sendo assim Dislexia não é uma doença, mas sim um distúrbio hereditário (genético) e, portanto, o indivíduo nasce e morre com esse distúrbio”. No dicionário encontramos a seguinte definição para a palavra distúrbio “[...] perturbação orgânica ou social” (Ferreira, 2010, p. 261). A Teoria Histórico-Cultural entende o homem como um ser interativo, que desenvolve suas FPS ao se apropriar da cultura e dos conhecimentos científicos e artísticos, a partir da mediação. Visto dessa forma, não há espaço para compreender que uma pessoa nasça e morra do mesmo jeito, assim como dito acima. Para Leontiev (1978), o que diferencia o homem do animal é exatamente o processo de pensamento, que permite a ele se modificar, a partir da relação com o outro.

Barkley (2002) entende o TDA/H como uma deficiência, assim como descreve: “TDAH é mais que uma simples deficiência da atenção e do controle dos impulsos: acredito que seja uma deficiência fundamental na capacidade de enxergar na direção do futuro e de controlar o comportamento de alguém com base nessa precaução” (p.31). A palavra deficiência remete à “insuficiência ou ausência de funcionamento de um órgão, insuficiência de uma função psíquica ou intelectual” (Ferreira, 2010, p. 222). Para Vigotski (1998) a atenção é uma FPS, assim como já abordado anteriormente e, dessa forma não é inata, mas fruto da relação dialética entre um organismo biológico e seu meio histórico-cultural, o que contraria a afirmação de Barkley (2002), ao acreditar que o TDA/H seria causado, também, por uma deficiência da atenção, como se esta função fosse estática, sem possibilidades de ser desenvolvida e aprimorada.

Como presente na própria nomenclatura do termo TDA/H e também da Dislexia, entendida como um Transtorno de Aprendizagem da leitura e da escrita, transtorno significa “algo que provoca um desarranjo, uma desordem na área psíquica do indivíduo” (Ferreira, 2010, p. 752). O CEPAE é um setor de apoio a estudantes da UFU com deficiências físicas, mentais, visuais,

auditivas, com autismo e superdotação (UFU, s.d.b). O referido setor não atende estudantes com Dislexia e TDA/H, justamente por tais condições não serem consideradas deficiências, mas sim transtornos (Apêndice E).

Contemplando o dito popular “história pra boi dormir”, autores como Moysés (2010), Edit e Tuleski (2007), Meira (2012) e Collares e Moysés (2010) compreendem que estes transtornos não existem, seja pela insuficiente fundamentação teórica e científica das pesquisas que os envolvem, seja pelas incoerências – inclusive pela própria dificuldade de se definir o que são estes fenômenos, de se associar a estes transtornos somente sintomas relacionados aos processos de ensino e aprendizagem e à atenção, seja por desconsiderar uma gama de aspectos históricos, sociais, culturais, econômicos, entre tantos outros motivos já expostos ao longo deste estudo.

O Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP, 2016) lançou uma nota esclarecendo o seu posicionamento mediante os questionamentos de psicólogos sobre os transtornos relativos ao processo de ensino e aprendizagem. O CRP se coloca contrário a medidas que reiterem uma visão patologizante dos processos escolares, além de ressaltar que as pesquisas sobre estes “supostos transtornos” são ainda insuficientes e pouco fundamentadas em nosso país. Em síntese, também não acreditam na veracidade destes transtornos.

No livro “A Dislexia em questão: dificuldades e fracassos na aprendizagem da língua escrita” (Ajuriaguerra et al., 1984), faz-se a seguinte pergunta “existe uma patologia da aprendizagem da língua escrita?” (p. 59) e, logo em seguida, Borel-Maisonny (1984), um dos colaboradores do livro, já inicia dizendo:

É um fato clínico devidamente constatado o de que os indivíduos não aprendem a ler e a escrever, e isto não quer dizer que se tenha que atribuir esta incapacidade à debilidade mental, a problemas sensoriais ou ao não querer aprender (p. 61, 1984).

O autor traz, ao longo do seu capítulo, no intuito de fortalecer sua resposta, considerações sobre as implicações da língua escrita e falada, da complexidade da grafia (n, u, t, f), da sonoridade e desta em relação à memorização da escrita. Ele discorre também sobre a necessidade em se aprender a direção da leitura (esquerda para a direita), sobre o domínio em passar de uma linha para outra, da quantidade de caracteres existentes em um texto e do quanto o aprendiz deve ocultar do texto como um todo para focar somente no que está lendo naquele dado instante. Além disso, a pessoa ainda deve dominar o que é verbo, as funções, gênero, número etc., para assim, poder realmente compreender o sentido do que lê ou escreve. Somente depois disso, deverá abstrair (Borel-Maisonny, 1984).

No mesmo livro, outro autor, Kohler (1984) nomeia seu capítulo como “Disléticos, disortográficos ou “maus leitores” e “maus escritores”?”. É extremamente pertinente o questionamento do autor, pois frente a tantos diagnósticos, será que teríamos realmente essa quantidade de disléticos ou seriam dificuldades no processo de ensino e aprendizagem? O autor retrata a diferença contextual da aprendizagem, por exemplo, no Japão, em que as crianças têm três anos para aprenderem a ler e, talvez por isso, não haja “disléticos”.

Poderíamos aprofundar nossa forma de pensamento para compreendermos a inexistência da Dislexia em específico. A título de exemplo, existe um programa do governo paulista chamado “Progressão Continuada” (Deliberação CEE, n.º 9/97, 1997) que é a organização do sistema educacional fundamental em dois ciclos de quatro anos (1ª a 4ª série e 5ª a 8ª), sendo a reprovação dos alunos proibida no interior de cada ciclo. De acordo com o MEC (2001), os objetivos de tal programa seriam diminuir a reprovação, combater a evasão, sendo a retenção um dos principais motivos da evasão escolar; além de “flexibilizar o tempo escolar considerando o necessário tempo de aprendizagem de alunos com diferentes níveis de conhecimento” (p.11).

No ano de 2011 mais de 90% dos alunos do Ensino Fundamental foram aprovados; tendo em vista os critérios da progressão continuada, como citados anteriormente, no entanto, dados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) apontaram que mais de 50% dos estudantes

não atingiram as metas de aprendizagem no ano de 2011 (Portal IDEB, 2013). O próprio MEC (2001) apontou como motivos do “fracasso do programa” o fato de não ser proposto apoio pedagógico para aqueles que não apresentavam os resultados esperados ao final dos anos letivos e não haver qualquer preparação do corpo docente para lidar com a nova realidade escolar. Quantos estudantes chegam à juventude mal sabendo ler, escrever e fazer contas matemáticas básicas? Neste contexto, será que a Dislexia é realmente um transtorno próprio do indivíduo ou fruto de um contexto histórico e social constitutivo, por sua vez, de um sistema escolar precário e excludente?

Para Leal (2010), a organização da escola não permite que o desenvolvimento dos estudantes seja instigado por meio do ensino. A falta de sentido da educação é sentida por estes e também pelos trabalhadores da educação,

que têm enfrentado dificuldades para lidar com alunos que apenas freqüentam as aulas, mas sequer cumprem as atividades, demonstrando um total esvaziamento do sentido da educação escolar, não conseguindo gerar motivo para a aprendizagem. Se a escola não consegue adquirir sentido para os alunos, como ela pode contribuir para seu desenvolvimento e para a constituição de sua consciência na perspectiva da humanização? (Leal, 2010, p. 303).

Lembremo-nos de que para a sociedade capitalista é fundamental que não seja questionado o sistema, mas que quaisquer dificuldades, entraves e problemas sejam transpostos para o nível da incompetência individual (Saviani, 2000). Nesse sentido, o fracasso escolar desloca-se do âmbito institucional para o individual; no presente caso, para os corpos dos sujeitos, mas como não há possibilidade de comprovação científica e orgânica da “doença”, usa-se um termo supostamente mais adequado, quase que um eufemismo: disfunção. Além disto, como escrevemos anteriormente neste trabalho, ao se nomear e assumir esses pseudotranstornos como condições constitutivas do sujeito, desconsidera-se, do ponto de vista da Teoria Histórico-Cultural, o papel da escola no

desenvolvimento das funções psicológicas superiores, no caso a atenção, mais especificamente, e o sofisticado processo de aprendizagem da leitura e da escrita.

5.5 Se o TDA/H e a Dislexia não são deficiências, por que incluí-los no atendimento especial?

Neste último eixo de análise questionamos a inclusão do TDA/H e da Dislexia no atendimento especial da Universidade, considerando a discussão sustentada até aqui sobre essa temática. Assim, abordaremos inicialmente a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (MEC, 2008; SECADI/SESu, 2013) e também alguns programas de IES que desenvolvem ações e projetos nessa linha.

No que concerne às políticas públicas sobre o atendimento a pessoas com deficiências, algumas ações têm sido pensadas, como o Programa de Acessibilidade na Educação Superior (Incluir) (2005, citado por Chagas & Pedroza, 2016). A Universidade Federal de Brasília (UnB) conta, desde o ano de 1999, com o Programa de Apoio às Pessoas com Necessidades Especiais (PPNE), que visa o atendimento de estudantes com deficiências físicas, intelectuais e sensoriais, como também Dislexia e TDA/H, tanto em condições de ingresso quanto de permanência. A resolução do Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão (CEPE, n.º 48, 2003), que embasa o serviço de atendimento especial da UnB, estabelece quais recursos devem ser destinados aos estudantes com deficiências, além de definir que estes devem ter sua “deficiência ou incapacidade diagnosticada e caracterizada por equipe multidisciplinar de saúde” a fim de “obterem concessão de benefícios e serviços” (p.1), conforme o Artigo 1º da resolução citada acima, tais como flexibilização nas avaliações; prioridade de matrícula⁶⁴; tutoria e reforço das matérias; carta de apresentação, para relatar todas as suas necessidades aos docentes, entre outros recursos.

⁶⁴ De acordo com Chagas e Pedroza (2016), os alunos têm esse direito reconhecido – de procurar por horários mais adequados, devido aos efeitos dos medicamentos que utilizam para amenizar os sintomas de seus transtornos, como no caso do TDAH associado ao uso de metilfenidato.

A Universidade Estadual de Maringá tem o Programa Multidisciplinar de Pesquisa e Apoio à Pessoa com Deficiência e Necessidades Educativas Especiais (PROPAE) que tem como objetivo possibilitar não só o ingresso, mas também a permanência dos estudantes com deficiências na instituição. A UFU também disponibiliza atendimento especial para candidatos ao vestibular desde o ano de 2004. A instituição conta com o CEPAE que, assim como já explicitado anteriormente, oferece apoio a estudantes com deficiências e outras necessidades, tal como monitores, adaptação de material, intérprete de Libras e transcrição de provas. (Apêndice E).

A partir da observação de diversas leis e projetos de lei que visam assegurar direitos aos “portadores”⁶⁵ de TDA/H e Dislexia, questionamos algumas contradições que se tecem, se observarmos pela perspectiva de não considerar os pseudotranstornos como deficiências, assim como exposto abaixo:

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (MEC/2008), que define a Educação Especial como modalidade transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, tem como função disponibilizar recursos e serviços de acessibilidade e o atendimento educacional especializado, complementar a formação dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação (SECADI/SESu, 2013, p. 8).

A definição supracitada, assim como aparece no artigo 4º, inciso III, da Lei n.º 9.394 (1996), que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, garante também “atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na rede regular de ensino” (p. 2). É minimamente intrigante se

⁶⁵ Palavra propositalmente utilizada, pois quem porta desporta; nesse caso, passam longe de ser consideradas doenças orgânicas ou neurológicas, pois estas não são “desportáveis”.

pensarmos a respeito do TDA/H e da Dislexia, uma vez que estas não são consideradas deficiências, não se encaixam nos transtornos globais do desenvolvimento e nem sequer nas altas habilidades. Por que, então, algumas universidades insistem em incluí-las no atendimento especial?

Conforme prevê o artigo 4º do Decreto nº 3.298 (1999) a pessoa deficiente é aquela que apresenta deficiência física, visual, auditiva e mental, sendo a última definida como

funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização dos recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; e h) trabalho. (p.10).

Há sérias divergências entre o que se propõe acima e o que tem sido ofertado às pessoas com laudo de Dislexia e TDA/H. A manifestação da deficiência, de acordo com os parâmetros da lei, deve ocorrer antes de o indivíduo atingir a maioridade, o que nos leva a crer, pelo próprio levantamento realizado, que não é isso que ocorre frequentemente, uma vez que a maioria dos candidatos com laudos de TDA/H e Dislexia foi diagnosticada aos 18 anos. O que seriam estas habilidades acadêmicas, citadas na letra “f” do excerto acima? E, mesmo que passe perto de justificar a inclusão do TDA/H e da Dislexia, teria que se abarcar, pelo menos, mais uma das habilidades propostas anteriormente.

Em uma pesquisa realizada por Martins, Leite e Ciantelli (2018) na UNESP, UFSCar e UFSC, as pesquisadoras realizaram um levantamento do número de estudantes com deficiência nestas três instituições de ensino citadas. De acordo com as informações do levantamento, a maioria dos estudantes com deficiência da UNESP se encaixa na categoria “outras deficiências e outras síndromes” (p. 20):

Embora o campo tenha sido criado para informar outros tipos de deficiência ou síndrome não categorizados pelo formulário, o seu preenchimento pelos usuários com dislexia, TDHA, miopia, Síndrome do pânico, entre outras, descaracterizou a identificação de estudantes em condições clínicas diferenciadas fora do campo da deficiência. Todavia, de acordo com as orientações da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, por meio da Diretoria de Políticas de Educação Especial (SECADI/DPEE, 2015), estudantes que apresentam transtornos funcionais específicos, tais como TDA – Transtorno de Déficit de Atenção, TDHA – Transtorno de Déficit de Atenção – Hiperatividade, Dislexia não fazem parte do público-alvo da educação especial (São Paulo, 2012). Entretanto, vale ressaltar que, segundo a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Portaria Ministerial nº 555, 2007) os estudantes com Transtornos Funcionais Específicos (Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade - TDAH, Dislexia, Discalculia, Disortografia, Disgrafia, Dislalia, Transtorno de Conduta e Distúrbio do Processamento Auditivo Central - DPAC), apesar de não serem considerados como público-alvo da Educação Especial, podem receber atenção educacional de professores da Educação Especial, numa articulação com demais professores da Escola Comum (Decreto nº 6.949,2009; Decreto nº 7.611, 2011). (Martins et al., 2018).

Assim como exposto por Martins et al. (2018), sabe-se que o Atendimento Especial da UFU não abarca somente deficiências, mas também necessidades distintas como mães que ainda estão amamentando, pessoas que estão temporariamente com uma incapacidade física devido a uma cirurgia ou por terem sofrido alguma fratura, candidatos da religião adventista que não podem fazer provas nos sábados, entre outros casos isolados. Neste caso pode ser justificado que o TDA/H e a Dislexia também são necessidades diferenciadas, assim como as situações relatadas anteriormente, e não deficiências. Porém, o fato é que aquelas necessidades primeiramente citadas, não garantem tempo adicional, ledor e/ou redator de questões e sequer incitam a medicalização da vida, no

sentido da produção de laudos assim como não provocam o consumo de medicamentos, quase sempre atrelados ao diagnóstico.

Caliman (2012) discorre em seu texto sobre os biodiagnósticos, compreendidos pela autora como diagnósticos comprovados biologicamente, ou seja, pela ciência objetiva. Para ela, esses biodiagnósticos têm ocupado um lugar muito importante em nossa sociedade, principalmente em relação à garantia de direitos, à medida que se tornaram “entidades desejadas, almejadas e necessárias” (Caliman, 2012, p. 97). Assim, ter um biodiagnóstico traz efeitos políticos e sociais, bem retratados por Caliman (2012, p. 99):

As cidadanias biológicas tomam corpo em demandas por políticas específicas para um grupo que compartilha, de acordo com o conhecimento médico ou científico, um traço biológico. Neste caso, advoga-se por uma certa política baseada em um direito vital. Os projetos de lei voltados para o TDAH e a Dislexia, que tramitam pelo Brasil afora [...] são um exemplo. O argumento é que indivíduos com TDAH ou Dislexia compartilham um traço biopatológico comum, um traço que passa a defini-los enquanto sujeitos de direito. É por ter ou ser TDAH que se advoga possuir o direito a certas condições especiais.

Essas condições especiais variam de acordo com as situações e espaços; no caso do vestibular, o tempo adicional pode ser um exemplo, já na escola há outras formas de ofertar um tratamento diferenciado a uma pessoa com Dislexia, como provas orais, atividades práticas, linguagem direta e objetiva, instruções curtas e simples, colocar o estudante próximo à lousa, fazê-lo acreditar em si mesmo, entre tantas outras (ABD, 2016b). A ABD (2016b) redigiu um documento chamado “Como interagir com o dislético em sala de aula” em que apresenta várias possibilidades de intervenção, como:

Não registre a nota sem antes: 1. Retomar a prova com ele e verificar, oralmente, o que ele quis dizer com o que escreveu; 2. Pesquisar, principalmente, sobre a natureza do(s) erro(s) cometido(s). Ex.: Não entendeu o que leu e por isso não respondeu corretamente ao solicitado? Leu, entendeu, mas não soube aplicar o conceito ou a fórmula? Aplicou o conceito (ou a fórmula), mas desenvolveu o raciocínio de maneira errada? Em outras palavras: em que errou e por que errou?; 3. Dê ao aluno a opção de fazer prova oral ou atividade que utilize diferentes expressões e linguagens. Exigir que o disléxico comunique o que sabe, levante questões, proponha problemas e apresente soluções exclusivamente através da leitura e da escrita é violentá-lo; é, sobretudo, negar um direito – natural – de comunicar-se, de criar, de livre expressar-se.(ABD,2016b, “Alguns aspectos práticos a serem observados em relação à avaliação”, para.7)

Acreditamos que não somente pessoas com diagnósticos de TDA/H, Dislexia ou qualquer outro pseudotranstorno devam receber esse tratamento diferenciado que a ABD (2016b) propõe, mas também todas aquelas que apresentam outras formas de aprender. Por que não as avaliar também distintamente? Por que precisamos de um diagnóstico e, principalmente, de um laudo para ofertar um ensino diferenciado? Será que se tivéssemos essa flexibilidade no processo de ensino e aprendizagem e, principalmente nas avaliações, teríamos tantos sujeitos disléxicos, hiperativos, ou seja lá qual for o nome que damos às dificuldades de lidar com a padronização de ensino e das subjetividades?

E será que esses candidatos, quando ingressam, são também tratados de forma diferencial, de acordo com as suas necessidades? Durante a entrevista com Letícia, ela afirma que o setor de atendimento especial entra em contato com a coordenação de curso daquele candidato que ingressou e passa-lhe as devidas informações; porém a técnica conta que já enfrentou muita resistência dos coordenadores e, além disso, não consegue ter o controle de cada caso e saber se, realmente, a coordenação está oferecendo um atendimento diferenciado para aquele estudante:

Porque quando eu falo em atendimento especial eu amplio minha visão, ele vai tanto da carteira de canhoto até um candidato sabatista. Vamos falar assim. Então eu tenho candidatos sabatistas que ingressam? Tenho. Eles podem fazer provas no sábado? Não! Eles podem ter aula no sábado? Não! Eles tiveram atendimento especial? Tiveram! [...] A coordenação vai lá? A coordenação tem essa... sensibilidade? De chegar, recepcionar a turma e perguntar, falar, esclarecer o que tem na UFU? (Diário de Campo – Apêndice E).

Além da dificuldade de se manter uma articulação entre o setor de atendimento especial e as coordenações e da não continuidade de um atendimento diferenciado, como já dito anteriormente, os estudantes com TDA/H e Dislexia não são assistidos pelo CEPAE e nem pela Divisão de Assistência e Orientação Social (Diase); eles recebem um atendimento individualizado em outro setor da UFU,⁶⁶ porém de forma espontânea, ou seja, situação em que o próprio estudante procura o serviço, o que muitas vezes não ocorre.

Assim, a oferta de atendimento especial para pessoas com TDA/H e Dislexia, a nosso ver, contribui para a proliferação de laudos e uso de fármacos para sanarem seus distúrbios e/ou os potencializarem cognitivamente para conseguirem ingressar em cursos superiores, em geral, de grande concorrência. Assim como exposto por Souza (2007) “é preciso que fiquemos atentos para que nossos atendimentos não estejam a serviço da ocultação de funcionamentos escolares insatisfatórios ou danosos, através da psicologização das dificuldades de alfabetização – e outras de origem escolar” (p. 139). Neste sentido, é necessário que as IES revejam seus programas voltados a tais especificidades, para não corroborarem ações que acabam privilegiando indevidamente alguns candidatos e reafirmam transtornos inexistentes.

⁶⁶ Fizemos contato telefônico com o setor, porém, para não identificar o profissional optamos por não apresentar as informações levantadas.



Fonte: <https://prolu.wordpress.com/tag/pensamento/page/2/>

6 Considerações Finais

A medicalização da educação, constatada há tempos por autores como Moysés e Collares (1992; 1997; 2010, 2013), Collares e Moysés (1994), Moysés (2001; 2010) Eidt e Tusleki (2007, 2010), Eidt et al. (2014), Meira (2012), Viégas et al. (2014) e Leonardo et al. (2017) também chegou ao Ensino Superior. Entretanto, neste âmbito os estudos ainda são incipientes, o que justifica a realização desta pesquisa, que teve como objetivo conhecer e analisar os laudos de Dislexia e TDA/H utilizados para o ingresso no Ensino Superior na Universidade Federal de Uberlândia, a partir das contribuições da Teoria Histórico-Cultural, e, como objetivo específico, propor contribuições da Psicologia Escolar no enfrentamento da medicalização no Ensino Superior.

No capítulo 1, intitulado “O processo de Medicalização da educação”, fizemos um resgate do termo medicalização, além de abarcarmos os conceitos de TDA/H e Dislexia, problematizando o complexo processo de ensino e aprendizagem da escrita, em contraposição às definições de Dislexia e, apresentamos o metilfenidato, um fármaco utilizado no tratamento, principalmente, do TDA/H, que traz uma série de efeitos colaterais, rodeado por controversas.

No capítulo 2, nomeado “A Teoria Histórico-Cultural”, sentimos a necessidade de apresentar um breve histórico acerca da teoria, ao passo que esta fundamentou nosso estudo e foi essencial para nos ajudar a traçar e delinear nossa pesquisa. Discorremos sobre alguns conceitos chave da teoria, como as FPS, a formação da atenção como uma função superior e também, embasadas pela abordagem da Teoria Histórico-Cultural, fizemos alguns apontamentos sobre juventude.

No capítulo 3, “O Ensino Superior”, nos deparamos com a necessidade de apresentar a constituição deste nível de ensino, uma vez que este se mostra como pano de fundo de nossa pesquisa e, também, um novo cenário em que se têm tecido práticas medicalizantes. Apresentamos alguns apontamentos sobre as formas de ingresso no Ensino Superior, tais como o vestibular e o ENEM e, por fim, abordamos a atuação do psicólogo escolar neste nível superior de ensino.

No capítulo 4, apresentamos nosso percurso metodológico, em que adotamos a pesquisa qualitativa, em coerência com todo o processo da pesquisa. O estudo foi organizado em cinco fases, a saber: 1) Revisão Bibliográfica sobre o tema; 2) levantamento dos requerimentos e laudos junto ao setor de atendimento especial da UFU; 3) entrevista; 4) participação na aplicação da prova junto ao setor de atendimento especial; e 5) análise relativa ao levantamento dos requerimentos, elementos da entrevista e excertos dos diários de campo.

No capítulo 5, “Sobre laudos, requerimentos & medicamentos: o que o levantamento nos conta?”, analisamos as informações compreendidas ao longo da pesquisa, de acordo com as fases descritas anteriormente. De forma geral, encontramos 96 candidatos, sendo a maioria homens, com requerimentos de atendimento especial apresentando laudo de TDA/H e Dislexia, entre outras comorbidades. O curso de opção que mais apareceu no levantamento foi Medicina, totalizando mais de 50% do total de candidatos. Destes 96 candidatos, 41 estavam em uso de medicamentos, sendo que 32 destes utilizavam metilfenidato ou Dimesilato de Lisdexanfetamina (Venvanse®).

Após a leitura cuidadosa dos requerimentos e laudos, da entrevista e do diário de campo, elencamos cinco eixos para análise. No primeiro, “A supremacia médica: o status do ‘doutor’”, discorremos sobre a prevalência do saber médico sobre os demais, da extrema valorização desta profissão em nossa sociedade e a grande procura pelo curso de Medicina, considerando que a maior parte dos candidatos que apresentou o requerimento tinha esta profissão em seu horizonte. O segundo, “Escola ou farmácia?: dói muito fazer vestibular?”, traz questionamentos tanto sobre o uso de remédios associados ao diagnóstico no ato da prova do vestibular quanto sobre esse difícil processo ao qual tantos jovens se submetem devido ao insuficiente número de vagas no Ensino Superior e à desigualdade de oportunidades em nosso sistema educativo. No terceiro eixo, “A apropriação dos sintomas e a naturalização dos efeitos colaterais”, abordamos o quanto os candidatos se caracterizam pelos sintomas dos transtornos que possuem, constituindo-se a partir destes. No quarto eixo, “Deficiência, transtorno, disfunção ou “história pra boi dormir”? Afinal, o que são TDA/H e Dislexia?”, questionamos a existência desses supostos transtornos, uma vez que

sofrem alterações em seus conceitos e nomenclaturas constantemente, além de deslocarem para a dimensão individual e orgânica questões de ordem pedagógica, social e cultural. E no quinto e último eixo, “Se o TDA/H e a Dislexia não são deficiências, por que inclui-los no atendimento especial?”, apresentamos argumentos para que esses transtornos não sejam atendidos de forma especial na Universidade, justamente por incitarem, a nosso ver, o fenômeno da medicalização.

Mediante o exposto neste trabalho, propomos que o atendimento especial para pessoas com laudo de Dislexia e TDA/H seja repensado. Seria possível formar uma comissão da própria UFU para avaliar esses pedidos e compreender a real necessidade destes que o solicitam? Seria possível requisitar, no próprio edital do vestibular, que o laudo médico/psicológico contivesse histórico do transtorno, como por exemplo, a idade em que o candidato foi diagnosticado e/ou começou a apresentar os sintomas? Conforme um dos critérios definidos pelo próprio DSM V (2014), o sujeito deve apresentar o início dos sintomas de TDA/H até os 12 anos de idade, porém, como relatado no levantamento, este dado não aparece na maioria dos laudos, ficando notório que os candidatos acabam recebendo o diagnóstico em torno dos 17 ou 18 anos de idade, próximo à data do processo seletivo. Apesar de o edital requisitar do candidato laudo atualizado e recente, é minimamente curioso que a maioria destes não faz referência a um histórico anterior de sintomas, não é mesmo?

Neste contexto, a psicóloga escolar pode compor a comissão de processos seletivos, fornecendo embasamento teórico-prático para lidar com esta demanda que tem invadido, cada vez mais, as universidades. Também pode orientar docentes e coordenadores de curso em relação ao manejo dessas questões, considerando a desconstrução de laudos que rotulam e aprisionam os estudantes e retiram o foco de um sistema educacional excludente e injusto.

Além disso, como já ressaltado, acreditamos que as pessoas aprendem de formas diferentes e em tempos diferentes. Nesta perspectiva, seria possível flexibilizar as formas de avaliação do vestibular, abrangendo para todos os candidatos as possibilidades de recursos, na ausência de um diagnóstico que ateste algum suposto transtorno? Ou melhor: e se lutássemos para o maior acesso

ao Ensino Superior e mais IES públicas, de modo que quem quisesse seguir uma profissão de nível superior pudesse ter tal oportunidade?

Para a Teoria Histórico-Cultural, a educação de modo geral e, sobretudo a educação escolar, tem papel preponderante no desenvolvimento, pois este não se delinea como um mero amadurecimento de características biológicas e inatas, mas é um processo histórico e cultural, configurado pela aprendizagem, pela apropriação do conhecimento científico e cultural criado pela humanidade. “O desenvolvimento cultural se superpõe aos processos de crescimento, maturação e desenvolvimento orgânico da criança, formando com ele um todo” (Vygotski, 1995, p. 36). Nessa perspectiva, se é pela e na interação com o outro que nos constituímos reciprocamente, são justamente essas interações que precisam ser consideradas tanto na pesquisa como em qualquer prática relativa aos processos de ensino e aprendizagem. Vigotski (Vygotski, 1995) criticava estudos assépticos que levavam em conta somente as características com que o sujeito nascia, desconsiderando o seu entorno social e cultural: “é a sociedade e não a natureza que deve figurar em primeiro lugar como o fator determinante da conduta do homem. Nisso consiste toda a ideia do desenvolvimento cultural da criança.” (Vygotski, 1995, p. 89).

Embora Vigotski refira-se à criança, suas concepções sobre desenvolvimento, ensino e aprendizagem também se estendem ao adolescente que busca adentrar na Universidade e oferecem uma chave de compreensão para quebrarmos uma lógica que trata como doentes pessoas que não o são e, por tal via, acabam recebendo privilégios para a entrada no Ensino Superior.

Assim como retratado na charge acima, estamos vivendo na era dos diagnósticos em que tudo pode ser resolvido por um laudo que ateste impossibilidades, inseguranças e demais contradições derivadas da atual produção social da existência humana, que de fato, não são individuais, mas sim sociais. Até quando esta prática indiscriminada de emissão e solicitação de laudos por profissionais na saúde será tolerada?

Considerando, como escrevemos anteriormente, a função da escola no desenvolvimento da atenção voluntária (nos diferentes níveis de ensino), o que significa assumir que dificuldades neste

sentido precisam ser cuidadas em âmbito pedagógico e social e não individual e médico,⁶⁷ ressaltamos contribuições da Psicologia Escolar na elaboração de projetos voltados à autorregulação desta FPS, seja no Ensino Superior, seja no Ensino Médio.

Finalizando, acreditamos que este estudo venha a contribuir não só para alertar, mas também, denunciar práticas medicalizantes que têm acontecido em tantos contextos, sendo o Ensino Superior um deles. Propugnamos uma educação superior que seja acessível a quaisquer estudantes que tenham interesse em prosseguir seus estudos neste nível de ensino e que, em sua escolarização pregressa, sejam respeitados e auxiliados em seus diferentes modos e tempos de aprender e que não tenham sido induzidos a crer ou lançar mão de um pseudotranstorno, como a Dislexia e o TDA/H, como privilégio para o ingresso na Universidade.

⁶⁷ Excluindo-se obviamente, aqueles casos em que comprovadamente há um problema orgânico real, relacionados a uma deficiência ou doença.

Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2012). Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC*. 2(2), 1-14. Recuperado em 26 de junho de 2017 de http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigeido_2.pdf
- Aguiar, A. A. (2004). *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumará. Recuperado em 15 de novembro de 2017, de <https://laboratoriodesensibilidades.files.wordpress.com/2017/08/a-psiquiatria-no-divacc83-adriano-amaral-de-aguiar.pdf>.
- Ajuriaguerra, J. et al. (1984). *A dislexia em questão: dificuldades e fracassos na aprendizagem da língua escrita*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Almeida, F. H. (2009). *Orientação de pais com filhos em processo de escolha profissional: uma intervenção em grupo operativo* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Recuperado em 20 de dezembro de 2017, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-03082009-143254/pt-br.php>
- Almeida, M. E. G. G, & Pinho, L. V. (2008). Adolescência, família e escolhas: implicações na orientação profissional. *Psicologia Clínica*, 20(2), 173-184. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652008000200013>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3ª ed.). Washington D/C, EUA.
- Angell, M. (2007). *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro, RJ: Record.
- Associação Americana de Psiquiatria . (1989). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais* (L. H. S. Barbosa, Trad., S. Giordano Jr., Rev., 3ª ed. – Revisão). São Paulo: Manole.

Associação Americana de Psiquiatria. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (D. Batista, Trad., 4ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. Recuperado em 26 de junho de 2017, de <http://blogdapsicologia.com.br/unimar/wp-content/uploads/2015/05/DSM-IV-TR.pdf>.

Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (C. Dornelles, Trad., 4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed. Recuperado em 26 de junho de 2017, de <http://blogdapsicologia.com.br/unimar/wp-content/uploads/2015/12/248320024-Manual-Diagnostic-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>.

Associação Brasileira de Dislexia. (2016a). *O que é Dislexia?* Recuperado em 11 de agosto de 2017, de <http://www.Dislexia.org.br/o-que-e-Dislexia/>

Associação Brasileira de Dislexia. (2016b). *Como interagir com o disléxico em sala de aula.* Recuperado em 14 de março de 2018, de <http://www.dislexia.org.br/como-interagir-com-o-dislexico-em-sala-de-aula/>

Associação Brasileira de Dislexia. (2017). *Como é feita a intervenção?* Recuperado em 15 de agosto de 2017, de <http://www.Dislexia.org.br/como-e-feita-a-intervencao/>

Associação Brasileira do Déficit de Atenção. (2016 a). *Tirando dúvidas: direito das pessoas com TDAH.* Recuperado em 26 de abril de 2017, de <http://www.tdah.org.br/br/artigos/textos/item/1163-tirando-d%C3%BAvidas-direito-das-pessoas-com-tdah.html>

Associação Brasileira do Déficit de Atenção. (2016 b). *TDAH no Adulto – estudos recentes.* Recuperado em 01 de setembro de 2017, de <http://tdah.org.br/br/artigos/textos/item/1144-tdah-no-adulto-%E2%80%93-estudos-recentes.html>

- Associação Brasileira do Déficit de Atenção. (2017). *Tabela Projetos de Lei*. Recuperado em 11 de agosto de 2017, de http://www.tdah.org.br/images/stories/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção. (s.d.a). *O que é TDAH*. Recuperado em 01 de setembro de 2017, de <http://www.tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção. (s.d.b). *Diagnóstico adulto*. Recuperado em 27 de abril de 2017, de <http://www.tdah.org.br/sobre-tdah/diagnostico-adultos.html>
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção. (s.d.c). *Sobre TDAH. Tratamento*. Recuperado em 29 de agosto de 2017, de <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/tratamento.html>
- Ávila, S., & Grossi, M.P. (2010). Transexualidade e movimento transgênero na perspectiva da diáspora *queer*. In *Congresso da Associação Brasileira de Estudos da Homocultura*, Natal, 2010. Recuperado em 11 de agosto de 2017, de <http://nigs.paginas.ufsc.br/files/2012/01/transexualidade-e-movimento-transg%C3%8Anero-na-perspectiva-da-di%C3%81spora-queer-simone-%C3%81vila-e-miriam-pillar-grossi.pdf>
- Barbosa, D. R., Silva, M. J. Jr., & Murakami, K. (2009). A doença do Tom Cruise: uma experiência de estágio em intervenção psicoeducacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 13(2), 357-359. Recuperado em 10 de outubro de 2017, de <https://doi.org/10.1590/S1413-85572009000200022>
- Barbosa, F. M. (2013). *O processo de ensinar-aprender uma perspectiva crítica em Psicologia Escolar e Educacional: histórias compartilhadas por uma supervisora e uma estagiária* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia). Recuperado em 02 de novembro de 2015, de <http://www.pgpsi.ip.ufu.br/sites/pgpsi.ip.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Fabiana%20Marques%20Barbosa.pdf>
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed.

- Barroco, S. M. S., Facci, M. G. D., & Moraes, R. J. S. (2017). Posicionamento da Psicologia ante o crescimento da medicalização: considerações educacionais. In N. S. T. Leonardo, Z. F. R. G. Leal, & A. F. Franco (Orgs.), *Medicalização da Educação e Psicologia Histórico-Cultural: em defesa da emancipação humana* (pp. 17-41). Maringá, PR: Eduem.
- Barros, A. S. X. (2014). Vestibular e Enem: um debate contemporâneo. *Ensaio: aviação e políticas públicas em Educação*, 22(85), 1057-1090. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362014000400009>
- Barros, D. B. (2009). *Aprimoramento cognitivo farmacológico: grupos focais com universitários* (Dissertação de mestrado). Universidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em 03 de agosto de 2017, de http://www.bdttd.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2012-05-11T150027Z-2273/Publico/Denise%20Borges%20Barros-Dissertacao.pdf
- Barros, D. B., & Ortega, F. (2011). Metilfenidato e Aprimoramento Cognitivo Farmacológico: representações sociais de universitários. *Saúde e Sociedade*, 20(2), 350-362. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200008>
- Belmiro, D. (2016, 10 de abril). Falsos Cotistas viram alvo de universitários: fraudes foram denunciadas por coletivos de estudantes de universidades federais na Bahia e no Espírito Santo. *Folha de São Paulo* (p.11).
- Bernardes, M. E. M., Asbahr, F. da S. F. (2007). Atividade pedagógica e o desenvolvimento das funções psicológicas superiores. *Perspectiva (UFSC)*, 25(2), 315-342. doi: <https://doi.org/10.5007/%x>
- Bisinoto, C., & Marinho-Araujo, C. M. (2010). A atuação da Psicologia Escolar na Educação Superior do Distrito Federal/Brasil. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 2509-2524). Portugal: Universidade do Minho.
- Bittencourt, M. (2016, 5 de abril). Aluna da BA que se disse quilombola é condenada. *Folha de São Paulo* (p.4).

- Bock, A. M. B. (2007). A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 63-76. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572007000100007>
- Borel-Maisonny, S. (1984). Resposta de S. Borel-Maisonny. In J. Ajuriaguerra, *A dislexia em questão: dificuldades e fracassos na aprendizagem da língua escrita* (pp. 61-71). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bosi, E. (2003). *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo, SP: Ateliê Editorial.
- Brant, L. C., & Carvalho, T. R. F. (2012). Metilfenidato: medicamento *gadget* da contemporaneidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(42), 623-636. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300004>
- Breggin, P. R. (2006). Intoxication Anosognosia: The Spellbinding Effect of Psychiatric Drugs. *Ethical Human Psychology and Psychiatric*, 8(3), 201-215. Recuperado em 03 de julho de 2017, de <https://doi.org/10.1891/ehppij-v8i3a003>
- Brites, C. (2017, 11 de abril). O uso de metilfenidato no tratamento de crianças e adolescentes com Dislexia e TDAH. *ABDA*. Recuperado em 29 de agosto de 2017, de <http://www.Dislexia.org.br/o-uso-de-metilfenidato-no-tratamento-de-criancas-e-adolescentes-com-Dislexia-e-tdah/>.
- Brum, E. (2012, 10 de setembro). Doutor Advogado e Doutor Médico: até quando?: Por que o uso da palavra “doutor” antes do nome de advogados e médicos ainda persiste entre nós? E o que ela revela do Brasil? *Revista Época*. Recuperado em 20 de dezembro de 2017, de <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2012/09/doutor-advogado-e-doutor-medico-ate-quando.html>.
- Brum, E. (2016, 04 de julho). Exaustos-e-correndo-e-dopados. *El país*. Recuperado em 11 de julho de 2018, de https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/04/politica/1467642464_246482.html.

- Caldas, R. F. L., Souza, M. P. R. (2014). Recuperação escolar: uma análise crítica a partir da Psicologia Escolar. *Psicologia Escolar e Educacional*, 18(1), 17-25. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572014000100002>
- Calia, A. D., & Ribeiro, M. C. F. (2015). A medicalização da Educação e sua estreita relação com a dependência de drogas: "novas embalagens para antigos interesses". In *Anais do XII Congresso de Psicologia Escolar e Educacional - CONPE e 37th Conference ISPA* (pp. 176-200). São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 06 de julho de 2017, de <https://abrapee.files.wordpress.com/2015/10/anais-xii-conpe-versc3a3o-final.pdf>
- Caliman, L. V. (2012). Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. In: *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo. Recuperado em 14 de março de 2018, de https://cadernosdesubjetividade.files.wordpress.com/2013/09/cadernos2012_baixaresolucao.pdf.
- Caliman, L. V., & Rodrigues, P. H. (2014). A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH. Maringá: *Psicologia em Estudo*, 19(1), 125-134. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590012>
- Carvalho, T. R. F., Brant, L.C., & Melo, M. B. (2014). Exigências de produtividade na escola e no trabalho e o consumo de Metilfenidato. *Educação & Sociedade*, 35(127), 587-604. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302014000200014>
- Cassins, A. M., Paulo, E. P. Jr., Voloschen, F. D., Conti, J., Haro, M. E. N., Escobar, M., . . . & Schmidt, V. (2007). *Manual de Psicologia Escolar – Educacional*. Curitiba, PR: Gráfica e Editora Unificado. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de <http://www.portal.crppr.org.br/download/157.pdf>
- Chagas, J. C., & Pedroza, R. L. S. (2016). Patologização e Medicalização da Educação Superior. *Teoria e Pesquisa*, 32(especial), e32ne28. Epub 23 de março de 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne28>

- Coelho, F. M. S., Elias, R. M., Pradella-Hallinan, M., Bittencourt, L. R. A., & Tufik, S. (2007). Narcolepsia. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(3), 133-138. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000300005>
- Coimbra, C. C., Bocco, F., & Nascimento, M. L. (2005). Subvertendo o conceito de adolescência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 2-11. Recuperado em 24 de agosto de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672005000100002
- Coimbra, C. M. B. (2004). Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. *Mnemosine*, 1(0), 48-52. Recuperado em 06 de julho de 2017, de http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/20/pdf_6
- Collares, C. A. L., & Moysés, M. A. A. (1994). A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação). *Série Ideias*, 23, pp. 25-31. Recuperado em 13 de julho de 2017, de http://www.crmariocovas.sp.gov.br/amb_a.php?t=008.
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21. Recuperado em 02 de agosto de 2017, de https://www.jstor.org/stable/799624?seq=1#page_scan_tab_contents.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, pp. 7-2004. Recuperado em 02 de agosto de 2017, de <http://www.easewellbeing.co.uk/downloads/Peter-Conrad-The-Medicalization-of-Society.pdf>.
- Conselho Federal de Medicina. (2014). *Síndrome de Irlen: Falta de evidências científicas que justifiquem a prescrição das lentes e óculos* (Parecer). Recuperado em 27 de julho de 2018 de http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2014/21_2014.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Subsídios para a campanha não à medicalização da vida*. Recuperado em 14 de maio de 2018 de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf

- Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais. (2016). *Nota explicativa sobre Psicologia Escolar e Educacional*. Recuperado em 30 de junho de 2017, de <http://www.crpmg.org.br/GeraConteudo.asp?materiaID=5962>
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2011). *Mapeamento do uso do medicamento Cloridrato de Metilfenidato*. Recuperado em 01 de junho de 2018, de <http://medicalizacao.com.br/wp-content/uploads/2012/11/Mapeamento-Medicalizacao-2fase.pdf>
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (2010). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Costa, J. F. (2004). *Ordem médica e norma familiar* (5ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Costa, S. M., Durães, J. A. S., Abreu, M. H. N. G., Bonan, P. R. F., & Vasconcelos, M. (2010). Motivos de escolha da Odontologia: vocação, opção ou necessidade? *Arquivo sem Odontologia*, 46(1), 28-37. Recuperado em 20 de dezembro de 2017, de <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n1/a05v46n1.pdf>.
- Coutinho, G., Mattos, P., Schmitz, M., Fortes, D., & Borges, M. (2009). Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira. *Archives of Clinical Psychiatry*, 36(3), 97-100. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000300003>
- Cruz, T. C. S. C., Barreto, E. P. S. Jr., Gama, M. L. M., Maia, L. C. de M., Melo, L. C. M. Filho, Manganoti, O. Neto, & Coutinho, D. M. (2011). Uso não-prescrito de Metilfenidato entre estudantes de Medicina da Universidade Federal Da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, 81(1), 3-6. Recuperado em 10 de outubro de 2017, de <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1148/1082>
- Cury, D. G. (2012). *A relação entre professor e aluno no Ensino Superior vista por meio da reprovação* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia,

MG, Brasil. Recuperado em 10 de outubro de 2017, de <http://www.pgpsi.ip.ufu.br/sites/pgpsi.ip.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/DissertacaoDanielGoncalvesCury.pdf>

D' Avila, G. T., & Soares, D. H. P. (2003). Vestibular: fatores geradores de ansiedade na cena da prova. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 4(1-2), 105-116. Recuperado em 27 de dezembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902003000100010

Decotelli, K. M., Bohrer, L. C. T., & Bicalho, P. P. G. (2013). A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder – notas sobre clínica e política. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 446-459. doi <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200014>

Decreto n.º 11.530. *Dispõe sobre a instituição de uma universidade pelo poder central*. Diário Oficial da, p. 3028 (1915). Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-11530-18-marco-1915-522019-republicacao-97760-pe.html>.

Decreto n.º 14.343. *Institui a Universidade no Rio de Janeiro*. Diário Oficial da União, p. 15115 (1920). Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14343-7-setembro-1920-570508-publicacaooriginal-93654-pe.html>.

Decreto n.º 3298. *Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências*. Diário Oficial da União, p. 10 (1999). Recuperado de http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%203.298-1999?OpenDocument.

Decreto n.º 5.773. *Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e seqüenciais no sistema federal de ensino*. Diário Oficial da União, p. 6 (2006). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5773.htm.

Decreto n.º 6.949. *Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.*

Diário Oficial da União, p. 3 (2009). Recuperado em 10 de julho de 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm

Decreto n.º 6096. *Dispõe sobre a ampliação de estrutura física e cursos ofertados no nível superior de ensino.* Diário Oficial da União, p. 7 (2007). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm.

Decreto n.º 8.659. *Aprova a lei Orgânica do Ensino Superior e do Fundamental na República.* Diário Oficial da União, p. 3983 (1911). Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8659-5-abril-1911-517247-publicacaooriginal-1-pe.html>.

Decreto n.º 12.711. *Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências.* Diário Oficial da União, p. 1 (2012). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm.

Decreto n.º 7.611. *Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências.* Diário Oficial da União, p. 12 (2011). Recuperado em 10 de julho de 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm

Deliberação CEE n.º 9/97. (1997). *Institui, no Sistema de Ensino do Estado de São Paulo, o regime de progressão continuada no ensino fundamental.* Recuperado em 04 de julho de 2018, de http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/diretrizes_p0820-0830_c.pdf.

Domingues, C. M. A. S., & Alvarenga, A. T. (1997). Identidade e sexualidade no discurso adolescente. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 7(2), 36-63. doi: <https://doi.org/10.7322/jhgd.38564>

Domingues, P. (2005). Ações afirmativas para negros no Brasil: o início de uma reparação histórica. *Revista Brasileira de Educação*, (29), 164-176. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782005000200013>

- Eidt, N. M., & Tuleski, S. C. (2007). Discutindo a medicalização brutal em uma sociedade hiperativa. In M. E. M. Meira, & M. G. D. Facci (Orgs.), *Psicologia histórico-cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação* (pp.221-248). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Eidt, N. M., & Tuleski, S. C. (2010). Transtorno De Déficit De Atenção/ Hiperatividade E Psicologia Histórico-Cultural. *Cadernos de Pesquisa*, 40(139), 121-146. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742010000100007>
- Eidt, N. M., Tuleski, S. C., & Franco, A. F. (2014). Atenção não nasce pronta: O desenvolvimento da atenção voluntária como alternativa à medicalização. *Nuances: estudos sobre Educação*, 25(1), 78-96. doi: <https://doi.org/10.14572/nuances.v25i1.2759>
- Facci, M. G. D. (2004). *Valorização ou esvaziamento do trabalho? Um estudo crítico-comparativo da teoria do professor reflexivo, do construtivismo e da psicologia vigotskiana*. Campinas, SP: Autores Associados.
- Facci, M. G. D. (2007). “ – Professora, é verdade que ler e escrever é uma coisa fácil?” – Reflexões em torno do processo de ensino aprendizagem na perspectiva vigotskiana. In M. E. M. Meira & M. G. D. Facci (Org.), *Psicologia Histórico-Cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação* (pp. 135-155). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Faculdade de Medicina. (2008). *Grade curricular do curso de graduação em Medicina*. Recuperado em 13 de junho de 2018, de <http://www.famed.ufu.br/sites/famed.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/Grade%20Curricular%20-%20novos%20comp%20optativos.pdf>
- Fávero, M. L. (2006). A universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. *Educar*, (28), 17-36. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-40602006000200003>

- Felicetti, V., & Costa Morosini, M. (2009). Equidade e iniquidade no ensino superior: uma reflexão. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 17(62), 9-24. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362009000100002>
- Ferreira, A. B. H. (2010). *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. Curitiba: Positivo.
- Ferreiro, E. (1988). *Reflexões sobre alfabetização*. São Paulo: Cortez: Autores Associados.
- Ferreiro, E., & Teberosky, A. (1985). *Psicogênese da língua escrita* (4ª ed). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. (2010). *Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*. Recuperado em 11 de agosto de 2017, de <http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/>.
- Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. (2015). *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*. Recuperado em 15 de maio de 2017, de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf.
- Foucault, M. (1974). *Histoire de la médicalisation* (Segunda Palestra no Curso de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, outubro de 1974). Recuperado em 11 de julho de 2018, de http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/15679/HERMES_1988_2_13.pdf;jsessionid=43C1A07BD3948D6C4131ACFC439F6198?sequence=1
- Foucault, M. (2006). *Microfísica do poder*. São Paulo, SP: Edições Graal.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Fundação Universitária para o Vestibular. (2017). *Edital vestibular*. Recuperado em 17 de junho de 2017, de <http://www.fuvest.br/vest2017/manual/fuvest.2017.manual.pdf>

- Fusari, J. C. (1992). A Formação Continuada de Professores no Cotidiano da Escola Fundamental. *Serie Ideias*, 12, 25-33. Recuperado em 11 de agosto de 2017, de http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_12_p025-034_c.pdf
- Garcia Paes, M. F. A. S., & Scicchitano, R. M. J. (2008). 20 anos depois: Uma pesquisa sobre problemas de aprendizagem na atualidade. *Revista de Psicopedagogia*, 146-157. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862008000200007
- Gentili, P. (2007). Adeus à escola pública – a desordem neoliberal, a violência do mercado e o destino da educação das majorias. In P. Gentili (Org.), *Pedagogia da exclusão: o neoliberalismo e a crise da escola pública* (pp. 228-252, 13ª ed). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Gisi, M. L. (2006). A Educação Superior no Brasil e o caráter de desigualdade do acesso e da permanência. *Revista Diálogo Educacional*, 6(17), 97-112. doi: <https://doi.org/10.7213/rde.v6i17.6740>.
- Goffman, E. (2004). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (M. Lambert, Trad., 4ª ed). Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3245337/mod_resource/content/1/GOFFMAN%20%20E.%20Estigma%20notas%20sobre%20a%20manipula%C3%A7%C3%A3o%20da%20identidade%20deteriorada..pdf
- Gómez, G., Flores, J., & Jiménez, E. (2002). *Metodologia de la Investigacion Cualitativa*. Málaga, Espanha: Ediciones Aljibe.
- Gonçalves, G. (2015, 31 de julho). Concorrência em medicina faz idade de calouros da USP subir, diz estudo: levantamento analisou dados da USP, Unifesp, Unicamp e Unesp. *Portal de Notícias G1*. Recuperado em 04 de julho de 2017, de <http://g1.globo.com/educacao/noticia/2015/07/concorrenca-em-medicina-faz-idade-de-calouros-da-usp-subir-diz-estudo.html>

- González Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo, SP: Pioneira Thonson Learning.
- Graça, C. S. G. (2013). *Consumo de estimulantes cerebrais nos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã. Recuperado em 10 de outubro de 2017, de <http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1461/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Carina%20Gra%C3%A7a.pdf>
- Grevet, E. H., Abreu, P. B., & Shansis, F. (2003). Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(3), 446-452. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000300006>
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151-161. doi: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022007000100010>
- Guzzo, R. S. (2007). Diálogo Psicologia e Educação. In A. V. Bastos, & N. M. Rocha (Orgs.), *Psicologia: novas direções no diálogo com outros campos do saber* (pp. 357-378). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Iacoponi, E. (1999). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 132. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000200014>
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: Nêmensis da Medicina* [versão digital]. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira. Recuperado em 10 de agosto de 2017, de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3205.pdf>

- Illich, I. (1985). *Sociedade sem escolas* [versão digital]. Petrópolis, RJ: Vozes. Recuperado em 15 de novembro de 2017, de http://www.bunkerdacultura.com.br/books/ivan_illich_sociedade_sem_escolas.pdf.
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2012). *O atendimento diferenciado no ENEM*. Recuperado em 27 de abril de 2017, de http://download.inep.gov.br/educacao_basica/enem/nota_tecnica/2012/atendimento_diferenciado_enem_2012.pdf
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2013). *Sítio do Enem*. Recuperado em 31 de julho de 2017, de <<http://portal.inep.gov.br/web/enem/enem>>.
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2016). *Sinopse Estatística da Educação Superior 2016*. Recuperado em 11 de junho de 2018 de <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>>.
- International Dyslexia Association. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDA/H) y Dislexia Recuperado em 30 de junho de 2017, de <https://app.box.com/s/fm3fge7e8xodk85um4deqwy9eumkdbg4>
- Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda. (2017). *Concerta* (Identificação do medicamento). Recuperado em 14 de maio de 2017, de [http://www.janssen.com/brasil/sites/www_janssen_com_brazil/files/product/pdf/concerta_p_ub07_vp_0.pdf\[T1\]](http://www.janssen.com/brasil/sites/www_janssen_com_brazil/files/product/pdf/concerta_p_ub07_vp_0.pdf[T1]) .
- Kaiser, M. (2011, 20 de setembro). Geração Ritalina. *Revista Trip*. Recuperado em 13 de maio de 2017, de <http://revistatrip.uol.com.br/trip/geracao-ritalina>
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153-165. Recuperado em 15 de junho de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&tlng=pt.

- Klayman, A. (Produtor). (2018). *Take your pills*. [online]. Disponível em <https://www.netflix.com/watch/80117831?trackId=13752289&tctx=0%2C0%2Cf483ce8e81386d824ff10fee90c817691d006aa1%3A28af2a86b9c8805ea667529d167168b94cfa2a5d%2C%2C>
- Kohler, C. (1984). Resposta de C. Kohler: Disléxicos, disortográficos, ou “maus leitores” e “maus escritores”? In J. Ajuriaguerra, *A dislexia em questão: dificuldades e fracassos na aprendizagem da língua escrita* (pp. 109-114). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Lage, D. C., Gonçalves, D. F., Gonçalves, G. O., Ruback, O. R., Motta, P. G., Valadão, A. F. (2015). Uso de Metilfenidato pela População Acadêmica: Revisão de Literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 10(3), 31-39. Recuperado em 27 de dezembro de 2017, de https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150501_173303.pdf
- Leal, Z. F. R. G. (2010). *Educação escolar e constituição da consciência: um estudo com adolescentes a partir da psicologia histórico-cultural* (Tese de Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Leão, M. R.C., Riesco, M. L. G., Schneck, C. A., & Angelo, M. (2013). Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), 2395-2400. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>
- Learn Genetics. (s.d). *Ritalin and Cocaine: The Connections and the Controversy*. Recuperado em 17 de maio de 2017, de <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/ritalin/>.
- Lei n.º 11.096. *Institui o Programa Universidade para Todos - PROUNI, regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior; altera a Lei no 10.891, de 9 de julho de 2004, e dá outras providências*. Diário Oficial da União, p. 7 (2005). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111096.htm.

- Lei n.º 116. *Institui a Campanha de informação s/ TDAH em agosto de cada ano.* (2011). Recuperado em 10 de julho de 2018, de http://tdah.org.br/wp-content/uploads/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf
- Lei n.º 12.842. *Dispõe sobre o exercício da medicina.* Diário Oficial da União, p. 1 (2013). Recuperado de <http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=591290&id=14371425&idBinario=15612938&mime=application/rtf>.
- Lei n.º 15.113. *Dispõe sobre a implantação do programa de identificação e tratamento do Transtorno Do Déficit De Atenção e Hiperatividade na rede estadual de ensino e adota outras providências.* Diário Oficial do Estado de Santa Catarina (2010). Recuperado de <http://www.leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-15113-2010-santa-catarina-dispoe-sobre-a-implantacao-do-programa-de-identificacao-e-tratamento-do-transtorno-do-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-na-rede-estadual-de-ensino-e-adota-outras-providencias>
- Lei n.º 17674. *Institui a Semana Estadual de Informação e Conscientização sobre o TDAH no estado do Paraná.* Diário Oficial do Estado do Paraná (2013). Recuperado em 10 de julho de 2018, de http://tdah.org.br/wp-content/uploads/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf
- Lei n.º 22420. *Institui a Semana de Informação e Conscientização sobre o TDAH, no estado de Minas Gerais.* Diário Oficial do Estado de Minas Gerais (2016). Recuperado em 10 de julho de 2018, de http://tdah.org.br/wp-content/uploads/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf
- Lei n.º 2954. *Institui a Semana de Informação e Conscientização sobre o TDAH, no estado do Acre.* Diário Oficial do Estado do Acre (2014). Recuperado em 10 de julho de 2018, de http://tdah.org.br/wp-content/uploads/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf
- Lei n.º 4.119. *Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo.* Diário Oficial da União, p. 9253 (1962). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L4119.htm.

- Lei n.º 5416. *Dispõe sobre as diretrizes adotadas pelo Município para realizar a orientação a pais e professores da Cidade do Rio de Janeiro sobre as características do transtorno do déficit de atenção –TDA.* Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro (2012). Recuperado de <http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/7cb7d306c2b748cb0325796000610ad8/7d430b59fbdf970103257a0e00716828?OpenDocument>
- Lei n.º 6308. *Altera a Lei n.º 5645, de janeiro de 2010, incluindo no calendário oficial do estado do Rio de Janeiro, a semana estadual de informação e conscientização sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH.* Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro (2012). Recuperado de <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/1032876/lei-6308-12>
- Lei n.º 712. *Institui medidas para a identificação e tratamento da Dislexia e do TDAH nas redes pública e privada do município de Pirenópolis (GO).* Diário Oficial do Município de Pirenópolis (2012). Recuperado de http://umdiacomtdah.blogspot.com.br/2012/07/camara-municipal-de-pirenopolis-go-lei_12.html.
- Lei n.º 7354. *Institui o programa e diagnóstico e tratamento do TDAH, no estado do Rio de Janeiro.* Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro (2016). Recuperado em 10 de julho de 2018, de http://tdah.org.br/wp-content/uploads/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf
- Lei n.º 8069. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.* Diário Oficial da União, p. 2 (1990). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
- Lei n.º 8080. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Diário oficial da União. (1990). Recuperado em 10 de julho de 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Lei n.º 9.394. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB.* Diário Oficial da União, p. 27833 (1996). Recuperado de http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/LF9394_96.pdf

- Leite, H. A., & Tuleski, S. C. (2011). Psicologia Histórico-Cultural e desenvolvimento da atenção voluntária: novo entendimento para o TDAH. *Psicologia Escolar e Educacional*, 15(1), 111-119. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572011000100012>
- Leonardo, N. S. T., Leal, Z. F. R. G., & Franco, A. F. (Orgs.). (2017). *Medicalização da Educação e Psicologia Histórico-Cultural: em defesa da emancipação humana*. Maringá, PR: Eduem.
- Leontiev, A. N. (1978). *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa, Portugal: Livros Horizonte.
- Leontiev, A. N. (1997). Artículo de introducción sobre la labor creadora de L. S. Vygotski. In L. S. Vygotski, *Obras escogidas: problemas teóricos y metodológicos de la psicología* (pp. 419-450, 2ª ed., Tomo I). Madrid, Espanha: Visor Dist. S. A.
- Libâneo, J. C. (2012). O dualismo perverso da escola pública brasileira: escola do conhecimento para os ricos, escola do acolhimento social para os pobres. *Educação e Pesquisa*, 38(1), 13-28. Epub 21 de outubro de 2011. doi: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022011005000001>
- Libbs Farmacêutica Ltda. (2009). *Stavigile* (Bula de medicamento). Recuperado de http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=9433122013&pIdAnexo=1857435
- Lima, M.S. (2018, 01 de agosto). *O glaucoma pode surgir na adolescência por causa de remédios para a atenção* [Postagem em blog]. Recuperado em 10 de setembro de 2018, de <https://mauriciodesouzalima.blogosfera.uol.com.br/2018/08/01/o-glaucoma-pode-surgir-na-adolescencia-por-caoa-de-remedios-para-a-atencao/>
- Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L. do, & Bandeira, D. R. (2005). Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 65-74. Recuperado em 11 de março de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Luckesi, C. C. (2008). *Avaliação da Aprendizagem Escolar: estudos e proposições* (19ª ed.). São Paulo, SP: Cortez.

- Luria, A. R. (1988b). Vigotskii. In: Vigotskii, L.S., Luria, A.R., & Leontiev, A. N. (Orgs.), *Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem* (pp. 21-37). São Paulo, SP: Ícone: Editora da Universidade de São Paulo.
- Luria, A. R. (1991). *Curso de Psicologia Geral* (pp. 01-38, v. III). Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.
- Luria, A. R. (2001). Epílogo. In L. S. Vygotski, *Obras escogidas: problemas de Psicologia Geral* (pp. 451-470, 2ª ed., Tomo II). Madrid, Espanha: Centro de Publicaciones del M.E.C. y Visor Distribuciones S.A
- Luria, A. R. (1988a). Desenvolvimento da escrita na criança. In L. S. Vigotskii, A. R. Luria, & A. N. Leontiev, *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem* (pp.143-189). São Paulo, SP: Ícone: Editora da Universidade de São Paulo.
- Machado, N. J. M. (2012, 17 de janeiro). A loteria Enem. *Folha de São Paulo*. Recuperado em 31 de julho de 2017, de <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaio/20427-a-loteria-enem.shtml>
- Marinho-Araújo, C. M. & Bisinoto, C. (2011). Psicologia Escolar na Educação Superior: atuação no Distrito Federal. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 111-122. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000100013>
- Marinho-Araújo, C. M. (2009). Psicologia Escolar na Educação Superior: novos cenários de intervenção e pesquisa. In C. M. Marinho-Araújo (Org.), *Psicologia Escolar: novos cenários e contextos de pesquisa, formação e prática* (pp. 155-202). Campinas, SP: Editora Alínea.
- Marques, A. C. H., & Cepêda, V. A. (2012). Um perfil sobre a expansão do ensino superior recente no Brasil: aspectos democráticos e inclusivos. *Perspectivas*, 42, 161-192. Recuperado em 10 de agosto de 2017, de <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/5944>
- Martinez, A. M. (2010). O que pode fazer o psicólogo na escola? *Em aberto*, 23(83), 39-56. Recuperado em 09 de setembro de 2017, de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6292/1/ARTIGO_QuePodeFazer.pdf

- Martins, S. E. S. O., Leite, L. P., & Ciantelli, A. P. C. (2018). Mapeamento e análise da matrícula de estudantes com deficiência. *Psicologia Escolar e Educacional*, 22(Especial), 15-23. doi: <https://doi.org/10.1590/2175-35392018033>
- Massi, G. A. (2007). *A dislexia em questão*. São Paulo, SP: Lexus. Recuperado em 13 de fevereiro de 2018, de <https://books.google.com.br/books?id=8yYTPCCEJ0AC&pg=PA2&lpg=PA2&dq=a+dislexia+em+quest%C3%A3o+livro+giselle+massi&source=bl&ots=A-00qkgvB-&sig=5smBjrdu5wOtbPhvCttnI6mbDP8&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKEwjUu2q9aPZAhWCvJAKHSYhARgQ6AEIWDAE#v=onepage&q&f=false>.
- Mattos, P. (2014). Lisdexamfetamine dimesylate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: pharmacokinetics, efficacy and safety in children and adolescents. *Archives of Clinical Psychiatry*, 41(2). doi: <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000007>
- Mayorga, C., & Souza, L. M. (2012). Ação Afirmativa na Universidade: a permanência em foco. *Revista Psicologia Política*, 12(24), 63-281. Recuperado em 31 de julho de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000200006.
- Meira, M. E. M. (2000). Psicologia Escolar: Pensamento Crítico e Práticas Profissionais. In E. R. Tanamachi, M. L. Rocha, & Souza, M. P. R. de (Orgs.), *Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos* (pp. 35-72). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Meira, M. E. M. (2007). Psicologia Histórico-Cultural: Fundamentos, pressupostos e articulações com a Psicologia da Educação. In M. E. M. Meira, & M. G. D. Facci (Orgs.), *Psicologia histórico-cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação* (pp. 27-62). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Meira, M. E. M. (2012). Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 135-142. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572012000100014>

- Michelotto, R. M. (2008). Universalização da Educação Superior em Cuba. In *Reunião anual da ANPEd: Constituição Brasileira, Direitos Humanos e Educação*, 2008, Caxambu.. Recuperado em 12 de janeiro de 2018, de <http://31reuniao.anped.org.br/1trabalho/GT11-4066--Int.pdf>.
- Ministério da Educação. (2001). *Programa de formação de professores alfabetizadores*. Recuperado em 14 de fevereiro de 2018, de <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Profa/apres.pdf>.
- Ministério da Saúde (2015). *Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes*. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/01/Recomenda----es-para-Prevenir-excessiva-Medicaliza----o-de-Crian--a-e-Adolescentes.pdf>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. (2007). *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf
- Moura, F. R., & Facci, M. G. D. (2016). A atuação do psicólogo escolar no ensino superior: configurações, desafios e proposições sobre o fracasso escolar. *Psicologia Escolar e Educacional*, 20(3), 503-514. doi: <https://doi.org/10.1590/2175-3539201502031036>
- Moura, W. A. (2014). *A atuação de psicólogos escolares em Instituições de Ensino Superior do Triângulo Mineiro*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
- Moysés, M. A. A. & Collares, C. A. L. (1992). A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos Cedes*, 28, 31-47. Recuperado em 06 de julho de 2017, de <https://www.passeidireto.com/arquivo/25894428/sobre-os-tradicionais-problemas-de-aprendizagem-e-a-historia-nao-contada-dos-dis>.

- Moysés, M. A. A. (2001). *A institucionalização invisível – crianças que não aprendem na escola*. Campinas, SP: FAPESP/ Mercado de Letras.
- Moysés, M. A. A. (2010). Dislexia existe? Questionamento a partir de estudos científicos. In *Caderno Temático – Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas/ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – São Paulo: CRPSP*. Recuperado em 10 de agosto de 2017, de http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/8/frames/fr_Dislexia.aspx
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (1997). Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. *Psicologia USP*, 8(1), 63-89. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-65641997000100005>
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2010). Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo [CRP/SP], & Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.) *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 71-110). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2013). Controle e medicalização da infância. *Desidades*, 0(1), 11-21. Recuperado em 15 de junho de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822013000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Novartis Biociências S. A. (2017). Ritalina (Bula do medicamento). Recuperado de <https://portal.novartis.com.br/UPLOAD/ImgConteudos/1518.pdf>
- Oliva, M. P. (2014, 28 de setembro). “Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais”. *El País*. Recuperado em 10 de julho de 2018, de https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html
- Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2015). Repercursões do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) na Experiência Universitária. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(2), 613-629. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-370300482013>

- Oliveira, J. (s.d.) *Use Sempre*. [Postagem em blog]. Recuperado em 13 de junho de 2018, de <http://usesempre.com.br/intelimax-iq>.
- Organização Mundial da Saúde. (1948). *Saúde*. Recuperado em 04 de julho de 2018, de <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (1965). *Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la O.M.S* (Informe técnico n° 308). Recuperado em 15 de agosto de 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38485/1/WHO_TRS_308_spa.pdf
- Palhares, I. (2015, 15 de julho). Nove em cada dez pais querem que filhos sigam carreiras tradicionais. *O Estado de São Paulo*. Recuperado em 20 de dezembro de 2017, de <http://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,nove-em-cada-dez-pais-querem-que-filhos-sigam-carreiras-tradicionais,1725301>.
- Palhares, I. (2017, 08 de novembro). Concorrência em Medicina na Fuvest mais do que dobra neste ano. *O Estado de São Paulo*. Recuperado em 20 de dezembro de 2017, de <http://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,concorrenca-em-medicina-na-fuvest-mais-do-que-dobra-neste-ano,70002076747>.
- Pastura, G., & Mattos, P.(2004). Efeitos Colaterais do Metilfenidato. *Archives of Clinical Psychiatry*, 31(2), 100-104. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000200006>
- Patto, M. H. S. (1984). *Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à psicologia escolar*. São Paulo, SP: T.A. Queiroz.
- Patto, M. H. S. (2000). A miséria do mundo no terceiro mundo (sobre a democratização do ensino). In M. H. S. Patto, *Mutações do cativo: Escritos de psicologia e política* (pp. 187- 215). São Paulo, SP: Hacker/Edusp.
- Patto, M. H. S. (2002). *A produção do fracasso escolar*. São Paulo, SP: Editora Casa do Psicólogo.
- Peixoto, A. L. B., & Rodrigues, M. M. P. (2008). Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Aletheia*, (28), 91-103. Recuperado em 03

de julho de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200008&lng=pt&tlng=pt.

Pereira, I. S. A., & Silva, J. C. (2011). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade à luz de uma abordagem crítica: um estudo de caso. *Psicologia em Revista*, 17(1), 117-134. Recuperado em 10 de outubro de 2017, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n1/v17n1a09.pdf>

Pfromm Netto, S. (1996). As origens e o desenvolvimento da psicologia escolar. In S. M. Wechsler (Org.), *Psicologia Escolar: pesquisa, formação e prática* (pp.21-38). Campinas, SP: Alínea.

Polanczyk, G., Horta B., Lima M., Biederman J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-regression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>

Poli Neto, P., & Caponi, S. N. C. (2007). A medicalização da beleza. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 569-584. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300012>

Portal IDEB. (2013). *Ideb e seus componentes: São Paulo*. Recuperado em 14 de fevereiro de 2018, de <http://www.portalideb.com.br/estado/125-sao-paulo/ideb?etapa=5&rede=estadual>.

Portaria n.º 1940. *Institui a dispensação do Metilfenidato pela rede municipal de saúde do SUS*. Diário Oficial do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde (2007). Recuperado de http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=03012008P%20019402007SMS%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20&secr=30&depto=0&descr_tipo=PORTARIA

Portaria n.º 555. Prorrogada pela Portaria n.º 948, de 09 de outubro de 2007. *Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pelo Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial (2007) para elaborar a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. (2007). Brasília: Ministério da Educação. Recuperado em 10 de julho de 2018, de <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>

- Portaria nº 986. *Institui o Protocolo de Uso de Metilfenidato no âmbito da Secretaria Municipal de São Paulo*. Diário Oficial do Estado de São Paulo (2014). Recuperado de ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.jun.14/Iels110/M_PT-SMS-986_2014.pdf
- Prado, M. (2014, 20 de maio). *A “droga da obediência” no ENEM*. [Postagem em blog]. Recuperado em 18 de fevereiro de 2017, de <http://educacao.estadao.com.br/blogs/mateus-prado/a-droga-da-obediencia-no-enem/>
- Prefeitura Municipal de Campinas. (2014). *Protocolo de uso Metilfenidato*. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de http://www.saude.campinas.sp.gov.br/assist_farmaceutica/Protocolo_Metilfenidato.pdf
- Prefeitura Municipal de Uberlândia. (2016). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Rede de Atenção Psicossocial para o uso de Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG)*.
- Projeto de Lei Complementar n.º 118. *Dispõe sobre a obrigatoriedade de exame físico e mental p/ detectar o TDAH em motociclistas (Altera a Lei n.º 9503 de 23/09/1997 C. T. B.)*. (2011). Recuperado de http://www.tdah.org.br/images/stories/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf
- Projeto de Lei do Senado n.º 268. *Dispõe sobre o exercício da medicina*. (2002). Recuperado em 22 de dezembro de 2017, de <http://conexaohomecare.com/web/pl-268-2002.pdf>
- Projeto de Lei n.º 0086. *Dispõe sobre a Política de reconhecimento da Dislexia na rede Municipal de ensino e dá outras providências*. São Paulo, SP (2006). Recuperado em de <http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/substitutivo/SPL0086-2006.pdf>
- Projeto de Lei n.º 3092. *Dispõe sobre a obrigatoriedade de fornecimento gratuito de medicamentos para o TDAH através dos SUS*. (2012). Recuperado de http://www.tdah.org.br/images/stories/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf

Projeto de Lei n.º 4027. *Acrescenta o art. 26-B na Lei n.º 9.394, de 20/12/1996, para instituir programas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento do TDAH.* (2015). Recuperado de http://www.tdah.org.br/images/stories/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf QEDU.

Projeto de Lei n.º 7081. *Discute as dificuldades de aprendizado das pessoas com Dislexia e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, propondo diagnóstico e tratamento dos mesmos dentro das escolas.* (2010). Recuperado de http://www.tdah.org.br/images/stories/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf.

Projeto de Lei n.º 909. *Dispõe sobre o aperfeiçoamento da política educacional na rede pública para os alunos com Transtornos de Aprendizagem.* (2011). Recuperado de http://www.tdah.org.br/images/stories/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf

QEDU. (2013). *Aprendizado dos alunos: São Paulo.* Recuperado em 10 de julho de 2018, de <http://www.qedu.org.br/estado/125-sao-paulo/aprendizado>.

Rego, T. C. (2008). A vida breve e intensa de Vygotsky. In T. C. Rego (Org.), *Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação* (pp. 19- 35, 19ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Resolução n.º 48 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. (2003). *Dispõe sobre os direitos acadêmicos de alunos regulares Portadores de Necessidades Especiais (PNEs) da UnB.* Recuperado em 10 de julho de 2018, de http://www.ppne.unb.br/index.php?view=article&catid=16%3Aresolucao-cepe-482003&id=18%3Aresolucao-cepe-482003&format=pdf&option=com_content&Itemid=20

Revista Veja. (2012, 20 de março). Número de crianças diagnosticadas com TDAH aumentou 66% em dez anos nos EUA. *Revista Veja*. Recuperado de <https://veja.abril.com.br/saude/numero-de-criancas-diagnosticadas-com-tdah-aumentou-66-em-dez-anos-nos-eua>.

Ribeiro Netto, A. (1985). O vestibular ao longo do tempo: implicações e implicâncias. *Seminário sobre "Vestibular Hoje" – MEC/SESU/CAPES*, Brasília, dezembro de 1985. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/es/artigos/116.pdf>.

- Rodrigues, D. G., & Pesoli, C.(2008). Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35(5), 171-177. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000500001>
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80, 61-70. doi: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300009>
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de Déficit de atenção/Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Suppl. 2), 07-11. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600003>
- Rubino, R. (2010). Dislexia, processo de aquisição ou sintoma na escrita? In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, & Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.), *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 131-145). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Saconi, R. (2013, 30 de abril). Medicina, Direito e Engenharia estão os cursos mais procurados há mais de 80 anos. *Estadão Acervo*. Recuperado em 20 de dezembro de 2017, de <http://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,medicina-direito-e-engenharia-estao-os-cursos-mais-procurados-ha-mais-de-80-anos,1027081>.
- Sampaio, S. M. (2009). Explorando possibilidades: o trabalho do psicólogo na Educação Superior. In C. M. Marinho-Araujo (Org.), *Psicologia Escolar: novos cenários e contextos de pesquisa, prática e formação* (pp. 203-219). Campinas, SP: Editora Alínea.
- Sampaio, S. M. (2010). A Psicologia na educação superior: ausências e percalços. *Em aberto*, 23(83), 95-105. Recuperado em 09 de setembro de 2017, de <http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/view/2253/2220>.
- Sampedro, J. (2013) No cérebro de um disléxico: uma pesquisa demonstra que os afetados pelo transtorno têm os módulos linguísticos da mente menos conectados. A descoberta muda a forma de se entender e abordar a patologia. *El país*. Recuperado em 01 de junho de 2018, de https://brasil.elpais.com/brasil/2013/12/05/sociedad/1386267524_315616.html

- Santos Filho, J. C. (2000). Universidade, modernidade e pós-modernidade. In J. C. Santos Filho, & S. E. Moraes (Orgs.), *Escola e universidade na pós-modernidade* (pp. 15-60). Campinas, SP: Mercado de Letras.
- Santos, A. A. A. (1997). Psicopedagogia no 3º grau: Avaliação de um programa de remediação em leitura e estudo. *Pro-posições*, 1(01), 27-37. Recuperado em 08 de abril de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000140&pid=S01027972200200030000900027&lng=em.
- Santos, É. P. da. (2004). (Des)construindo a ‘menoridade’: uma análise crítica sobre o papel da psicologia na produção da categoria “menor” In E. P. Brandão, & H. S. Gonçalves (Orgs.), *Psicologia jurídica no Brasil* (pp. 205-248). Rio de Janeiro, RJ: NAU. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de <https://www.passeidireto.com/arquivo/17224374/santos-2011-desconstruindo-a-menoridade>
- Santos, L. M. M. (2005). O papel da família e dos pares na escolha profissional. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 57-66. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000100008>
- São Paulo. Secretaria de Educação. (2012). *Legislação de Ensino Fundamental e Médio*. São Paulo, SE/CG, v. 39.
- Sarres, C. (2012, 17 de julho). Uso de remédios para corrigir aprendizado de crianças divide psiquiatras e psicólogos. *EBC*. Recuperado em 05 de julho de 2017, de <http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2012/07/uso-de-remedios-para-corriger-aprendizado-de-criancas-divide-psiquiatras>
- Saviani, D. (1991). Sobre a natureza e a especificidade da educação. *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações*. São Paulo: Cortez, Campinas: Autores Associados.
- Saviani, D. (2000). As teorias da educação e o problema da marginalidade. Em: Saviani, D. *Escola e democracia*. (pp. 03-34, 33ª ed.). Campinas, SP: Autores Associados. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo).

- Scarin, A. K. F., & Souza, M. P. R. (2016). *Linha do tempo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)*. Recuperado em 03 de janeiro de 2017, de <http://newpsi.bvs-psi.org.br/uploads/linha%20do%20tempo%20DSM/linha.html>.
- Scheffer, M. C., & Cassenote, A. J. F. (2013). A feminização da medicina no Brasil. *Revista bioética*, 21(2). doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000200010>
- Schirmer, C. R., Fontoura, D. R., & Nunes, M. L. (2004). Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 95-103. doi: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300012>
- Schwartzman, S. (2009). Aprendendo com os erros e os acertos do passado: pontos essenciais para a definição de políticas públicas de educação. *Revista da Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior*, 27(39), 29-43. Recuperado em 31 de julho de 2017, de <http://www.schwartzman.org.br/simon/2010particular.pdf>
- Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. SESu – Secretaria de Educação Superior Ministério da Educação. (2013). *Documento Orientador Programa Incluir – Acessibilidade na Educação Superior*. Brasília. Recuperado em 01 de junho de 2017, de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=12737-documento-orientador-programa-incluir-pdf&category_slug=marco-2013-pdf&Itemid=30192
- Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. (2015). *Orientação aos Sistemas de Ensino quanto à destinação dos materiais e equipamentos disponibilizados por meio do Programa Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais*. Brasília. Recuperado em 11 de julho de 2018, de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17656-secadi-nt42-orientacoes-aos-sistemas-de-ensino-sobre-destinacao-dos-itens-srm&Itemid=30192

- Serpa, M. N. F., & Santos, A. A. A. (2001). Atuação no ensino superior: um novo campo para o psicólogo escolar. *Psicologia Escolar e Educacional*, 5(1), 27-35. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572001000100004>
- Shire Farmacêutica Brasil Ltda. (2016). *Venvanse* (Bula do medicamento). Recuperado de <https://www.shire.com.br//media/shire/shireglobal/shirebrazil/pdf/files/product%20information/bula-venvanse-pacientes.pdf>. Bula de remédio.
- Silva, L. S. (2016). *A aprendizagem do ofício de estudante universitário: tempos de constituição do ingressante no Ensino Superior* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil. Recuperado em 03 de julho de <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/18158>.
- Silva, L. S. D., & Zanini, D. S. (2011). Coping e saúde mental de adolescentes vestibulandos. *Estudos de Psicologia* (Natal), 16(2), 147-154. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000200005>
- Silva, S. M. C., Peretta, A. A. C. S., Silva, L. S., Marinho, F. S., Rodrigues, T. S., & Barbosa, D. R. (2015). Psicologia escolar no ensino superior: atuações de psicólogos no Estado de Minas Gerais – Brasil. In *Anais ULAPSI* (pp.717- 122). Buenos Aires, Argentina.
- Singh, I. (2007). Not Just Naughty: 50 years of stimulant drug advertising. In A. Tone, & E. Watkins (Orgs), *Medicating Modern America: prescriptions drugs in history* (pp. 131- 155). New York, EUA: NYU Press. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de https://www.academia.edu/21462037/Not_Just_Naughty_50_years_of_Ritalin_drug_advertising
- Soares, A. B., & Martins, J. S. R. (2010). Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. *Paidéia*, 20(45), 57-62. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100008>
- Sousa, L. P., & Portes, E. A. (2011). As propostas de políticas/ações afirmativas das universidades públicas e as políticas/ações de permanência nos ordenamentos legais. *Revista Brasileira de*

Estudos Pedagógicos, 92, 516-541, Recuperado em 31 de julho de 2017, de <http://rbep.inep.gov.br/index.php/RBEP/article/viewFile/1980/1731>.

Souza, B. P. (2007). Trabalhando com dificuldades na aquisição da língua escrita. In B. P. Souza (Org.), *Orientação à queixa escolar* (pp.137-163). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo,.

Souza, C. S. (2016). *A (Docência)Lescência: Pressupostos para um ensino Desenvolvimental*. (Tese de doutorado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Souza, F., & Rodrigues, M. M. P. (2002). A Segregação Sexual na Interação de Crianças de 8 e 9 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 489-496. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000300004>

Souza, G. G. B., Simão, A. N. P., Lima, R. F., & Ciasca, S. M. (2011). Desempenho cognitivo de crianças e jovens com Transtornos do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Aletheia*, (35-36), 69-78. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200006

Szasz, T. (2007). *The medicalization of everyday life: selected essays*. Syracuse, New York: Syracuse University Press. Recuperado em 03 de agosto de 2017, de <https://fee.org/media/5232/0712szasz.pdf>

Tanamachi, E. R. (2002). Mediações teórico-práticas de uma visão crítica em Psicologia Escolar. In E. R. Tanamachi, M. P. R. de Souza, & M. L. Rocha (Orgs.), *Psicologia e Educação: Desafios teórico-práticos* (pp. 73-104). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Teberosky, A. (1991). *Psicopedagogia da linguagem escrita* (4ª ed). Campinas: Trajetória Cultural: Editora da UNICAMP.

Teter, C. J., McCabe, S. E., LaGrange, K., Cranford, J. A., & Boyd, C. J. (2006). Ilicit Use of Specific Prescription Stimulants Among College Students: Prevalence, Motives, and Routes of Administration. *Pharmacotherapy*, 26(10), 1501-1510. doi: <https://doi.org/10.1592/phco.26.10.1501>

- Trigueiro, E. S. O. (2015). Adolescentes e o *dopping* intelectual: elementos para o debate. In *Anais do IV Seminário Internacional "A Educação Medicalizada – desver o mundo, perturbar os sentidos"* (pp. 398- 410), Salvador, BA, Brasil, 2015.
- Trigueiro, E. S. O. (2017). *Adolescentes, o aprimoramento cognitivo farmacológico e o acesso ao ensino superior*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 27 de dezembro de 2017, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-13122017-085844/pt-br.php>
- Universidade Federal de Uberlândia. (2016). *Processo seletivo 2016-2: Relação Candidato/Vaga*. Recuperado em 01 de junho de 2018, de <https://www.sistemas.dirps.ufu.br/sisarg/ArquivoAdministrativos/download/a385d7d1e52d89d1a445faa37f5b5307>
- Universidade Federal de Uberlândia. (2017a). *Edital UFU/ DIRPS, de 09 de janeiro de 2017, requerimento de atendimento especial para realização das provas*. Uberlândia. Recuperado em 20 de maio de 2017, de <http://www.sistemas.dirps.ufu.br/sisarg/ArquivoAdministrativos/download/6e7d5d259be7bf56ed79029c4e621f44>
- Universidade Federal de Uberlândia. (2017b). *Processo Seletivo Vestibular 2017-2. Lista de Aprovados em 1ª Chamada (Modalidades 1 e 3)*. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de https://www.portal.prograd.ufu.br/servicos/arquivo_administrativo/download/bdcc41211aa62a8f10f26d1a2d1727bf
- Universidade Federal de Uberlândia. (2017c). *Processo Seletivo Vestibular 2017-2. Lista de Aprovados em 1ª Chamada (Modalidades 2, 4 e 5)*. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de https://www.portal.prograd.ufu.br/servicos/arquivo_administrativo/download/b9009beb804fa097c04d226a8ba5102e
- Universidade Federal de Uberlândia. (2017d). *Edital Processo Seletivo 2017-2*. Recuperado em 11 de julho de 2018, de

<https://www.sistemas.dirps.ufu.br/sisarg/ArquivoAdministrativos/download/4928e7510f45da6575b04a28519c09ed>

Universidade Federal de Uberlândia. (s.d.a). *Manual do Candidato 3ª etapa do Programa Alternativo de Ingresso ao Ensino Superior – PAIES*. Recuperado em 13 de outubro de 2015, de http://www.ingresso.ufu.br/sites/default/files/anexos/seriados/paies/Manual_3etapa_PAIES20062009.pdf

Universidade Federal de Uberlândia. (s.d.b). *Centro de Ensino, Pesquisa, Extensão e Atendimento em Educação Especial – CEPAE*. Recuperado em 11 de julho de 2018, de <http://www.cepae.faced.ufu.br/ocepae>.

Universidade Federal de Uberlândia. (s.d.c). *Processos Seletivos*. Recuperado em 11 de julho de 2018, de www.ingresso.ufu.br/processos/vestibular.

Urrego M. A., Orozco, L. A., Montoya, L. B. S, L.B., Velasquez, D.V. C, Castrillón, J. J. C, Rocha, B. C. C., . . . Arango, C. (2008). Consumo de anfetaminas, para mejorar rendimiento académico, en estudiantes de la Universidad de Manizales. *Archivos de Medicina*, 9(1), 43-57. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820380007>

Valle, I. R., Barrichello, F. A., & Tomasi, J. (2010). Seleção meritocrática versus desigualdades sociais: quem são os inscritos e os classificados nos vestibulares da UFSC (1998-2007). *Linhas críticas*, 16, 391-418. Recuperado em 15 de agosto de 2017, de <http://www.redalyc.org/html/1935/193517492012/>

Viégas, L. S., & Souza, M. P. R. (2006). A Progressão Continuada no estado de São Paulo: considerações a partir da perspectiva de educadores. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10(2), 247-262. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572006000200008>.

Viégas, L. S., Ribeiro, M. I. S., Oliveira, E. C., & Teles, L. A. L. (Orgs.). (2014). *Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?*. Salvador, BA: EDUFBA.

- Vygotski, L. S. (1996b). *Teoria e Método em psicologia*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Vygotski, L. S. (1998). *A formação social da mente*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Vygostki, L. S. (1993). *Obras Escogidas II: Pensamiento y lenguaje. Conferencias sobre Psicología* (Tomo II). Madrid: Centro de Publicaciones del M.E.C. y Visor Distribuciones S.A.
- Vygotski, L. S. (1995). *Obras Escogidas III: Problemas del desarrollo de la psique*. Madrid: Centro de Publicaciones del M.E.C. y Visor Distribuciones S.A.
- Vygotski, L. S. (1996a). *Obras Escogidas IV: Paidologia del adolescente. Problemas de la psicología infantil*. Madri, Espanha: Centro de Publicaciones del M.E.C. y Visor Distribuciones S.A.
- Vygotskii, L. S. (2001). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Vygotsky, L. S. (2003). *A Formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vygotsky, L. S. (s.d.). O desenvolvimento dos conceitos científicos na infância: In L.S. Vygotski, (Org.), *Pensamento e Linguagem* (Edição eletrônica: Ed. Ridendo Castigat Mores). Recuperado em 13 de julho de 2017, de <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/vigo.pdf>
- Vygotsky, L. S., & Luria, A. R. (1996). *Estudos sobre a história do comportamento: o macaco, o primitivo e a criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wenetz, I., Stigger, M. P., & Meyer, D. E. (2013). As (des)construções de gênero e sexualidade no recreio escolar. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 27(1), 117-128. doi: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092013000100012>
- Zavadski, K. C. (2009). *A atuação do psicólogo na formação do professor universitário: contribuições da psicologia histórico-cultural*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Zavadski, K. C., & Facci, M. G. D. (2012). A atuação do psicólogo escolar no Ensino Superior e a formação de professores. *Psicologia USP*, 23(4), 683-705. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012000400004>

Apêndice A

Levantamento dos Requerimentos e Laudos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
1992 20 anos	2012-2	Teatro Noturno	Dislexia	Sala especial com assistência de pessoal capacitado. Pessoal disponível para transferências das respostas para o caderno de questões, caso necessário. Extensão do tempo em 1 hora para 1ª e 2ª fases.		Instituição ABD (Associação Brasileira de Dislexia) <u>Encaminhada por:</u> Psicólogo e neurologista <u>Procedimento:</u> Entrevista com os pais e aplicação de testes (HTP, WISC III, OFAS) <u>Caracterização da deficiência:</u> Grau moderado para severo (DSMIV e CID 10 – F-81.0 ⁶⁸). Entende a Dislexia como uma dificuldade de aprendizagem de origem neurológica. “Sendo assim Dislexia não é uma doença, mas sim um distúrbio hereditário (genético) e portanto o indivíduo nasce e morre com esse distúrbio”. <u>Profissional/Ano de emissão do laudo:</u> Psicóloga e Fonoaudióloga. 2005. <u>Encaminhamento:</u> Acompanhamento fonoaudiológico.	13 anos
1993 19 anos	2012-2	Educação Física	Dislexia	Sala especial com assistência de pessoal capacitado. Pessoa disponível para auxílio de leitura das questões, caso		Instituição ABD (Associação Brasileira de Dislexia). <u>Procedimento:</u> Teste de Equilíbrio Estático e Dinâmico. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Dislexia visual, de leitura, escrita e compreensão severa. <u>Profissional/Ano de emissão do</u>	14 anos

⁶⁸ F810 - Transtorno específico de leitura.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				necessário. Pessoa disponível para transferências das respostas para o caderno de questões, caso necessário. Extensão do tempo em 1 hora para 1ª e 2ª fases.		<u>laudo:</u> Psicóloga e Fonoaudióloga. 2007. <u>Encaminhamento:</u> Acompanhamento fonoaudiológico, psicológico, avaliação neurológica, prática de esportes, uso de editor de textos no computador e jogos pedagógicos.	
1990 18 anos	2008	Física de Materiais	Dislexia (*neste relatório Dislexia está digitado no documento, seguido por outras necessidades como: auditiva, física, visual.) O candidato redige uma solicitação e coloca “ <i>Não tenho deficiência física, auditiva, que seja perceptível, visual e nem mental. No entanto, sou portador de um transtorno de aprendizagem conhecido por DISLEXIA</i> ”. No final ele coloca a necessidade de prorrogação de tempo para não se prejudicar em relação aos outros candidatos.	Sala especial individual com assistência de pessoal capacitado. Pessoa disponível para o auxílio de leitura das questões (1ª e 2ª fase). Concessão de um profissional com conhecimento em inglês, para a leitura das questões de Língua Estrangeira. Pessoa disponível para transferências das respostas para o caderno de questões. Concessão de tempo adicional nas 1ª e 2ª fases. Carro à espera do candidato que o conduzirá ao local de prova.		<u>Instituição:</u> ABD <u>Encaminhado por?</u> Escola, psicóloga e fonoaudióloga. <u>Histórico de tratamento:</u> Fez acompanhamento psicológico dos três aos 17 anos; e com fonoaudióloga dos quatro aos 13 anos. <u>Procedimento:</u> Exame audiométrico; Exame do Processamento Visual; Avaliação das Funções Neuropsicológicas (Funções Intelectuais; Raciocínio Abstrato; Compreensão Verbal; Percepção; Atenção; Memória; Visuo-Construção; Velocidade de Processamento; Funções Executivas; Afetivo-Emocional); Avaliação da linguagem oral e escrita (Avaliação das Funções Básicas; Comunicação Oral; Consciência Fonológica; Comunicação Escrita). <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Dislexia. <u>Profissional/Data de emissão do laudo:</u> Psicóloga e Fonoaudióloga. (10/07/2008 a 18/07/2008). <u>Encaminhamento:</u> Acompanhamento psicopedagógico, avaliação do processamento auditivo e	18 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
						acompanhamento psicoterápico. *Obs: No laudo emitido pela ABD vem anexado um documento intitulado "Como interagir com o dislético em sala de aula".	
1991 19 anos	2010	Engenharia de Produção Integral (Campus Ituiutaba) *Realizou a prova em Uberlândia.	Dislexia leve	Sala especial individual com assistência de pessoal capacitado. Auxílio de leitura das questões, se necessário; Pessoa disponível para transferências das respostas para o caderno de questões, se necessário; Concessão de tempo adicional em 1 hora. (2ª fase).	<u>Profissional:</u> Médica Oftalmologista. <u>Queixa:</u> Problemas visuais e dificuldade de leitura e aprendizagem, devido ao estrabismo congênito, tendo sido operado quando criança. OBS: A tia do candidato também é médica e auxiliou no exame. <u>Procedimento:</u> testes não especificados em relatório. <u>Encaminhamento:</u> Apoio multidisciplinar como psicólogo, psicopedagogo e fonoaudiólogo, "para contribuir para o resgate e potencialização de suas habilidades cognitivas auxiliando-o na inclusão escolar e profissional futura" (grifos da médica). Data: 05/05/2009	<u>Profissional:</u> Psicopedagoga. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Dislexia Leve.	18 anos
1989 20 anos	2009-2/2010	Engenharia Civil/ Administração	Dislexia	Sala especial individual com assistência de pessoal capacitado. Pessoal disponível para transferências das respostas para o caderno de questões e redação, se necessário; Concessão de tempo adicional.	<u>Profissional:</u> Médica Oftalmologista OBS: A tia da candidata também é médica e auxiliou no exame. <u>Queixa:</u> Problemas visuais e dificuldade de leitura e aprendizagem. <u>Conclusão:</u> É necessário o uso de filtros para potencializar suas habilidades cognitivas. Uso de filtros seletivos chama-se método Irlen, de acordo com a profissional. <u>Encaminhamento:</u> Apoio interdisciplinar de fonoaudiólogos, psicólogos, psicopedagogo,		18 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
					<p>terapeuta ocupacional “e demais profissionais que possam contribuir para o desempenho acadêmico desses pacientes” (grifos da médica). Data: 05/05/2009</p> <p>OBS: veio com uma notícia do site domingo@hojeemdia.com.br de 28/10/2007, “Uma esperança para os disléxicos” [...] “o sistema educacional não está preparado para detectar essas dificuldades e nem o exame oftalmológico convencional não detecta a síndrome, pois o problema não é de visão e sim do processamento da informação visual no cérebro”. A médica firma que é uma síndrome genética, que maioria dos pais apresenta tais sintomas também. A médica afirma que mais de 70% de presidiários são disléxicos e por isso esses teriam deixado de estudar, levando ao subemprego ou à marginalidade. Estes dados a motivaram a estudar a Dislexia.</p>		
	2011	Engenharia Elétrica Integral	Dislexia	Sala especial individual com assistência de pessoal capacitado. Concessão de pessoal para acompanhamento da leitura. Pessoal disponível para transferências das respostas	<p><u>Profissional:</u>Neurocirurgião <u>CID/Hipótese</u> Diagnóstica: Atesta Dislexia. <u>Encaminhamento:</u> Acompanhamento multidisciplinar (fonoaudióloga e terapia ocupacional) <u>Conclusão:</u> Necessita de maior tempo para realização do vestibular. OBS: A mãe escreve uma solicitação para que o filho tenha</p>		

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				“DITADAS PELO CANDIDATO” para o caderno de questões e redação, se necessário; Concessão de tempo adicional. Flexibilização na correção e avaliação das provas escritas.	mais tempo para fazer a prova e correção diferenciada da redação. <u>Data:</u> 30/07/2010		
1980 36 anos	2016		Dislexia e TDAH	Tempo adicional, localexclusivo e fiscal ledor.		<u>Profissional:</u> Psicóloga <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Suspeita de Dislexia <u>Procedimento:</u> Pirâmides de Pfister, Atenção Concentrada e Entrevista. <u>Encaminhamento:</u> Tratamento neurológico e psicoterápico, acompanhamento psiquiátrico.	36 anos
1992 22 anos	2014	Medicina	TDAH. <u>Data do requerimento:</u> 17/03/2014	Sala especial, com pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova na 1ª e 2ª fases.	<u>Profissional:</u> Médico <u>CID/Hipótese diagnóstica:</u> F90.0 ⁶⁹ “Paciente portador de TDAH”. <u>Data:</u> 25/03/2014 e 06/02/2014. OBS: Em uso de Ritalina+ Sertalina+ Solium. Faz uso de medicamento sem tempo certo para término e já está em tratamento há um ano.		22 anos
1987 20 anos	2007	Medicina	Dislexia. O candidato solicitou auxílio leitura, correção especial, tempo adicional nas duas fases, transcrição por pessoal	Sala especial individual com pessoal capacitado, auxílio na leitura e transferência das		<u>Instituição:</u> ABD. <u>Profissionais:</u> Fonoaudióloga, psicóloga e Psicopedagoga. <u>Ano de emissão do laudo:</u> 2006. <u>Queixa inicial:</u> Queixa de	19 anos

⁶⁹ CID F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
			capacitado e uso de calculadora.	questões, prorrogação de tempo nas 1ª e 2ª fases. Correção diferenciada OBS: A comissão não aceitou o uso de calculadora.		<p>dificuldade na escrita, na organização de estudos e na memorização da matéria estudada desde a fase de alfabetização.</p> <p><u>Histórico:</u> Teve medo da professora aos dois anos de idade quando ingressou na escola, por isso atrasou sua fala.</p> <p>O paciente trocou sons na fala até os 12 anos.</p> <p>Mudou de cidade e escola aos três anos de idade, encontrou dificuldades no relacionamento com outras crianças.</p> <p>No final do “pré” não estava alfabetizado.</p> <p>Mudou muito de cidade e escola.</p> <p>É disperso, desorganizado e impaciente.</p> <p><u>Resultados:</u> No teste de atenção concentrada apresentou-se acima da média.</p> <p><u>CID/ Hipótese diagnóstica:</u> Dislexia de compreensão.</p> <p><u>Conclusão/Encaminhamento:</u> Solicita-se que a escola permita a consulta, em sala e na prova, da tabuada, fórmulas e sequências necessárias. Respeitar seu ritmo mais lento. Devido às suas dificuldades relacionadas à leitura, escrita e compreensão de textos, o aluno deverá realizar avaliação oral, pois, só assim, o professor terá a real noção do conteúdo assimilado pelo aluno. É aconselhado acompanhamento psicopedagógico.</p>	
	Portador de diploma 2015/2016	História (Campus Ituitaba)	TDAH <u>Data do requerimento:</u> 18/11/2015	Sala especial com pessoal capacitado e poucos candidatos,	<u>Profissional:</u> Médico Psiquiatra <u>Data:</u> 14/11/2015 <u>Histórico:</u> Em tratamento desde 2013.	<u>Histórico:</u> Em tratamento desde 2014. <u>Conclusão:</u> O profissional solicitou paredes neutras para o local de	

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				prorrogação do tempo de prova.	<u>Conclusão:</u> Necessita de tempo adicional.	provas da candidata. <u>Data de emissão do laudo:</u> 17/11/2015. OBS: Justificou, via e-mail, ao setor de atendimento, não ter enviado os documentos até a data prevista devido ao TDAH: “Peço excessiva e encarecidamente que considerem minha solicitação visto que não consegui enviar os documentos no dia de ontem, prazo final da solicitação , devido a problemas motivados pelo TDAH do qual sou acometida.... acabei não me lembrando de enviá-la.Certa de que os senhores têm conhecimento de como os portadores de TDAH são prejudicados por, além de outros fatores, esquecimentos frequentes, e não me esquivando de minha total culpa e responsabilidade pela perda do prazo estipulado no Edital desta instituição, com humilde e sinceridade, faço minha solicitação”. (Relato da própria candidata).	
	2016		TDAH OBS:“Não possui deficiência, possui necessidade especial”. (grifos do requerimento). <u>Data do requerimento:</u> 29/02/2016	Sala especial com poucos candidatos e assistência de pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova nas 1ª 2ª fases.	Data: 16/02/2016		
	2016/2		TDAH		<u>Profissional:</u> Psiquiatra infantil <u>Histórico:</u> Desde 2007 faz acompanhamento OBS: O candidato recebeu um e-mail da DIRPS perguntando quais		

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
					recursos ele necessitaria. <u>Data:</u> 17/02/2016		
	2015-2	Medicina	Dislexia	Setor de atendimento especial; Tempo Adicional; Fiscal para preenchimento do cartão.	<u>Profissional:</u> Neuropediatra do Desenvolvimento e Aprendizagem <u>Local:</u> Petrópolis <u>Data:</u> 13/10/2013		
	2015-2	Medicina	TDAH		<u>Profissional:</u> Neurologista <u>Data:</u> 21/08/2014		
1992 20 anos	2012-2	Medicina	Déficit de Atenção	Sala especial com assistência de pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova nas duas fases.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra e Psicogeriatra <u>Histórico:</u> Tratamento desde 08/2010		18 anos
1989 16 anos	2005, 2008	Medicina	Dislexia	Sala especial individual; Auxílio na leitura das questões, na transcrição das respostas e redação. Prorrogação do tempo de prova nas duas fases.		<u>Data de avaliação:</u> 21/01/2000 <u>Histórico/Queixa:</u> O paciente estava cursando a 4ª série, com 10 anos de idade. Apresenta dificuldade na escrita em Inglês, embora estude desde os quatro anos. <u>Conclusão:</u> [O paciente] “apresenta-se acima do padrão médio esperado pra sua faixa etária quanto ao aspecto intelectual, tendo mais facilidade pelos conteúdos apresentados de maneira associativa e concreta. Apresenta uma não organização de ideias. Memória imediata, atenção e concentração prejudicadas.Aspecto emocional interferindo nas relações, dificuldade e de frustração no processo escolar”. <u>CID/ Hipótese diagnóstica:</u> “Podemos inferir a presença de um	10 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
						quadro de Dislexia”. <u>Encaminhamento:</u> Atendimento psicopedagógico. <u>Profissionais:</u> Psicóloga e Fonoaudióloga.	
	2015-2 27/02/2015	Medicina	TDAH	Prorrogação do tempo.	<u>Data:</u> 03/03/15 OBS: Em uso de Ritalina.		
1992 20 anos	2012-2 2014-2 20/03/2012	Medicina	Dislexia e TOC	Sala especial, com pessoal capacitado, acompanhamento na leitura, na transferência de respostas e redação, caso necessário.	<u>Data:</u> 26/03/2012 e 21/03/2014. <u>Histórico:</u> Em atendimento desde 05/07/2011. Em tratamento medicamentoso “mas ainda não consegue ter o desempenho ideal nas atividades de leitura e compreensão léxica, conforme avaliação neuropsicológica associada”. “Em tratamento medicamentoso para condições comórbidas.”		19 anos
1996 18 anos	2014-2 17/03/2014	Medicina	TDA e alergia, com risco de choque anafilático	Concessão de uma sala especial, com pessoal capacitado; prorrogação de tempo de provas nas duas fases e auxílio no preenchimento do cartão-resposta e folha/redação.	<u>Profissional:</u> Neurologista. <u>Histórico:</u> Desde a infância apresenta o transtorno.		Desde a infância, Não especifica.
1995 20 anos	2015-2 06/03/2015	Medicina	TDAH OBS: Porém o médico classifica como “TDA – Distúrbio de Déficit de Atenção Concentrada sem Hiperatividade Motora”.	Concessão de tempo adicional	<u>Profissional:</u> Psiquiatra, BH. <u>Data:</u> 06/03/2015. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> TDA/TDAH. OBS: O médico coloca que é um distúrbio de TDA, mas, mesmo assim, coloca a sigla TDAH, aparentando não ter domínio do assunto. Declara que a paciente faz uso de Ritalina.	<u>Procedimento:</u> Entrevistas e observações colhidas em sessões de psicoterapia e testes psicológicos. Levantamento de dados no histórico social, escolar e comportamental e em testes psicológicos. <u>Conclusão:</u> Abaixo da média em atividades que exigem atenção concentrada com acuidade e velocidade. <u>Data:</u> 04/03/15.	20 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
1994 17 anos	2011 2014	PAAES 1ª etapa.	Dislexia	Sala especial com pessoal capacitado, auxílio na leitura, transferência das questões prorrogação do tempo.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra <u>Data:</u> 14/09/2011		17 anos
	2014-2	Medicina	Dislexia, Deficiência Auditiva- PAC (Processamento Auditivo Central) e TDAH.	OBS da DIRPS: solicitou atendimento especial fora do prazo estipulado em edital. Acordou-se que, caso ele passasse para a 2ª fase, ele receberá tal atendimento com: auxílio na leitura e transcrição das questões e tempo adicional, correção especial da prova.	<u>Profissional:</u> Otorrinolaringologista Médico de crianças e adolescentes. Em uso de metilfenidato. <u>Data:</u> 10/04/2014 <u>Profissional:</u> Fonoaudióloga. <u>Data:</u> 14/04/2014.	Relatório da Escola e da psicóloga: <u>Histórico/queixa:</u> Não termina tarefas, é distraído, tem dificuldade pra concentrar-se e ouvir.O laudo foi realizado quando o paciente estava na 3ª série. Pela percepção dos professores, o aluno apresenta Déficit de Atenção (Percentual - 99). <u>Procedimento:</u> “Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade” e teste Rawen – Escala especial. <u>Conclusão:</u> “Na aprendizagem não rende como poderia” o que foi constatado a partir dos resultados dos testes”. <u>Profissional:</u> Psicóloga.	Aproximadamente 8 anos.
1993 21 anos	2014-2	Medicina	TDAH e Síndrome de Asperger.	Sala especial com pessoal capacitado, local de fácil acesso, sem escadas, com rampas e banheiro adequado, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra Em uso de Ritalina®, Sertralina e Quetiapina. <u>Data:</u> 17/03/2014		21 anos
1995 21 anos	2016-2		TDAH	Sala especial, com poucas pessoas e com pessoal capacitado.	<u>Profissional:</u> Neurologista. <u>Data:</u> 26/11/2015		21 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				Prorrogação do tempo de prova em uma hora nas duas fases.			
	2013		Dislexia	Sala especial, com poucas pessoas e com pessoal capacitado. Prorrogação do tempo de prova em uma hora	<u>Profissional</u> : Otorrinolaringologista.		
1985 29 anos	2014-2 21/03/2014	Medicina	TDAH	Sala especial, com pessoal capacitado. Prorrogação do tempo de prova em uma hora. Indeferiu requerimento de protetor auricular.	<u>Profissional</u> : Médica psiquiatra, administradora hospitalar e advogada. OBS: A médica está cursando Filosofia. A médica é parente do candidato. <u>Histórico</u> : Desde a infância foi diagnosticado com TDAH e lhe foi indicado o metilfenidato, porém não houve uso por parte do paciente. O paciente buscou ajuda na fonoaudióloga, natação e música, atividades que ajudaram a melhorar seu desempenho, de acordo com o paciente. Na entrevista diz que foi quase um “autodidata” durante o primeiro curso de sistemas, pois não havia professores capacitados e acabou desenvolvendo métodos próprios de aprendizagem. Fez mestrado em engenharia biomédica, diz que pela sua dificuldade em escrever gastou 48 meses. No laudo diz que o candidato sofreu <i>bullying</i> . Quando teve a oportunidade de promoção e não foi reconhecido, ele percebeu que seu déficit de		Aproximadamente 7 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
					<p>atenção poderia atrapalhá-lo. Prestou um exame pré-vestibular e ficou entre os 172 melhores, e não foi melhor pois, segundo ele, havia muito barulho e se sente tenso quando tem tempo fixo para terminar.</p> <p>Ao dirigir não pode ouvir música, nem conversar com o passageiro do lado.</p> <p><u>Data:</u> 17/02/2014</p> <p><u>OBS:</u> A entrevista do paciente foi gravada e transcrita (algumas partes) no relatório. Há partes transcritas, em que o paciente relata que foi diagnosticado na 2ª série, pois tinha dificuldade de ler e escrever.</p> <p><u>Conclusão:</u> Necessita de um tampão auricular, assim o seu rendimento amplia em 50%.</p> <p>Aparece também que seu pai é portador de TDAH.</p> <p>No laudo aparecia descrição da aparência física do paciente “compareceu a consulta em boas condições higiênicas. Seus cabelos de cor castanhos claro são lisos, tinham o corte definido e estavam alinhados. A barba estava feita. Vestia camisa de algodão, sem gola, de mangas curtas, de cor azul. Suas calças eram em jeans cor índigo blues. Calçava sapatos de couro, preto. É franco, afável, cortês, dócil e cooperante. Durante a entrevista se tornou dispersivo e inconstante.”</p> <p>“ TDAH é reconhecido pela OMS”.</p> <p><u>CID/Hipótese diagnóstica:</u> F90 e</p>		

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
1995 19 anos	2014-2	Administração	Dislexia	Sala especial, com pessoal capacitado, local de fácil acesso, pessoal capacitado para realizar a transferência das questões para o gabarito. Prorrogação do tempo de prova.	F98. ⁷⁰	<p><u>Profissional:</u> Psicóloga. Tem formação em distúrbios de aprendizagem.</p> <p><u>Histórico/Queixa:</u> Paciente diagnosticado com 14 anos. Já utilizou metilfenidato. Irmã com diagnóstico de TDAH e Dislexia. Dificuldades na leitura e escrita. É desorganizado.</p> <p><u>Data:</u> 2010.</p> <p><u>Procedimento:</u> Foi submetido ao WISC-III.</p> <p><u>Resultados:</u> medianos, considerados razoavelmente satisfatórios.</p> <p><u>Conclusão:</u> Encontra-se dentro da normalidade, Leitura e escrita deficitárias em relação à idade e escolaridade. Atenção deficitária;</p> <p><u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Sugestivo quadro clínico de Déficit de Atenção e Dislexia visuo-espacial (ou de desenvolvimento).</p> <p><u>Encaminhamento:</u> Dicas para ser usado em sala de aula com o estudante:</p> <p>Sentar na primeira fileira, em uma área que não tenha muita circulação;</p> <p>Não considerar os erros de ortografia para a nota final;</p> <p>Dar explicações individuais, se possível, dando exemplos em seu caderno;</p> <p>Somente material necessário em cima da mesa;</p> <p>Tampar outros exercícios para que</p>	14 anos

⁷⁰ F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
						<p>ele possa fazer um de cada vez; Instruções curtas e claras; Dar tempo de reflexão após fazer pergunta; Fracionar tarefas longas em várias pequenas; Insistir mais na qualidade dos trabalhos que na quantidade; Retirar decorações excessivas das folhas de trabalho; Fazer letras maiores; Deixar espaços entre as informações escritas; Ajudar o estudante a elaborar uma rotina de trabalho; Assegurar-se que o estudante compreendeu as informações, dar pistas e palavras-chave; Dizê-lo para: Focar-se em um objetivo; Seguir em um plano previamente estabelecido; Efetuar mudanças gradativas ao plano; Autoverificar e autocorrigir; Provas orais;</p>	

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
1996 18 anos	2014/2	Engenharia de Agrimensura e Cartografia	Dislexia em comorbidade com TDAH	Sala especial com pessoal capacitado, concessão de pessoal para a transferência de questões; prorrogação do tempo de prova em 1 hora.	<u>Profissional:</u> Neurologista infantil <u>Histórico:</u> Encaminhado em 2008 com queixa de déficit de aprendizagem na leitura e escrita. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Dislexia CID R 48. ⁷¹ Em uso de Ritalina para tratamento do Déficit de Atenção; <u>Data:</u> 08/11/2013	<u>Instituição:</u> ABD <u>Histórico:</u> O pai também apresentou dificuldades na aprendizagem; Demonstra alteração na capacidade de atenção. <u>Procedimentos:</u> Executou teste de MVPT-3 – percepção visual. <u>CID/Hipótese diagnóstica:</u> Dislexia de desenvolvimento e TDA. <u>Encaminhamento:</u> Fonoaudiólogo, psicopedagogo, continuidade do tratamento neurológico, prática de atividade esportiva, estimular outras formas de expressão e avaliação, além de leitura e escrita. “Situações em que ele possa se sobressair por suas qualidades e não por suas dificuldades, devem ser aproveitadas ao máximo pelos seus professores, familiares, terapeutas... serão estímulos muito importante para promover a melhora da sua autoestima”. Realizar prova em sala separada, silenciosa e adequada; Dar tempo adicional para a prova; Colocar um professor para a leitura da prova; Verificar se o aluno entendeu o que foi perguntado; Realizar forma oral de avaliação; Solicitar que explique quando for prova escrita; Provas com consulta, em grupo; Permitir uso de tabuada, calculadora, fórmulas, dicionário; Não corrigir prova com caneta	12 anos

⁷¹ R48 - Dislexia e outras disfunções simbólicas.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
						vermelha; Não corrigir publicamente o aluno em erros de fala; Trabalhar em conjunto com profissionais que atendem o aluno; Recursos multimídia; Cobrar cumprimento dos encaminhamentos; <u>Profissionais:</u> Fonoaudióloga e Psicopedagoga.	
	2010-1	Sistema de Informação	Síndrome do Déficit de Atenção e Hiperatividade	Sala individual especial, com pessoal capacitado para a transferência de respostas; prorrogação do tempo de prova.	<u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> Síndrome de Déficit de Atenção e Hiperatividade. <u>Histórico:</u> Usa Ritalina. <u>Conclusão:</u> “Não apresenta nenhum comprometimento das funções cognitivas superiores”.		
	2010-2	Medicina	Déficit de Atenção TDAH	Sala especial, com pessoal capacitado, transferência de respostas	<u>Profissional:</u> Neurologista. <u>Data:</u> 19/05/10 <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Quadro de TDAH F-90. <u>Histórico:</u> Em uso de metilfenidato		
1990 23 anos	2013		Dislexia e Déficit de atenção	Sala especial, com pessoal capacitado, auxílio na leitura e prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Médico - HCUFU.		23 anos
1997 18 anos	2015-2 2016-2	Medicina	TDAH Entrou com solicitação de TOC e Transtorno de	Prorrogação do tempo e sala reservada.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> TDAH e TOD (Transtorno Desafiador	<u>Profissional:</u> Psicóloga <u>Histórico:</u> Encaminhado pela psiquiatra, que o acompanha desde	18 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
	05/03/2015 Usou o mesmo laudo para os dois anos.		Ansiedade, também.	Indeferiu o pedido do uso de tampões.	Opositor) <u>Histórico:</u> Em uso de Venvanse e Depakote. <u>Data:</u> 02/03/2015	2006. Em uso de Venvanse. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> TDAH do tipo combinado, constatado a partir da aplicação de escalas. <u>Data:</u> 06/03/2015	
1996 19 anos	2015-2 2016 09/03/2015	Biotecnologia	TDAH	Local reservado e prorrogação de tempo	<u>Profissional:</u> Neurologista. <u>Histórico:</u> Em uso de metilfenidato e Imipramina. <u>Data:</u> 09/03/2015.		19 anos
1991 24 anos	2015-2 05/03/2015	Medicina	TDAH	Prorrogação do tempo	<u>Profissional:</u> Psiquiatra <u>Histórico:</u> Faz uso regular de medicamento. OBS: "O psiquiatra informou que seu relatório substitui o relatório psicológico". <u>Data:</u> 02/03/2015.		24 anos
	2015-2		TDAH				
1997 19 anos	2016-2 03/03/2016		Dislexia	Sala especial, com pessoal capacitado, para auxílio na leitura e para transferência das questões. Prorrogação do tempo de prova.	<u>Conclusão:</u> Causa genética com histórico familiar sugestivo. Necessita de prova ORAL com auxílio individual de um profissional da área de educação, em sala separada, com uso de calculadora e prorrogação de tempo. <u>Resultados:</u> Testes cognitivos indicam capacidade dentro do normal. <u>Data:</u> 04/07/2015		18 anos
1998 18 anos	2016-2 29/02/2016		Dislexia	Sala especial, com pessoal capacitado para auxílio na leitura e transferência de questões. Prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Neurologista. <u>Data:</u> 18/09/2015. <u>Histórico:</u> Em uso de medicamento Concerta. <u>Conclusão:</u> Necessita de um leitor e prorrogação de tempo.	<u>Instituição:</u> Hospital de olhos <u>Data:</u> 08/02/2010. <u>Profissionais</u> Psicóloga e Fonoaudióloga <u>Encaminhamento:</u> Orientam o uso de óculos com filtros espectrais, além de várias outras sugestões para a escola de como ajudar o paciente a se desenvolver, tais como: uso de linguagem direta, diversificação dos processos de avaliação, ampliação	6 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
						<p>de tempo de prova, trazer aluno para perto da lousa e do professor, evitar pedir ao aluno que faça atividade na frente dos colegas; valorizar seus aspectos positivos; descobrir seus talentos; estimulá-lo a pensar, sem respostas prontas e rápidas.</p> <p>Sugerem acompanhamento terapêutico e multidisciplinar.</p> <p><u>Instituição:</u> ABD <u>Profissionais:</u>Psicóloga e Fonoaudióloga. <u>Data:</u> 2006. <u>Histórico/Queixa:</u> Candidato tinha seis anos. Disgrafia e escrita lenta. <u>Procedimento:</u> HTP, Bender, Wisc III. <u>Resultados:</u>Foi detectado QI alto, indicando inteligência muito superior. “Dislexia não é uma doença, mas sim um distúrbio hereditário e genético, portanto o indivíduo nasce e morre com esse distúrbio”. <u>Encaminhamento:</u> para acompanhamento fonoaudiólogo. As profissionais ressaltam que, caso a criança venha a repetir o ano, a LDB orienta que isso não pode acontecer, pois ocasionaria “danos emocionais na autoestima já tão desgastada por fracassos não compreendidos”. “Albert Einstein tinha dificuldades na leitura e nem por isso deixou de ser um grande talento”. <u>Profissional:</u>Psicóloga <u>Data:</u> 07/11/2013 <u>Histórico:</u> O paciente estava com 15</p>	

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
						anos. Encaminhado por um médico, o qual o acompanha desde 2006. <u>Procedimento:</u> Avaliação Psicométrica A mãe: “Não acreditava que ele ia conseguir estar onde está hoje”. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> A profissional sugere TDAH além de Dislexia.	
1987 23 anos	2010	Medicina	Déficit de Atenção	Sala especial, com pessoal capacitado e prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Neurologista. <u>Histórico:</u> Usa medicamento <u>Data:</u> 14/05/2010.		23 anos
1995 19 anos	2014 24/03/2014	Medicina	Déficit de Atenção e Hiperatividade/ Epilepsia / Hemiplegia/ cadeirante O neurologista aponta síndrome de Irlen, porém não é englobada como motivo no requerimento de atendimento especial.	Sala especial, com pessoal capacitado, local de fácil acesso, enfermeiro para acompanhamento, concessão de auxílio na leitura, transferência de questões por pessoal capacitado. Prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Neurologista. <u>Data:</u> 24/03/2014. <u>Histórico:</u> Tratamento neurológico desde o ano de 1996, estava com 1 ano e 3 meses de idade, devido a paralisia cerebral hemiplégica e epilepsia. Última crise em 2010. Em uso de medicamentos como Depakote e ER. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Síndrome de Irlen com dificuldade severa pra leitura e desconforto, ansiedade em relação aos estudos.Dificuldade leve em memória episódica de evocação imediata e tardia.		19 anos
	2011	Ed. Física	Dislexia	Sala especial, com pessoal capacitado para realizar a transferência de questões; prorrogação do tempo de prova.		<u>Profissionais:</u> Psicopedagoga e Orientadora Educacional; <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Grau severo de Dislexia. OBS: No laudo o candidato é chamado por outro nome. <u>Procedimento:</u> Foram aplicados os testes: Bender, Tavis, Teste de Avaliação PNL, Teste Allend, Teste M Stamback, Teste BPR 5, de personalidade.	

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
						<p><u>Conclusão:</u> As profissionais sugerem que o paciente deve ter uma avaliação mista para não excluir seus verdadeiros potenciais, por exemplo: prova lida em voz alta, tempo adicional, apoio na transcrição das respostas, redação oral e transcrita por fiscal.</p> <p><u>Encaminhamento:</u> Programa psicopedagógico em que seja contemplada a atenção.</p>	
1989 19 anos	2008/PAIES	Engenharia Civil	Dislexia	Sala individual, com pessoal capacitado para o auxílio na leitura, profissional com conhecimento em espanhol, transferência de questões; prorrogação do tempo de prova.		<p><u>Profissionais:</u> Psicopedagoga Clínica. Especialista em patologia da fala e linguagem e em educação.</p> <p><u>Histórico/Queixa:</u> acompanhamento nos anos de 2002 a 2004, por dificuldades na produção escrita e ser lento para redigir.</p> <p><u>Data:</u> 20/09/2008.</p> <p><u>CID/Hipótese</u> _____ <u>Diagnóstica:</u> Apareta características disléxicas.</p> <p><u>Conclusão:</u> Nível intelectual médio inferior, formando quadro de distúrbio de aprendizagem com características disléxicas. Leitura lenta, silabada. Ainda encontra-se em processo de alfabetização, há possibilidade de que essas características sumam ou se intensifiquem.</p> <p><u>Encaminhamento:</u> para um trabalho intensivo cognitivo linguístico.</p>	Aproximadamente 13 anos.
1999 17 anos	2016	Direito	Dislexia	Sala especial, com pessoal capacitado para auxílio na leitura das questões e	<p><u>Profissional:</u> Neurologista.</p> <p><u>Data:</u> 06/07/2015</p> <p><u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> Transtorno de Aprendizagem. Dislexia F81.⁷²</p>	<p><u>Profissionais:</u> Psicóloga e Fonoaudióloga.</p> <p><u>Instituição:</u> ABD</p> <p><u>Data:</u> 08/01/2007</p> <p><u>Histórico:</u> Criança estava com sete</p>	7 anos

⁷² F81 - Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				transcrição das respostas para o gabarito oficial. Prorrogação do tempo de prova		anos, na segunda série quando diagnosticado. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Dislexia de grau severo. <u>Encaminhamento:</u> fonoaudiólogo ou psicólogo, atividades físicas. Sugere: Uso de editor de textos no computador com corretor ortográfico, de jogos pedagógicos que o interessem. Provas orais, maior tempo de prova, uso de gravador, calculadora, dicionário, tabuada, aulas de teatro, artes (argila, tela e tintas, massa de modelar). Trabalhar com o concreto. Informam do direito da criança de não ser reprovado, devido a Lei LDB 9394/96. Cita Albert Einstein que apesar de gênio tinha dificuldades na leitura, escrita e “nem por isso deixou de ser um talento”. “Dislexia não é uma doença, e sim, um distúrbio hereditário (genético) e, portanto o indivíduo nasce e morre com esse distúrbio”.	
1995 21 anos	2016-2	TDAH		Sala especial com poucos candidatos, com pessoal capacitado para atendê-lo. Prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> F90. TDAH. <u>Conclusão:</u> [O paciente tem] “muita dificuldade para manter o foco em atividades mentais e compromete o desenvolvimento acadêmico consideravelmente, razão pela qual necessita de extensão adicional do tempo de provas ou testes”. <u>Data:</u> 16/02/2016	<u>Profissional:</u> Psicóloga. <u>Histórico:</u> Em tratamento desde 2013. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> “Apresenta, no momento, TDAH”. <u>Procedimento:</u> Sessões psicoterapêuticas semanais, entrevistas, questionários, testes psicológicos, desenhos e atividades projetivas, escuta e intervenções verbais. <u>Data:</u> 18/02/2016	18 anos
	2016-2	TDAH TDA*		Sala especial com poucos candidatos,	<u>Profissional:</u> Psiquiatra. <u>Data:</u> 25/05/2015.	<u>Profissionais:</u> Psicóloga e Psicopedagoga.	

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
			*Candidato preenche a ficha de inscrição relatando diagnóstico diferente do qual é dado pelo médico.	prorrogação do tempo de prova.	<u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> F90 – Transtorno de Déficit de Atenção.	<u>Conclusão:</u> “Necessidade de um tempo maior para a realização do vestibular”.	
1998 18 anos	2016-2		TDAH TDA* *Candidato preenche a ficha de inscrição relatando diagnóstico diferente do qual é dado pelo médico.	Sala especial, com poucos candidatos, prorrogação do tempo de prova. Foi indeferido uso de tampão.	<u>Profissional:</u> Neurologista. <u>Histórico:</u> Acompanhamento desde 2013, devido a quadro de TDA, necessitando de uso contínuo de metilfenidato. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> TDA <u>Conclusão:</u> Necessita de tempo maior para a realização da prova. <u>Data:</u> 26/02/2016	<u>Profissional:</u> Psicóloga. <u>Histórico:</u> Em acompanhamento desde 2013. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> TDAH, F90. “De acordo com a resolução CFP nº 015/96, ⁷³ venho atestar a necessidade de estender seu período de provas de 1 hora”.	15 anos
	2016-2		TDAH	Sala especial com poucos candidatos, pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova. Indeferiu uso de tampão.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra. Faz uso de Ritalina. <u>Data:</u> 21/07/2016		
	2015	Medicina	Dislexia e má formação congênita e incontinência urinária.	Indeferiu (Pelo o que eu entendi, o atendimento especial só é oferecido em Uberlândia e a candidata é de Goiânia).	<u>Profissional:</u> Médica <u>Data:</u> 06/01/2014. <u>Profissional:</u> Médico		
1993 19 anos	2011-2 2012-2	Medicina	Dislexia	Sala especial, com pessoal capacitado para auxílio na leitura e		<u>Instituição:</u> ABD. <u>Data:</u> Avaliação realizada em 02/03/2004 a 15/02/2005. <u>Histórico:</u> A criança estava com 10	10 anos

⁷³ Institui e regulamenta a Concessão de Atestado Psicológico para tratamento de saúde por problemas psicológicos.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				transferência de questões, caso necessário. Prorrogação do tempo de prova.		anos de idade e cursava a 5ª série do Ensino Fundamental. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Dislexia visual, de leitura, escrita e de compreensão severa. <u>Encaminhamento:</u> Fonoaudiólogo, Esportes em grupo (natação). <u>Profissionais:</u> Psicóloga e Fonoaudióloga.	
	2008	Artes Visuais	Dislexia	Na prova de habilidade específica: Sala especial individual, com pessoal capacitado, auxílio na leitura dos enunciados. No processo seletivo: Sala especial individual, com pessoal capacitado, auxílio na leitura dos enunciados, transcrição e prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> F81. <u>Conclusão:</u> [O paciente] "necessita realizar a prova em sala separada, com assistência".	<u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Dislexia. Profissional considera a Dislexia uma doença hereditária. <u>Data:</u> 03/12/2007.	
1996 19 anos	2015 09/03/2015	Psicologia	TDAH TDA*	Sector especial e tempo adicional	<u>Profissional:</u> Psiquiatra. <u>Conclusão:</u> Sugeriu excedente de 2h para fazer a prova. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> TDA. CID 90. <u>Data:</u> 05/03/2015	<u>Profissional:</u> Psicóloga. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> TDA. Fobia social, ansiedade, alterações de humor. <u>Data:</u> 09/03/2015.	19 anos
1998 18 anos	2016		TDAH	Sala especial, poucos candidatos, prorrogação do tempo.	<u>Profissional:</u> Neurologista <u>Histórico:</u> Em uso de Concerta. <u>Conclusão:</u> Necessita de atendimento individualizado e 1 hora a mais para a realização da		18 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
1997 19 anos	2016		TDAH	Sala especial, com poucos candidatos e prorrogação do tempo de prova.	prova. Data: 14/03/2016 <u>Profissional:</u> Médico (encaminhou para o psicólogo).	<u>Profissional:</u> Psicóloga. <u>Resultado:</u> Eficiência intelectual superior ou muito superior, porém tem dificuldade de manter a atenção, de planejar, de estabelecer prioridades, procrastinação, dificuldade de percepção, administração do tempo, perda rápida da motivação, baixa tolerância a frustrações. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> “O que levanta a possibilidade de um TDAH são as estratégias ou as dificuldades em usá-las para se chegar aos resultados desejados”. Encaminhamento: neurologista ou psiquiatra e acompanhamento psicoterápico. OBS: “Após um ano, faz-se necessário a reavaliação psicológica”.	19 anos
1997 18 anos	2015	Medicina Veterinária	Dislexia	Tempo adicional e fiscal para preenchimento de respostas.		<u>Instituição:</u> ABD. <u>Profissional:</u> Psicóloga e Fonoaudióloga. Cita o Albert Einstein, assim como em outros laudos. OBS: O laudo não estava inteiramente impresso nos documentos.	18 anos
	2007	PAES 2ª etapa	Dislexia	Sala especial individual, com assistência de	<u>Profissional:</u> Fonoaudióloga – MG Uberlândia. <u>Histórico:</u> Não está em tratamento		

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				pessoal capacitado para auxílio na leitura, ajuda na transferência de questões e da redação. Prorrogação do tempo de prova	atualmente. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Tem Disfemia Tônico-Clônica ⁷⁴ e Dislexia associada à disgrafia. <u>Data:</u> 09/11/2007		
1992 20 anos	2012-2	Psicologia	Distúrbio do Déficit de Atenção	Sala especial, com pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> Apresenta diagnóstico pela CID 10 F90 (DDA). <u>Histórico:</u> Em Uso de medicamento há um ano.		20 anos
	2016		TDAH	Sala especial com poucos candidatos e prorrogação do tempo de prova	<u>Profissional:</u> Psiquiatra <u>Histórico:</u> Em uso de Ritalina. <u>Data:</u> 09/03/2016		
1997 19 anos	2016		TDAH	Sala especial com poucos candidatos, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra.		19 anos
1998 17 anos	2015 2016-2	Odontologia	TDAH e Escoliose	Sala especial com poucos candidatos, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Ortopedista e Traumatologista. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> laudo de escoliose. <u>Data:</u> 17/02/2016 <u>Profissionais:</u> Neurologista e psiquiatra. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> TDAH F90. <u>Data:</u> 29/02/2016	<u>Profissional:</u> Psicóloga. <u>Histórico:</u> Em uso de Venvanse. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> TDAH e Impulsividade, do tipo ansioso. <u>Cita a Legislação Nacional:</u> Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 (ECA) – artigo 52, incisos I, II, III. Lei 9.394/96 ⁷⁵ Lei 10.172/2001 ⁷⁶ Lei 7.853/89 ⁷⁷	17 anos

⁷⁴ Disfemia é um distúrbio que provoca dificuldade em se expressar por meio da fala. Conhecida popularmente como gagueira. A disfemia clônica é caracterizada por contrações que ocorrem diretamente na boca de forma leve e rápida provocando a repetição de palavras ou parte delas. As duas formas de disfemia podem ou não estarem associadas uma a outra e ocorrer de forma contínua. (DSM V, 2014)

⁷⁵ Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

⁷⁶ Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
1992 21 anos	2013 2014 2015	Medicina	TDAH	Sala especial e com pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova. Indeferiu prorrogação do tempo de prova em 2014. Deferiu em 2015.	<u>Profissional</u> : Neurologista <u>Datas</u> : 15/03/2013 e 03/03/2014	Decreto nº 3.298/99 ⁷⁸	21 anos
	2007		TDA	Sala especial, com pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova,	<u>Profissional</u> : Médico. <u>CID/Hipótese Diagnóstica</u> : Retardo psico-motor. F. 70 ⁷⁹ <u>Data</u> : 11/06/2007		
1994 20 anos	2014-2 24/03/2014	Engenharia Mecânica	Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	Sala especial, com pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional</u> : (Nome ilegível) neurologista <u>CID/ Hipótese Diagnóstica</u> : F.90 <u>Data</u> : 17/03/2014		20 anos
1992 20 anos	2012-2	Medicina	Dislexia	Auxílio leitor, na transcrição das respostas e redação, e prorrogação do tempo.		<u>Histórico</u> : O paciente estava na 3ª série do ensino fundamental quando foi diagnosticado. <u>Instituição</u> : ABD. <u>CID/Hipótese Diagnóstica</u> : F81. Dislexia de grau moderado. OBS: "Dislexia é um distúrbio de aprendizagem neurobiológico de caráter hereditário." OBS: "Esta avaliação tem validade permanente, independente da data"	8 anos aproximadamente

⁷⁷ Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

⁷⁸ Regulamenta a Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

⁷⁹ F70 - Retardo mental leve.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
						em que esta tenha sido realizada”. <u>Encaminhamento:</u> fonoaudióloga. <u>Profissionais:</u> Fonoaudióloga e Psicopedagoga Clínica. <u>Instituição:</u> ABD.	
1990 18 anos	2008-2	Psicologia	Dislexia (comorbidade com TDAH, mas não aparece em nenhuma parte do requerimento, somente no relatório médico).	Sala especial, individual, com pessoal capacitado para auxílio na leitura, auxílio na transferência de questões e redação. Prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Neurologista. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> F90 e F81. “Portadora de Déficit de atenção e distúrbio de aprendizado de leitura e escrita.” <u>Histórico:</u> A paciente está em tratamento desde 03/01/2002. <u>Data:</u> 14/05/2008	<u>Profissional:</u> Neuropsicólogo e Médico. <u>Resultados:</u> Apresentou todas as funções como memória, fala, pensamento, inclusive atenção, de forma satisfatória. Somente na leitura e no raciocínio matemático que não. Porém, na conclusão aparece que há dificuldade na escrita. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Distúrbio de aprendizagem de leitura e escrita. Dislexia. <u>Encaminhamento:</u> psicoterapia, fonoaudióloga e orientação familiar. <u>Histórico:</u> Foi diagnosticada aos 11 anos, na 6ª série. <u>Encaminhamento:</u> Necessidade de Psicoterapia, fonoaudióloga e orientação familiar.	11 anos
	2016		“Não possui deficiência, mas, necessidade especial.” (de acordo com o requerimento). DDA – Distúrbio de atenção	Sala especial, com poucos candidatos, pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova.	<u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> Distúrbio de atenção (DDA) CID 90. <u>Histórico:</u> Em uso de Concerta.		
1992 24 anos	2016-2		TDA	Sala especial, com poucos candidatos, com pessoal capacitado, prorrogação do	<u>Profissional:</u> Psiquiatra Em uso de Dimesilato de lisdexanfetamina e Agomelatina. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> Apresenta Transtorno	<u>Profissional:</u> Psicóloga. <u>Histórico:</u> Em tratamento dos 17 aos 23 anos. Mostrou dificuldade em dar continuidade a tudo que fazia. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u>	17 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				tempo de prova	de Déficit de Atenção F90 e F32. ⁸⁰ <u>Data:</u> 30/09/2015.	TDAH.F90 e F32. <u>Data:</u> 04/03/2016.	
1989 24 anos	2013-2	Medicina	Déficit de Atenção e Hiperatividade	Prorrogação do tempo de prova.	<u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> F90-TDAH. <u>Histórico:</u> Há três anos foi diagnosticado e está em uso de Ritalina <u>Data:</u> 22/04/2013.		21 anos
23/04/2013			TDAH*				
1982 33 anos	2015-2	Engenharia Aeronáutica	TDAH		<u>Profissional:</u> Psiquiatra. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> F90		33 anos
1994 17 anos	PAAES 2011		Dislexia	Sala especial, com pessoal capacitado para acompanhar candidato na leitura, transferência de questões e redação. Prorrogação do tempo de prova.		<u>Profissional:</u> Psicóloga. <u>Histórico:</u> Foi avaliado na quinta série do ensino fundamental. <u>Encaminhamento:</u> Psicóloga 2x por semana, psicopedagogia e fonoaudióloga. OBS: Avaliação em caráter situacional não sendo rígida e nem definitiva OBS: Laudo assinado pelo psicólogo da escola. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Grau moderado de Dislexia.	
1995 19 anos	2014	Biologia	Dislexia	Sala especial, com pessoal capacitado, caso necessário acompanhamento na leitura do enunciado, transferência das questões para a folha de respostas e folha de redação.	<u>Profissional:</u> Fonoaudióloga <u>Conclusão:</u> Apresenta desordem do processamento auditivo central e características disléxicas e articulatórias. A mesma necessita de acompanhamento especializado. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> F81 <u>Data:</u> Março de 2014 <u>Profissional:</u> Clínico Geral <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> F81.		

⁸⁰ F32 - Episódios depressivos.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				Prorrogação do tempo de prova.			
	2011-1	Medicina	Déficit de Atenção	Setor especial, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional</u> : Psiquiatra. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica</u> :F90 <u>Conclusão</u> : [a paciente necessita] “realizar a prova num local com poucos estímulos e com tempo adicional”. <u>Histórico</u> : Em uso de Ritalina LA associada a Ritalina de ação rápida e Stavigile.		
1987 24 anos	2011-2	Medicina	Déficit de Atenção	Sala especial, com pessoal capacitado e consciente das necessidades especiais do candidato, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional</u> : Psiquiatra <u>CID/ Hipótese Diagnóstica</u> :Déficit de atenção <u>Data</u> : 04/01/11		24 anos
1989 27 anos	2016		Dislexia	Sala especial, pessoal capacitado, auxílio na leitura e na transferência das questões e redação para a folha de respostas, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional</u> : Psiquiatra <u>Data</u> : 24/02/2016 <u>Queixa</u> : Dificuldade de decodificar as letras do alfabeto e apresenta confusão de palavras com grafia similar, por ex.: Proteger /Projetar e Conveniência por Convivência. Confusão das tarefas escolares, o que culminou em atraso escolar. Faz trocas de palavras. <u>Histórico</u> : Em uso de Ritalina. <u>Conclusão</u> : Necessita de prorrogação do tempo de prova. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica</u> :CID R 48. ⁸¹		Na fase de escolarização, mas não especificado.
1995	2013-2		TDAH e Ansiedade		<u>CID/ Hipótese Diagnóstica</u> :TDAH		18 anos

⁸¹ R48 - Dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
18 anos					e Ansiedade. <u>Histórico:</u> Em uso de metilfenidato [pode apresentar] “agravamento do quadro em situações de stress”.		
1993 19 anos	2012-2	Medicina	TDAH	Sala especial com pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova,	<u>Profissional:</u> Neurologista <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> TDAH CID 90. <u>Histórico:</u> Em uso de Ritalina LA.		19 anos
	2016-2		TDAH	Sala especial, pessoal capacitado. Prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Médico <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> TDAH associada a distúrbio de comportamento. G90. ⁸² <u>Histórico:</u> Em uso de Ritalina. <u>Conclusão:</u> Necessita tempo diferenciado de prova <u>Data:</u> 26/08/2015	<u>Profissional:</u> Psicóloga <u>Conclusão:</u> paciente apresenta sintomas de desatenção, agitação, ansiedade, agravados em momento de tensão, comprometendo a eficiência das atividades que exigem concentração, memória e agilidade de raciocínio <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> F90. <u>Data:</u> 22/02/2-16	
1993 19 anos	2012-2	Direito	Transtorno de Déficit de Atenção (TDA)	Sala especial com pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Médico. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> CID F 90 (TDA) <u>Histórico:</u> Em uso de Ritalina. <u>Data:</u> 28/03/2012		19 anos
1992 18 anos	2010-1	Psicologia	Dislexia grau médio	Sala especial e individual, com pessoal capacitado, caso necessário concessão de prova oral, transferência das questões e redação por pessoal capacitado,		<u>Instituição:</u> ABD: <u>Data:</u> 24/11/2005. <u>Histórico/Queixa:</u> 13 anos.Encaminhada devido à dificuldades escolares. <u>Procedimento:</u> Aplicação de Testes: nível mental, personalidade, testes projetivos, de memória, de percepção e avaliação da discriminação. <u>Resultado:</u> A paciente apresentou	13 anos

⁸² Transtornos do sistema nervoso autônomo.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				prorrogação do tempo de prova.		<p>bom contato durante a avaliação. O nível intelectual está dentro da média. Raciocínio numérico abaixo do esperado, sem as relações básicas incorporadas.</p> <p>Memória imediata para dígitos está adequada. Percepção visual acima do esperado. Organização espacial adequada, esquema corporal normal. Dificuldades para adaptar-se à novas situações, nível visuomotor prejudicado. Sem recursos pessoais para vencer suas dificuldades. Praxias orofaciais: adequadas. Memória tátil e cinestésica e Organização espacial adequadas.</p> <p>Discriminação e Percepção auditiva adequados.</p> <p>Comunicação oral: transmite oralmente seus pensamentos de forma adequada.</p> <p>Não obedece regras morfosintáticas, vocabulário pobre e disnomias.</p> <p>Não reconheceu rima e aliteração. Fez análise e síntese de palavras, divisão fonêmica e silábica.</p> <p>Comunicação e escrita: traçado caligráfico adequado, cópia lenta e com trocas de grafemas. Ditado realizado com trocas visuais, auditivas, espaciais, pedagógicas, omissões e inversões de grafemas.</p> <p>Escrita espontânea com vocabulário pobre e trocas de grafemas.</p> <p>Leitura lenta com hesitação, sem pontuação e troca de fonemas.</p> <p>Teste de nomeação rápida dentro da média.</p> <p>CID/Hipótese Diagnóstica: Por</p>	

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
1994 20 anos	2014-2	Odontologia	TDAH e Dislexia	Solicitou tempo adicional Sala especial, pessoal capacitado, acompanhamento na leitura do enunciado, transferência de questões e redação, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra. <u>Histórico:</u> Em acompanhamento neste serviço desde 2011. Em uso de Ritalina. Em acompanhamento fonoaudiológico e reabilitação cognitiva. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> R48 e F90. Apresenta TDAH e Dislexia. <u>Conclusão:</u> Solicita prorrogação do tempo. <u>Resultados:</u> Grave dificuldade em atenção sustentada. Leitura e escrita prejudicadas. QI – normal, sem deficiência intelectual concomitante. Precisa de considerações quanto à correção de redações e respostas abertas.	equipe multidisciplinar infere-se um grau de Dislexia de grau médio (leitura, escrita e compreensão) mista (visual e auditiva). Discalculia. <u>Encaminhamento:</u> Psicopedagogo.Deve-se salientar as qualidades do paciente. <u>Profissionais:</u> Psicóloga e Fonoaudióloga.	17 anos
1993 19 anos	2012-2 2014-2	Medicina	Dislexia	Solicitou local individual e tranquilo, auxílio transcrição em geral (redação e gabaritos) e tempo adicional. 2012-2: Auxílio de leitor, de transcrição das	<u>Profissional:</u> Neurologista. “Declaro para os devidos fins que o paciente atualmente com 20 anos, CPF... avaliado por mim como portador de Dislexia, e por este motivo, apresenta tratamento diferenciado para realização de provas oficiais, tais como: local individual e tranquilo, tempo de duração de 30% a mais do tempo de prova, auxílio leitor/monitor	<u>Data:</u> 2012 <u>Profissional:</u> Fonoaudióloga <u>Histórico/Queixa:</u> Passou, de 2004 a 2006, por um processo de reabilitação fonoaudiológica, por apresentar quadro de transtorno de aprendizagem escolar. Passou por Reabilitação fonoaudiológica em 2012, com 19 anos. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Dislexia. <u>Resultado:</u> Usa regras	11 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				<p>respostas /redação e tempo adicional.</p> <p>2014-2 Sala especial, pessoal capacitado, acompanhamento na leitura e enunciado das questões, transferência das questões e redação para a folha de respostas. Prorrogação do tempo.</p>	para transcrições em geral”.	<p>morfossintáticas de forma adequada, porém com dificuldades na elaboração e organização de fatos e ideias que deseja comunicar. Necessita de interlocutor para contextualização de suas respostas, o que não aparece na conversação. Escrita sem trocas ortográficas</p> <p>Compreensão da ideia central de textos lidos adequada, porém, apresenta ideias conclusivas ou inferências com certa dificuldade. Dificuldade em localizar a fonte sonora.</p> <p>Necessita de maior tempo para executar tarefas de manipulação das estruturas linguísticas de forma adequada.</p> <p>Dificuldade de acesso rápido ao léxico relacionada à organização da memória de trabalho.</p> <p><u>Conclusão:</u> Solicita maior tempo para a avaliação e que o estudante receba oralmente informações mais detalhadas.</p> <p><u>Instituição:</u> ABD.</p> <p><u>Data:</u> Ano de 2004</p> <p><u>Histórico:</u> Paciente estava com 11 anos, cursando a 4ª série.</p> <p><u>Resultado:</u> Nível intelectual superior à média. Retenção e evocação de experiências prejudicadas. Apresenta bom raciocínio numérico com operações básicas incorporadas. Memória imediata para números prejudicada. Não apresenta dificuldades para adaptar-se a novas situações. Capaz de recorrer a esquemas de ação internalizados e de usar</p>	

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
1982 33 anos	2015-2	Nutrição	Dislexia e Ataxia do crânio			<p>reversibilidade. Percepção visual acima da média. Função motora lenta. Nível visuomotor insatisfatório. Apresenta baixa-autoestima. Memória tátil e cinestésica adequada. Organização espacial adequada. Organização temporal lenta. Não reconheceu rima e aliteração. Fez análise e síntese de palavras, divisão fonêmica e apresentou dificuldade de juntar fonemas. Cópia lenta. Ditado com trocas visuais, auditivas, espaciais, pedagógicas, omissões e inversões de grafemas. Escrita espontânea pobre. Leitura lenta e compreensão restrita da leitura do texto. Teste de nomeação rápida na média. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> Apresenta disgrafia. Caso de Dislexia visual, de leitura, escrita e compreensão média. <u>Encaminhamento:</u> fonoaudiólogo, psicólogo, psiquiatra, esporte (natação) para promover desenvolvimento físico geral e a integração social. Sugere utilizar o editor de textos, praticar aulas de teatros, artes, usar gravador de fitas cassete para estudar. Trabalhar o concreto. <u>Profissionais:</u> Psicóloga e Fonoaudióloga.</p>	33 anos
					<p><u>Profissional:</u> Médico. <u>Histórico:</u> “Apresenta lesão expansiva cerebelar, já operado em 2005, para ressecção parcial da lesão, sendo diagnosticado com</p>		

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
					Gangliocitoma. Lhermite Duclos Apresenta síndrome cerebelar vermiana (Ataxia do tronco) e apendicular ((in) coordenação dos membros) “ <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> C71.6 ⁸³		
	2012-2	Engenharia Elétrica – Integral	TDAH	Tempo adicional, local com menos candidatos. Setor especial e prorrogação do tempo.	<u>Profissional:</u> Médico Data: 2012 <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> TDAH <u>Conclusão:</u> “Necessita de 1 hora a mais de prova. Local com menos movimento e menor acúmulo de candidatos”.		
1996 19 anos	2015-2	Agronomia	TDAH	Prorrogação do tempo e local reservado	<u>Profissional:</u> Neurologista. <u>Histórico:</u> Avaliado em 2013 devido à inquietude e dificuldades escolares <u>Procedimento:</u> Testes EEG e TAVIS – Teste de atenção visual <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> Consideráveis alterações atencionais corroborando o diagnóstico clínico de TDAH (F90). <u>Resultados:</u> “Prejuízos na atenção seletiva com erro por ação e omissão, prejuízos moderados na manutenção da atenção com erros por omissão”. <u>Conclusão:</u> Precisa de extensão do tempo de provas.	<u>Instituição:</u> Escola. <u>Profissionais:</u> Psicóloga e Coordenadora Pedagógica. <u>Histórico:</u> Estudante do 3º colegial com indicação de Ritalina por dificuldade de manter atenção e se organizar nos estudos. “Realmente pudemos conviver com ele sem o uso do medicamento (porque ele estava vivendo uma época de recusar a usar, por medo dos preconceitos dos amigos) e logo após, fazendo uso regular da mesma. Responde favoravelmente à medicação, sendo que sua participação em sala de aula, organização dos estudos, atenção são substancialmente diferentes. Acreditamos que ainda seja necessário e traga significado para ele o uso de medicamento para ajudá-lo nesses aspectos tão importante para sua vida acadêmica agora, e mais tarde para sua atuação	17 anos

⁸³ Neoplasia maligna do cerebelo.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
1997 18 anos	2015-2	Medicina	TDAH			profissional.”	18 anos
			TDA*		<u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> TDA. CID F90 <u>Histórico:</u> Em uso de Concerta <u>Profissional:</u> Neurologista.		
	2016-2		TDAH	Sala especial com poucos candidatos, com pessoal capacitado, prorrogação do tempo.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra. <u>Histórico:</u> Em tratamento psiquiátrico há quatro anos e dois meses e em acompanhamento psicoterápico. <u>Conclusão:</u> Sugere tempo extra e ambiente livre de ruídos.	<u>Profissional:</u> Psicóloga. Paciente apresenta sintomas fóbico-ansiosos (F40), recorrentes do TDAH. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> TDAH. Solicita adequação de ambiente e tempo às necessidades do paciente.	
1994 22 anos	2016-2		TDAH	Sala especial com poucos candidatos, com pessoal capacitado, prorrogação do tempo.	<u>Profissional:</u> Psiquiatra <u>Data:</u> 2014 <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> Quadro clínico sugestivo de TDAH (F. 90)sendo este de origem genética. <u>Conclusão:</u> Solicita benefício de adequação do tempo para realização da prova de vestibular.		20 anos
1990 24 anos	2014-2 2016-2	Medicina	TDAH	Sala especial com poucos candidatos, com pessoal capacitado, prorrogação do tempo.	<u>Profissional:</u> Neurologista <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> TDA <u>Conclusão:</u> “Necessita de tempo adaptado e ambiente sem ruídos excessivos. Menor resiliencia apresentada pelo paciente em manutenção de sua atenção”.	<u>Profissional:</u> Psicóloga. <u>Histórico:</u> Em acompanhamento psicológico na abordagem TCC devido ao TDA. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> TDA. F90. Requer ambiente adequado e adaptado.	24 anos
	2015 tentou transfer		TDA*				
	2016-2		TDAH	Sala especial com poucos candidatos, com pessoal capacitado, prorrogação do tempo.	<u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> TDAH(F91) <u>Histórico:</u> Em uso de Ritalina. <u>Profissional:</u> Neurologista	<u>Profissional:</u> Psicóloga com abordagem em TCC e Neuropsicologia. <u>CID/Hipótese Diagnóstica:</u> F91 Solicita tempo adicional de 1 hora e sala com menor quantidade de candidatos. <u>Data:</u> 2016.	
1986 26 anos	2012-2 2015/2	Medicina	Déficit de atenção e Hiperatividade	Sala especial com pessoal capacitado e consciente das necessidades do candidato.	<u>Profissional:</u> Neurologista clínico <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> TDAH (F 90) <u>Histórico:</u> Uso regular de medicação estimulante		26 anos
			TDAH*				

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				Prorrogação do tempo de prova.	(metilfenidato 40mg/dia) com o objetivo de melhorar a atenção e a concentração. <u>Data:</u> 03/04/2012 <u>Profissional:</u> Neurologista <u>CID/ Hipótese</u> <u>Diagnóstica:</u> TDAH F 90 <u>Histórico:</u> Faz uso de Ritalina <u>Data:</u> 09/02/2015		
1995 20 anos	Transferência facultativa – 2015 Vagas ociosas ** Candidato prestou a prova 2 x . Uma dizendo respeito à vagas ociosas e outra ao Vestibular. (2014)	Medicina	TDAH * Depressão e ansiedade	Solicitação indeferida, pois não consta assinatura do médico no laudo. Não houve cumprimento do subitem 5.1.1 do edital que prevê uma data limite para a entrega no laudo. Ao ser indeferido o candidato solicitou que considerassem um laudo anteriormente enviado, porém o setor não aceitou, informando-o, por e-mail, que seria disponibilizado setor especial, com poucos candidatos, assistência de	<u>Profissional:</u> Médica Psiquiatra. <u>Histórico:</u> Em tratamento desde agosto de 2013. Apresenta sintomas de ansiedade generalizada intensos, associados à angústia, desmotivação, insônia, irritabilidade importante, períodos de isolamento e lentificação. Encontra-se em uso de medicamentos: Frontal e Cymbalta <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> CID 10: F41.2. ⁸⁴	<u>Profissional:</u> Psicóloga. <u>Histórico:</u> Em acompanhamento desde julho de 2015. “Veio diagnosticado com TDAH e faz uso de medicação acompanhado por psiquiatra”. Tem sintomas depressivos devido a problemas familiares e de ansiedade, pela atual fase nos estudos. <u>CID/ Diagnóstico provisório:</u> CID 10: F41.2 <u>Data:</u> 09/11/2015	18 anos

⁸⁴ F41.2 - Transtorno misto ansioso e depressivo.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudos Médico	Laudos Psicológico	Idade no diagnóstico
				psicólogo durante a prova e proximidade ao posto médico, porém, pela falta do laudo atualizado, não obteve tempo adicional. Nesta tentativa estava descrito como necessidade: psíquicas decorrente de ansiedade generalizada e depressão. ** Candidato e DIRPS trocaram e-mails sobre o laudo médico e também sobre o candidato, pois este não solicitou FORMALMENTE via inscrição, mas sim pessoalmente no setor de atendimento.			
15/01/1991 17 anos	2008/2009 (ingressou)	Nutrição	Dislexia	Sala especial e individual, com pessoal capacitado e consciente das necessidades do candidato, auxílio leitura,	<u>Profissional:</u> Neurocirurgião <u>CID/ Hipótese Diagnóstica:</u> Diagnóstico neurológico de Dislexia, disgrafia, déficit de atenção e concentração, <u>Histórico:</u> diagnosticado em 2001. <u>Conclusão:</u> O médico solicita	<u>Profissional:</u> Fonoaudióloga. <u>Histórico:</u> Otite e disacusia na família. Baixo rendimento escolar e alterações psicológicas <u>Resultado:</u> Em avaliação audiométrica resultou um perda sensorio-neural de grau leve.	10 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudos Médico	Laudos Psicológico	Idade no diagnóstico
				profissional com conhecimento em inglês, pessoal capacitado para transferência das questões, prorrogação do tempo de prova. O fiscal anotou o que a candidata solicitou e o que ela realmente precisou: Pediu e não utilizou: Auxílio leitura Auxílio transcrição (folha de respostas) Pediu e utilizou: Auxílio escrita de questão discursiva (ditadas pelo candidato) Auxílio escrita na dissertação (ditada pelo candidato) Tempo adicional	condições especiais de aplicação e correção da prova. <u>Data:</u> Outubro de 2008 <u>Procedimento:</u> “Diagnóstico por imagem” Resultado: Sem sinal de anomalia Glândula da hipófise discretamente aumentada (o que pode estar relacionada com a idade da paciente, por favor, correlacionar).	<u>Encaminhamento:</u> Psicoterapia. <u>CID/Quadro sugestivo:</u> DNPM, ⁸⁵ Disacusia, ⁸⁶ Disgrafia, Deglutição atípica, Dislexia.	
1992 17 anos	2009	Engenharia Mecânica Integral	Dislexia severa mista (visual e auditiva) com déficit de compreensão de leitura e escrita.	Sala especial, individual com pessoal capacitado para, auxílio leitura questões objetivas e de língua estrangeira, transferência das		<u>Profissional:</u> Psicóloga <u>Histórico/ Queixa:</u> Déficit de leitura e escrita <u>Instituição:</u> ABD. <u>Resultado:</u> Raciocínio numérico abaixo do esperado, baixa capacidade de memória para números, boa capacidade de	17 anos

⁸⁵ Desenvolvimento Neuro-Psico-Motor.

⁸⁶ Grau de perda auditiva.

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
				questões para a folha de respostas e folha de redação e prorrogação do tempo.		comunicação oral, mas dificuldade na expressão escrita.	
	2013	Medicina	TDAH	Concedido local de prova no setor de atendimento especial, porém sem prorrogação do tempo.	<u>Profissional</u> : Médica. <u>CID/ Hipótese Diagnóstica</u> :F90 TDAH <u>Histórico</u> : Uso de Ritalina <u>Data</u> 22/04/2013.		
	2016		TDAH	Sala especial, com poucos candidatos, assistência de pessoal capacitado, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional</u> : Psiquiatra <u>CID/ Hipótese Diagnóstica</u> :F 91- TDAH <u>Histórico</u> : Em uso de medicamento.		
1986 24 anos	2010	Direito Matutino	TDAH	Sala especial, individual, com pessoal capacitado, prorrogação do tempo.	<u>Profissional</u> : Neurologista <u>Data</u> : Agosto 2009 <u>CID/ Hipótese Diagnóstica</u> :F90		23 anos
1989 23 anos	2012-2 2013 2014	Medicina	TDAH, segundo o médico. O paciente coloca TDA na ficha	Sala especial, com assistência de pessoal capacitado e consciente das necessidades especiais, prorrogação do tempo de prova.	<u>Profissional</u> : Neurologista <u>CID/ Hipótese Diagnóstica</u> :TDAH (F 90) “Esta doença tem origem genética (a causa é geneticamente determinada, havendo história familiar positiva).Em uso de Concerta com o objetivo de melhorar a atenção e a concentração. O medicamento tem possibilitado um melhor aproveitamento dos estímulos pedagógicos oferecidos”. <u>Data</u> : Outubro de 2011 e 25/03/2012.		22 anos
1993	2015-2	Medicina	TDAH	Prorrogação do	<u>CID/ Hipótese Diagnóstica</u> :TDAH	<u>Profissional</u> :Neuropsicóloga	22 anos

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
22 anos			F 90	tempo, setor especial.	(F90). Histórico: Dificuldades graves no uso de sua capacidade de ordenação, organização, planejamento e execução. <u>Data:</u> 2015	<u>Data:</u> 2015 <u>Procedimento:</u> WAIS III – QI verbal, QI execução e QI total. Teste AC, Teaco.Teadi, Tealt,Torre de Hanói. <u>Resultado:</u> Compreensão verbal superior; Organização perceptual médio superior; Memória operacional média; Velocidade de processamento médio; Inteligência superior à média. Teste AC : médio inferior Teaco – FF: inferior Teadi: médio inferior Tealt: médio inferior Torre de Hanói: 3 peças, 7 movimentos, 5 tentativas, dificuldade leve. Memória lógica: médio inferior e médio Retenção imediata: inferior Memória Tardia: Inferior Ansiedade: Grau leve Dificuldade moderada na sustentação da atenção e na atenção seletiva e dificuldade leve na atenção alternada. Formação de conceitos, raciocínio e julgamento: acima da média; Dificuldades de memória parecem ser secundárias as dificuldades atencionais; Bom desempenho na organização visuoespacial e na linguagem. Personalidade fragilizada: ansiedade, falta de confiança em si, timidez, insegurança. Boa capacidade de relações interpessoais. <u>Conclusão:</u> Eficiência intelectual	

Ano de nascimento	Ano de ingresso/ ano de requerimento	Curso	Motivo do Requerimento	Procedimento do setor de Atendimento Especial	Laudo Médico	Laudo Psicológico	Idade no diagnóstico
						<p>geral da paciente inclui-se na classificação “média superior”, apresentou um melhor desempenho nas tarefas verbais do que nas tarefas de execução. Déficits cognitivos na capacidade para sustentar a atenção nos processos executivos e lentidão motora.</p> <p>CID/Hipótese Diagnóstica: Os resultados são sugestivos de um TDAH na forma desatenta com presença de ansiedade.</p> <p><u>Encaminhamento:</u> Acompanhamento psicoterápico na abordagem cognitiva comportamental. Faz-se necessário reavaliação neuropsicológica.</p>	

Apêndice B

Roteiro de perguntas à Diretoria de Processos Seletivos

- 1) Quando a universidade começou a aceitar estes laudos de TDAH e Dislexia?
- 2) A apresentação de laudos se restringe ao vestibular ou ela também ocorre no Enem ?
- 3) A quais benefícios estes alunos têm acesso a partir do laudo?
- 4) Há critérios para que estes laudos sejam aceitos? Quais?
- 5) Estes laudos são analisados pela universidade? Por quais profissionais?
- 6) Qual o perfil destes alunos?
- 7) Que cursos fazem?
- 8) A coordenação do curso é informada sobre as especificidades destes alunos?
- 9) O aluno é assistido após a sua entrada? Como?
- 10) Seria possível eu ter acesso aos laudos, comprometendo-me a cumprir o sigilo a respeito da identidade dos estudantes?
- 11) Como poderia chegar a estes alunos e entrevistá-los?
- 12) Quando apareceu o primeiro laudo?
- 13) O que você pensa sobre a situação dos alunos apresentarem laudos vinculados ao Requerimento de Atendimento Especial para a realização das provas ?

Apêndice C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “**Dislexia e TDAH no Ensino Superior: o recurso à medicalização como privilégio para o ingresso?**” sob a responsabilidade das pesquisadoras **Silvia Maria Cintra da Silva e Thais de Sousa Rodrigues**. Nesta pesquisa temos como objetivo geral conhecer e analisar os laudos de Dislexia e TDA/H utilizados para o ingresso no Ensino Superior, a partir das contribuições da Teoria Histórico-cultural, e, como objetivo específico, propor contribuições da Psicologia Escolar no enfrentamento da medicalização no Ensino Superior. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue pela pesquisadora Thais de Sousa Rodrigues durante a entrevista. Na sua participação você deverá falar sobre os laudos de Dislexia e TDAH recebidos pela universidade. A entrevista será gravada em áudio para posterior análise e o material com as suas informações será descartado após a transcrição das gravações. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim, a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar da pesquisa. Os riscos consistem em ter sua identidade revelada e, para que isto não ocorra, as pesquisadoras vão manter a identidade dos participantes sob sigilo. Os benefícios serão as várias possibilidades de reflexão sobre o sentido do laudo de Dislexia e TDA/H. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Silvia Maria Cintra da Silva, fone (34) 3225 8506- Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Instituto de Psicologia, Campus Umuarama e Thais de Sousa Rodrigues, fone (34) 32258506- Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Instituto de Psicologia, Campus Umuarama. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Assinatura das pesquisadoras

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido. _____

Participante da pesquisa

Apêndice D

Transcrição de Entrevista Letícia

L = Letícia

T= Thais

L :É isso aqui?

T: Isso, esse aí. Aí você assina os dois um fica com você e outro comigo

L: É, eu sei como que funciona...

T: Essas coisas burocráticas da pesquisa ética. Mas então Letícia, como eu tava te perguntando... (ela me entrega o papel) Obrigada.... Esse aluno, vamos supor, que chegou com TDAH, ele chega e te relata a história dele, mas, em nenhum momento ele se identifica com o TDAH, por si só?

L: Ele se identifica com o TDAH.

T: Ele já chega falando que essa “deficiência” assim...essa necessidade?

L: Isso, aí eu pergunto para ele, porque o problema do TDAH ...eu acho que nós vamos ter que sair daqui pra gente falar ne, porque aí o estagiário vai continuando (atender).

[Acabamos permanecendo no mesmo local].

L: O problema do TDAH hoje é o seguinte, ele acha, ele vê que tem alguma coisa errada com ele, a família não considera isso como um TDAH e acha que aquilo lá é um problema que ele ta tendo momentaneamente porque o... por causa do estresse do...

T: pressão?

L: vestibular, do curso, do cursinho etc. Aí ele percebe que alguma coisa errada e até acontecer dele ir num médico eles vão a um psiquiatra, eles não procuram um psicólogo primeiro, às vezes eles procuram um psiquiatra. Eles estão procurando agora porque eu to exigindo junto com o laudo, com o requerimento. Essa exigência não tá no edital eu passei a exigir no Requerimento de Atendimento Especial. Você chegou a ver?

T: Lá aparece sim.

L: Isso, por que tudo isso?Porque dentre os TDAH eu não posso deixar de perceber, lá na hora da aplicação da prova, que eu tenho vários tipos de TDAH, eu tenho que entender que o médico que deu aquele laudo de TDAH é um médico profissional, ético e não vai mentir sobre a doença, ou, isso não é doença, vou falar que não... um transtorno. Ele não vai mentir, só que na hora da aplicação da prova existem vários comportamentos, um que eu percebo que é extremamente ansioso, precisa de ficar em setor individual, porque caso contrário ele não vai conseguir fazer a prova. O outro pode o mundo cair que ele está lá fazendo a prova normalmente. O psiquiatra que falou comigo que eu liguei falou para mim que ultimamente eles andam tomando um remédio que o mundo pode cair, o remédio faz com que eles não percam a atenção, eu não sei se isso é um dado

para todos os candidatos, todos os alunos que têm esse transtorno, eu sei que de uns dois anos para cá o TDAH virou um *boom* e todos para o curso de Medicina. Então eu não sei o que está acontecendo, que tá tendo um surto... eu não consigo entender.

T: Entendi. E assim, já teve caso de chegar algum aluno com esse laudo... Deixa eu só entender, assim, é uma dívida... Todos os alunos que fazem requerimento de atendimento especial passam por você?

L: Nem todos, porque agora eles podem mandar por e-mail, aí eu verifico. Agora, tem alguns laudos que me preocupou com alunos de TDAH desse último vestibular que teve, o laudo profissional falava que ele tinha um comportamento contrário às coisas que acontecem.

T: TOD?

L: Eu não sei...

T: Transtorno Opositor Desafiante?

L: Exatamente. Ai como eu não sabia pensei, vou colocar junto aos demais candidatos, são seis ao todo que eu ponho na sala de aula, seis por sala, eu tomo todo esse cuidado. Aí o que aconteceu nesse vestibular último agora, esse processo seletivo 2016-2. Ele começou a falar em voz alta, atrapalhando os outros candidatos que estavam, e ele estava também com um ouvido... um aparelho... um tampão de ouvido. Ai ele falava a questão em voz alta. Mas não percebia o que tava acontecendo em volta dele. Eu, pra não ter nenhum problema durante a aplicação dessa prova, e não atrapalhar os demais colegas e candidatos dele, né? Concorrentes. Puxei ele pra uma sala individual, puxei dois fiscais, deixei ele em sala individual e deixei a observação que aquele menino, aquele candidato, se ele tiver que ser atendido novamente, ele tem que ser atendido em uma sala individual. Então é assim que eu vou, em cada laudo, observando como é o comportamento das pessoas, do candidato. Por isso que cada vez e cada pessoa que é atendido em setor especial tem uma ficha como se fosse um prontuário e nessa ficha os fiscais põem observações pra mim: Não precisou de auxílio, pediu e não precisou, não... Eles ficam observando e acham assim, me falam no decorrer da prova, parece que ela não tem TDAH essa pessoa, não tem problema nenhum, fez a prova normal... Tem uns que fazem um teste, deixa cair um papel e eles não estão nem aí, não assustam... assim que eles se comportam também. O pessoal, os fiscais, porque eles não conseguem entender como...e nós ainda não sabemos lidar com o TDAH é interessante que como é uma coisa recente... mas eu te falo que é recente mas não é...eu já tive ansiedade, eu já tive...

T: É porque só mudou o nome, né?

L: Só mudou o nome. Antigamente, é um detalhe interessante eu te passar isso porque você está falando na Diretoria de Processos Seletivos e eu trabalho com a aplicação de uma prova, antes de fazer qualquer tipo de ação eu costumo passar a ficha individual pro meu diretor assinar e dar o aval do que eu vou fazer. Eu decido o que é feito, mas eu tenho o aval dele. Quando é ansiedade:

“Ansiedade? Todo mundo tem ansiedade durante a aplicação da prova! Não tem que ter atendimento especial não, Leticia, não tem.” Tá, então ia para um setor comum. Quando virou o TDAH, que virou uma coisa diferente assim, e eles pedindo o tempo adicional e também porque mudou a gestão. A gestão atual acata o que eu falo. Então eu peço o tempo adicional ...então nessa gestão eu estou tendo um pouco mais de abertura nos pedidos de atendimento especial, será que na gestão que vem eles terão o tempo adicional? Isso vai depender muito do conhecimento do diretor, do coordenador de aplicação das provas, do que ele entende. Ai eu noto que a cada mudança de gestão eu tenho um pouco de retrocesso em alguns pedidos de atendimento, depois, ao longo do período que a gente... da convivência.. e eles entendem, ao longo de tudo isso, entendendo o trabalho que é desenvolvido, eles vão sendo maleáveis e eu vou conseguindo de novo aquilo que eu sempre fiz. Então é importante a gente fazer isso. Agora ansiedade, eu vou abrir meu arquivo pra ver se eu tive registrado ansiedade, porque Dislexia eu tenho. Vou imprimir pra você daqui a pouco, um minutinho. Pode ir perguntando pra mim.

T: Tá, eu tô perguntando assim aleatoriamente, mas agora mesmo a gente vai pro roteiro (risos)

L: Nós estamos sem foco, né? (risos) Porque eu acho interessante você ter uma visão geral, do que é o atendimento especial, hoje você tá entendendo o TDAH e a Dislexia, em específico, amanhã esse TDAH pode mudar, ele não está mudando? Num era ansiedade? Ele virou déficit de atenção e agora ele é TDAH? E a Dislexia? Qual foi a dificuldade que eu enfrentei na Dislexia ao longo desse período? Eu notei que a Dislexia, o candidato não conseguia. Tinha vários graus de Dislexia. Eu tinha um candidato que precisava de um auxílio na leitura ele ia acompanhando a leitura das questões junto com ele, então eu entrego uma prova pra ele e uma prova pra pessoa que está acompanhando. Ele tinha dificuldade na leitura, mas nas provas de matemática não, nas provas exatas não tinha dificuldade, a dificuldade era no enunciado da questão e a Dislexia ele trocava a letra na hora de ler e transcrever tem um grau que é muito maior, que eu atendi um aluno que ele não conseguia ler conforme a ansiedade que ele tinha na hora da prova ele não lia o que ele escrevia, ele não conseguia ler o que ele tava escrevendo porque ele trocava a letra e ele não conseguia acompanhar o pensamento dele. Porque ele escrevia, mas na hora dele acompanhar... porque quando você faz a redação você vai acompanhando você começa um pensamento, depois você vai para outro e depois você faz um feedback pra poder fazer a coerência das ideias. Ele tem essa dificuldade, o grau de Dislexia maior de acompanhar porque ele não consegue ler o que escreve. E eu tenho Dislexia que é um grau muito pequeno, conseguia fazer a prova normalmente sem auxílio sem nada, só com o tempo adicional. Esse, se eu tiver aqui eu te falo, que são pessoas... se não me engano teve uma menina que ela passou, mas só que com Dislexia. Mas com grau menor. Eu tive um que o grau foi grande, eu acompanhei ele durante muito tempo, ele não conseguiu ingressar.

T: Ele fez vários processos?

L: Ele deve ter feito em alguma faculdade particular e deve ter ingressado em outra instituição. Ele não conseguiu entrar na UFU. Isso é uma preocupação minha, por quê? A aplicação da prova ela tá diretamente ligada na ansiedade das pessoas, no jeito que a gente recebe na hora da prova, no local que eu defino pra poder aplicar essa prova, para os fiscais que vão acompanhar, isso tudo é observado quando eu coloco aquele candidato naquele lugar. Hora que eu coloco naquele lugar eu imagino quem vai ficar com ele, onde que ele vai ficar, se a iluminação tá boa, porque a primeira coisa que eu me preocupo, não só com esses dois tipos de atendimento, a primeira coisa que eu me preocupo é com o bem-estar do candidato, porque é 50% pra ele fazer uma boa prova. Essa preocupação eu sempre tive e também na recepção dos candidatos na hora da prova. Tanto é que ao longo desses anos todos, aplicando a prova no setor especial, eu cheguei em um ponto que eu coloquei a equipe de fiscais do lado de fora do bloco sentados, esperando o horário de entrada dos candidatos no campus Santa Mônica, e à medida que o candidato chega a dupla de fiscal recebe esse candidato e leva esse candidato para o local de prova.

T: Ah, então tem uma recepção?

L: A recepção é primordial, principalmente porque o candidato do setor especial tem uma hora a mais, ele tem a recepção da dupla de fiscal que vai acompanhá-lo, essa dupla leva esse candidato até o local de prova, eles começam a conversar. Eles têm a primeira interação e essa primeira interação ela é importantíssima porque eles vão acompanhar a leitura, eles vão acompanhar a transcrição e aí com essa interação o candidato perde o medo, ele perde a ansiedade, tanto da Dislexia, quanto do TDAH, quanto de todos os candidatos que estão aí. Eu não concordo em deixar apenas um fiscal esperando o candidato dele chegar, eu acho importante que a dupla receba os candidatos, diferentemente do setor comum, vamos dizer setor comum, eu tenho que saber quem é aquele candidato, o que ele tem, qual é a vida dele. Eu preciso saber ao longo da inscrição até a data da prova. Eu entro em contato, eu pergunto o que ele precisa pra fazer uma boa prova, tudo isso eu pergunto porque isso que faz ele entrar. É interessante que o conhecimento é dele, mas 50% ou mais depende da ansiedade e da hora que ele tá fazendo essa prova. Depois que eles estão todos alocados no setor especial, eu passo de sala em sala, principalmente dos TDAH, eu me apresento, eu falo que eu sou... que eu to responsável pelo prédio e que qualquer problema que eles tenham que eles podem me procurar que eu estou à disposição, estarei ao longo do corredor andando. E é assim que eu faço. Dessa forma, eu estou, também, dando assistência para os fiscais que estão acompanhando cada setor e para os candidatos que estão começando a entrar no clima da prova. O que que é clima de prova? Abertura de malote é um horário péssimo, hora que você abre aquele malote lá você tá entendendo que sua vida tá ali dentro. Que ao longo de seis meses você estudou para aquele malote que está sendo aberto então eu converso em cada sala em cada setor, isso vai acontecer quando eu

aposentar? Não, eu te falo que não, você sabe por quê? Porque na Diretoria de Processos Seletivos era pra eu aposentar em setembro do ano passado como eu te falei eu perguntei pro meu diretor: Olha, eu não vou aposentar agora, eu preciso de alguém pra passar toda essa experiência, ninguém se prontificou. Então beleza, eu vim pedir a minha aposentadoria, não tem ninguém dentro da diretoria que queira esse meu trabalho, outro detalhe importante, o diretor falou para mim: Letícia, eu acho o seguinte, se você passar o antes qualquer um consegue aplicar a prova então são experiências de muitos anos da minha vida que estão sendo jogados fora, porque tudo isso que eu tô querendo passar, a recepção dos candidatos ao longo de tudo isso... isso vai se perder até que a próxima pessoa perceba que isso tem que ser feito no setor especial. São coisas que você vai perceber na sua vida profissional quando você formar, quando você formar e for para um hospital, digamos assim, com clima de hospital, que meu estagio foi dentro do HC. No clima do hospital eu percebi que os profissionais que estão ali em volta, os médicos e os enfermeiros não sabem o que o psicólogo faz, não sabem o que o assistente social faz: Ah, o assistente social? Ele informa pra pessoa o que ele tem que fazer, as leis, tudo, mas ele não sabem o que é o desenvolvimento do serviço social e eu acredito que o psicólogo também não. São profissionais que trabalham em conjunto, num sistema multiprofissional, só que existem falhas nesse sistema porque um não sabe o trabalho do outro. Qual é a importância desse trabalho. Aqui ao longo da diretoria eu sou uma funcionaria de atendimento que atendo as pessoas: atendimento? Atendimento qualquer um faz! Só que quando eu peguei meu diploma na mão eu percebi que eu tenho um diferencial, e que essa experiência diferencial minha de 1997 a 2016 é uma experiência que não pode ser jogada fora.

T: Você tem que registrar.

L: Eu preciso passar pra frente. E eles estão jogando fora. O que que eu vou fazer? Eu me prontifiquei e falei com meu diretor da seguinte forma: Não deixo vocês! Esse foi o meu discurso. Não deixo vocês da Diretoria de Processos Seletivos porque o nosso trabalho que nós desenvolvemos é muito importante. A pessoa que você definir que vai pegar o vestib...o processo seletivo... o atendimento especial, se você disser, eu venho. Eu venho mesmo aposentada eu passo pra essa pessoa tudo o que eu sei, toda a minha experiência. Eu me prontifico a fazer isso, porque ? Porque isso é um trabalho da minha vida.

T: Você acredita, né?

L: Acredito.

L: Agora eu vou mandar procurar a palavra (no arquivo)... Esse arquivo você vai morrer de rir porque ele é no Word, eu não sabia ainda, naquela época, mexer com Excel.

T: Mas o Excel é complicado até hoje.

L: Vamos lá, ANSIEDADE [digitando]. Vamos procurar esta palavra? Eu tenho, eu tenho Ansiedade e Pânico. Quando foi que eu atendi essa pessoa? Foi no vestibular de Janeiro de 2008. Vamos ver se eu tenho outra?

T: Ansiedade e Pânico foi a mesma pessoa que apresentou?

L: Ansiedade e Pânico. Agora pânico, você tá vendo que o Pânico, ele tá mudando? Eu não tô tendo mais pedido de Pânico. Eu tinha e tive um menino que tinha Pânico, ele vai fazer esse... o... concurso público agora. Mas ele não me mandou atestado, eu respeitei, mas ele falou que ele tinha Pânico. Deixa eu ver Pânico, vamos ver? É esse, ele ingressou em fevereiro de 2007, mas ele retornou em 2008 porque provavelmente ele não deu certo no curso que ele queria.

T: Ele prestou pra quê? Tem aí?

L: Ó, ele tá comigo, você vai ver, que eu mandei imprimir pra você. Desde 2004.

T: Ele tá prestando desde 2004?

L: Ele foi 2004 – Jan/Jul/Dez; 2006 – Abr/Jul; 2007, 2008. Tá vendo? Então eu tenho esse registro porque eu tinha curiosidade de saber quantas vezes a pessoa tentava e o que tava errado?

T: O que tava faltando?

L: Na aplicação de prova, justamente. Então agora vamos ver a Dislexia?

T: É, vamos.

L: Síndrome de Landau-Kleffner (SLK). Isso foi em 2003. De Dislexia.

T: Lando... [escrevendo]

L: Isso, foi em 2003, no vestibular de julho de 2003. Deixa eu ver se eu tenho mais. Ah, eu tenho outro aqui. Eu tenho um outro em 2008.

T: Dessa síndrome?

L: Dislexia.

T: Ah tá.

L: Eu tenho outro em janeiro de 2004. Vamos ver Déficit de Atenção [digitando]. Eu vou te mandar esse arquivo, porque é mais fácil você procurar a palavra.

T: Ah, é verdade.

L: Déficit de Atenção eu tive em julho de 2007.

T: O primeiro?

L: Transtorno de Déficit de Atenção: [lendo o arquivo] Lento na escrita e na leitura. Deixa eu ver mais, se eu tenho mais. Eu acho que só. Agora, os TDAH esse eu não tenho ele registrado aqui. Daí que eu falei pra você pra gente procurar [ela havia me mostrado um armário com os documentos, me dando livre acesso].

T: Desse aí que você tem no computador é de que ano a que ano?

L: Ele começou em 2000 a 2014. Porque em [19]97 quando eu comecei foi assim: em 1997 eu pedi a transferência do Umuarama, da biblioteca que eu trabalhava, pro Santa Mônica.

T: Seu cargo é o que?

L: Assistente Administrativo.

T: Ah tá, técnico seria?

L: É, porque na época tinha ...hoje só tem um, na época era assistente de administração e auxiliar administrativo, então meu cargo era assistente em administração. Meu cargo hoje é o Técnico, de nível médio. Tô ocupando um cargo de nível médio. E aí eu me casei e vim morar no Santa Mônica então eu pedi a transferência pra cá, porque eu demorava pra chegar no Umuarama, e aí fui designada pelo meu Pró-reitor de Graduação a trabalhar aqui no PAIES, que tava sendo criado. Ele criou em 1997. O PAIES depois juntou com a COPEV, que é a Comissão Permanente de Vestibular e eu permaneci na Diretoria. Só que em 1997, quando eu era secretária do PAIES começaram a ter pedidos de atendimentos especiais para a realização dessa prova. E as pessoas falavam: Quem vai pegar? Quem que quer? Letícia vamos? Você quer pegar? Você quer olhar o que é? Eu peguei e ...então eu olhava, eu entrava em contato com o candidato e passava todas as informações pro chefe de prédio pra ele aplicar essa prova Quando foi no ano de 2000, o Prof.[nome do diretor], que hoje é o diretor nosso, antes ele era coordenador de aplicação das provas, ele falou: Você faz todo o trabalho, liga pro candidato, faz todo esse processo, aí você pega tudo isso, entrega pro chefe pra ele ir lá aplicar a prova e receber, cê não recebe nada. Porque eu não recebia nada, quando vai aplicar a prova a gente recebe a fiscalização.

T: É verdade.

L: Ele falou: o que você acha de aplicar essa prova? Que aí eu to te dando essa oportunidade de fazer um trabalho completo e ainda receber no dia das aplicações. Aí eu bom, será que eu consigo? Aí que eu comecei a perceber todo o problema que acontecia durante a aplicação da prova. Porque não bastava eu só informar, tinha problema que acontecia.

T: E quem resolvia?

L: E ninguém resolvia, foi ótimo, eu vou lá buscar o arquivo, mas eu vou te mandar ele por e-mail. Depois você me escreve seu e-mail.

T: Eu vou anotar aqui no seu roteiro.

[guardo ela buscar o documento impresso]

L: Aqui ó, então eu tenho esse arquivo e a parte sublinhada dele são pessoas que ingressaram. Ó, a parte sombreada é a pessoa que ingressou. Então olha que você olha assim ó, são os que ingressaram. Ta vendo?

T: Ah, sim.

L: Então, você... eu vou te mandar ele.

T: Então ta, eu posso ficar com ele?

L: Pode, e eu vou te mandar também por e-mail.

T: E Letícia, uma dúvida que eu fiquei, quando você foi contando dos alunos que ingressam, principalmente com Dislexia e TDAH ou Déficit de Atenção ne? Ele... Porque pelo o que eu entendi no Requerimento você pode escolher o que você precisa, se é alguém, no caso da Dislexia, se é uma pessoa pra te acompanhar na prova, se é um tempo adicional ou pode acontecer as duas coisas?

L: Pode! Pode acontecer tudo ao mesmo tempo. Ele coloca pra mim, ele registra.

T: E o que eles mais pedem com frequência?

L: É auxílio na leitura, auxílio na transcrição e o tempo adicional.

T: Tanto o TDAH quanto à Dislexia?

L: Aham. E aí você me pergunta... quais são os fiscais que você coloca? Porque tem fiscal que não da conta de ler na sequencia certinha, ele da uma arrancada, entendeu? E isso atrapalha o candidato.

T: E como você... você faz essa seleção antes?

L: Aí, é que eu passei a falar pra todo mundo aqui da Diretoria, que eu precisava ter a equipe especial, eu precisava treinar, eu precisava ter uma equipe, sempre a mesma equipe, porque aí eu tinha confiança : aquele é bom, aquele eu vou pôr com aquele outro.

T: Entendi, então você já foi conhecendo, NE?

L: Isso, eu já fui conhecendo. Porque na UFU, a Diretoria principalmente que já é um local que envolve é... dinheiro, vamos falar assim, porque envolve pagamento de fiscais, de pessoas que têm o interesse em trabalhar, porque precisam mesmo de ter alguma remuneração extra, a Diretoria não pode escolher fiscal pra trabalhar, mas o setor especial é a exceção. Mas eu fui falando isso ao longo do tempo que eu tô trabalhando. Ó, você quer um exemplo? Aluno com Dislexia que vai fazer o vestibular, qual que é o fiscal que vai ler a questão de língua estrangeira? De Espanhol e de Inglês?

T: Então você tentava combinar, se ele já escolheu a opção de língua...

L: Isso. Eu preciso de um fiscal com conhecimento.

T: Até pra leitura, né?

L: Lógico. De gente que lê bem, devagar, eu tenho bons fiscais. Aí me deparei também com um problema: Letícia, porque você ta pedindo duas provas? É uma prova só, não tem essa história de prova. Aí eu tinha que explicar pra todo mundo, aqui dentro da Diretoria, que aquele candidato de Dislexia precisa exatamente de tudo aquilo ali no decorrer da prova. “Ah, mas se ele não consegue ler, não consegue ler é analfabeto. Eu já ouvi isso. Ai ele não pode entrar na UFU, ele é analfabeto, ele não consegue entrar. É um tipo de seleção. Ai eu fui pesquisar, ai eu tive que entrar com a pesquisa, mostrar por A+B que aquele candidato, que aquilo não é doença, aquilo é um transtorno e ele tem o direito igual aos outros candidatos, que a democracia devida é tratar igual de forma igual

diferente de forma diferente. Eu não estou discriminando ninguém, eu estou acatando um pedido desses candidatos. Esse trabalho foi desenvolvido com a equipe da diretoria, então isso eu já tenho como garantia. Aí começou a questão da correção especial. Então até hoje eu não consigo a correção especial para o aluno disléxico.

T: Ah, é a mesma banca? Mesmo tipo de correção?

L: Sim, mas consegui a correção especial para o aluno surdo. Porque o surdo...

T: Ele não escreve do mesmo jeito, ele não usa...

L: Ele não tem preposição, artigo... Consegui, mostrei. Ah, mas então ele é analfabeto? Ele não pode entrar na UFU? E aí, hora que a gente consegue, eu me deparo com tanta coisa, você não tem noção, rrsrs. Aí, ao longo do curso, quando ele ingressa, eu tenho que passar isso, essa informação para quem? Quando ele ingressa?

T: Pra coordenação?

L: Pro coordenador de curso, aí eu tive que mostrar para os coordenadores de curso que eles não têm esse conhecimento, que eles precisam de ter uma prova especial. Isso foi um trabalho que nós fomos desenvolvendo, anos e anos, em parceria com o CEPAE.⁸⁷

T: Esse CEPAE é localizado na Pedagogia?

L: Agora hoje... Ele era ligado à Pró-reitoria de graduação, por uma questão de política, acredito que seja, ele foi para a ...ele ta ligado à faculdade de educação.

L: Nós teremos no ano que vem uma vaga a mais para todos os cursos para candidatos com deficiência e com necessidades educacionais especiais, acho que o TDAH não vai entrar nessa e a Dislexia também não. O CEPAE ligado só na faculdade de educação, pra atender ...eu acho que ele vai ter que mudar de posição, ele vai ter que ta ligado de volta à Pró-reitoria de Graduação. O CEPAE trabalha com voluntários para atender esses candidatos, voluntários que auxiliam na leitura, que estudam com esses candidatos, voluntários da UFU, depois seria interessante que você procurasse o CEPAE.

T: Eles são profissionais ou não necessariamente? Podem ser estudantes aqui da UFU mesmo?

L: Não necessariamente... Porque, como que é que a gente vai conseguindo as conquistas? Também pela lei que exige, né? E pela mudança de conhecimento da sociedade. E aí a UFU se deparou com candidatos surdos que ingressaram e tiveram o atendimento especial ao longo da prova, tiveram intérprete, e aí? Se ele teve intérprete pra fazer a prova ele tinha que ter intérprete durante o curso? Aí a UFU teve que contratar intérpretes, nós tínhamos intérpretes... Graças a Deus. Então nós tamo ampliando todos os conhecimentos. Vamos precisar de mais? Vamos, muito mais. Mas quem

⁸⁷Centro de Ensino, Pesquisa, Extensão e Atendimento em Educação Especial.

vai lutar por esses candidatos? Foi a nossa proposta da comissão: o Núcleo de Atendimento Especial, o CEPAE deixaria de ser o CEPAE, não sei, ou alguma coisa, ou ficaria dentro do CEPAE. Eu já não sei como ficaria, mas esse núcleo, o CEPAE jamais pode ser composto por uma professora coordenadora da Pedagogia, onde é que estão os profissionais psicólogos? Onde estão entrando ali no CEPAE os assistentes sociais com visão que eu tô te passando, essa visão da necessidade, essa visão do espaço físico, do acompanhamento lá direto, como que tá sendo feito, da pesquisa, CEPAE ta precisando, nós estamos precisando muito disso, né? Preparar os profissionais para receber esses candidatos que tão entrando, isso vai ser uma luta que vai ser o ano que vem, muito grande.

T: É, mas já tá a caminho, né?

L: Tá a caminho, não podemos deixar...

T: Já é um começo.

L: As fichas, então, veja bem: A pessoa que vai pegar aqui, meu lugar, hora que esse menino ingressar, eu tenho que entrar em contato com o coordenador de curso.

T: Como que é essa recepção da coordenação?

L: O coordenador fala... Porque quando eu falo em atendimento especial eu amplio minha visão, ele vai tanto da carteira de canhoto até um candidato sabatista. Vamos falar assim. Então eu tenho candidatos sabatistas que ingressam? Tenho. Eles podem fazer provas no sábado? Não! Eles podem ter aula no sábado? Não! Eles tiveram atendimento especial? Tiveram! Nós começamos a prova dele à partir da meia noite... do pôr do sol, desculpe. Foi o pôr do sol, depois do pôr do sol a prova iniciou.

L: No sábado. Nós vamos ter uma prova agora do concurso público, que é no sábado, no dia 14. Eles vão entrar junto com os demais candidatos, ficam na sala esperando até o pôr do sol, pra começar a prova. Depois a prova termina lá pra 00h, porque desse jeito NE? Começando após o pôr do sol. E ai quando ele ingressa, como é que faz? E se for um funcionário? Nós vamos ter um concurso público agora, vamos ampliar? Vamos ampliar mais ainda a visão? Nós estamos falando em um candidato disléxico, candidato com TDAH, será que nós temos funcionários? Isso eu não sei ainda.

T: Leticia, o buraco é mais embaixo!

L: O meu trabalho é ...eu sou sozinha aqui na diretoria pra mexer com isso. Eu precisava de um estagiário aqui fazendo essas pesquisas pra mim. Só que eu sou mera funcionária técnica administrativa, eu não sou assistente social, eu não ocupo cargo de nível superior. Eu to extrapolando muito meu trabalho e além do que eu sou capaz. Mas eu acho o seguinte, que é importante isso que eu passo pros meninos. Por que vocês estão aqui? A Iasmin aqui ó, ela é do Direito, do curso de Direito, o porque que ela ta aqui, o porque nós somos chamados a atender? Por

que foi criado o setor de atendimento da diretoria? Porque não tinha. Eu atendia na secretaria. E porque foi criado um setor de atendimento? Porque nós somos chamados. Ah não é pra ajudar esses candidatos não, jamais. Então nós temos que ter a visão crítica da UFU. Por que que eu fui chamada? Por que o setor foi criado? Ele foi criado pra que eu ficasse na atenção entre a comunidade e a diretoria. Eu fui criada pra minimizar conflitos, e isso engloba o atendimento especial. A UFU me paga para eu defendê-la, mas, ao mesmo tempo, eu estou defendendo o usuário que vem aqui e aí a UFU tem que entender que eu tenho que ser neutra, mas a UFU não entende. Ela me paga é pra eu defendê-la e não pra falar pro meu usuário que ele tem direitos, eu fico numa situação difícil às vezes. Só que como eu faço tudo isso? Eu procuro mostrar pra ele a lei, o que ampara, se ele tem direito de pedir aquilo, ele tem direito de pedir o atendimento especial, ele tem direito de pedir que a prova inicie após o pôr do sol, ele tem esse direito.

T: E como eles ficam sabendo. Porque assim, como você tava me falando, o único lugar que aparece esse atendimento especial, aparece se não me engano, em um subitem do edital e o requerimento. Então, como que eles ficam sabendo disso[do requerimento]?

L: Ou eles vêm aqui ou um colega que falou. Por que a UFU jamais vai fazer a propaganda, por que? Porque a demanda vai aumentar e nós não estamos preparados pra isso no momento. O edital restringe, não tá escrito lá, nem no requerimento de atendimento especial tá escrito da Dislexia, eu comecei a por o TDAH lá, acrescentei isso o ano passado. Porque tava tanto, tinha tanto pedido e eu precisava do laudo psicológico. Porque minha filha é psicóloga e ela falou pra mim : “Mamãe, pede o laudo psicológico, porque nem todos que informam que têm TDAH tem TDAH mas o único profissional que tem condição de falar se tem TDAH ou não é Psicóloga”. Foi por isso que eu falei lá dentro, porque minha filha é profissional, ela é psicóloga e ela falou que precisava disso. Você tá vendo? Então até nos aqui, nós estamos aprendendo, eu não to pronta e acabada, eu aprendo constantemente, aprendo com os meninos que vêm. Quem me explicou do problema da Dislexia? A mãe de um candidato que chegou aqui e ficou comigo muito tempo falando o que era Dislexia. Surgiu um novo agora: DEL.

T: DEL? Qual é esse? Esse aí eu não to conhecendo não.

L: Você tá vendo? Veja bem, tem hora que eu penso que já acabou tem mais. Eu tive um candidato com DEL, agora...

T: O que é DEL?

L: Como é que é... DEL... Distúrbio Específico de Linguagem.

T: Uai, não é mais Dislexia?

L: Justamente, não seria Dislexia? Eu tenho um laudo aqui, que eu acredito que é de um psicólogo, que teve um distúrbio específico de linguagem, ele não consegue entender, ele precisa de auxílio de um profissional para acompanhá-lo na leitura. E aí entra um pedido dele... sabe o que o profissional

me pediu? Um professor. Dei um professor pra ele, mas um professor que mostrasse em outras palavras o que tava pedindo, isso eu não posso fazer, jamais. Mas DEL, DEL não é uma subdivisão da Dislexia? Ou não?

T: É, eu não conheço.

L: Eu também não, isso é novo pra mim, eu dei sim um profissional que sentou do lado dele com todo carinho, *acompanhou* cada questão. Mas expliquei que infelizmente aquele pedido não podia ser feito de forma integral. A gente atender o profissional, o professor, o atendimento, a atenção, a gente ia ler junto, ler de novo e isso foi feito no processo 2016/2, agora de julho.

T: Nossa, é bem recente.

L: DEL

T: Não, esse aí é novo pra mim.

L: Então isso é novo, você tá vendo? É um desmembramento? Provavelmente.

T: É, porque Dislexia, tem Discalculia, Dislalia, que aí depende, se é da Matemática, se é troca de letras, eles têm algumas subdivisões. Mas o DEL...

L: E o DEL? Pergunta pra sua professora, coordenadora onde está localizado o DEL. Depois acesso o ...site, alguma... deve ter.

T: Mas ele veio com CID?

L: Veio, com tudo.

T: Então provavelmente já tá no manual.

L: Então, eu não sei se eu posso te passar porque eu estaria mostrando... não seria ético mostrar o nome do candidato. Depois você olha com sua orientadora pra ver se eu posso te passar isso, pra você ver o laudo, porque aquilo está muito complexo. É muito complexo. Pra eu atender aquilo... Agora imagina esse candidato tentando ingressar na UFU? A nossa função é proporcionar isso, que ele tenha a oportunidade de ter um ensino gratuito, público e de qualidade. Rsrtrs Eu não sei se eu to te confundindo, te atrapalhando a cabeça...

T: Não, não, rrsrtrs

L: Eu nem olhei o que ta aqui no questionário dela.

T: Olha, eu acho que a primeira pergunta você já começou a me responder quando você fala que em 2004...

L: Ah o TDAH e a Dislexia.

T: É...e o TDAH em 2007.

L: Mas olha ai, o TDAH...

T: ele veio com outro nome NE?

L: Ele veio com outro nome. Exatamente. No meu entendimento ele é desdobramento do pânico e da ansiedade.

T: E é engraçado você falar porque em 1990 que ele teve um boom assim mesmo.

L: Não foi depois...

T: DE 1990 pra cá.

L: Não , não é 90 não, é agora. É recente 2013, 14 e 15.

T: Ele surge mais assim em 1984 com essa nomenclatura, até ele se consolidar mesmo foi na década de 90 que teve várias modificações, artigos sobre, pesquisas e em 2000 o número de metilfenidato que é o remédio que o psiquiatra te falou que talvez eles tomam, chama metilfenidato, e aí teve um boom da disseminação desse remédio. Então foi de 2000 pra cá. Só que isso era muito voltado pra infância, até então, vinham muitas queixas escolares de crianças, com Déficit de Atenção e Hiperatividade e medicavam essas crianças. Agora, de um tempo pra cá, o boom tá sendo no Ensino Superior ou no Ensino Médio, assim, concurseiros, não sei se você já ouviu falar sobre a droga do concurseiro, então tem toda essa discussão em cima disso.

L: Nossa mas eu tô ... agora conversando com você me veio uma coisa na cabeça, se eles são tratados com medicação desde criança, será que a gente não corre o risco de tratar o aluno com Hiperatividade, não é um hiperativo, é aquele que tem, que pode também... Eu ainda não atendi, o... Meu Deus, não é uma deficiência... o Superdotado. Será que a gente não corre o risco de atender o aluno superdotado? Porque o superdotado ele pode, eu não sei porque não atendi até hoje, mas ele pode ter o perfil de TDAH, ele pode confundir o profissional, às vezes. Porque ele sabe, aquilo ali é normal pra ele, o que ele vai fazer? Ele vai brincar, ele vai andar pela sala toda, ele não tem necessidade de ficar em atenção com o professor em tempo integral, nossa senhora eu não entendi ainda.

T: Eu acho que não só a superdotação,mas acho que o TDAH é confundido várias vezes, que nem sua filha mesmo falou, que não são todas as pessoas que se nomeiam com o transtorno que realmente têm, né?

L: E também, não podemos deixar de levar em consideração aquele candidato de medicina, por exemplo, que quer um tempo adicional e pede um profissional pra dar um atestado pra ele.

T: Então, isso já aconteceu, Leticia? Você já percebeu?

L: Não... eu já percebi, assim, claramente, que eu tenho diferenças na sala, candidatos extremamente tranquilos fazendo a prova, sem problema nenhum, e ao passo que eu tive um, menina... eu tive um que eu falei pra ele na hora que “a diretoria negou pra você”, só de eu ter falado, “negou o tempo adicional”, mas ele não esperou eu terminar de falar, “mas eu te dei o tempo adicional”, ele só imaginava que a Diretoria tinha negado, ele não... ele foi embora no meio da prova, ele não pensava que isso, que eu tinha dado pra ele... Eu falei pra ele: Eu te dei o tempo adicional, volta lá, não faz isso, continua. Esse mesmo aluno ficou uns dois processos seletivos sem aparecer, depois ele apareceu aqui. Quando ele apareceu aqui eu disse: Parece que eu tô lembrada

de você. Ele:Nossa, você lembrou de mim? Eu falei: Eu acho que eu lembrei. Ele falou assim: Nossa, eu fiquei com tanta vergonha de você, mas eu tinha que ir, eu não conseguia fazer a prova. “Eu juro que eu fiquei pensando, que dia que eu iria te encontrar, porque eu fiquei preocupada”. Foi aí que ele sentou comigo, que ele se abriu, que ele chorou, que ele falou que ele precisava do atendimento, que ele precisava de uma sala individual. Eu falei: Eu vi que você precisa do atendimento. Foi aí que ele se abriu. Nem todos fazem isso.

T: É ...é difícil... e também pelo preconceito do outro, né?

L: Tem. Eu procuro tratar todos sem pensar que aquele, um ou outro pegaram um atestado com um médico, não eu trato todos...e aí... Ao longo da aplicação eu vou tentando observar quem que tem mais o perfil do TDAH, porque eu não sou a profissional, eu não tenho essa qualificação, mas eu tenho como observar como é o comportamento dele na prova, se ele precisa de uma sala individual, ou que se os seis, cinco colegas que eu tô colocando lá dentro, se tá dando certo.

L: Então foi bom demais, eu preciso ler isso. Rsr. Isso aqui é extremamente importante, sabe onde isso foi parar? Foi pro MEC, olha isso aqui tá no MEC.

T: O que é isso?

L: Isso aqui é nossa comissão que... (o diretor da DIRPS intervém) ... Nossa proposta de uma vaga a mais a partir de 2017. Isso é iniciativa da UFU e eles pediram que levasse pro MEC pro MEC ver como é que as outras universidades também estão agindo. E segunda-feira nós vamos receber a Universidade Federal, acho que de Diamantina, e eu vou passar pra eles a minha experiência do setor especial. Isso é muito importante, fruto de um trabalho, nós trabalhamos um ano nesse negócio.

T: Tem que compartilhar né? Nossa, então é precioso!

L: rsrsrs... Pois é Thais.

T: Leticia, mas você tava falando dessa questão, então por exemplo, aluno ... você traz os alunos de Medicina especificamente, né?

L: É, porque é a maioria... eu não vou falar que todos são porque é um ou outro, dois que são assim Direito, então a maioria é Medicina.

T: E você já pensou assim, nessa questão que você falou, às vezes você percebe o candidato tranquilo, que necessariamente, teoricamente, ele não precisava daquele atendimento, e aí talvez acontece dele não ingressar, quando ele retorna. Já aconteceu? Desse aluno que você percebeu retornar e pedir de novo?

L: Aconteceu, acontece. Eu faço outra vez, eu acato por que? Porque eu tenho que ter respeito ao médico, ao profissional, médico que assinou aquele pedido. Eu tenho total respeito a isso, e eu não posso, jamais, questionar. Eu sou uma profissional, hora que eu bato o carimbo lá de assistente social ninguém vai questionar o que eu falei nem meu laudo, né? Então nós temos que ter isso. Só que nós temos os dois lados, nós temos que pensar que isso pode existir.

T: Mas assim, nesse caso, vocês já pensaram em alguma coisa? Sei lá, pensei até em uma comissão pra avaliar isso...

L: Pensei! Já dei essa proposta e é isso que foi na proposta dessa comissão, de entrar um núcleo de atendimento.

T: Pra poder analisar esses pedidos?

L: Pra poder analisar e entrevistar esses candidatos, só que aí nós temos candidatos do Brasil inteiro, nós vamos fazer ele chegar aqui? Podemos, ai que entra a tecnologia...

T: Skype, rsrsrs

L: Exatamente, não tem entrevista hoje pelo skype?

T: Aham, rsrs

L: Tem, então pode mascarar um pouco? Pode, mas o profissional sabe, ele entende, ele tem aquele *feeling*, ele sabe, ele estudou pra isso. Não é?

T: É...

L: Então podemos fazer entrevista por Skype, nós temos a tecnologia a nosso favor, né?

T: Aham, temos sim! rsrs Agora o whatsappp você tá até usando! Rsrsr

L: Então! O tal do Whatsapp eu ainda não me comuniquei muito com ele.

T: Não, mas vai dar certo. É gradativo.

L: Mas sabe porque? Eu adoro conversar... adoro passar as minhas experiências e até eu digitar e picar milho, catar milho no whatsapp?

T: Mas tem jeito de você mandar áudio também.

L: Ah tem, aprendi a mandar áudio. Rsrs

T: É, eu acho que é mais fácil e mais rápido. Rsrs Leticia, então você me contou também que ate hoje, então, isso é restrito ao vestibular, o ENEM não entra ne, no atendimento especial?

L: Agora, a partir do ano que vem, se a UFU acatar o ENEM, de todas as formas, de todos os tipos de ingresso, com a exceção de concurso público, tudo isso e toda minha experiência vai acabar, porque nós vamos ter o candidato pronto, o atendimento especial não é da UFU, quem cuida do ENEM não é a Diretoria de Processos Seletivos. E aí nós vamos receber ele pronto, ai eu tenho certeza absoluta que quem trata do ENEM não faz a ficha individual, não tem as observações, não tem isso que eu tô falando da recepção, não tem e não sei também se o candidato com Dislexia e TDAH tem atendimento especial, especialmente TDAH, nós vamos perder, aí a UFU vai ganhar esse aluno chegando aqui, aí pronto, chegou. E aí? Nós vamos ter que ter..aí entra a comissão, entra o núcleo de atendimento especial, que vai ter que passar na sala dos ingressantes, se apresentar, mostrar qual é o trabalho. E tá vendo qual é o trabalho do assistente social nisso tudo? A equipe toda fazendo sua apresentação sala por sala, setor por setor, curso por curso, principalmente de Medicina, porque nós já tivemos, eu lembro na época que eu ingressei na UFU que eu atendi alunos

na biblioteca que tinha alunos da Medicina que tinha problemas, eu percebi, tinha aluno que media o campus com a palma, media o bloco, eu não tô mentindo. Esse aluno fazia Medicina, o pai acompanhava o aluno.

T: Dentro da sala de aula, você fala?

L: É, por acaso, um aluno da Medicina, vamos falar da Medicina, tem o acompanhamento de um psicólogo constantemente? Precisa disso. Os da Psicologia, não precisa?

T: Precisa demais.

L: Eu tive que pagar uma psicóloga para acompanhar minha filha. Ela tem uma psicóloga, eu percebi que ela precisava.

T: Todo psicólogo precisa, eu acho assim, toda pessoa, todo profissional, agora a Psicologia, como ela trata né, eu vou tratar do outro, como eu não me trato.

L: Então, estamos chamando a demanda? Estamos! Estamos! A UFU é muito grande e diversificada, nós precisamos cuidar desses meninos que estão aqui que são futuros profissionais, precisamos saber, como que é a vida dele? Como que tá aquele menino que ingressa aqui na UFU e que tem uma dificuldade imensa de chegar. Vamos falar de chegar aqui dentro, aqui pra estudar... ele não tem o transporte, bom temos a Divisão de Assistência Estudantil (DIASE), mas será que os profissionais da DIASE, não sei, será que eles vão na sala de aula? Nós estamos chamando a demanda, sim! Sim, eu sempre defendi, a demanda não vem pra nós de graça, ela chega de graça quando as pessoas sabem que ela existe...

T: Eu fiz, o meu TCC, inclusive eu entrevistei o Prof _____ para o meu TCC, era sobre as Ações Afirmativas, as cotas aqui na UFU, e aí entra também, além das bolsas, do apoio financeiro, tem o apoio simbólico, que seria os profissionais de psicologia, o apoio psicopedagógico, e aí eu apliquei um questionário com os alunos de Direito, maioria não sabia da existência. Isso não é divulgado ne?

L: Isso eu vi no HC quando eu fui fazer Mas como eu era uma mera estagiária, e a minha supervisora falou: “Letícia, eu vou conversar com você, jamais chame a demanda! Jamais levante demanda!”

T: Mas por quê? Ela justificou o porquê? Porque não tem quem cuidar?

L: Não temos como... “Jamais chame a demanda”... ai tá. Eu via as mães, eu trabalhei na UTI neonatal...

T: Nossa, não tinha ninguém pra cuidar dessas mães?

L: Não, então, vamos chegar, vamos conversar. Hoje é dia de falarmos dos direitos de vocês. Esse foi meu assunto, meu projeto de intervenção, porque eu tinha que aplicar um projeto de intervenção lá dentro, qual foi a dificuldade que eu tive? A coordenadora da UTI neonatal não sabia primeiro o que eu estava fazendo lá, segundo, pensou que eu precisava entrar no Comitê de Ética pra aplicar o

projeto de intervenção, eu não precisava, eu estava simplesmente desenvolvendo um trabalho que é próprio do assistente social. Ai eu percebi que elas não sabiam o que o assistente social faz, o que é um projeto de intervenção, isso não existe na cabeça deles. O que que é? É você chegar, mostrar o que você ta fazendo, o projeto tem objetivo ele ...qual o objetivo que você quer atingir com isso? Você vai simplesmente colocar num papel.

T: E o que você executa não é exatamente isso... rsrs

L: Exatamente! Então, olha veja bem a dificuldade que eu tive, eu apliquei, mas as pessoas não sabem mesmo, não tem o conhecimento. Então a demanda, no meu entendimento... aí formei, mas com a minha opinião própria!

T: Levanta a demanda sim!

L: Levanta a demanda sim! Não é levantar a demanda, precisamos mostrar para a comunidade UFU quais são as atividades que nós temos aqui, estamos mostrando, estamos divulgando a comunidade UFU que a Diretoria de Processos Seletivos tem atendimento especial durante a aplicação das provas. Precisamos divulgar que aDIASE faz isso, isso, isso e que você tem o direito de procurar. Isso não é divulgado.

T: Não, quantas pessoas aparecem lá? Porque lá na Psicologia a gente tem a clínica ne? A Clínica Psicológica. Os próprios alunos aparecem lá buscando atendimento... Mas a gente não pode né, porque como eles são alunos da UFU, eles têm o vínculo, eles têm que vir pra DIASE.

L: Mas a DIASE não atende!

T: A DIASE não atende, não tem como, porque é muita gente, poucos profissionais...

L: Aí que nós precisamos ter o acompanhamento, quem procura é quem está precisando. A procura espontânea já é um pedido de socorro.

T: Mesmo sendo verdadeira ou não ne?

L: Exatamente, já é um pedido de atenção. Às vezes aquele seu atendimento durante uma meia hora vai fazer com que ele não desista do curso.

T: E essa permanência deles, porque aí na entrada você ta presente, com a recepção, com o atendimento especial, mas e a coordenação? Será que a coordenação acompanha?

L: Isso! Isso é um questionamento do mestrado. A coordenação vai lá? A coordenação tem essa... sensibilidade? De chegar, recepcionar a turma e perguntar, falar, esclarecer o que tem na UFU? Estou a disposição de vocês, o meu nome... sabe? O que vocês quiserem, meu horário tá aqui, mostra ...isso é ser profissional, gostar do que faz.

T: E como é só você não tem como acompanhar essas coordenações, ne?

L: Eu não tenho como. Ai eu passo pro coordenador, o coordenador de curso... um sabatista, lembra, vamos pegar o exemplo de um sabatista, “uai, mas o que que é sabatista?” , “ah ele não pode, se ele tiver alguma prova, ao decorrer do curso, “ah ta, então deixa e pegar o nome dele eu

vou então procurar por ele, pra ver, pra conversar com ele”, eu falei “isso coordenador, mostra pra ele, fala que o atendimento que ele teve durante a aplicação da prova ele terá na vida acadêmica, ta? Ai eu mando por email o nome do candidato com o pedido de atendimento especial que ele teve.

T: E você já sofreu alguma resistência dessas coordenações? Questionamentos?

L: Muita! Muita! Eu tive resistência da própria UFU! Da Pró-reitoria de Recursos Humanos, porque eu tive uma aplicação de uma prova, de um concurso público que a candidata tinha paralisia cerebral, ela entrou, ai entra meu feeling, ai eu penso, bom aquela prova vai ser difícil, o que que eu vou fazer? Eu vou colocar uma filmagem, então vamo filmar, porque garante a ela a lisura do processo, garante a Diretoria de Processos Seletivos, a minha sorte foi que eu filmei, porque ela ingressou.

T: E ninguém acreditava.

L: Aí a Pró-reitoria de Recursos Humanos me ligou “ Letícia, eu quero saber como foi a aplicação da prova dessa menina, ela teve ajuda? Ai eu falei “ olha, a prova foi... ocorreu muito bem, ela fez a prova por si só, ela teve ajuda apenas na transcrição e eu filmei a prova, você quer ver? Eles não queriam colocá-la na UFU, e eu não sei se ela ingressou. Porque na UFU também está escrito nos editais, o que está escrito lá? Tem que passar por uma perícia médica pra ver se ele tem condições físicas e mentais de ingressar, então além dele ter o stress de fazer a prova e o pedido especial, ele passa pela perícia pra ver se ele tem condições físicas e mentais. Quem é a UFU, quem é você pra falar que eu não tenho condições físicas e mentais de entrar?

T: E quem faz isso, Letícia?

L: A Pró-reitoria de Gestão... agora chama de Projetos. Tem peritos. Eu tive um candidato com paralisia cerebral, com dificuldade de andar, dificuldade de falar, não escrevia e ele ingressou em Engenharia Civil. Mas aí teve aquele todo processo que a mãe chegou pra mim no primeiro dia, quando ele ainda tava começando a fazer a prova, a mãe falou “eu quero participar, Letícia, da aplicação da prova, porque ninguém consegue entender o que meu filho fala. “ Uai então chama ele aqui, não é possível que ninguém consegue entender” aí ele chegou, algumas coisas eu entendia mas a maioria eu não entendia mesmo, ai eu falei “olha ai ta vendo? Consigo entender tudo essa prova vai ser ótima!” E eu não dormi a noite, pra poder fazer essa prova. Quando ela chegou pra me entregar esse menino ela me entregou o filho dela, ela me entregou lá na aplicação, eu recepcionei ele, chamei os fiscais pra acompanhar, pedi muito força pra eu ver o que eu ia fazer com aquele menino, então eu falo pra você que nenhuma aplicação é igual a outra, jamais será. Ai o que eu fiz? Eu coloquei um profissional com conhecimento de matemática, física, a parte toda numérica, questão de exatas, outra, conhecimento em linguagem, e outro com conhecimento na área de biologia. Foi a primeira vez que eu coloquei três fiscais juntos com um candidato só. Pensei “ se a Diretoria vier aqui, se o coordenador vier aqui, se ele quiser me mandar embora ele me manda hoje,

mas eu vou fazer isso. Aí fomos, ele teve o tempo adicional... ele teve um tempo antes, ele chegou antes e aí começaram a conversar com ele eles começaram a entender o que ele tava falando. Fizemos a aplicação dessa prova e a mãe chegou na final da terceira etapa do PAIES e falou “Letícia, ele tá muito bem, e eu acho que ele vai passar!” eu “Ora, e qual é o curso que ele quer?” pensei, será que é Direito ne, “Engenharia Civil”. Pensei bom, e agora Letícia, o que eu vou fazer? Eu falei “Ó, então nós vamos fazer exatamente o que você fez comigo a dois anos atrás, vai na coordenação de curso, pergunta para o coordenador se a deficiência dele vai impedi-lo de pegar o diploma. Não falei impedi-lo ao longo do curso “impedi-lo de pegar o diploma”, ou seja, fazer o curso todo e ela foi com ele e ele falou “ não, pode fazer, ele passou, sem poder escrever, não podia escrever nem nada a Engenharia Civil desenvolveu um programa de computador ele fez o curso, ele não ficou em matéria nenhuma, ele passou e ele formou. Hoje ele é um profissional difícil, muito difícil de atendimento, porque é difícil a fala, difícil das pessoas entenderem, mas ele é um profissional hoje acompanhado pelos pais? Sim, provavelmente ao longo da vida dele profissional vai ter que ter alguém na vida dele pra dar uma ajuda, traduzir, fazer uma mediação entre o cliente dele, tudo bem, ele tem o conhecimento. Eu jamais posso falar que um candidato dessa natureza não pode fazer Engenharia Civil. Como é que eu falo que um funcionário de Paralisia Cerebral não pode ser um funcionário da UFU, se aceitação dele for extremamente boa, se derem condições pra ele trabalhar, porque não? Estamos promovendo a inclusão e a inclusão é isso.

T: Nossa, muitas histórias, se eu fosse você eu registraria tudo. Rs

L: Como é que eu registro tudo isso gente?

T: Faz um diário de campo! rsrs

L: Pra você ver.

T: Letícia, você me contou um pouco dos benefícios ne, eu digo benefícios são os recursos que esses alunos têm, ne, a partir do requerimento e do laudo. Então seria um tempo adicional ou uma pessoa pra auxiliar na necessidade que for necessária?

L: Exatamente, em qualquer necessidade.

T: Tá. Há critérios para que esses requerimentos sejam aceitos, você foi me contando um pouco. Quando possível você recebe ne?

L: Quando eu não consigo entender o laudo médico eu vou ali no NASF (?) lá tem um médico de plantão de vez em quando então eu procuro saber o horário dele pra ele traduzir pra mim porque tem laudo que eu não consigo ler. Ai eu analiso, analiso o melhor lugar, imagino o candidato entrando no prédio, imagino... porque tem candidato que prefere fazer prova num lugar menos iluminado, porque tem deficiência visual que a penumbra é melhor, então tudo isso eu procuro atender.

T: E já aconteceu alguma vez de ter algum pedido recusado? Alguém entra com requerimento e aí...

L: Já, já. Eu não acato todos. Eu tenho que seguir o edital, vamos começar por aí, eu tenho que receber o laudo até tal data, depois desta data é difícil, porque é muito difícil eu achar fiscais, locais de prova....eu tive que recusar. E ai teve alguns pedidos que foram recusados pela coordenação, e eu dou o meu parecer, eles acatam ou não. Eu já tive pedidos de ansiedade recusados, de pânico recusados, asma, teve uma pessoa que passou muito mal, que tinha um ventilador ligado o tempo todo para essa pessoa. A minha filha tem asma, eu sei o que é isso. Então ele me pediu que não ficasse num setor que tivesse ventilador, isso foi recusado, tudo bem, mas eu fiquei de olho. Então é o tal negocio, é recusado? É. Mas eu procuro colocá-lo em um lugar... ai eu deixo uma observação: “colocá-lo no setor tal”, que aí eu sei que não tem. Eu indefiro o pedido, mas eu defiro aqui nos procedimentos internos. Os candidatos que precisam de local de fácil acesso eles não mandam pra mim o atestado, mas o que eu faço? Mando uma relação pra coordenação de aplicação e falo: candidatos que precisam ser alocados nos setores térreos... acabou. Mesmo não tendo encaminhado eu tenho esse cuidado. Obeso? Candidatos que precisam ser alocados no setor 3Q 201, porque eu sei que as carteiras são largas. Então, eu não posso falar que o atendimento especial é só do setor especial, eu atendo todos... e foram mais de mil candidatos ne? Mais de mil pedidos. Só nesse último vestibular que teve. Rsrtrs Deixa eu ver quantos candidatos.. Então, na hora que a Pró-reitora de graduação, a pró-reitora fala “vamos fazer um relatório final de gestão e tudo mais... eu quero saber quantos candidatos foram atendidos...quantos candidatos foram atendidos no setor especial?” Então, entende que o atendimento é no setor especial mas o atendimento ele é inteiro, eu tenho que pedir aqui, coloca o candidato no setor tal. Tem grávida, grávida, por exemplo, que me pede pra fazer prova na carteira macia, porque eu tô com problema de coluna, no cóccix. Essa candidata está em setor especial? Não. Ela não precisa ir pro setor especial. Então, o que é o setor especial?É o setor que precisa de auxílio, de tempo adicional, mas aquele candidato que tem um aparelho auditivo, que não precisa de interprete, ele vai pra setor comum, nós estamos promovendo a inclusão, ele vai sentar na frente como todos os candidatos, e aí um fiscal de sala vai dar informação para ele olhando para ele, diretamente olhando para ele, para que ele faça a leitura labial, então nós estamos promovendo. Foi o que eu falei pra mãe, de um vestibular agora, que veio reclamar pra mim que eu tinha falado que o filho dela tinha o atendimento especial, e eu mandei o filho pro setor comum. Ai eu fui explicar pra ela o que era inclusão. Eu fui falar pra ela que eu tratei o filho dela com muito carinho, porque quando ele ingressar na UFU ele não vai ser isolado, ele vai entrar em uma sala, ele vai entrar com os outros alunos, e eu queria que ele se fortalecesse. Eu quero que ele peça “não entendi, repete pra mim”, eu quero que ele peça, porque no que é que o serviço social atua? No protagonismo das pessoas, na diminuição da vulnerabilidade, e é isso que eu

mostrei para essa mãe. Eu to promovendo a inclusão, eu quero que ele se fortaleça, que ele ingresse aqui, que ele chegue no RU e peça o cardápio que tem, que ele entre junto com os candidatos, com os colegas de turma dele, né? É isso que nós estamos promovendo. A minha visão é uma, do psicólogo é outra, o psicólogo também fortalece. Vamos ver quantos candidatos eu tive agora?

T: Só em 2016/1?

L: Vamos ver agora? 2016/2. Vamos ver quantos pedidos?

(alguém - que vai aplicar prova no setor especial de amamentação e candidatos de intérprete - entra na sala)

L: E aí é importante eu falar da amamentação, olha só. Amamentação, até o período ante de formar, eu tenho uma antes de formar e depois de formar. Quando eu formei, fiz meu estágio lá na UTI neonatal, eu percebi, assim, ao longo da experiência, a amamentação era um direito da mãe e um direito da criança. E aí como foi que eu fiz? Meu discurso aqui mudou. Porque eu pedia, eles não atendiam, eu pedia eles não atendiam. Então qual foi o discurso? É lei. Eu imprimi a lei do Sistema Único de Saúde que amparava as mães na amamentação. E mostrei que nós estamos promovendo, que a UFU deve fazer esse trabalho de promoção dos direitos e diminuição dessas vulnerabilidades. E aí eu consegui! Então, o mais importante que eu registro pra você, que o conhecimento é maravilhoso, ter o conhecimento é ter o argumento, é mostrar que eu sou a mesma, eu sempre fui a mesma, só que a visão que eles tiveram de mim foi outra. Então isso me ajudou e ajudou as pessoas.

L: Então aqui, o que mesmo eu tava falando? Ah... o número dos candidatos. No atendimento especial de 2016 vamos ver quantos pediram atendimento? Vestibular de abril, 1ª fase: [nome de um funcionário da DIRPS]....deixa eu ver quantos... espera aí... ah eu tenho aqui o resumo do setor de atendimento especial: Candidatos, solicitações, provas, candidatos canhotos, sabatistas, resumo por cidade...resumo geral! (...) Ai não tem aqui não eu fiz isso, não é possível Thais.

T: Você que faz isso tudo, Letícia?

L: Faço tudo, mostro pra eles. Eles falam assim “Letícia, você gosta demais de uma planilha” Eu adoro uma planilha, porque tudo eles perguntam pra mim, então toma planilha. Mas eles não olham a planilha não...

T: Eles só perguntam?

L: Olha não. Pronto... solicitações de atendimento especial... resumo por cidade... então vamos por cidade... ah eu queria tudo. Vestibular 2016... Vamos ver do [nome], foram os pedidos de atendimento especial. Deixa eu ver quantos tem aqui, é só eu olhar aqui, quer ver... 1167.

T: Huum! Meu Deus, é muita coisa. Isso não os pedidos, mas necessariamente não são todos que passam?

L: Não são todos que vai para o setor especial. Desses 1000, vamos ver quantos TDAH eu tive agora? Chefe de prédio... Informações... Ordem de setor geral. No setor especial eu tive 40, 40 candidatas. Agora vamos ver com TDAH? É só a gente mandar colocar em ordem alfabética.

T: Nossa de 1167 só 40?

L: 40. No setor especial. Agora vamos classificar, de TDAH eu tive 25.

T: Dos 40 teve 25 de TDAH?

L: Vamos contar de novo? 1, 2... 25 com TDAH. Agora vamos ver os cursos? Rsrtrs

T: rsrs, vamos. Leticia, nós vamos ficar expert nisso.

L: Tudo na medicina... Medicina, medicina... eu vou contar, vamos ver: 1, 2, 21.

T: 21, dos 25?

L: É.

T: E os outros?

L: Vamos ver os outros. Direito.... 1, 2... dois para Direito. Um ciências contábeis. Um engenharia.

T: Nossa, Medicina...

L: Foi por isso que eu fiquei indignada, eu falei, não é possível esse tanto de TDAH. Isso foi só agora.

T: Nossa, é muita gente. Mas ai da sua experiência que você percebe que os que entram, qual a porcentagem ou quantos mais ou menos, vamos supor, de 40, quantos ingressam?

L: ah, uns... oh, dos 40 vamos falar quantos foram para a segunda fase? Pra 2ª fase, se não me engano, foram quatro ou cinco, porque na 2ª fase eu não atendi, porque eu tava com minha mãe doente na UTI, acho que foram quatro ou cinco pra 2ª fase, e eu não tive TDAH.

T: então nenhum desses 40 passou com TDAH?

L: Nenhum, nem pra segunda fase.

T: E só pra perguntar, sua mãe ta bem, deu tudo certo?

L: Não, mamãe faleceu...

T: Nossa, meus sentimentos.

L: Fiquei quase 20 dias com ela, ela era paciente renal, há sete anos, mas sempre internava voltava pra casa, dava tudo certo e tal. Mas ela foi... engraçado, eu fui acompanhando o desenvolvimento do problema, porque ela teve uma infecção no cateter, tratou da infecção teve alta, foi pra casa, no dia que ela teve alta ela não consegui ficar em pé. E ao invés dela ficar boa ela foi só piorando, eu voltei com ela pra UTI, e de lá só piorou. Mas foi o coração. O coração não dava mais conta, parou de bater. Foi assim.

T: Meus sentimentos.

L: Obrigada, a gente ta assim, acostumando com essa ideia, então entramos no apartamento, olhei aquilo ali, ontem eu fui lá e lavei tudo. Lavei banheiro, limpei tudo, que eu pensei que de certo nós

vamos alugar, são três irmão, então as vezes alguém chega, vê o apartamento bonito, cheiroso, ne, gosta do apartamento. .. Então, nós estamos assim, tem hora que sente falta, mas a falta que eu sinto eu to procurando sentir falta de outras coisas, e pensar só coisas boas porque aí ela fica bem e eu fico bem também. Porque eu sou espírita e então me ajuda bastante.

T: É, tem isso, pra ela poder descansar e você também. Leticia, então são poucas pessoas que ingressam com atendimento especial...

L: São, até agora de TDAH eu não me lembro de ter ingressado alguém.

T: Só uma dúvida que agora me veio a cabeça. Essas vagas... por exemplo, não são vagas diferentes, eles concorrem a ampla concorrem pela ampla concorrência?

L:É, normal. A única diferença é que eles concorrem por modalidades, porque agora toda vaga da UFU está destinada às ações afirmativas. Lei de cotas. Ampla concorrência, raça, renda... dividido.

T: você falou que dessa vez não entrou ninguém com TDAH e Dislexia?

L: É, não me lembro, mas aí a gente teria que olhar, lá no setor de tecnologia se tem alguém com TDAH que tenha ingressado. Só que nós temos na UFU no 2º semestre que o ingresso é no SISU. Ai eu não tenho mais estatística. Você está fazendo uma pesquisa de um estatística do vestibular que vai até acabar...

T: Só tem mais esse ano?

L: É, já teve em abril. Como é que nós vamos fazer agora para pega esses candidatos, é a proposta que eu te fiz, que eu te falei que eu to apostando que agora nossa posição vai ter que ser i nas salas de aula, mostrar, apresentar um questionário para cada um, ou no setor de matrícula mesmo quando ele ingressa....eu não sei o que os coordenadores vão fazer. Mas nós precisamos saber, sabe o requerimento de atendimento especial? Tem que ser dado pra eles antes de ingressar, na matrícula, no ingresso, quando for entregar a grade horária, é...

T: Muda tudo ne?

L: Muda tudo, sua pesquisa muda... agora pergunta pra sua coordenadora que dia você vai defender o seu mestrado...

T: A minha é em ...eu tenho até fevereiro de 2018. Só que eu já tenho que apresentar a qualificação até o meio do ano que vem.

L: Em 2018 já não vamos ter mais isso. A realidade vai ser outra... Então será que nós vamos ter que dividir a realidade antes e depois?

T:É, pode ser uma proposta interessante ne? De pensar a UFU sem esse atendimento ou então, com um novo perfil de atendimento...

L: E colocando essa proposta que eu te passei no final do seu trabalho, da necessidade de se fazer isso. Ou mostrar a esses candidatos que eles têm onde recorrer. Que eles têm um setor, não só o

CEPAE, o CEPAE não tá aguentando não porque são poucos funcionários, e a [funcionária do CEPAE] vai aposentar também.

T: Ela é do CEPAE?

L: É.

T: Nossa, a UFU tá lascada. Leticia, deixa eu ver aqui o que ainda falta... Você falou que esses laudos não são analisados, você recebe alguns candidatos, mas esses laudos não são contestados...

L: Eles são analisados, só que eu não contesto de forma alguma a veracidade do laudo, eu acredito realmente que eu tenho que confiar no profissional.

T: Uhum, e essa análise é feita por você?

L: É feita toda por mim e eu passo meu parecer lá pra dentro.

T: Então você me contou um pouco que os cursos, pelo menos o que a gente viu nessa etapa agora do vestibular do TDAH, teoricamente, seria de Medicina?

L: É, teoricamente é o maior ne?...

T: De Dislexia será que a gente tem esse dado?

L: De Dislexia? Deixa eu ver Dislexia... eu tive Dislexia nesse último agora. Vamos pegar o último como... (o telefone toca e ela vai atender). Vamos lá, eu quero saber, dentro do setor especial quem foi atendido. Depois a gente olha quantos pedidos de Dislexia nós tivemos.

T: Tá.

L: Dislexia tem 1, 2, 3... Eu tenho três do setor especial, que me mandaram requerimento de atendimento especial e laudo médico.

T: De que curso eles são?

L: Que curso? Medicina, Administração e Direito.

T: Tá.

L: Agora vamos ver no geral?

T: Vamos.

L: No geral é meio complicado. Porque às vezes eles colocam... deixa eu ver aqui. Eles têm três campos pra preencher, deixa eu ver se nesse campo aqui tem algum com Dislexia. Tem ampliação do tempo... em ampliação do tempo.... no geral fala “ não possui proficiência, não possui comunicação, provavelmente deve se integrar _____ (?)... Vamos ver, aqui não fala Dislexia não. Intérprete, sabatista. Então vamos ver o outro campo. Então espera aí, tem o curso, atendimento especial não, outros... Vamos ver o campo *outros*. Carteira de canhoto, diabetes, _____ (?)... Engraçado, to vendo um aqui também que é uma coisa tão diferente. Tem pedido que nos encaminharam agora e eu não tinha, comecei a ter a partir do ano passado, que é o de nome social.

T: Como assim?

L: Aluno da UFU ta pedindo isso, eu sou menino, mas meu nome é de menina.

T: Ah entendi, aham. Lá na Psicologia acho que tem um caso até agora, que eu conheço.

L: Tem esse pedido no vestibular... Outro campo....deficiência auditiva, mental, visual, não possui deficiência, não possui, outras deficiências, último campo, vamos ver... não possui comunicação, obesidade, TOC, alergia, epilepsia, não possui complicações, obesidade... ele não informa Dislexia.

T: Não? Desse ano então foram só os três? E 25 TDAH, nossa é muita coisa!

L: São 40,ne? A metade do setor especial... mais da metade do setor. Vamos ver o índice do vestibular de 2015? Deixa eu ver se eu tenho ele aqui, o 2015/2Resumo geral, vamos ver se... No vestibular 2015/2 eu já tive 523 solicitações de atendimento especial, aí eu tive... atendimento especial, deficiência... Dislexia tive dois. Agora eu quero ver os TDAH... TDAH eu tive 1, 2... 20.Medicina eu tive... 1, 2.... 16 Medicina. O resto é Biotecnologia, Psicologia, Odontologia, Engenharia aeronáutica e Agronomia. Eu tive um de Transtorno, Ansiedade e Pânico. Vamos ver se eu tive em 2015/1? Porque o TDAH ele tá vindo... vamos ver em 2013...

T: Você falou que ele vem mais frequentemente desde?

L: Então, eu to procurando aqui quando é que eu comecei a atender o TDAH. Eu não tenho essa informação certinha. Então eu tive em 2015/2, 2016/2. Foi tudo /2, porque o /1 é o ENEM tá? E aí a gente teria que olhar com o [funcionário do setor de tecnologia] e fazer um pedido na tecnologia para ver de 2012 pra cá.

(O celular de Letícia toca).

T: Aí eu posso pedir isso pra Tecnologia?

L: Aí nós temos que fazer um pedido escrito, bonitinho, entrega pra secretária aqui...

T: Seria minha coordenadora?

L: Fala pra sua coordenadora falar que tem que ser rápido, que você tem um prazo, porque eles enrolam. Coloca urgente.

T: Como chama o setor? Para eu colocar o nome certinho?

L: Coloca setor de tecnologia.

T: É pra secretária?

L: [nome da secretária] é secretaria nossa. Você faz o pedido e entrega pra secretária, ela é secretaria do Prof.[nome do diretor].

T: Aí Letícia, tem outra coisa, que você tinha falado e a próxima pergunta é sobre os laudos.

L: O aluno é assistido após a sua entrada? Pelo CEPAE, mas acredito só se ele souber. Porque como ele vai ser assistido se ele não sabe que existe?

T: Aí seria mais por conta da coordenação, ne?

L: Ou pela coordenação ou por conta desse núcleo, que é a proposta da comissão.

T: Esses laudos então, você falou que não sabia se seria ético eu ter acesso a eles. O que você pensa disso?

L: Pega mais a questão ética, pergunta pra sua coordenadora. Porque nós estaríamos... Você pode pegar em qualquer hora que você quiser... mas o nome do aluno vai ta ali, só se você colocar um nome fictício.

T: *Uhum... até nesse documento do termo de consentimento o Comitê de Ética ele respalda essa questão do sigilo, da não identificação.*

L: Não tem problema não viu...

T: *Seria bom pra eu poder entender como é a construção, a nomenclatura, qual a especialidade desses médicos, ne?*

L: Psiquiatras e neurologistas. E alguns outros profissionais envolvidos.

T: *São mais esses dois? Recorrente?*

L: Mais esses dois.

T: *Entendi, então, se eu puder, eu gostaria de ter acesso a isso. Então, essa questão inicialmente que eu tinha pensado de entrevistar esses alunos pra saber quais são as necessidades que eles estão enfrentando, a permanência aqui depois da entrada...*

L: Olha aí (na planilha que ela imprimiu), o ingresso, ta em cinza quem ingressou.

T: *Aí teria que ser mais ou menos, que ingressou de 2012 pra cá, pra eu poder ainda ter contato com eles.*

L: É, porque esse aí não vai dar não.

T: *É, porque esse aqui é geralmente em 2008.*

L: [ela procura pelo documento] Dislexia! Foi no curso de Educação Física, [nome do candidato].

T: *Ele entrou quando?*

L: 2012/2... Outro Dislexia. Também no processo seletivo de 2012/2. Tem duas deficiências... tem Dislexia e Deficiência auditiva. [nome da candidata]. Foi no processo seletivo de 2012/2, então de certo ainda ta fazendo ou terminando..

T: *Ela é de que curso?*

L: Do curso de teatro. Deixa eu ver outro se tem. São os decretos que eu guardo... diário especial... candidatos especiais que ingressaram até 2009.

T: *Ah, 2009 já não dá ne?*

L: É, mas talvez seria interessante você olhar se teve alguma Dislexia que se formou... ih, desistência oficial. Teve desistência, ingressou em dezembro de 2008 e em 2009 desistiu.

T: *Isso também conta bastante.*

L: Olha o Pânico entrando... é um menino que eu falei pra você, ele ingressou em fevereiro de 2007, permaneceu no curso de 2007 a 2008, e em janeiro de 2008 foi aprovado em Ciência da Computação... Não, ele fez o processo seletivo de janeiro de 2008 para Ciência da Computação, mas não foi aprovado. Ele entrou em 2007 pra Letras, ele tentou mudar de curso. Ele tinha pânico,

ele tem Pânico. Ele vai fazer agora o concurso. Dislexia, a candidata [nome da candidata], ela ingressou em dezembro de 2008, pra Nutrição.

T: Ela se formou?

L: Não sei.

T: Como ela se chama?

L: A candidata _____. A lá o da candidata _____ que nós vimos que tem Dislexia, não é?

T: É. De 2012.

L: Aqui tá o laudo, o pedido dela, O laudo da Associação Brasileira de Dislexia. Dados da avaliação, tá vendo?

T: Nossa!

L Vamos ver esse aqui do [nome do candidato], é o que? Deficiência física.

T: Esse atendimento ele pode ser tanto na primeira quanto... das duas fases?

L: Nas duas. Aqui do [nome do candidato], a mesma coisa...

T: De Dislexia? Ali tem também os laudos da ABD.

L: Ingressou também, o candidato [nome do candidato], ta o laudo dele da Dislexia. Ele prestou no processo seletivo de 2012/2.

T: Nossa, ela tinha 13 anos quando ela foi diagnosticada, a candidata [nome].

L: Porque eles sofrem muito antes... a família acha que eles têm algum problema.

[Chega um rapaz para atendimento e Letícia o atende – enquanto isso eu anoto as informações dos laudos].

L: Aqui mais um, ingressou em 2011/2. Recente. TDAH não tenho nenhum ainda... porque é recente. Outro, ingressou em 2010.

L: Mas aí eu te lanço um desafio de trabalhar... quem sabe você ingressa, trabalha nesse setor...

T: Pois é, vai ser um prazer. Vai ser um desafio mesmo, mas...

L: É... temos que fazer história. A primeira vez que ingressou, ai começa tudo de novo, você já viu?

T: É... rsrs... Isso aqui eu dou uma olhada depois...

L: Aqui oh, o aluno é assistido após a sua entrada? Sim! A ficha que eu faço eu entrego para o CEPAE e ligo também para a coordenação de curso e encaminho as observações.

T: E o CEPAE entra em contato com o aluno ou não?

L: CEPAE entra em contato com o aluno, CEPAE procura, CEPAE procura. Ai eu sugiro a você que vá ao CEPAE conversar com a responsável pelo setor, para perguntar como que ela faz. Ah aqui oh “seria possível acesso aos laudos?” Pode sim, tá escrito aqui! rsrs “Como eu poderia chegar a esses alunos?” Ai eu já não sei. Nesse caso nós poderíamos verificar na questão de Ética, eu não sei como está o andamento do seu trabalho. “ Quando apareceu o primeiro laudo?” Eu já te passei.

T: Aí o resto você foi me contando o que você pensa...

L: Nossa, rrsrs... ainda bem que você gravou... rrsrs A gente vai conversando e nem percebe que tá gravando. Não sei quanto tempo que esse trem deu...

T: Deu duas horas, olha, cravadinho. Letícia, desculpa aí tomar seu tempo, com o tanto de coisa que você tem pra fazer...

L: Não me toma...

T: Mas acho que foi muito interessante.

L: Nós estamos em uma fase agora que a poeira já abaixou... Se você viesse aqui em janeiro, fevereiro, até março, você não conhece aqui a loucura.

T: Por causa do vestibular?

L: A entrada pelo SISU. E aí, menina de Deus, o mundo acaba. Aí tem que pedir ajuda para todos os estagiários que tem aqui pra ajudar a gente a atender. Aí termina, nós estamos na poeira baixa, por isso eu tô te dando toda a atenção.

T: Ah entendi, rrsrs. Letícia, muito obrigada eu só tenho que te parabenizar pelo seu trabalho também, não podemos deixar de reconhecer e ver o que você já fez e faz.

L: Eu estou a sua disposição, a hora que você quiser. Me aproveita que eu tô indo embora.

T: Mas que dia você vai embora?

L: Junho, acho que 1º de junho, por aí...

T: Eu vou te aproveitar bastante ainda então... rrsrs Provavelmente eu vou voltar até pra poder, você tem outras fichas, outros documentos.

L: Pode vir, pode ficar o dia inteiro aqui se quiser, te autorizo, falo pros meninos, você olha ali olha ficha por ficha pra ver se tem Dislexia e TDAH.

T: Gente, estou autorizada! Rrsrs

L: Você vai encontrar TDAH até mandar parar, mas tá em ordem alfabética.

T: Nesse armário aqui?

L: Nesse armário. Porque eu ponho em ordem alfabética para ver como foi o atendimento anterior. Então tá tudo ...assim não tá em ordem alfabética completo, mas a primeira letra sim.

T: E esses que tem aí são de 2012 pra cá? Como que é?

L: Não tem ao longo do tempo. Eu acho que eu comecei a guardar esses laudos aqui desde 2000 mais ou menos. 2000 até 2016.

T: Então eu vou voltar sim Letícia, você quer que eu te ligue pra combinar?

L: não precisa me ligar não. Pode vir, vem de manhã, à tarde eu não tô vindo mais. Agora eu tô no clima. rrsrsrs

T: Da aposentadoria? Rrsrsrs

L: rrsrsrs. Foi ótimo conversar com você.

T: Foi ótimo mesmo, muito obrigada.

L: acredito que seu trabalho será bem rico, que você vai fazer uma ótima apresentação.

T: Tomara. Obrigada.

L: Por nada.

Apêndice E

Diário de campo

Aplicação de Provas no Setor Especial

Vejo que as inscrições para fiscais do vestibular abriram. Corro para o site e me inscrevo! Torço para dar certo, porque em sete anos de UFU NUNCA fui chamada! Ligo na DIRPS uma, duas, dez vezes... nada! Quando penso que não, consigo falar. Como fiz todo meu levantamento no setor por meses e já tinha exposto meu interesse e minha necessidade em participar da fiscalização do setor especial, eles já me conheciam e se lembraram de mim. Pegaram os meus dados e me colocaram no setor especial! UFA, que alívio.

Espera... qual o setor? Que horas devo chegar? Meu nome não está na lista de chamada da UFU, é normal? Ligo novamente e só me informam que devo estar em uma escola, às 09h no sábado e talvez tenha almoço por lá. Ok!

Na quarta-feira leio o edital e todas as informações. Assisto a um vídeo que a própria UFU divulgou no *facebook* sobre as principais informações, o que podia ou não levar, etc. Sinto-me mais segura.

Na sexta-feira começo a ficar nervosa... Fico pensando se eu seria “ledora” ou se teria que transcrever as respostas para as folhas de resposta e gabarito... Parecia até que eu estava prestando vestibular de novo. De certa forma, já me sentia em transferência com os candidatos. E se eu passasse alguma questão errada deles? Se eu os atrapalhasse de alguma forma? Que responsabilidade! Recordo-me do meu processo em prestar vestibular. Que intensidade! “Era passar ou morrer”, essa era a sensação, lembro que não tinha outra opção, ser reprovada era inaceitável, afinal, eu não tinha tempo a perder. O quão sério era aquilo pra mim... Colocar essa responsabilidade na mão de outra pessoa, talvez, em minhas mãos... Pesado!

O que mais pesava para mim era o fato de NUNCA ter trabalhado aplicando prova, em nenhum lugar. Não sabia como era estar do outro lado, até o momento eu era a candidata. E pensava

que no setor especial teria que ser para pessoas que tinham muita experiência. Mas se eles me permitiram estar lá, é porque eu era capaz, não é mesmo? Começo a fazer mil perguntas para meu namorado e sogra, que já têm bastante experiência em participar como fiscais em provas e concursos. O “tira dúvidas” me deixa mais segura e... consigo dormir, rrsrs.

Sábado acordo e, sem fazer ideia de como eu chegaria até a escola, peço ao meu namorado para me levar. Chego sem conhecer ninguém me apresento para uma mulher que estava com uma lista e, neste mesmo momento, a diretora da escola se aproxima e me fala, de uma forma tão acolhedora: “Olá, Thais. Mesmo sem saber quem era você já solicitei sua marmita para hoje”. Achei muito bacana isso, eles pensaram em todos e já me senti incluída.

Logo avistei Eduardo,⁸⁸ responsável pelo setor de atendimento especial, que se lembrava de mim enquanto fiz o levantamento e o qual anotou meus dados e me inscreveu para estar lá. Após nos cumprimentarmos ele confirma: você almoçará conosco, ne? Digo que sim e vou me sentar.

Fico por volta de 15 minutos sentada sozinha e logo vêm quatro professores conversar comigo. Apresento-me, conversamos um pouco e somos chamados para a reunião na sala da informática. Pelo que entendi, a maioria das pessoas que estavam ali eram professores daquela escola e estavam muito familiarizados com esta – avisto duas pessoas com a roupa da UFU. Sigo o fluxo... acho estranho porque praticamente saímos pela porta onde eu entrei na escola... mas continuo seguindo as pessoas. Enfim chegamos à sala. Sento-me perto dos professores que conversaram comigo até o momento e Eduardo, seguido por Jussara⁸⁹ e a diretora da escola (que não me recordo o nome) começam a falar. Olho para os lados e não vejo ninguém anotando... Eduardo fala bem rápido e tenho a impressão que só eu não entendo algumas coisas, que parecem muito familiares para os demais ali. No meio disso tudo eles falam horário de sigilo... Opa... o que é isso? Qual é afinal esse horário? Cutuco meu novo colega ao lado e pergunto. Ele me explica rapidamente para não perdermos o restante das informações. Alguns instantes depois uma

⁸⁸ Nome fictício.

⁸⁹ Nome fictício.

professora levanta a mão e pergunta sobre o bendito horário de sigilo! Ouço um amém? Logo escuto comentários: “nossa, parece que nunca aplicou prova... que pergunta”.

Começa a distribuição dos nomes para as salas. Chega ao fim e meu nome não é citado em nenhum momento. Pergunto, gentilmente, Eduardo sobre meu destino e ele, muito educado, me diz que posso escolher. Opa!!! Gostei! Vou atrás das especificidades dos candidatos para saber quais teriam TDAH e ou Dislexia. Infelizmente não consigo estas respostas... A única informação que havia era: deficiência auditiva, visual, física, não tem deficiência, outras deficiências. Lembro-me do meu levantamento e das fichas que consegui analisar. O TDA/H e a Dislexia não são considerados deficiências e, por isso, na ficha aparecia “não tem deficiência”. Pauto-me por isso e fico em uma sala que tem vários candidatos com essa descrição (não tem deficiência).

Apresento-me para as fiscais e logo vamos almoçar. No almoço os professores me contam que aquela é uma escola municipal e que é uma das referências. Logo chega o assunto do TDA/H, um professor comenta: “Nossa, a pior sala de aplicar é o aluno TDA/H, nossa, passa um passarinho o menino voa. Aqui é rota de avião, se a cada avião que passar o menino parar, vamos sair daqui amanhã”. Outro começa a contar: “tenho um sobrinho que é muito agitado, a escola já até pediu a mãe dele levá-lo ao psicólogo, mas no começo ela não aceitou... Depois levou e ele começou a tomar um remédio e melhorou muito”. Entro no assunto e acabo contando da minha pesquisa e do quanto os remédios para essas supostas doenças fazem mal, principalmente para as crianças, em formação. Chega mais uma pessoa na mesa e o assunto muda. A marmitta era enorme... Não consigo nem avistar o final dela. Jogo metade da comida fora e corro para o banheiro, pois já estava na hora de abrir os portões.

Corro para a sala e percebo que meu nome não está como fiscal na sala- as pessoas não me viam como uma aplicadora/fiscal. Anoto-o no quadro. Logo chega a primeira candidata, Larissa⁹⁰ – uma menina magrinha, cabelo muito liso, preto e olho bem azul. Ela entra e logo me pergunta, desconfiada: você é fiscal? Digo que sim. Ela questiona se eu ministro aulas aqui, e eu digo que

⁹⁰ Nome fictício.

não, que sou aluna do Mestrado em Psicologia na UFU. Ela permanece desconfiada e diz: “nossa, mas você é tão novinha”. Conto que fui direto da graduação para o mestrado. Entro no assunto que me intrigava até o momento e pergunto “você se importa se eu te perguntar qual é sua necessidade?” Ela diz “não, tudo bem. Tenho déficit de atenção” Pergunto se ela toma remédio e ela desabafa “Sim, tomava Concerta® mas acabou com meu apetite aí eu comecei a tomar Ritalina® achando que ia melhorar algo mas, não adiantou nada, não consigo sentir fome. Mas, sabe? Ajudou-me muito, você não tem noção”. Logo entra mais uma pessoa na sala e Larissa se assusta com o celular na mão da candidata e diz “cuidado, você será desclassificada” Nem eu tinha percebido o aparelho telefônico. Parabéns pela atenção, Larissa! Peço para a candidata desligar o celular e deixá-lo debaixo de sua cadeira. Ela o faz. Percebemos, algum tempo depois, que Larissa tinha um *piercing* no nariz, o que era proibido. Avisamos que os candidatos não podiam portar nada como *piercings*, pulseiras, anéis, colares, celulares, calculadoras... etc.. A parte burocrática que foi questionada pelos candidatos. Confesso que não concordei com todas as restrições, mas... benditas regras.

Faltando 10 minutos para a prova todos os nove candidatos da turma haviam chegado. Percebo que três candidatas colocam seus remédios no chão. Assusto-me. Era muito remédio. Uma tinha dois vidrinhos e mais uma cartela, outra uma cartela cheia, outra duas cartelas. Era impressão minha ou eu estava na farmácia? Não pode ser normal. Aquela situação causava tanta dor assim? Será que um vestibular deveria causar isso nas pessoas? Mal estar? Tudo bem que prestar vestibular faz parte da vida, que causa certa ansiedade e frio na barriga... mas levar aqueles candidatos a tomarem tanto remédio assim? Vem Eliane Brum em minha cabeça, em seu texto “Exaustos-e-correndo-e-dopados”, penso que o corpo, realmente, era um atropalho, que não permitia ir mais longe. Quão longe precisavam ir? É saudável essa competição? Isso é humano? Porque não parece.

Alguns minutos depois elas tomam seus remédios, como se tivessem cronometrado o tempo que demoraria a fazer efeito. A prova começa e percebo os candidatos tranquilos, sem nenhuma “síndrome das pernas inquietas” aparente, rrsrsrs. Um candidato rodava a caneta e outra respirava

fundo em alguns momentos. Nada demais, nada patológico. Algum tempo depois, Larissa comenta baixinho para mim: “Lembrei de você com o tema da redação, depois da uma olhada”. Fiquei muito curiosa. A prova termina às 19h35min e Larissa me chama “Thais, amanhã, você poderia chamar o candidato que fica rodando a caneta e pedir para ele parar, porque me desconcentra”. Nada demais, em meio àquele silêncio, qualquer barulho mínimo chamava atenção. Eu, por muitas vezes, me vi focando a atenção no movimento da sua caneta.

De nove candidatos sete prestam para Medicina, um para Direito e um para Psicologia. Final de expediente. Converso com Eduardo que sugere que eu fique em outra sala no dia seguinte e me oferece a pasta com os laudos para eu dar uma olhada. Fico muito feliz.

No outro dia eu chego e corro para a sala do chefe de setor e peço permissão para abrir a pasta. Encontro um aluno que solicitou tempo adicional, leitor e pessoa para transcrever suas questões. Vejo seu laudo e me deparo com TDAH e Dislexia em uma mesma pessoa. Era nessa sala que eu ficaria. Vou ao encontro dos fiscais dessa sala, me apresento, falo da minha pesquisa e pergunto se eles se importariam se eu ficasse ali, os dois dizem que tudo bem. O mestrando em Filosofia, Fabrício⁹¹ e a professora de Artes, Magda⁹² (amiga de Júlia⁹³ – militante do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade – Núcleo Uberlândia). Ela já começa me perguntando “É deficiência? Porque na folha está escrito que não tem deficiência”. Começamos a conversar e eu explico que TDAH e Dislexia não são consideradas deficiências, por vários pontos de vista, até porque há uma polêmica muito grande em torno disso que diz respeito à existência X a não existência do TDA/H e da Dislexia como doenças orgânicas. Conto de onde eu parto e explico que não se considera o contexto, o histórico escolar e as vivências das pessoas no ato do diagnóstico. A professora Magda me interrompe e fala “então, eu percebi uma dificuldade grande dele na escrita, quase não tem pontos, vírgulas, acentos, engole letras e escreve muito errado, mas talvez seja porque ele realmente não aprendeu, ne?” E aí começamos uma conversa muito proveitosa. Pergunto

⁹¹ Nome fictício.

⁹² Nome fictício.

⁹³ Nome fictício.

se o candidato toma remédios e ela me diz que sim, que o viu tomando dois. E ela já puxa a conversa incluindo o tema da dissertação, que falava sobre medicalização e que o candidato escolheu este tema e contou sobre uma mãe que tinha um filho com TDAH, o leva ao médico e este receita alguns remédios e eles saem de lá muito angustiados, sem saber se aquilo é certo, parece tão fácil para o médico receitar isso, e se não funcionar, o que poderia acontecer?

Conto sobre os efeitos colaterais do remédio e eles se assustam. Fabrício conta que participou da aplicação de prova nos últimos seis anos e que, das vezes que participou no setor especial, percebeu que 90% dos candidatos, além de prestarem medicina, não tinham nada, que usavam de um diagnóstico para ganharem uma hora a mais de prova “era um ou outro que você percebia alguma coisa, o resto...” Magda pergunta se eu conheço Júlia e fala sobre o Fórum sobre Medicalização, que já foi convidada diversas vezes, mas nunca conseguiu ir. Eles questionam uma folha roxa que o candidato usa para fazer a leitura das questões. Usando meus conhecimentos advindos do levantamento, me lembro de que tinham dois candidatos (inclusive irmãos) que usavam um filtro, indicado por uma oftalmologista (inclusive parente dos candidatos), afirmando uma Dislexia visual. Conto o que sei sobre o filtro e descemos para almoçar.

Volto do almoço e encontro com um intérprete de Libras. Conversamos e percebo que havia quatro que nem ele e, conseqüentemente, quatro pessoas surdas prestando a prova, uma em cada sala. Estas salas tinham câmeras, para acompanhar o interprete, certificando que este não faria nada além que a transcrição fiel dos textos para Libras – se isso é possível. Organizamos a sala e o candidato chega - o único, uma sala individual, até pelo recurso de leitor que ele solicitou não teria como ser de forma diferente. Guilherme,⁹⁴ participante do processo seletivo anterior (2016), está no meu levantamento, inclusive. Ano passado levou laudo de Dislexia e este ano ganhou mais um diagnóstico: TDAH. Apresento-me para Guilherme como fiscal, ele diz sorrindo “nossa, três só pra mim?”. Enquanto não começa a prova ele se deita no chão. Quando começamos a nos organizar para começar ele toma seus dois remédios. Senta-se e começamos a ler as informações sobre o que

⁹⁴ Nome fictício.

é permitido ou não. Dizemos que ele só poderia abrir a prova depois que terminassem as orientações, mas, mesmo assim, ele começa a folhear – ansiedade, nervosismo, pressa... deve ser levado em conta. Avisamos novamente e ele acata.

Começa a prova. Temos um gravador em sala que deve ficar ligado durante a leitura da prova para o candidato – para certificar que não houve nenhuma ajuda ou interpretação por parte do leitor. O candidato acompanha a leitura em sua prova com seu filtro roxo. Eu não daria conta de acompanhar alguém lendo pra mim. O leitor era veloz, bom porque se tratando do vestibular poupar tempo é tudo e; ruim porque talvez ler rápido signifique não entender nada e gastar mais tempo para ler mais uma vez.

Hora do lanche. Vou para a cozinha e ouço um professor comentando que em sua sala, há alguns candidatos com deficiência visual, mas que não precisaram da prova ampliada, assim como tinham solicitado, gerando certa dúvida para o aplicador que se pergunta “será que têm mesmo a deficiência visual ou vieram pela 1 hora a mais?” Tirando os comentários do tipo “nossa, como o tempo demora a passar quando estamos sem nada para fazer” ou “demora muito até 19h30min”, predominam-se os comentários “na minha sala são todos normais, não têm nada”, “o único que tem algo é um com diagnóstico de síndrome do pânico, o resto não tem nada”, “ninguém nem toma remédio lá, certeza que eles são normais”.

Volto para a sala e minutos depois o candidato solta um “ai meu Deus” muito desesperado. Nós fiscais nos assustamos e corremos para perto dele. A sua garrafa de água descongela e acaba molhando as folhas de resposta. Pegamos as folhas e colocamos para secar, enquanto o candidato continua sua prova. Imagino que se isso tivesse ocorrido em uma sala com mais de um candidato provavelmente não teríamos o ajudado, enquanto fiscais não seria exatamente nossa função, e outra, o concorrente poderia reclamar da ajuda especial que demos ao outro candidato. Porém somos humanos e nos sensibilizamos com o desespero do candidato e fizemos o que estava ao nosso alcance para ajudá-lo.

Chega a hora de passar as questões para a folha de respostas. A professora Magda se encarrega da tarefa. Percebo suas mãos trêmulas e sua ansiedade em relação à responsabilidade que lhe é incumbida. O candidato começa calmo e dita as questões para a professora. Esta, por sua vez, tenta acompanhar a escrita pelo rascunho do candidato, tentando ser fiel à escrita do mesmo, considerando seus erros ortográficos e de pontuação. Algumas respostas o candidato acaba improvisando na hora, e por não ter escrito em rascunho, acaba valendo a escrita da professora. O tempo passa e quando falta uma hora de prova o candidato começa a se desesperar, assim como a professora. Ele a solicita que separe as folhas que ainda estão em branco e ela assim o faz. Teoricamente isso não seria nossa função e poderíamos até estar ajudando o candidato em relação aos demais... porém, como já comentado acima, não somos de ferro, mas sim de carne e osso.

Às 19h30 o candidato entrega sua prova, algumas folhas de resposta em branco. Sofremos junto com ele, cria-se um vínculo – ainda bem! Fico pensando se ele passou, qual foi sua pontuação, sua colocação, o que está sentindo.

Passamos na coordenação, entregamos a prova e assinamos os papéis. Eduardo pergunta o que eu achei e logo comenta que estão planejando mudar a forma de acesso à inscrição para o vestibular, considerando os pequenos problemas que a diretoria tem enfrentado com o setor de atendimento especial. Eduardo comenta que os laudos devem ser anexados no *site*, porém nem sempre isso fica claro para os candidatos. A intenção é deixar as informações mais claras. Todos, independentemente da deficiência ou necessidade, podem solicitar diversos recursos, como por exemplo, uma pessoa com deficiência visual precisa de uma prova ampliada, talvez um leitor e uma pessoa que transcreva a prova, porém, não há necessidade de tempo prolongado, como ocorre com o TDAH e Dislexia - assim como dito pelo funcionário da DIRPS. Então eles colocarão estas subdivisões. Compreendi que para pessoas com deficiência visual já tem um recurso de leitor das informações no site onde está o edital. Sugeri que tivesse uma apresentação em vídeo de um interprete em libras para pessoas com deficiência auditiva. Pergunto a Eduardo se, quando um candidato solicita algum recurso que não esteja diretamente ligado à sua deficiência, a diretoria

pode indeferir. Eu não entendo muito bem sua explicação, mas percebo que a resposta é não e que é muito difícil para a diretoria, sendo poucas pessoas destinadas para esse serviço do atendimento especial, dar conta de analisar solicitação por solicitação, então entendo que acaba deferindo praticamente todos que apresentam laudo. Ele diz que percebe que muitos não têm nada, mas outros, poucos, expressam alguns sintomas, e fica difícil avaliar isso sem um apoio de pessoas que entendam. Compreendo que ele busca uma parceria para investigar melhor esta situação.

Vamos embora.

Fico com vontade de pensar melhor a respeito e sugerir novas ideias para Eduardo, dando-lhe um *feedback* das minhas impressões e defendendo que não deve haver esse atendimento especial para TDAH e Dislexia, uma vez que não existem. Até porque isto pode incitar o aumento de pessoas com o laudo, inconscientemente...

Experiência incrível!

Continua

Por coincidência, ou não, deparo-me com um comentário no *facebook*, na página da DIRPS: “como chamam os dois candidatos ao vestibular que morreram?” Fico abismada... Procuro informações, mas não encontro nada em relação à UFU, mas sim uma reportagem sobre uma candidata ao ENEM (2014) que morreu, com AVC, pouco tempo depois de chegar ao local de prova:

Como o colégio possui duas unidades no mesmo bairro, inicialmente a mulher teria se dirigido ao prédio errado. Ao perceber que se enganou, saiu correndo e acabou desmaiando no portão do local onde, de fato, iria fazer a prova. Funcionários do colégio ainda a ajudaram a retomar os sentidos, mas não tiveram sucesso. A mulher era comerciante e morava no bairro de Águas Compridas, também em Olinda. De acordo com o marido, ela teve um AVC hemorrágico.

“Ela estava correndo e, assim que entrou, passou mal, no portão da escola. O Samu ainda atendeu, mas ela não resistiu. Foi muito triste”, disse a comerciante Rosane Nunes, que trabalhava em frente ao colégio no momento do ocorrido.

Segundo testemunhas, o sobrinho da mulher ficou em estado de choque. As provas no Colégio Santa Emília foram aplicadas normalmente. O corpo da candidata de 32 anos foi encaminhado ao Instituto de Medicina Legal (IML) do Recife, no bairro de Santo Amaro, região central da capital pernambucana.

Em nota, o Ministério da Educação lamentou a morte da candidata e se solidarizou com a família dela.(...)

O Ministério da Educação (MEC) lamenta profundamente a morte da participante do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) de 2014 Edivania Florinda de Assis, ocorrida neste sábado, 8, em Olinda, no Colégio Santa Emília, onde faria as provas. Nesta oportunidade, o MEC se solidariza com a sua família.

Claro que eventos clínicos e a contextualização deve ser feita em qualquer situação. Fato. Outro fato é que não podemos deixar de pensar quão sério é esse episódio e pararmos para refletir qual o intuito dos processos seletivos, sejam eles de vestibular, ENEM, concursos. Precisamos repensar urgentemente as relações que estamos criando e as formas que as pessoas têm enfrentado para conseguirem “sobreviver”. E “a prova aconteceu normalmente”? A que ponto chegamos? Não sei opinar...

E será que estes candidatos tomavam algum remédio, como a Ritalina®, por exemplo?

Diário de Campo

Contato com o Centro de Ensino, Pesquisa, Extensão e Atendimento em Educação

Especial - CEPAE

Realizei contato por telefone com o CEPAE fui informada que o setor não faz atendimento para estudantes com TDA/H e Dislexia, que eu iria encontrar essas informações na Divisão de Assistência e Orientação Social (Diase), onde são realizados esses atendimentos. Foi explicado que o setor faz atendimento especial e atende deficiências físicas, mentais, visuais, auditivas, autismo – que não têm na UFU– e superdotação. O TDA/H e a Dislexia, segundo a técnica, não se encaixam no atendimento especializado, pois não são consideradas deficiências, mas sim transtornos.

Fui informada que, uma vez, um aluno procurou o CEPAE dizendo que achava que tinha TDA/H, pois não conseguia prestar atenção nas aulas, este foi acolhido pela equipe, mas foi encaminhado para a Diase. Segundo a funcionária do CEPAE, “O que o CEPAE orienta é que existem outras formas de estudar e aprender, talvez o aluno aprenda melhor fotografando a aula”. A técnica afirma que só achar que tem o transtorno não significa muita coisa, necessita-se de um diagnóstico médico para confirmar porque, às vezes, o aluno pode confundir não conseguir aprender e prestar atenção com uma dificuldade específica com uma disciplina, entre outras coisas que podem ocorrer no processo de ensino aprendizagem.

O setor surgiu em 2004, mas, anteriormente a isso, já existia como Comissão Permanente de Vestibular (Copev). A equipe do CEPAE é formada por uma professora, duas secretárias e voluntários de diversas áreas.

Ela conta que o CEPAE realiza uma busca ativa por alunos com deficiências, pois, no ato da inscrição eles informam sua deficiência e, quando ingressam, o setor já está preparado para o atendimento. Existem alunos que não declaram no ato da inscrição, mas “quando dá problema, algum professor ou coordenador” (SIC) entra em contato com o CEPAE.

O setor oferta auxílios tais como: monitores, adaptação de material, Libras, transcrição de provas. Não existe uma relação direta com a DIRPS, porém, algumas vezes, nas aplicações dos vestibulares a DIRPS pede indicação de algum profissional para ficar no setor de atendimento especial que, de acordo com a funcionária, precisa ter ética, boa entonação de voz e conhecimento em libras, caso seja necessário.

Como informado pelo CEPAE sobre os atendimentos da Diase, foi realizado contato com o referido setor, o qual nos informou que atendimentos de TDA/H e Dislexia não são realizados por eles, mas sim, por outro setor de atendimento da UFU, com um único profissional. Fizemos contato telefônico com o profissional, porém, para não identificá-lo, optamos por não apresentar aqui as informações colhidas.