

Psicopedagogia no Consultório

CONCEIÇÃO MARIA DA PURIFICAÇÃO

RESUMO

Comentários à Psicopedagogia no Consultório, é o título deste pequeno trabalho, que tem como propósito apresentar, através de uma análise clara e objetiva, as principais características e objetivos do Psicopedagogo na clínica. Com ênfase na denominada análise clínica, o psicopedagogo tem como estabelecer um posicionamento ao tratamento adequado ao paciente, nos seus distúrbios, objetivando, em última análise, um compromisso com o conhecimento, como também uma grande dedicação e responsabilidade profissional.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo a análise do estudo do psicopedagogo no consultório. Sua amostragem de como desenvolver e analisar diferentes fatores apresentados, para atender crianças e adolescentes que apresentem dificuldades de aprendizagem.

A Psicopedagogia Terapêutica é um campo do conhecimento relativamente novo que surgiu na fronteira entre a Pedagogia e a Psicologia. Encontra-se em fase de organização de um corpo específico, visando à integração das ciências pedagógicas, psicológica, fonoaudiológica e psicolinguística para uma compreensão mais integradora do fenômeno da aprendizagem humana.

A Psicopedagogia vem sendo exercida por profissionais das áreas de fonoaudiologia, pedagogia ou psicologia que complementam a sua formação em cursos de especialização onde o objetivo central de estudo é a aprendizagem humana, seus padrões evolutivos normais e patológicos. O currículo desse curso está voltado para o estudo dos fundamentos neurológicos,

psicológicos e cognitivos da aprendizagem, bem como a influência do meio (família, escola, sociedade) para o seu desenvolvimento.

A Psicopedagogia, como outras áreas da saúde, implica um trabalho a nível preventivo e curativo.

Na função preventiva, cabe ao psicopedagogo atuar nas escolas e em cursos de formação de professores, esclarecendo sobre o processo evolutivo das áreas ligadas à aprendizagem escolar (perceptiva motora de linguagem, cognitiva, emocional); auxiliando na organização de condições de aprendizagem de forma integrada e de acordo com as capacidades dos alunos.

O trabalho do psicopedagogo, em nível curativo é dirigido às crianças e adolescentes com distúrbios de aprendizagem. Para auxiliar no diagnóstico (que é concluído em equipe interdisciplinar) o psicopedagogo desenvolve os seguintes procedimentos: anamnese; análise do material escolar desde a pré-escola; contato com a escola (direto ou através de questionário); observação do desempenho em situação de aprendizagem; aplicação de testes psicopedagógicos específicos e solicitação de exames complementares (psicológico, neurológico, oftalmológico, audiométrico).

O entendimento dos fatores etiológicos das dificuldades, bem como a significação emocional do problema na família e na escola, levam o psicopedagogo, juntamente com os demais profissionais que avaliaram o paciente, a determinar as propriedades de tratamento.

O tratamento psicopedagógico propriamente dito está na dependência do posicionamento teórico que a equipe interdisciplinar tem no fenómeno da aprendizagem humana, seus distúrbios e das causas que o motivam.

O conhecimento da etiologia é fundamental não apenas para a determinação de prioridades de tratamento e escolha de metodologias específicas, mas, principalmente, para quando se trata de planejar soluções preventivas e/ou curativas de caráter social mais amplo.

É possível observar nas seguintes apresentações a prática psicopedagógica, uma vez que o compromisso do psicopedagogo é com a transformação da nossa sociedade.

Como diz Sara Paín (1985): “Um ato de aprendizagem é um ato de amor, porque gera um ser parecido conosco, que chamamos idêntico, não apenas no sentido da identidade, mas no da identificação com ele”.

2. O DESPERTAR DA PSICOPEDAGOGIA

Para facilitar a compreensão da posição ao processo de aprendizagem, a amostragem da psicopedagogia nos dias de hoje, é importante fazer uma breve retrospectiva dos caminhos por ela trilhados.

As obras dos médicos, no final do século XVIII e início do século XIX, na Europa, deram ênfase às causas orgânicas nos comprometimentos na área escolar. Essa linha diagnóstica que procurava identificar no físico as determinantes das dificuldades do aprendiz.

Na Educação Especial, Esquirol frisou a importância da diferenciação entre confusão mental passageira, loucura como perda irremediável da razão e a idiotia (provocada pela ausência do desenvolvimento da inteligência na infância). Mostrou, por um lado, a necessidade do diagnóstico para sua identificação e, por outro, considerou requisito para se trabalhar com o idiota a avaliação do rendimento escolar.

Em 1898, Edouard Claparède, famoso professor de psicologia, juntamente com o neu-

rologista Francois Neville, introduziu na escola pública as “classes especiais”, destinadas à educação de crianças com retardo mental. Esta foi a primeira iniciativa registrada de médicos e professores no campo da reeducação (Cf. Claparède, 1959). Entre 1904 e 1908 iniciaram-se as primeiras consultas médico-pedagógicas, as quais tinham objetivo de encaminhar as crianças para as classes especiais.

Mery, aponta quatro educadores como pioneiros no tratamento dos problemas de aprendizagem, observando, porém, que eles procuravam mais pelas deficiências sensoriais e pela debilidade mental do que propriamente pela desadaptação infantil.

Jean Itard, no estudo de Victor (o menino “Selvagem de Aveyron”), não aceitou o diagnóstico feito por Pinel, que classificou Victor idiota sem nenhuma possibilidade. Fez então sua própria avaliação, como médico sensorialista e organicista, e lançou os fundamentos de uma didática para trabalhar com o deficiente mental.

Pereire, preocupou-se sobretudo com a educação dos sentidos, principalmente a visão e o tato.

Pestalozzi, inspirado nas idéias de Rousseau, fundou na Suíça um centro de educação através do trabalho, onde abrigava crianças pobres de todas as idades. Usando o método intuitivo e natural, estimulava-se em especial a percepção (Cf. Demoulin e Deldime, 1997, pp. 154 e segs.).

Seguin, discípulo de Itard, inovou a teoria de Esquirol, fazendo distinção entre idiota, imbecilidade, debilidade mental, considerando as enfermidades diferentes e de diferentes etiologias. Afirmou que, qualquer que seja o gênero de dificuldade, o indivíduo é educável, importando saber o “quantum” de inteligência

de que ele dispõe, o grau de comprometimento das funções orgânicas relevantes para a instrução pretendida e a habilidade na aplicação do método educacional. Com essas afirmações, pôs em relevo a importância do diagnóstico médico. Dessa forma, os médicos e educadores acen-tuaram, na ação pedagógica, a questão do saber tratar, tornando a ação do pedagogo a do médico. Fundou na França a primeira escola de reeducação e, em 1837, fundou uma escola destinada às crianças mentalmente deficientes e emigrou para os Estados Unidos, em 1848, onde suas idéias foram amplamente aceitas. Suas técnicas de treinamento dos sentidos e dos músculos ainda são utilizadas atualmente.

Ainda em fins do século XIX, foi formada uma equipe médico-pedagógica pelo educador Seguin e pelo médico psiquiatra Esquirol. A partir daí a neuropsiquiatria infantil passou a se ocupar dos problemas neurológicos que afetam a aprendizagem (Cf. Mery, 1985, p. 11).

Maria Montessori, psiquiatra italiana, criou um método de aprendizagem destinado inicialmente às crianças retardadas. Posteriormente, o método MONTESSORI foi estendido a todas as crianças, sendo hoje utilizado em muitas escolas. Sua principal preocupação está na educação da vontade e na alfabetização, via estimulação dos órgãos dos sentidos, sendo, por isso classificado sensorial (Cf. Montessori, 1954).

O psiquiatra Ovidir Decroly, também se preocupou com a educação infantil, utilizando técnicas de observação e filmagem para estudar as situações de aprendizagem. Criou os famosos centros de interesses, que perduram até os nossos dias (Cf. Decroly, 1929).

Na segunda década do século XX, surgem os primeiros centros de reeducação para delinquentes infantis.

Nos Estados Unidos e na Europa cresce o número de escolas particulares e de ensino individualizado para crianças consideradas de aprendizagem lenta. Por volta de 1930, por outra parte, surgem, na França, os primeiros centros de orientação educacional infantil, com equipes formadas por médicos, psicólogos, educadores e assistentes sociais (Cf. Mery; 1985, p. 11).

São percebidas nas pesquisas as primeiras tentativas de união entre Medicina, Psicologia, Psicanálise e Pedagogia na solução dos problemas de comportamento e de aprendizagem.

Em 1946, George Mauco, em Paris, criou o 1º Centro Psicopedagógico com o objetivo de desenvolver um trabalho cooperativo médico-pedagógico para crianças com problemas escolares, ou de comportamento.

A partir de 1948, entretanto, o termo pedagogia curativa passa a ser definido, segundo Debesse, como terapêutica para atender crianças e adolescentes desadaptados que, embora inteligentes, tinham maus resultados escolares. A pedagogia curativa introduzida no Centro de Psicopedagogia de Estrasburgo, França, poderia ser conduzida individualmente ou em grupos, sendo entendida como “método que favorecia a readaptação pedagógica do aluno”, uma vez que pretendia auxiliar o sujeito a adquirir conhecimentos, como também desenvolver a sua personalidade.

Segundo Debesse (1954, Apud Janine Mery), a pedagogia curativa “situa-se no interior daquilo que hoje chamam de Psicopedagogia”.

Considerando sobre o termo psicopedagogia e sobre a origem que se deu na Europa ainda no século XIX, a preocupação com problemas de aprendizagem, influencia as idéias sobre a

psicopedagogia na Argentina, a qual influencia o estudo da psicopedagogia no Brasil”.

3. O PSICOPEDAGOGO NO BRASIL E NA ARGENTINA

3.1 Psicopedagogia na Argentina

A psicopedagogia no Brasil remete seu histórico à Argentina; as idéias dos argentinos muito têm influenciado a nossa Pátria.

Muitos profissionais argentinos encontram-se em nosso país, pós-graduando-se em Psicologia, Psicanálise e mesmo em Psicopedagogia. Esses argentinos, em geral, acabam por ministrar cursos e chegam a ocupar um considerável espaço no nosso mercado de trabalho.

A origem do pensamento argentino acerca da psicopedagogia, verificou-se que a sua leitura está fortemente marcada pela literatura francesa. Autores como Jaques Lacan, Maud Mannoni, Françoise Doltar, Julián de Ajuriaguerra, Janine Mery, Michel Lobrot, Oierre Vayer, Maurice Debesse, René Dia Tkine, George Mauco, Pichón-Rivière e outros, são freqüentemente citados.

Segundo Alicia Fernández, a graduação em Psicopedagogia surgiu há mais de trinta anos na Argentina, sendo quase tão antiga quanto a carreira da Psicologia, criada na Universidade de Buenos Aires. Na prática, a atividade da psicopedagogia iniciou-se antes da criação do próprio curso. Profissionais que possuíam outra formação como, por exemplo, formação em filosofia, entre eles Sara Paín - viram a necessidade de ocupar um espaço que não podia ser preenchido pelo psicólogo nem pelo pedagogo. Desta maneira, começaram fazendo reeducação, com o objetivo de resolver fracassos escolares.

Conforme uma colocação importante do brasileiro Sérgio A. da Silva temos, aliás, que

“a proposta da Psicopedagogia veio da Argentina, como nas primeiras décadas (deste século) os psicólogos argentinos não tinham permissão de clinicar, a educação surgiu para eles como área efetiva de trabalho. Esta dedicação quase exclusiva, os levou a produzir toda uma metodologia sobre a chamada dificuldade de aprendizagem, dando origem à atual Psicopedagogia”.

Alicia afirma que Buenos Aires foi a primeira cidade argentina a oferecer uma faculdade de Psicopedagogia. Esse curso passou por três momentos distintos devido a alterações nos seus planos de estudo.

O primeiro correspondeu aos planos de estudo de 1956, 1958 e 1961, com ênfase na formação filosófica e psicológica, incluindo fundamentos de biologia e uma área específica, que era a psicopedagógica, pois havia como pré-requisito, o título de docente, ou seja, diploma da Escola Normal (Bossa e Montti, 1991, p. 22).

Para Fernández e Montti, o segundo momento da Psicopedagogia na Argentina é constituído pelos planos de 1963, 1964 e 1969, nos quais se evidencia a influência da Psicologia Experimental na formação do psicopedagogo, ou seja, procura-se capacitá-lo na medição das funções cognitivas e afetivas. Essa alteração curricular se traduz pela inclusão de matérias básicas que exigem o acréscimo de mais de um ano de formação para a obtenção do título de três para quatro anos no plano de 1969. A extinção da Escola Normal, em 1969, na Argentina, permitiu que, a partir de 1971, os alunos com título secundário de várias procedências, profissionalizantes ou não, ingressassem na Faculdade de Psicopedagogia. Isso significa que os novos alunos não tinham conhecimento

de Pedagogia e Didática. Essa situação leva à reformulação do currículo.

Em 1978, o terceiro momento do Curso de Psicopedagogia, com a criação da licenciatura na matéria, tal como existe atualmente, ou seja, uma carreira de graduação com duração de cinco anos. São incluídas as disciplinas clínicas pedagógicas, com o objetivo de valorizar o papel profissional do psicopedagogo enquanto terapeuta.

Para essas educadoras argentinas, durante os trinta anos que se passaram desde o seu estabelecimento na Argentina, a Psicopedagogia tem ocupado um significativo espaço no âmbito da educação e da saúde. Nesse processo evolutivo, é importante destacar um fato relevante que permitiu mudanças na abordagem da Psicopedagogia da reeducação à clínica.

Na década de 1970, criou-se em Buenos Aires os Centros de Saúde Mental, onde atuavam equipes de psicopedagogos que faziam diagnóstico e tratamento. Esses profissionais observaram que, depois de um ano de tratamento, quando os pacientes retornavam para controle, haviam “resolvido” os seus problemas de aprendizagem. Entretanto, em lugar desses problemas surgiam graves distúrbios de personalidade: fobias, traços psicológicos etc.; os educadores tomaram, então, consciência de que haviam afogado o único grito que esses sujeitos tinham para se expressar, produzindo-se, pois um deslocamento de sintoma. A partir daí ocorre uma grande mudança na abordagem psicopedagógica. Os psicopedagogos começam a incluir no seu trabalho o olhar e a escuta clínica da psicanálise, resultando no atual perfil do psicopedagogo argentino.

Observam Fernández e Montti que, na Argentina a atuação psicopedagógica está liga-

da, fundamentalmente, as duas áreas: educação e saúde.

A função do psicopedagogo na área educativa é cooperar para diminuir o fracasso escolar, seja este da instituição, seja do indivíduo ou, o que é mais freqüente, de ambos.

Quanto à área de saúde, o psicopedagogo, na Argentina, trabalha em consultórios particulares e/ou em instituições de saúde, hospitais públicos e particulares. Sua função é reconhecer e atuar sobre as alterações da aprendizagem sistemática e/ou assistemática.

A formação dos argentinos é em nível de graduação, com duração de cinco anos, proporcionando evidentemente um conhecimento bem sólido, do saber psicopedagógico e, conseqüentemente, uma prática mais consistente, quanto à forma de diagnóstico psicopedagógico, aos argentinos é facultado o uso de testes. A avaliação dos psicopedagogos no Brasil, difere em alguns pontos da situação na Argentina, sobretudo no que concerne à prática, devido principalmente às condições de formação.

Agora, porém, um breve histórico da Psicopedagogia no Brasil.

3.2 Psicopedagogia no Brasil

No Brasil, por muito tempo se explicou o problema da aprendizagem como produto dos fatores orgânicos (Lefévre, 1968, 1975, 1971; e Grinspun, 1990). Nessa trilha, na década de 1970, foi amplamente defendida a idéia de que tais problemas teriam como causa uma disfunção neurológica não-detectável em exame clínico, chamado disfunção cerebral mínima (D.C.M.).

O rótulo DCM foi apenas um dentre vários diagnósticos empregados para camuflar problemas sócio-pedagógicos traduzidos ideologicamente em termos de psicologia individu-

al. Termos como dislexia, disritmia e outros também foram usados para esse fim.

Para levantar corretamente a história “das preocupações com os problemas de aprendizagem”, devemos lembrar que tais problemas foram estudados e tratados por médicos (Europa século XIX). Ainda hoje, em nosso País, a primeira atitude de educadores e familiares é recorrer a esse profissional, e possui grande importância nas decisões da família.

Na prática do psicopedagogo, ainda hoje, é comum receber no consultório crianças que já foram examinadas por um médico, por indicação da escola ou por iniciativa da família. É importante ter em mente que é dentro dessa concepção de problemas de aprendizagem na escola que, ainda no final da década de 1970, surgiram os primeiros cursos de especialização em Psicopedagogia no Brasil, idealizados para complementar a formação dos psicólogos e de educadores que buscavam soluções para esses problemas. Esses cursos foram estruturados e, dentro desse contexto histórico, amparados num conhecimento científico, fruto de uma dinâmica sócio-cultural que não a nossa.

Antes, porém, de falar dos cursos de formação em Psicopedagogia, é importante saber das primeiras movimentações de alguns grupos de profissionais que atuavam com a problemática da aprendizagem.

O professor Júlio B. de Queirós, médico e professor em Buenos Aires, dedicou-se aos estudos da leitura/escrita, realizando pesquisas em escolas argentinas e publicando, já nas décadas de 1950 e 1960, baseado em suas experiências em seguida aos anos 70; difundindo-as em conferências pelo Brasil (Scoz e Mendes, 1987, p. 16).

Profissionais de Porto Alegre organizam centros de estudos destinados à formação e

atualização em Psicopedagogia nos moldes dos cursos do Centro Médico de Pesquisas de Buenos Aires; como o professor Nilo Fichtner, que fundou o Centro de Estudos Médicos e Psicopedagógicos na capital gaúcha.

Essa formação em Psicopedagogia dá-se num quadro de referências baseado num modelo médico de atuação. Segundo Golbert (1985), “Clínica Médica Pedagógica, de Porto Alegre, dirigida pelo Dr. Nilo Fichtner desde 1970, prepara profissionais em Psicopedagogia Terapêutica”.

No princípio da década de 1970, surgiram em nível institucional, cursos com enfoque psicopedagógico, antecedendo a criação dos cursos formais de especialização e aperfeiçoamento. Esses cursos tratavam de temas como: “A criança-problema numa classe comum”; “Dificuldades escolares”; “Pedagogia Terapêutica”; “Problemas de aprendizagem” e eram oferecidos a psicólogos, pedagogos e profissionais de áreas afins.

A professora Genny Goluby de Moraes, coordenadora dos cursos da PUC-SP, foi responsável pela formação de um grande número de profissionais da Psicopedagogia que hoje desenvolvem importantes trabalhos na área.

O curso de Psicopedagogia da PUC começa com a Professora Genny e com toda a experiência que trazia da área de alfabetização.

Inicialmente, o grande desafio que se colocava era como trabalhar com crianças com dificuldades de aprendizagem, principalmente deficientes mentais, para que se alfabetizassem.

Iniciou-se na década de 1970 como um curso de extensão, oferecido a profissionais que trabalhavam com crianças deficientes, sob a orientação da Professora Genny.

A partir dessa primeira experiência, começa-se a pensar num curso de extensão abran-

gendo outros enfoques, não só os processos cognitivos envolvidos na aquisição da leitura e da escrita, mas também dos aspectos emocionais.

Pensava-se nesta época no trabalho do psicopedagogo a partir de um enfoque reeducacional.

Paralelamente ao curso de formação, a Professora Genny desenvolvera seu trabalho psicopedagógico dentro da Clínica da Faculdade de Pedagogia da PUC-SP, o que vem fazendo há 30 anos.

Essa sua experiência clínica consta no material fundamental do qual o curso foi estruturado.

Na década de 1980, o curso passa a ser de especialização, aumentando sua carga horária para 300 horas e tempo de formação para um ano e meio. Passa a ter uma grade curricular mais voltada para a formação do psicopedagogo, onde o enfoque amplia-se para além da visão reeducativa. Busca-se a partir daí compreender as dificuldades da aprendizagem como um processo que se dá na interseção dos aspectos cognitivos e emocionais.

Em 1992, o curso se transforma em Pós-graduação lato-sensu (Revista Psicopedagogia 15(36) - 1996).

Em 1979, é criado o primeiro curso regular de Psicopedagogia, no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, iniciativa de Maria Alice Vassimon, pedagoga e psico-dramatista, e Madre Cristina Sodré Dória, diretora do Instituto. O Instituto Sedes Sapientiae, até então literalmente ocupado por psicólogos e psicanalistas, abre espaço para um curso que valorizaria a ação do educador.

A expectativa dos que procuravam o curso voltava-se para uma atuação em nível clínico. Posteriormente, com os novos conhecimen-

tos das áreas de Lingüística, Psicolingüística e Teorias do Desenvolvimento, inclusive as contribuições de Emília Ferreira, os problemas de aprendizagem são ressignificados e os próprios cursos passam a ter outro direcionamento. Assim, incluiu-se o atendimento grupal no modelo clínico e se inicia uma linha de trabalho em nível preventivo. Hoje, o curso do Sedes vive um momento onde se privilegiam as diferenciações no papel do psicopedagogo, buscando-se uma análise mais rigorosa da identidade desse profissional na distinção entre o perfil clínico e o institucional.

Os cursos do Instituto Sedes Sapientiae e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo se constituíram, pois, na primeira iniciativa institucional de formação em Psicopedagogia em São Paulo.

Outro Estado que deve ser mencionado pelo pioneirismo na formação institucional é o Rio Grande do Sul. Além das iniciativas de grupos informais de formação, a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), passa a desenvolver a partir de 1972 cursos em nível de especialização e mestrado de educação com área de concentração em aconselhamento psicopedagógico no programa de pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (U.F.R.S.).

Mais recentemente, a partir do início da década de 1990, os cursos de especialização em Psicopedagogia, lato-sensu, multiplicaram-se. A maioria das faculdades de educação, em São Paulo, contam hoje com eles.

Em outros Estados, vários cursos estão surgindo, tanto nas instituições estatais quanto nas particulares.

Em 1990, fez-se o IV Encontro de Psicopedagogos, ocorrido em São Paulo, com

profissionais do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, Minas Gerais, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Goiás, Bahia, Pernambuco, Ceará e Brasília.

É importante mencionar a Associação Brasileira de Psicopedagogia (ABPp), que conta com treze anos de existência. Enquanto elemento de organização formal de uma categoria profissional não reconhecida legalmente, tem sido responsável pela organização de eventos de dimensão nacional, bem como por publicações cujos temas retratam as preocupações e tendências na área. A Associação visava, como objetivo inicial, tornar conhecido o campo de atuação profissional do psicopedagogo, este ainda não totalmente definido.

No Brasil, Psicopedagogia é especialização, curso de aperfeiçoamento. A formação em nível de especialização, na maioria das vezes em programas lato-sensu regulamentados pela Resolução Nº 12/83, de 06.10.83, que forma os “especialistas em Psicopedagogia” ou “Psicopedagogos” e que os habilita para o ensino superior.

Outro aspecto a ser salientado na abordagem prática é a forma de diagnóstico psicopedagógico. Aos psicopedagogos argentinos é facultado o uso de testes, que no Brasil são considerados de uso exclusivo do psicólogo.

Hoje a Psicopedagogia brasileira passa a uma fase que não requer mais a expansão quantitativa de atividades, objetivo já plenamente alcançado, mas um aprofundamento do trabalho, a fim de proporcionar aos profissionais psicopedagogos um maior nível de qualidade, de seriedade e de comprometimento em suas ações.

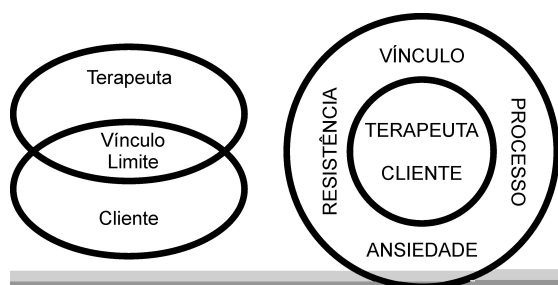
4. O TRABALHO PSICOPEDAGÓGICO

O psicopedagogo busca a explicação das condições da aprendizagem do paciente identi-

ficando áreas de competências e de dificuldades.

A Psicopedagogia não é sinônimo de Psicologia Escolar ou Psicologia Educacional. É uma área recente, resultante da articulação de conhecimentos de outras disciplinas, apontando com novos caminhos para a solução de problemas antigos. Na Psicopedagogia, enquanto área de aplicação, atua o psicopedagogo. Esse profissional ocupa-se dos problemas de aprendizagem pela Medicina e pela Pedagogia, sendo hoje tratados por um corpo teórico que vem se estruturando a partir das contribuições de outros campos.

O trabalho psicopedagógico necessita lidar com os aspectos efetivos; não se deve confundir-lo com o trabalho psicológico. Na clínica psicopedagógica, o terapeuta e o cliente se deparam também com conteúdos de natureza emocionais: vínculo, processo, ansiedade, resistência, limite, entre outros.



Para dar sustentação ao trabalho, é necessário que se estabeleça, como em qualquer situação clínica, um bom entendimento e condições para o desenvolvimento da relação cliente/terapeuta.

O trabalho psicopedagógico implica compreender a situação de aprendizagem do sujeito

individualmente ou em grupo, dentro de seu próprio contexto.

A metodologia do trabalho, ou seja, a abordagem e tratamento, enfim, a forma de atuação, se vai tecendo em cada caso, na medida em que a problemática aparece; cada situação é única e requer do profissional atitude específica em relação àquela situação.

O psicopedagogo procura observar o sentido que assumem as alterações da aprendizagem do sujeito clínico ou da instituição.

Na Medicina, ciência onde se originou o termo clínico, o médico observa o paciente, vê o que se passa, escuta o seu discurso para fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento.

Conforme já foi dito, observar o paciente, escutar o seu discurso, momento especial da Medicina, é freqüentemente utilizado na Psicopedagogia Clínica, referindo-se à postura terapêutica do profissional.

A prática psicopedagógica na instituição escolar, pesquisa as condições para que se produza a aprendizagem do conteúdo escolar, identificando os obstáculos e os elementos facilitadores numa abordagem preventiva.

A Psicopedagogia, como podemos ver, tem o seu lugar na clínica e na instituição, cada um desses espaços implica uma metodologia específica de trabalho. Em ambos, no entanto, devemos considerar especialmente as circunstâncias, isto é, o contexto de vida do sujeito, ou seja, a família, a escola, a comunidade.

Num primeiro momento, a intervenção psicopedagógica clínica esteve voltada para a busca e o desenvolvimento de metodologias que melhor atendessem aos portadores de dificuldades, ou seja, aos excluídos, tendo como principal objetivo fazer a reeducação ou remediação e, desta forma, promover o desaparecimento do sintoma.

A partir do momento em que o foco de atenção passa a ser a compreensão do processo de aprendizagem e a relação que o aprendiz estabelece com a mesma, o objeto da psicopedagogia passa a ser mais abrangente: a metodologia é apenas um aspecto no processo terapêutico; mas o principal objetivo como psicopedagogos clínicos é a investigação da etiologia da dificuldade de aprendizagem, bem como a compreensão do processamento da aprendizagem, considerando todas as variáveis que intervêm neste processo.

O trabalho psicopedagógico pode indicar caminhos diferentes à medida em que ele decorre. A partir do contato e da vivência podemos observar aspectos que desconhecíamos num primeiro momento. Apesar desse pressuposto, as diretrizes para o trabalho partem sempre do diagnóstico psicopedagógico.

O diagnóstico psicopedagógico tem sua especificidade e objetiva investigar os aspectos que direta ou indiretamente justificam o aparecimento da sintomatologia. Assim sendo, será necessário a compreensão dos aspectos cognitivos, afetivos, orgânicos, pedagógicos, sociais e culturais que podem explicar a etiologia das dificuldades de aprendizagem.

5. O PSICOPEDAGOGO NO CONSULTÓRIO

O psicopedagogo no trabalho clínico, que se dá em consultórios ou hospitais, busca não só compreender o porquê de o sujeito não aprender, mas o que ele pode aprender e como aprender. A busca do conhecimento inicia-se no processo diagnóstico, momento em que a ênfase é a leitura da realidade do sujeito, para então proceder a intervenção, que é o próprio tratamento ou encaminhamento.

As alterações no aprender, o fracasso escolar e as diferentes formas sob as quais o problema de aprendizagem se apresenta, em alta proporção, na população em geral e particularmente na infância, requer uma análise cuidadosa de sua etiologia e particularidade. A tarefa diagnóstica, tanto em nível institucional quanto clínico é indispensável ao terapeuta.

Poderia dizer que o trabalho clínico, da forma que o concebo na Psicopedagogia, acontece em dois momentos especiais: a fase diagnóstica, com os testes a servir de pistas para o saber e a fase de intervenção. Inicialmente, a ênfase é a investigação, momento em que o profissional procura o sentido da problemática do sujeito que lhe é encaminhado. Num segundo momento, a medida é a intervenção. Entretanto, vale reiterar, o profissional não abandona a sua atitude. Ele possui, nesse momento, dados sobre o sujeito que lhe permitem definir a forma mais apropriada de conduzir os trabalhos.

A investigação, ou seja, o processo diagnóstico, a realização de entrevistas com o cliente, deve acontecer num espaço físico adequado para o encontro, assegurando privacidade e tranquilidade para a exposição do problema, sendo o consultório o recinto ideal. O tempo e o andamento devem ser suficientes para favorecer o discurso do sujeito.

Como já foi visto, no Brasil não é permitido ao psicopedagogo o acesso a muitos instrumentos que são de uso do psicólogo. O psicopedagogo, que não tem formação em Psicologia, quando a situação requer, solicita ao psicólogo, ou, dependendo do caso, a outros profissionais (neurologistas, fonoaudiólogos, psiquiatras), habilitados e de sua confiança, as informações para complementar o seu diagnóstico. Os encaminhamentos a um neurologista ou

outros especialistas, apenas para exemplificar, acontecem quando, a partir das informações obtidas na diagnose, se verifica a possibilidade da existência de distúrbios de outra ordem que não da alçada da Psicopedagogia.

A observação, na prática psicopedagógica, significa o olhar e a escuta numa postura clínica. Trata-se da observação frente à produção do sujeito, seja no relato dos membros da escola e da família, seja durante a entrevista com o próprio sujeito na hora dos testes, seja no seguimento da sua produção ao acompanhamento até o final do processo. Quando se faz referência à produção do sujeito, no momento do diagnóstico, fala-se do material diagnóstico (hora do jogo, testes, discursos dos pais, desenvolvimento de ações lúdicas, gráficos, discurso verbal), ou seja, olhar e escutar para decifrar a mensagem do jogo, de um silêncio, de um gesto, de uma recusa.

Considerando que freqüentemente uma criança portadora de um distúrbio de aprendizagem terá associada como condição causal ou primária, ou como condição secundária ou distúrbio afetivo, o atendimento à área emocional é indicado, e pode ocorrer prévia, simultânea ou posteriormente ao tratamento psicopedagógico.

O psicopedagogo, a partir das indicações terapêuticas, devolve os resultados aos pais e à escola e planeja o atendimento psicopedagógico.

Mais importante que os instrumentos utilizados é a atitude do profissional frente à mensagem do cliente, o profissional trata dos problemas de aprendizagem, estabelecendo prioridades e identificando as vias de acesso ao sujeito, o brincar, o jogar, o conversar; fortalecendo o seu ego, conforme o caso, sendo o seu superego.

Na relação entre terapeuta psicopedagógico e o paciente é fundamental que a consciência e

a sensibilidade estejam sempre presentes para melhor compreensão terapeuta/paciente diante do seu trabalho.

Como já foi visto na abordagem da prática em forma de diagnóstico psicopedagógico, o uso de testes é considerado de uso exclusivo do psicólogo, visto ser uma preocupação do Conselho Federal de Psicologia (C.F.P.) e dos próprios psicólogos, a utilização desses instrumentos pelo psicopedagogo não-graduado em Psicologia.

Isso nos leva a procurar compreender melhor o sentido de testes, bem como suas implicações éticas no campo psicopedagógico.

A definição da palavra “teste” adotada pela Associação Internacional de Psicotécnica: “é uma prova definida, que implica em uma tarefa a cumprir, idêntica para todos os indivíduos encaminhados, com técnica precisa para avaliação do êxito ou do fracasso, ou para notação numérica do desempenho. A tarefa pode compreender utilização, seja de conhecimentos adquiridos (testes pedagógicos), ou de funções sensomotoras ou mentais (testes psicológicos)” (Anastasi, 1977).

A abrangência desta definição era uma indefinição, ou melhor, uma amplidão de conceitos, de modo que qualquer teste pode ser concebido como teste psicológico. Além disso, imprime contradições teóricas, já que um teste que avalia a inteligência (função mental) não deixa de avaliar conhecimentos adquiridos. Basta pensar no Wisc (Escala Wichsler), em outra prova de informações, para verificarmos que bom desempenho nesta depende de conhecimentos adquiridos. Pela definição acima, a tarefa para a qual se utilizam conhecimentos adquiridos seria da ordem dos testes pedagógicos, enquanto pela mesma definição o Wisc é um teste psicológico (Bossa, 1964).

Segundo Anastasi, “a função dos testes psicológicos é medir diferenças entre indivíduos, ou entre as reações do mesmo indivíduo em diferentes ocasiões” (1977, p. 3).

Os primeiros testes padronizados para medir resultados de instrução escolar começam a aparecer após a passagem do século. Influenciados pelo trabalho de E.L. Thorndike, estes testes utilizaram princípios de mensuração desenvolvidos no laboratório psicológico. Escala para avaliar a qualidade de composições escritas e caligráficas, cálculo e raciocínio aritméticos são exemplos desses testes.

Os testes de aproveitamento, assim como os outros de maturidade escolar e prontidão para alfabetização, figuram no trabalho de Anastasi, entre os de caráter psicológico.

“O teste de apercepção temática infantil (CAT) pode ser aproveitado nas mãos do psicanalista, do assistente social, do professor e também do pediatra dedicado aos problemas psicológicos” (Bellak e Bellak, 1981, p. 6). CAT, segundo o próprio autor, é uma prova de grande importância aos professores, mas figura entre aqueles de uso exclusivo do psicólogo.

Provas com desempenho livre, desenho de figura humana, desenho de família; provas essas inegavelmente projetivas, cujo único argumento para justificar serem de uso exclusivo do psicólogo.

Dificuldades encontradas na prática, se deparam os psicopedagogos brasileiros, uma situação realmente difícil, já que os procedimentos no diagnóstico são questões importantes na abordagem prática da Psicopedagogia. A questão quanto ao instrumental utilizado e a “formação” em Psicopedagogia no Brasil merece ser pensada, de forma que novas perspectivas

possam daí surgir e atender às reivindicações inerentes à atividade.

A aparência do consultório é fundamental na criação de um clima espontâneo de trabalho, no despertar o desejo de conhecer. Não deverá ser uma réplica da sala de visitas do lar, nem de salas de aula de diferentes escolas. Não é também um consultório de médico ou de psicanalista. É um lugar agradável de trabalho que possibilita trilhar de forma prazerosa, diferentes caminhos do aprender (Weiss, 1992).

5.1 Diagnóstico: o primeiro contato

Entendemos como diagnóstico psicopedagógico uma avaliação clínica, um exame realizado a partir de uma queixa explícita em relação a alguma dificuldade de aprendizagem.

A palavra diagnóstico provém de *dia* (através de) e *gnosis* (conhecimento). Se nos atermos à origem etimológica e não ao uso comum (que pode significar rotular, definir, etiquetar), podemos falar de diagnóstico como “um olhar/conhecer através de”, que relacionaremos com um processo, com um transcorrer, com ir olhando através de alguém envolvido mesmo como observador, através da técnica utilizada e, nesta circunstância através da família.

Quando o paciente designado é uma criança ou adolescente, nosso modo de diagnosticar talvez tenha a ver com olhar, conhecer a criança através da família.

A família faz o primeiro contato com o profissional, carregada de emoções, relatando o problema familiar.

A ansiedade existe sempre, em qualquer situação diagnóstica: no terapeuta, face à necessidade de penetrar no desconhecido; no paciente e nos seus pais, face ao desconhecimen-

to da situação e ao medo de revelar aspectos esses conhecidos deles próprios.

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

Opções da 1ª sessão diagnóstica:

- Entrevista operativa centrada na aprendizagem E.O.C.A.

- Entrevista – motivo consulta

- Entrevista de anamnese

- Entrevista familiar – DIFAJ

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

A partir dessa 1ª sessão levantamos hipóteses que poderão ser confirmadas ou não no decorrer do diagnóstico e os instrumentos a serem usados.

A primeira entrevista – entrevista exploratória situacional – E.F.E.S. (Weiss, 1987, p. 29). Nessa entrevista, a reunião é feita com os pais, com a criança ou adolescente para uma sessão conjunta com duração de 50 minutos.

A E.F.E.S. tem como objetivos a compreensão da queixa nas dimensões familiar e escolar, a capacitação das relações e expectativas familiares centradas na aprendizagem escolar, a expectativa em relação à atuação do terapeuta, a aceitação e o engajamento do paciente e seus

pais no processo diagnóstico, a realização do contato e do enquadramento de forma familiar e o esclarecimento do que é um diagnóstico psicopedagógico.

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

- Se há diálogo livre entre os três, se um respeita a opinião do outro, dando-lhe tempo para falar, e se o desacordo pode ser explicitado;

- Se os pais permitem as interrupções da criança ou adolescente, deixando-o discordar, acrescentar ou modificar fatos por eles relatados; se apenas um dos pais fala, impedindo a expressão do restante da família;

- O tipo de vínculo que os pais fazem como casal e com o terapeuta; vínculos pai-paciente e mãe-paciente, são, entre outros, exemplos não citados.

O registro fiel dessa entrevista é muito importante, porque ela se presta a muitas distorções. Os pais só transmitem o que querem ou podem, enquanto o terapeuta só compreende o que pode. Ao longo do processo diagnóstico, os dados, na maioria das vezes, vão se modificando, bem como as hipóteses e conclusões do terapeuta.

O fundamental é que, ao final da entrevista, os pais e o paciente saiam mais tranquilos e menos ansiosos, sem perder de vista a necessidade de continuidade do diagnóstico.

É importante, de grande valia, o adolescente fazer este primeiro contato com o terapeuta em nível de igualdade com os pais, pois de imediato sua fala e sua posição ficam valorizadas. O começo da entrevista se dá ouvindo sempre em primeiro lugar o adolescente: a razão da vin-

da ao consultório e a queixa da escola, sua análise do fato, suas expectativas.

Uma primeira sessão diagnóstica é proposta por Jorge Visca (1987, p. 92), através da entrevista operativa centrada na aprendizagem E.O.C.A., ao dizer que, “em todo momento, a intenção é permitir ao sujeito construir a entrevista de maneira espontânea, porém dirigida de forma experimental. Interessa observar seus conhecimentos, atitudes, destrezas, mecanismos de defesa, ansiedades, áreas de expressão da consulta, níveis de operatividade, mobilidade horizontal e vertical, etc.” (p. 72).

As propostas na E.O.C.A., assim como o material a ser usado, vão variar de acordo com a idade e a escolaridade do paciente. O material comumente usado para crianças é composto de folhas brancas de papel tipo ofício, papel pautado, folhas coloridas, tesoura, cola, pedaços de papel lustroso, livros e revistas.

De um modo geral, usam-se propostas do tipo “*gostaria que você me mostrasse o que sabe fazer; o que lhe ensinaram e o que você aprendeu*”, “*esse material é para que você o use como quiser*”, “*você já me mostrou como lê e desenha, agora gostaria que você me mostrasse outra coisa*”.

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

- A temática que envolverá o significado do conteúdo das atividades em seu aspecto manifesto e latente;

- A dinâmica que é expressa através da postura corporal, gestos, tom de voz, modo de sentar, de manipular os objetos etc.;

- O produto feito pelo paciente, que será a escrita, o desenho, as contas, a leitura, etc., permitindo, assim, uma primeira avaliação do nível pedagógico.

A partir da análise desses aspectos, o autor propõe que se trace o primeiro sistema de hipóteses para continuação do diagnóstico.

Uma E.O.C.A. para adolescente é aproximadamente a mesma situação já descrita anteriormente, podendo-se, por exemplo, pedir-lhe que faça uma planta de casa, de bairro, de clube etc.; em que se veja não só a construção espacial de que é capaz, mas também as relações emocionais expressas desta forma na temática escolar, família e lazer.

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

Alicia Fernández (1990) estrutura uma técnica diagnóstica que denomina diagnóstica interdisciplinar familiar de aprendizagem em uma só jornada - DIFAS, em que a primeira sessão é feita com toda a família reunida, inclusive os irmãos.

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

Criada a relação de confiança, com mais facilidade pode a criança se engajar e assim

colocar nos momentos de testagem ou de avaliação de aspectos pedagógicos.

Considera a autora Weiss (1992), a entrevista anamnese como um dos pontos cruciais de bom diagnóstico. É ela que possibilita a integração das dimensões de passado, presente e futuro, permitindo perceber a construção ou não de sua própria continuidade e das diferentes gerações, ou seja, é uma anamnese da família, a visão familiar da história da vida do paciente traz em seu bojo seus preconceitos normais, expectativas, a circulação dos afetos e do conhecimento, além do peso das gerações anteriores que é depositado sobre o paciente.

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

5.2 Uso do Lúdico na Psicopedagogia

A técnica do jogo em Psicanálise foi elaborada por M. Klein, Ana Freud, Lowefeld, e outros, que aprofundaram o simbolismo inconsciente do jogo. Por outro lado, J. Piaget, em pesquisas sobre a construção do pensamento e da sensibilidade, mostra a elaboração do jogo nas diferentes idades, o que nos permite ter alguns parâmetros para a observação do jogo infantil.

A visão de Winnicott, contudo, possibilita uma compreensão mais integradora do brincar e aprendizagem.

No brincar, a criança constrói um espaço de experimentação, de transição entre o mundo interno e externo. “Essa área intermediária de experiência, incontestada quanto a pertencer à realidade interna ou externa (compartilhada),

constitui a parte maior da experiência do bebê, e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico-criador” (Winnicott, p. 30). Nesse espaço transacional: criança-outro, indivíduo-meio, dá-se a aprendizagem. Por essa razão o processo lúdico é fundamental no trabalho psicopedagógico.

No diagnóstico, o uso de situações lúdicas é mais uma possibilidade de se compreender, basicamente, o funcionamento dos processos cognitivos e afetivo-sociais em suas interferências mútuas, no modelo de aprendizagem do paciente.

A utilização do lúdico no diagnóstico já é de fato comum na clínica infantil. M.L.S. de Ocampo e colaboradores (1981, p. 167), nos apresentam um modelo detalhado da “hora do jogo diagnóstico”. Na área da Psicopedagogia, encontra-se também estruturado um modelo de “hora do jogo” por Sara Paín (1985), dentro de sua visão teórica e em outra contextualização é apresentada por Alicia Fernández (1990) no DIEAJ.

Ao se abrir um espaço de brincar durante o diagnóstico, já se está possibilitando um movimento na direção da saúde, da cura, pois brincar é “universal e saudável”. Rompe-se, assim, a fronteira entre o diagnóstico e o tratamento, já que o próprio diagnóstico passa a ter um caráter terapêutico, o que encontra apoio nas palavras de Winnicott: a psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. “A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas” (Winnicott, p. 59).

O jogo é uma atividade criativa e curativa, pois permite à criança reviver ativamente as

situações dolorosas que viveu passivamente, modificando os enlaces dolorosos e ensaiando na brincadeira as suas expectativas da realidade (Freud, V. XX). Constitui-se numa importante ferramenta terapêutica.

Piaget afirma que o jogo simbólico, que surge ao redor dos dois anos, permite à criança assimilar o mundo à medida do seu eu, deformando-o para atender os seus desejos e fantasias. Afirma também que o jogo tem uma evolução, começando com exercícios funcionais (correr, saltar, jogar bolinha, etc.) e seguidos pelos jogos simbólicos (imitar, dramatizar). Aparecem depois os jogos de construção, que vão se aproximando cada vez mais do modelo, e os jogos de regras, introduzindo a lógica operatória.

Observa Sara Paín, “o exercício de todas as funções semióticas que supõem a atividade lúdica, possibilita uma aprendizagem adequada, na medida em que é através dela que se constroem os códigos simbólicos e signálicos e se processam os paradigmas do conhecimento de cada objeto nas múltiplas circunstâncias possíveis” (1986, p. 50).

Do ponto de vista afetivo, considera-se que os jogos infantis reproduzem situações psíquicas estruturantes na construção do eu; como exemplo, os jogos de esconder-aparecer (muito apreciados pelas crianças num determinado momento de suas vidas). Esses jogos significariam a expressão do primeiro vínculo, ou seja, o vínculo mãe-filho, e a descoberta pela criança da mãe como objeto de amor separado de si.

Os jogos orais como “as brincadeiras de fazer comidinha”, também muito apreciados pelas crianças, segundo ainda a perspectiva psicanalítica, simbolizariam as possibilidades internalizadas de dar e receber amor.

Além dos jogos orais, também os jogos com argila, água, areia, tinta plástica, etc., como representantes excrementícios em forma de substitutos socialmente aceitos; os jogos e animais como expressão da fantasia da criança sobre a relação dos pais e os jogos com veículos simbolizando as fantasias de penetração e representando a forma de controle pulsional fornecem ao terapeuta elementos de análise. Todos esses jogos tomados como referência ao campo da aprendizagem dizem como a criança aprende, que coisas aprende, qual o significado do aprender, como ela se defende do objeto do conhecimento e que operações mentais utiliza o jogo.

Alicia Fernández, ao propor a hora do jogo psicopedagógico como estratégia para compreender os processos que podem ter levado à estruturação de uma patologia no aprender, afirma que tal atividade possibilita o “desenvolvimento e posterior análise das significações do aprender para a criança” (1990, p. 171), além de permitir, conforme aponta Paín (1986), conhecer a aptidão da criança para criar, refletir, organizar, integrar.

O modelo desenvolvido no jogo e o tipo de tratamento lançam luz sobre a cena de aprendizagem. O brincar possibilita o desenvolvimento das significações de aprender. O que no adulto aparece no motivo de consulta (a demanda, as fantasias de enfermidade e cura), principalmente na linguagem verbal, na criança expressa-se através da linguagem lúdica.

O material a ser utilizado em atividades lúdicas dependerá do objetivo específico da sessão, do tempo disponível e da idade da criança.

O emprego da palavra “lúdico” ao longo do tempo, no sentido do processo de “jogar”, “brincar”, “representar”, e “dramatizar” como

consultas semelhantes na vida infantil, no brincar a criança constrói um espaço de experimentação, de transmissão entre o mundo interno e externo, nesse espaço a criança, indivíduo e meio, dá-se a aprendizagem.

5.3 Avaliação em Nível Psicopedagógico

A avaliação pedagógica não se fecha ao conteúdo escolar como qualquer um dos outros momentos do diagnóstico, a consulta do paciente deve ser pedagógica, mas estarão juntos o seu funcionamento cognitivo e suas emoções, ligadas ao significado dos conteúdos e ações. É necessário que se pesquise o que o paciente já aprendeu, como articular os diferentes conteúdos entre si, como os usa no processo de assimilação de novos conhecimentos. É importante definir o nível pedagógico para se verificar a adequação à série que se cursa.

Algumas vezes a defasagem entre o nível pedagógico e as exigências escolares atuais pode agravar dificuldades do paciente anteriores à escola e outras vezes vir a formar dificuldades de aprendizagem ou produção escolar.

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

Itens importantes na avaliação pedagógica como alfabetização, dificuldade de aprendizagem ou produção escolar dizem respeito a crianças em processo de alfabetização; a questão exige uma reflexão sobre aspectos teóricos do assunto. A alfabetização não é mais vista como a transmissão de um conhecimento pronto que, para recebê-lo, a criança teria que ter

desenvolvidas habilidades, possuir pré-requisitos, enfim, apresentar uma “prontidão”.

A alfabetização é resultante da interação entre a criança, sujeito construtor do conhecimento e a língua escrita “uma construção que qual o sujeito continuamente constrói e enfrenta contradições que o obrigam a reformular suas hipóteses. Um processo dialético através do qual ela se apropria da escrita e de si mesma como usuário produtor da escrita” (Weiss, 1988).

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

Para avaliar o desenvolvimento da leitura em outros níveis é interessante o uso de material com significado completo, assim, há inúmeras coleções de livrinhos de história bastante atraentes que possibilitam uma boa graduação de 1ª a 4ª séries.

Na avaliação com adolescentes, o uso de crônicas e reportagens de revistas de interesse do paciente é bastante atraente. Há também uma diversidade de estudos, temas e tamanho na coleção de crônicas “Pra Gostar de Ler”.

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

nóstico, o hábito de ler, criando-se a idéia de atividade prazerosa.

Na avaliação da escrita, quando se pede ao paciente que escreva alguma coisa para mostrar como sabe, duas condições aparecem comumente: uma é o escrever espontaneamente, a Segunda possibilidade é paralisar e perguntar: “*escrever o quê?*”, “*falo de quê?*”. Se não há nenhum movimento para começar a escrever, melhor adiar para outra sessão ou lançar mão de alternativas como: “*uma história sobre o seu desenho*”, “*alguma coisa que você viu num filme, na TV*”, alguma coisa que ajude a conhecer o paciente.

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

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

Durante a execução da leitura e da escrita, observa-se a postura corporal, o sentar, as tensões e relaxamentos, o modo de se aproximar do material, a concentração da atenção, e o prazer de ler e escrever.

Na dificuldade geral, na aprendizagem, ou específica, na matemática, há necessidade

de se avaliar com mais detalhes essa área; raciocínio matemático, o cálculo, a leitura de problemas e questões. Verifica-se o raciocínio matemático colocando-se desafios mais lúdicos e problemas mais formalizados, retirados de diferentes livros didáticos ou de situações reais e construídas a partir de propagandas, recortes de jornais e revistas.

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

É necessário também ter claro que, como qualquer conteúdo escolar, há aspectos emocionais a serem encarados na questão da matemática. Alguns aspectos ligados a vínculos positivos ou inadequados com a matemática são identificados a partir da própria história escolar.

Outro aspecto da questão está ligado ao significado simbólico dos fatos e operações matemáticas.

O que vai sentir inconscientemente um paciente quando precisa juntar, separar, retirar, etc. Há também a possibilidade de mobilização do sentido amplo da matemática como normas e regras, ou seja, “Leis” precisas, associadas a quem na família se encarrega do papel de determinar as “Leis”. Encontra-se também na matemática uma projeção de certas questões não elaboradas na dinâmica familiar.

Uma avaliação não tão formalizada, que seja mais livre ou até lúdica, em que se observe

o processo de realização para, posteriormente, se analisar o produto, exige do terapeuta uma operacionalização, de conhecimentos mais amplos na área pedagógica.

Atitude clínica: escutar e traduzir.

Se acreditássemos, como Freud de início, que o trauma real, o feito traumático realmente vivido é o causante de sintoma, tentaríamos reconstruir a história real do paciente e sua família. Mas a teoria do trauma real não só foi rapidamente abandonada pelo criador da psicanálise, como também comprovada por nós sua ineficácia nos casos de problema de aprendizagem, o que tentamos promover é a emergência da “história mítica”.

“O fato traumatizante, tal como é possível vislumbrar uma neurose, não é nunca um acontecimento real por si só, senão o que dele tem tido ou calado aqueles que estão ao seu redor. São palavras, ou sua ausência, associadas com a cena penosa, as que dão ao sujeito os elementos que impressionarão sua imaginação” (Mannoni).

Não se trata de ajudar o paciente para que confesse o importante, mas de que ele fale do que carece de importância.

Incorpora a atitude clínica:

Conhecimentos sobre como se aprende e sobre o organismo, corpo, inteligência e desejo.

- Uma teoria psicopedagógica: matriz teórica interpretativa que é a soma dos conhecimentos anteriores, mas uma teoria que os abrange, surgida da prática com o problema de aprendizagem;

- Saber sobre o aprender e não aprender; necessitamos incorporar conhecimentos sobre o organismo, o corpo, a inteligência e o desejo, os quatro níveis que consideramos basicamente implicados no aprender. Nas diferentes formações, tanto do psicólogo, do psicopedagogo ou

do psicanalista, de acordo com as instituições formativas que conhecemos, transmitem-se conhecimentos sobre alguns desses quatro níveis. Mas, situando-se o problema de aprendizagem na interseção de ditos níveis, as teorias sobre a inteligência, sobre o inconsciente ou sobre o organismo e o corpo, isoladamente não podem dar conta do mesmo.

Requerem-se então conhecimentos sobre a teoria psicopedagógica, teoria sobre a prática psicopedagógica que, ainda que não esteja formulada com precisão, mostra alguns progressos brilhantes como os de Sara Paín. Ela considera que, assim como o sintoma histérico foi a plataforma de lançamento para que Freud pudesse formular a teoria e a técnica da psicanálise, dando conta dos fenômenos inconscientes, o problema de aprendizagem é nossa plataforma de lançamento para construir uma teoria psicopedagógica (Fernández, 1990).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No curso deste trabalho, realizou-se um esforço para se obter uma amostragem da Psicopedagogia no consultório, a partir de suas origens; no despertar da Psicopedagogia até o psicopedagogo no consultório. Assim, apesar da singularidade do trabalho, creio ser eficiente e útil aos estudiosos da matéria, em função da síntese realizada, sempre procurando destacar a ação profissional.

Assim, estudei a ação profissional na Psicopedagogia no Brasil como atuação e formação profissional. Mostro a Psicopedagogia na Argentina, comparada em relação à nossa atuação, evidenciando que esse relacionamento se torna acentuado, quando ocorre a aproximação desses profissionais no nosso país, mas diferenciando na formação profissional.

A ação psicopedagógica desempenha papel importante sobre os problemas reais de aprendizagem. Ao mesmo tempo, percebemos que a Psicopedagogia, inicialmente restrita ao atendimento em clínicas particulares, pouco a pouco vem se ampliando, contribuindo também para a diminuição dos problemas de aprendizagem nas escolas (públicas e particulares) e para a redução dos altos índices do fracasso escolar.

Mostro, também, como a Psicopedagogia foi introduzida; o trabalho psicopedagógico, no estudo pedagógico na instituição e sua atuação clínica, sendo que cada área implica em métodos específicos. É importante considerar que existe espaço de trabalho que, na maioria das vezes, não vem sendo preenchido. Esse espaço deve ser ocupado por uma postura competente, capaz de atuar, de buscar sua revalorização, mais do que pretender ensinar novas metodologias.

A grande questão é encontrar caminhos que possibilitem ao profissional a revisão de sua própria prática e a descoberta de alternativas passíveis de ação.

No âmbito da ação do psicopedagogo no consultório, procurei dar ênfase especial aos pontos controversos, como os instrumentos correntes (testes); aqueles permitidos dos não permitidos e a responsabilidade, do manejo adequado no decorrer de sua prática. É necessário conscientizar os profissionais, pedagogos, da

necessidade de uma formação mais globalizante e consistente, maior acesso às informações das várias ciências de forma a atingir um conhecimento profundo, que deve ser vinculado à nossa realidade, possibilitando uma visão total e firme.

A divulgação do curso de Psicopedagogia e sua crescente expansão contribui para uma abertura indiscriminada de cursos, bem como para o surgimento de profissionais, por vezes, com formação frágil; tendo, assim, como grande preocupação, os variados cursos de especialização, aperfeiçoamento e extensão sem credibilidade, atribuindo certificados que habilitam profissionais a exercerem uma ação de qualidade duvidosa.

Para finalizar, observei que a cada dia o sujeito da Psicopedagogia vem ganhando espaço no atendimento nas clínicas, enquanto no campo teórico e prático, a Psicopedagogia deve estar presente no enfrentamento dos problemas da educação, assumindo uma atuação estável e comprometida.

Devido à nova visão que a Psicopedagogia vem configurando ao longo de todos esses anos, na clínica e/ou instituição, ela exige novas perspectivas de ação, conhecimentos científicos aprofundados e uma grande responsabilidade profissional frente à realidade educacional brasileira.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASSEDAS, Eulália, HUGUET, Teresa, MARRODÁN, Maite, et al. **Intervenção educativa e diagnóstico psicopedagógico**. Tradução por Beatriz Afonso Neves. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- FELDMAN, Cláudia, MONCAU, Maria Dulce Marrey. Entrevista com as professoras Anete Maria Busin Fernandes e Genny Goluby de Moraes. *Psicopedagogia*. Porto Alegre: Salesianas, v. 15, n. 36, p. 4-5, 1996.
- FERNÁNDEZ, Alicia. **A inteligência aprisionada**. Tradução por Iara Rodrigues. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 261 p.
- NOFFS, Neide de Aquino. **A psicopedagogia no enfoque existencial fenomenológico**. *Psicopedagogia*. Porto Alegre: Salesianas, v. 14, n. 32, p. 21-23, 1995.
- SANTOS, Edna Maria, SHIRAHIGE, Elena Etsuko, MASINI, Elcie F. Salzano (Org.). **Psicopedagogia na escola: buscando condições para a aprendizagem significativa**. São Paulo: Unimarco, 1993.
- SCOZ, Beatriz Judith Lima (Org.), et al. **Psicopedagogia e realidade escolar: o problema escolar e de aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- _____. **Psicopedagogia: contextualização, formação e atuação profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 161 p.
- _____. **Psicopedagogia: o caráter interdisciplinar na formação e atuação profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. 380 p.
- VISCA, Jorge. **Clínica psicopedagógica: epistemologia convergente**. Tradução por Ana Lúcia E. dos Santos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. 105 p.
- WEISS, Maria Lúcia Lemme. **Psicologia clínica: uma visão diagnóstica**. *Psicopedagogia*. Porto Alegre: Salesianas, v. 12, n. 25, p. 31-35, 1993. ◆