UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

SABRINA GASPARETTI BRAGA

Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de escolarização.

VERSÃO CORRIGIDA

São Paulo

2011

SABRINA GASPARETTI BRAGA

Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de escolarização.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Proença Rebello de Souza

VERSÃO CORRIGIDA

São Paulo

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Braga, Sabrina Gasparetti.
Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de escolarização / Sabrina Gasparetti Braga; orientadora Marilene Proença Rebello de Souza. -- São Paulo, 2011.
174 f.
Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Dislexia 2. Transtorno da falta de atenção com hiperatividade 3. Leitura 4. Escrita 5. Avaliação psicológica 6. Medicalização 7. Psicologia escolar 8. Psicologia histórico-cultural I. Título.

RC394.D10

Nome: Braga, Sabrina Gasparetti

Tìtulo: Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de escolarização.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Regina e Fernando, meus exemplos de amor pela educação e pela vida.

À minha irmã, Fernanda, meu exemplo de menina e de mulher, e ao meu irmão Bruno, exemplo da arte de escrever e do valor à crítica ao que é injusto.

Ao Paolo, pelo seu amor e pela ajuda em compreender que posso seguir não só o caminho da educação, mas também da arte.

À Marilene Proença Rebello de Souza, querida orientadora, pelas contribuições e pelo incentivo contagiante desde os primeiros passos desta jornada.

Às professoras Dra. Maria de Lima Salum e Morais e Dra. Maria Aparecida Affonso Moysés pelas contribuições riquíssimas desde a qualificação. Vocês estiveram presentes em toda esta construção.

Ao pessoal do GIQUE e especialmente à Beatriz de Paula Souza, que mantém viva a força da nossa luta.

À turma do curso de aperfeiçoamento Orientação à Queixa Escolar, especialmente a Zé Roberto, Jean e Gabi pelas profícuas discussões teórico-práticas.

À Marthinha pelas trocas durante nosso caminho em comum.

Ao Vinicius e sua mãe, pela participação na pesquisa.

Às professoras, coordenadora pedagógica e psicopedagoga que gentilmente disponibilizaram tempo e em muito colaboraram para este trabalho.

Ao CNPq pelo apoio financeiro tão necessário à pesquisa.

COMO TE CORREU A ESCOLA, FILIPE? JÁ TE ENSINARAM A ESCREVER?
COMO É QUE TU QUERES QUE LOGO NO PRIMEIRO DIA DA 1.ª CLASSE ME ENSINEM A ESCREVER?!...
MAS ESTIVESTE LÁ UMA MANHÃ INTEIRA!
CLARO, MAS É PRECISO ENCHER PÁGINAS E PÁGINAS COM RISCOS, LETRAS, SÍLABAS E SEI LÁ O QUÊ!...
LEVAM MESES A ENSINAR UMA PESSOA A ESCREVER!
MESES?
MALDITOS BUROCRATAS!

RESUMO

Braga, S.G. (2011). Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de escolarização. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Atualmente, a temática da dislexia e do transtorno déficit de atenção/hiperatividade passou a ocupar os mais diversos espaços acadêmicos e políticos, com manchetes de especialistas nos programas de televisão, rádio, jornais, e criação de diversos projetos de lei que se propõem a criar serviços de diagnóstico e tratamento nas secretarias de educação. Em todos esses espaços sociais, estes supostos distúrbios são apresentados como doenças neurológicas, que explicariam dificuldades encontradas pelas crianças em seu processo de escolarização. Se, por um lado, temos este quadro de afirmação da suposta doença; por outro há um conjunto de autores que têm questionado tais distúrbios e reiterado a necessidade de compreender a complexidade do processo de alfabetização das crianças iniciantes (no caso da dislexia) e todo o contexto sociocultural que envolve o comportamento das crianças na atualidade (no caso do TDAH). O presente trabalho, por meio de uma abordagem qualitativa de estudo de caso, investiga a história do processo de escolarização, a produção do diagnóstico de dislexia e seus efeitos nas relações escolares de crianças em fase inicial de aquisição da leitura e da escrita. Foram realizadas entrevistas com a mãe, coordenadora pedagógica, professoras e criança diagnosticada, além da análise do laudo realizado por equipe multidisciplinar. No discurso da mãe sobre a história escolar do filho surge o tema das dificuldades escolares trazido como um problema da criança, que teria algo a menos ou em quem faltaria algo a mais. Esta concepção instaura um processo diagnóstico, gerando um tratamento que constitui o processo de medicalização e de culpabilização da criança e de sua família pelo não aprender na escola. As vozes das professoras, não escutadas durante o processo diagnóstico, denunciam que diferentes concepções de desenvolvimento, de aprendizagem e crenças sobre os alunos resultam em relações, ações pedagógicas e, portanto, possibilidades de aprendizagem também distintas. O diagnóstico encontrado, foi realizado ao largo da escola o que evidencia a concepção de desenvolvimento humano na qual se pauta, partindo do pressuposto que a dificuldade pertence à criança. A avaliação incluiu apenas aplicação de testes de diversas áreas tais como psicologia, fonoaudiologia e neurologia, ignorando resultados de pesquisas recentes que inviabilizam o uso de alguns deles por não estarem relacionados ao alegado distúrbio e utilizando outros relacionados exatamente ao motivo do encaminhamento para a avaliação: questões de leitura e escrita. Ter um diagnóstico de dislexia cristaliza um movimento, um processo dinâmico que é o de aprendizagem e desenvolvimento. Desta forma o diagnóstico segue orientado somente para a falta e para as dificuldades estabelecendo limites a priori para o desenvolvimento do sujeito. Além desses efeitos relacionados à aprendizagem, existem outros decorrentes da medicação que parecem inerentes ao diagnóstico de dislexia acompanhado de TDAH. A criança vive na escola relações estigmatizadas que contribuíram na constituição de sua subjetividade, pautada na doença e nas limitações impostas pelo rótulo diagnóstico.

Palavras- Chave: 1- Dislexia 2- Transtorno Déficit de Atenção/Hiperatividade 3- Leitura e Escrita 4 - Avaliação Psicológica 5 – Medicalização 6 – Psicologia Escolar 7- Teoria Histórico- Cultural.

ABSTRACT

Braga, S.G. (2011). Dyslexia: the production of diagnosis and its effect on the schooling process. Master's Thesis, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Nowadays dyslexia and ADDH (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity) topics are gaining larger place in the media. This stimulates a series of law projects intended to create public services of diagnosis and treatment. In this attempt of controlling and managing the problem, these so called "disorders", are rather quickly defined by operators and specialists as neurological diseases, which would logically explain the difficulties incurred by children during their schooling process and partially solve teachers and parents "headaches" on that matter. If practitioners now tend to legitimate this supposed illness, on the other hand, there are many serious authors questioning such straight definition, empathizing two ideas: the urgent necessity of fully understand the complexity of literacy process in beginner children and the necessity to grasp the sociocultural context that surrounds children education and behavior in the present time. This work investigates, by means of a qualitative case study, the diagnosis dyslexia of a child during the schooling process acquiring reading and writing abilities, and consequences of this diagnosis on his relations at school. We hereby present interviews with the mother, the pedagogical coordinator, with the teachers and with the diagnosed child himself. The study also presents the analysis of the report made by the multidisciplinary team responsible for evaluation. The mother of the child that is object of the study presents her son's problems as a lack of something that differentiates him from others in the educational process. This conception establishes the base for the diagnosis' process, and results in a treatment that starts medicalization, blaming the child and his family and justifying the inability to learn at school. The voice of the teachers, unheard during the diagnosis' process, denounces that different conceptions of development and learning as well as different beliefs about the students end up in distinguished relations, pedagogical actions and learning possibilities for the pupils. The diagnosis found was achieved without considering the school, which highlights the idea of human development on the basis of this approach, assuming as its starting point that the difficulty belongs to the child. The evaluation included tests in many areas such as psychology, phonoaudiology and neurology; ignoring the results of recent researches that discredit some of these methods for not being related with dyslexia. They also use other methods, which are connected exactly to the motifs why the evaluation was requested at the first place: questions referring to reading and writing ability. Declaring dyslexia crystallizes a movement, a dynamic process that is learning and developing. By this way the diagnosis focuses on the difficulties building up barriers to growth of the subject. Besides those effects related to learning, there are other effects, due to medication, that seems inherent to the diagnosis of dyslexia followed by the one of ADDH. The child lives stigmatized relations at school that contribute to the constitution of his subjectivity, based on the illness and limitations imposed by the diagnostic label.

Keywords: Dyslexia; Attention Deficit Disorder/Hyperactivity; Reading and Writing; Psychological Assessment; Medicalization; School Psychology; Historical and Cultural Theory

Sumário

INTRODUÇÃO 10
APRESENTAÇÃO 10
CAMINHO PERCORRIDO E OBJETIVOS 11
1 A PSICOLOGIA DAS AVALIAÇÕES INDIVIDUAIS 14
2 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: DE CRIANÇA PROBLEMA À CRIANÇA DISTÚRBIO 20
3 DISLEXIA 25
3.1 Quando tudo começou? 25
3.2 A Dislexia nos Manuais de Classificação e Codificação de Doenças 30
3.3 A Dislexia em Publicações Nacionais e Internacionais 34
3.4 Especulações sobre a causa 40
3.5 Caracterização da Dislexia 42
3.6 O Diagnóstico 45
4 TESTES PSICOLÓGICOS: PROTAGONISTAS DO DIAGNÓSTICO 48
4.1 Avaliação dos Testes Psicológicos pelo Conselho Federal de Psicologia 54
METODOLOGIA DA PESQUISA 58
1 ASPECTOS METODOLÓGICOS 58
2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 60
3 O PROCESSO DE LEVANTAMENTO DE DADOS 61
3.1 Aspectos éticos 63
4 TRAJETÓRIA AO CAMPO 64
DISCUSSÃO 68
1 CARACTERÍSTICAS DO ENSINO FUNDAMENTAL: PROGRAMAS E PROJETOS 70
2 ENCONTRO DE VERSÕES SOBRE A HISTÓRIA DE ESCOLARIZAÇÃO DE VINICIUS 75
2.1 Aprendizagem - Diagnóstico de Dislexia 75
2.2 Comportamento – Diagnóstico de TDAH 82
3 ANALISANDO A PRODUÇÃO DO LAUDO DIAGNÓSTICO 94
3.1 O diagnóstico e as normas do Conselho Federal de Psicologia 108
3.2 Todo diagnóstico requer um tratamento 112
4 ENCONTRO DE VERSÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO 115
4.1 Seu uso e função 115
4.2 Seus Efeitos 118
CONSIDERAÇÕES FINAIS 129
REFERÊNCIAS 135
APÊNDICE A 148
ANEXO A – LAUDO VINICIUS - DISLEXIA 149
ANEXO B – LAUDO VINICIUS – DISLEXIA E TDAH 153
ANEXO C – ENTREVISTA COM VINICIUS 154

INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO

Extra, extra! Confira algumas dicas para detectar a dislexia! Causa da dislexia é genética, apontam especialistas! Saiba o que sinaliza a dislexia nos mais velhos! Dislexia afeta leitura, escrita e autoestima! Computador ajuda a combater dislexia, dizem especialistas! Distúrbios de aprendizagem atingem 70% da população!!!

Atualmente, a temática da dislexia passou a ocupar as mais diversas formas de divulgação, nos programas de televisão, rádio, jornais, com frequentes afirmações nos títulos do que seriam conclusões de especialistas. Há também um conjunto de projetos de lei[1] que se propõe a criar serviços de diagnóstico e tratamento nas secretarias municipais de educação. Em todos esses espaços sociais, a dislexia é apresentada como uma doença neurológica e que explicaria supostas dificuldades de aprendizagem no processo de leitura e escrita. Se, por um lado temos este quadro de afirmação da suposta doença, por outro há um conjunto de autores que têm questionado esse distúrbio e reiterado a necessidade de compreender os elementos que compõem o processo de alfabetização das crianças iniciantes (Coles, 1987; Moysés & Collares, 1992; Werner, 1997; Strauss, 2005; Massi, 2007; Moysés, 2010) Nesta polêmica, causa preocupação o fato de constatarmos, a partir de análise da literatura, a restrita presença de estudos que questionam os procedimentos diagnósticos para dislexia por estes não considerarem na avaliação a análise de fatores do processo de escolarização. Há também escassa literatura sobre os efeitos do laudo de dislexia na vida escolar destas crianças.

Foi acompanhando as ações do Grupo Interinstitucional Queixa Escolar - GIQUE, que surgiu o interesse pelo estudo de um suposto distúrbio que acometeria crianças em processo de alfabetização: a dislexia. O GIQUE é um grupo de psicólogos e educadores, representantes de diversas instituições, comprometidos com o avanço de teorias e práticas de atendimento

---

[1] A título de exemplo alguns deles são Projetos de Lei do Senado nº 402 / 2008 e nº 438 / 2008 que dispõem sobre o diagnóstico e o tratamento da dislexia na educação básica; Projetos de Lei da Câmara dos Deputados nº 4248 / 2004: dispõe sobre a criação do Programa de Identificação e Tratamento da Dislexia na Rede Oficial de Educação Pública e dá outras providências e Projeto de Lei nº 235 / 2009: dispõe sobre o Dia Nacional de Atenção à Dislexia. Na Assembleia Legislativa de São Paulo tramitam nove projetos relacionados à dislexia e TDAH, e na Câmara Municipal de São Paulo cinco outros projetos de lei sobre psicodiagnóstico e diagnóstico de dislexia (nº 609 / 2001; nº 712 / 2005; nº 86 / 2006; nº 74 / 2007; nº 328 / 2007).

psicológico que incorporem a investigação do processo de escolarização na compreensão da constituição das subjetividades de crianças e adolescentes. Pude participar de algumas discussões sobre a patologização das dificuldades de aprendizagem, inclusive em relação a um projeto de lei nº 86/06 que dispõe sobre o "Programa de apoio ao aluno portador de Distúrbios Específicos de Aprendizagem diagnosticado como Dislexia", que tramitava na Câmara Municipal de São Paulo. Esse projeto de lei despertou meu interesse em estudar o processo diagnóstico da dislexia, pois caso houvesse aprovação muitas crianças poderiam ser diagnosticadas como portadoras de um distúrbio não comprovado e cujo processo diagnóstico é significativamente questionável, pois não inclui na avaliação a análise de fatores do processo de escolarização. Esta foi uma primeira preocupação. Ao longo do trabalho fui percebendo que há uma questão fundamental de ordem do rigor metodológico, já que nesta perspectiva não se considera a especificidade do objeto que é o ser humano, transportando-se o método das ciências naturais para o estudo do homem, de maneira evidentemente reducionista.

Nos últimos meses foi possível observar alguma mudança nos meios de divulgação, resultado de longos anos de trabalho de grupos, estudiosos e especialistas de fato, como podemos ver nas manchetes: Extra, extra! Até estudos médicos sucumbem ao sensacionalismo. A deturpação de dados da Neurociência pode provocar conclusões enganosas na mídia: o caso do TDAH! Droga para déficit de atenção tem uso excessivo, diz estudo. Pesquisa com 6.000 jovens no Brasil aponta que a maioria dos usuários desse medicamento teve diagnóstico errado!!! Simpósio questiona o conceito de dislexia como doença!

Caminho percorrido e objetivos

O presente trabalho pretende compreender como vêm sendo realizados os diagnósticos de dislexia a despeito de todos os questionamentos sobre a definição do suposto distúrbio. Como ocorre que um distúrbio não comprovado e controvertido em suas causas, descrição e definição, venha sendo diagnosticado em crianças e adultos?

Entre os autores da concepção tradicional de dislexia, que compreende o processo de escrita e da leitura como uma codificação e decodificação de sons, houve mudanças

significativas quanto ao que seria o suposto distúrbio com a certeza entre estes estudiosos de que a dislexia é um distúrbio neurobiológico (Lyon, Shaywitz e Shaywitz, 2003). Mas, a maneira de realizar o diagnóstico não se modificou. O diagnóstico analisado no presente trabalho intentou a exclusão de fatores que poderiam causar a 'falha' da criança em aprender a ler, com aplicação de testes que, ironicamente, não encontrando nenhuma deficiência na criança denunciaria outra: a dislexia. Dessa forma, estaria na própria criança a causa de suas dificuldades.

Devem-se excluir os fatores: "inadequada" inteligência; falta de oportunidade sociocultural; presença de distúrbios cognitivos fundamentais ou de transtornos de percepção sensorial; instrução não-convencional. Portanto, por meio da aplicação de testes psicológicos padronizados pretendeu-se avaliar a inteligência e cognição da criança; por meio de testes que avaliam processos de leitura e escrita de palavras e frases isoladas, avaliar a percepção sensorial, a consciência fonológica e exatamente o que já se sabia, a dificuldade de leitura e escrita; e a simples matrícula da criança na escola pressupõe uma condição que naturalmente resultaria em aprendizagem. Paira a dúvida: se a dislexia é comprovadamente um distúrbio neurobiológico, como defendem estes autores, qual a necessidade de critérios de exclusão? Por que se para um diagnóstico de dislexia é necessário a exclusão de fatores tais como "instrução convencional" e oportunidade sociocultural todo o diagnóstico é realizado sem nenhum tipo de contato com a escola? Foram estas as primeiras questões levantadas ao iniciar este trabalho.

Ao longo do processo, da vivência no campo e leituras foram ficando evidentes outras críticas concernentes às concepções de homem e de mundo dos pesquisadores e profissionais que defendem a existência do distúrbio. É preciso reconhecer que o processo de alfabetização não consiste em um mero processo de codificação de sons, mas é resultado de um processo histórico-social, em que os signos são utilizados como mediadores para a relação entre os homens e essencial para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores. Ler e escrever são ações humanas dialógicas, que têm um significado contextual e não podem ser isoladas dessa característica fundamental (Massi, 2007). Por compreender a linguagem escrita a partir da perspectiva biológica apenas, o diagnóstico da dislexia vem sendo posto como algo que pode ser realizado ao largo da escola, mesmo a escola e o ensino sendo considerados critérios de exclusão: um contrassenso.

Sendo o diagnóstico realizado dessa forma, quais seriam os acontecimentos escolares ignorados na produção diagnóstica? É no processo de escolarização que a queixa se constitui

e exatamente este processo é ignorado pelos profissionais que realizam o diagnóstico deste figurado distúrbio. Será que o conhecimento (e intervenção) na dinâmica do processo de escolarização da criança modificaria o resultado diagnóstico? Qual seria a história do processo de escolarização de crianças diagnosticadas como disléxicas? Como foi realizado o diagnóstico e quais os efeitos atuais na vida escolar da criança?

Este trabalho se configura em um estudo de caso que tem como objetivo principal investigar a produção do diagnóstico/laudo de dislexia e seus efeitos no processo de escolarização em crianças diagnosticadas como tal. Inicialmente, esperava-se encontrar ao menos dois casos de crianças com o diagnóstico, mas em virtude da dificuldade no campo em identificar crianças diagnosticadas formalmente na rede pública de ensino – processo este que será descrito ao longo do trabalho – forçosamente analisamos um caso único: um menino estudante de escola municipal, ensino fundamental I (4ª série) com um laudo realizado por uma organização não governamental, especializada em dislexia, e por um médico neurologista.

Inicialmente faremos uma breve revisão histórica, para compreender como foram se constituindo ideias que depositam na criança as causas de suas dificuldades escolares, tendo como principal referência o estudo de Patto (1990). Em seguida, será discutido o tema da medicalização e, finalmente falaremos sobre como foram sendo construídos os supostos distúrbios neurobiológicos de aprendizagem, com ênfase na chamada dislexia, sua definição incerta, especulações sobre a causa e procedimentos do diagnóstico que ocorre ao largo da escola.

1 A PSICOLOGIA DAS AVALIAÇÕES INDIVIDUAIS

Sobre explicações que depositam na criança e em suas relações interpessoais as causas de suas dificuldades.

Patto (1990) faz uma ampla revisão crítica sobre como acontecimentos histórico-sociais influenciaram a natureza das concepções sobre o fracasso escolar. De acordo com a autora, as explicações científicas a respeito das diferenças entre raças e grupos sociais, assim como das diferenças de rendimento escolar entre as classes, iniciam-se a partir de 1889 com a consolidação do liberalismo no país. Pouco depois surge a "psicologia das diferenças" que de acordo com os pressupostos liberalistas traz a preocupação em medir as diferenças individuais, consideradas responsáveis pela divisão social dos indivíduos.

Para dar início a esta reflexão faz-se necessário compreender o contexto social, econômico e político que circunscrevia o período em que surgiam e se consolidavam tais ideias. Para entender a que vieram tais concepções é preciso remeter os conhecimentos ao tempo e lugar onde foram produzidos. Será retomada de maneira sucinta a história da produção das concepções de que crianças não aprendem por "problemas individuais", por serem "portadoras de patologias" compreendendo melhor o papel da consolidação do liberalismo nesta construção.

Notadamente, a partir de 1870 a sociedade brasileira passava por profundas transformações dentre elas a evolução dos meios de transporte (com as ferrovias e a navegação a vapor), a mecanização da produção em fazendas de café e em algumas regiões açucareiras, o crescimento populacional. Finalmente, o capitalismo industrial se esboçava no país com aumento do número das indústrias, sendo também a época de crise do sistema escravista com implemento da imigração como solução para o problema da mão-de-obra, substituindo-se o escravo pelo trabalhador assalariado.

Tal descrição nos reporta a um período anterior da história com transformações fundamentais no século XVIII que, tendo como marco a Revolução Francesa, inaugura uma nova estrutura social em que avançam as formas capitalistas de produção em detrimento da organização feudal. Diante da complexidade dos motivos e características da Revolução Francesa, cabe no momento salientar apenas alguns aspectos, dentre eles, o de ter sido uma luta na qual a burguesia se apresentou como classe revolucionária e vitoriosa sobre a sociedade do Antigo Regime. A filosofia das luzes (movimento intelectual típico do século XVIII) apresentava críticas radicais ao absolutismo e propostas para novas formas de

organização social. Novas concepções de mundo, de homem, de sociedade e políticas em oposição à época feudal.

Para garantir seus interesses a burguesia alia-se a massa dos pequenos produtores camponeses durante o período em que o modelo feudal perdura como ameaça a nova ordem que buscavam constituir. Neste movimento, as formulações teóricas produzidas durante o "século das luzes" (em que a razão seria a luz a iluminar o pensamento humano) incluem nas suas metas propostas democráticas de setores populares da sociedade: planta-se a ideia de liberdade, igualdade e fraternidade universais.

Devido ao modo de produção capitalista tais princípios e desejo não exclusivos da classe burguesa que os idealiza, mas também da classe operária, não puderam ser e ainda hoje não foram alcançados. Por ser baseada na acumulação de capital, a exploração do trabalho de outrem é essencial à organização capitalista e impede que os princípios liberais se concretizem. Neste período da história do século XIX, já houve acumulação suficiente de capital por parte da burguesia e um desenvolvimento industrial com produção rápida de bens e serviços que acentua a percepção das diferenças de classes e também o conflito a ela inerente. No decorrer dos acontecimentos a classe burguesa rompeu a aliança com a classe operária e agrícola quando um retorno ao regime feudal não era mais iminente. Então, o trabalhador pobre, antigo aliado político torna-se o inimigo que reivindica a concreção dos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade prometidos.

Desta forma, a nova organização social nasce assentada sob uma inquietação por conflitos inconciliáveis, uma sociedade constitutivamente produtora de desigualdades sociais e, portanto, instável. Para evitar questionamentos por parte dos explorados e uma possível movimentação em direção a uma revolução, são realizadas pequenas reformas e concedidas algumas reivindicações que amenizam a organização da classe operária. Bem como são criadas teorias científicas concebidas como objetivas e neutras, que justificariam as diferenças sociais.

Algumas teorias científicas cumprem o papel de justificar a hierarquia social rígida, que desta vez se criou entre burgueses e proletariados (embora seja disseminada a existência de uma igualdade de oportunidades), em contraposição à antiga distinção entre nobres e camponeses. Enquanto no antigo regime a hierarquia era justificada por uma vontade divina, a ideologia agora é posta pelo discurso científico, que estabelece os critérios diferenciados de cidadania e abrandam o conflito de classes.

> O século XIX caracteriza-se por uma contradição básica: neste período a sociedade burguesa atinge seu apogeu, segrega cada vez mais o trabalhador braçal e se torna inflexível na admissão dos que vêm de baixo. No nível político e cultural, mantém-se viva a crença na possibilidade de uma sociedade igualitária num mundo onde, na verdade, a polarização social é cada vez mais radical. Entre as pequenas conquistas de uma minoria do operariado e a acumulação de riqueza da alta burguesia cavara-se um abismo que saltava aos olhos. *Justificá-lo será tarefa das ciências humanas que nascem e se oficializam neste período*. (Patto, 1990, p.19, grifos da autora).

Com a publicação e divulgação de "A origem das espécies" de Charles Darwin (1859) a ideia de seleção natural e persistência dos mais capazes à preservação tornam-se referência aos mais variados ramos do conhecimento. Neste prisma, de acordo com Schwarcz (1993) o que valia para a natureza valia para os homens, e as desigualdades sociais e políticas não passavam de diferenças biológicas e naturais.

Alguns anos depois, estudos de Francis Galton colaboram para dar força às justificativas das diferenças sociais como sendo determinadas por características físicas e biológicas. "Em 1869 era publicado Hereditary Genius, até hoje considerado o texto fundador da eugenia. Nesse livro, Galton buscava provar, a partir de um método estatístico e genealógico, que a capacidade humana era função da hereditariedade e não da educação" (Schwarcz, 1993, p.60). Retomaremos adiante um pouco mais sobre a produção de F. Galton, que teve papel fundamental na criação e aplicação dos testes psicológicos. Por ora, a colocação de Moysés (2001) esclarece o caráter ideológico das ciências da época:

> A naturalização da desigualdade imposta aos homens requer o ocultamento da discriminação racial, social ou de gênero, sob a aparência de conhecimento científico, alicerçado no campo da biologia, mais especificamente na genética. A transferência de pressupostos da teoria darwinista – o evolucionismo e a seleção natural – para o entendimento de fenômenos sociais constitui o terreno onde se fundam as teorias que tentam justificar a discriminação entre homens. E neste ponto não podemos esquecer que Galton, o idealizador dos testes de inteligência tinha por objetivo a seleção dos mais capazes para o aprimoramento da espécie humana, em posição explicitamente eugenista; primo de Darwin, Galton é considerado um dos criadores do darwinismo social e até hoje os testes de inteligência fundam-se no eugenismo e no social-darwinismo.(p.40)

A partir de 1860, a psicologia organiza toda uma aparelhagem para avaliações e avança durante alguns decênios. Em seguida, com o behaviorismo, passa a associar a prática da observação interior à manipulação de aparelhagens de laboratório e ao estudo biológico do sistema nervoso. Binet, pesquisador de testes de inteligência é um autor que ilustra este período da psicologia pós-comtiana e anterior ao surgimento do manifesto behaviorista com Watson (Japiassu, 1977).

Com o trabalho de Binet inicia-se um movimento de avaliações individuais por meio da aplicação de questionários metodicamente elaborados. Binet retoma a noção de testes mentais do psicólogo inglês Catell, e inicia uma organização sistemática da prática de aplicação desse teste em escolares com o objetivo de estudar um conjunto de aptidões mentais (idade mental, grau de desenvolvimento, etc.). Em 1894, o autor publica "Introdução á psicologia Experimental" e em 1903 "O estudo experimental da inteligência", resultado de sua prática de avaliações.

A psicologia então, buscando adquirir status de ciência para que pudesse responder às necessidades ideológicas de justificação das desigualdades, alia-se no século XIX à teoria positivista, ficando ao lado das ciências experimentais de ordem psicoquímica ou biológica, que já tinham um estatuto sólido de cientificidade. Houve um movimento de higiene mental do escolar, com a preocupação do diagnóstico precoce de distúrbios de aprendizagem para tratamento e encaminhamento para classes corretas (classes fracas ou classes de anormais), utilizando-se para tanto, principalmente, o novo conhecimento dos testes psicológicos (Japiassu, 1977).

Patto (1990) relata que durante os trinta primeiros anos do século XX, os testes de QI adquiriram grande peso nas decisões dos educadores a respeito do destino escolar de muitas crianças que conseguiam acesso à escola, e explicita sobre a mudança de terminologia utilizada para designar uma criança com problemas de ajustamento ou aprendizagem. No lugar de *criança anormal*, o termo *criança problema* passa a ser usado. Esta mudança de expressão carrega uma mudança também na concepção das causas das dificuldades escolares que antes oriundas de anormalidades genéticas e orgânicas, agora tem como base teórica a psicologia clínica de inspiração psicanalítica, que busca a causa dos problemas escolares no ambiente sócio familiar da criança.

Ainda na década de trinta, surge uma nova maneira de entender a educação que se desloca de uma pedagogia inspirada na ciência e na lógica, para uma que se baseia principalmente nas contribuições da psicologia e da biologia: o movimento da Escola Nova (Saviani, 1989). A psicologia, diante desta nova concepção de educação, contribuiu em muito para a crença de que as capacidades individuais poderiam ser medidas por meio da aplicação de testes padronizados. "Os resultados dos testes reforçavam a impressão de que os mais capazes ocupavam melhores lugares, favorecendo a classe mais rica". (Machado, 1996. p.20)
De acordo com Saviani (1989) o movimento escolanovista ao invés de resolver o problema da marginalidade, o agravou, pois se preocupou e enfatizou o âmbito técnico-pedagógico

deixando de lado questões de âmbito político, relacionadas á sociedade como um todo, “cumprindo funções de manter a expansão da escola em limites suportáveis pelos interesses dominantes e desenvolver um tipo de ensino adequado a esses interesses.” (Saviani, 1989, p.22).

No entanto, como citado anteriormente, a nova pedagogia referia-se também à possibilidade do trabalho em processos individuais. A abertura deste espaço para o tratamento do tema das diferenças possibilitou a passagem de uma pedagogia afinada com as potencialidades da espécie, para outra que enfatizava as potencialidades dos educandos. Nessa passagem, inicia-se a cultura de avaliação de potencialidades, e “a justificação das desigualdades sociais por meio da ideologia das diferenças individuais” (Patto, 1990, p.62).

Na segunda metade do século XX iniciam-se as explicações culturais para as causas do fracasso escolar. “A afirmação da existência não tanto de raças inferiores ou indivíduos constitucionalmente inferiores, mas de culturas inferiores ou diferentes, teve seu ponto mais alto nos anos sessenta com a criação da ‘teoria da carência cultural’”. (Patto, 1990, p.45). De acordo com Machado (1996) com esta teoria o pobre passa a ser mais pobre em tudo, pois que mal avaliados individualmente e também em sua cultura. É preciso atentar que, por um lado, constitui-se um avanço a utilização do conceito de cultura para explicar as desigualdades sociais; por outro há que se atentar para os juízos de valor que podem decorrer desta explicação, onde se considera as culturas diferentes da dominante como “atrasadas”, “primitivas”, “rudes” (Patto, 1990).

Neste momento, houve ainda o prestígio do movimento de higiene mental, que restringindo a explicação das dificuldades de escolarização ao âmbito das disfunções psicológicas, suplantou um princípio positivo do pensamento escolanovista que não podia ser negligenciado: o de “que a estrutura e o funcionamento da escola e a qualidade do ensino seriam os principais responsáveis pelas dificuldades de aprendizagem.” (Patto, 1990, p.46)
Dessa forma, as explicações sobre as dificuldades no processo de escolarização continuam a depositar na criança e em suas relações interpessoais as causas do fracasso escolar. As pesquisas de psicólogos e outros profissionais sobre esta questão passam a abranger investigações sobre o

> Desenvolvimento infantil, nutrição, linguagem, estimulação, cognição, inteligência, motricidade, etc. Ocorre, porém que os resultados dos experimentos realizados por tais crianças eram comparados com aqueles obtidos com crianças de classes média e alta da sociedade americana, branca e empregada. Tais resultados eram considerados padrão de normalidade (Souza, Boletim Abrapee, s/p)

Patto (1990) traz uma informação importante sobre o nascimento da psicologia: esta surgiu no meio médico, os primeiros cursos de psicologia aconteceram nas faculdades de medicina e foram ministrados por médicos. Durante o século XIX a figura do médico é enaltecida por sua ação pública a fim de intervir nas epidemias, cuidar da saúde dos corpos, induzir a cura, numa política de saneamento nacional. (Schwarcz, 1993).

Já desde o final do século XIII a preocupação da sociedade com as epidemias emergia com toda força. "Legislando sobre hábitos de alimentação, vestuário, habitação, higiene, a instituição medicina aplica a esses campos a mesma abordagem empregada diante das doenças".

A medicina passa a legislar também sobre os processos educativos descontextualizando-os de sua inserção social, e afirmando que as causas dos problemas escolares estariam em doenças cujo surgimento decorreria da ignorância das famílias ou no corpo da criança, pois esta seria portadora de algum distúrbio que seria neurobiológico, genético, hereditário... a dislexia, o déficit de atenção, a disgrafia, o transtorno desafiador de oposição, a hiperatividade, a discalculia, etc, etc...

2 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: DA CRIANÇA PROBLEMA À CRIANÇA DISTÚRBIO

> Atualmente, o prestígio de qualquer proposta é imensamente maior, se não justificável, quando é expressa no idioma da ciência médica.
> (Zola, 1972, p. 496)

Discutiremos o conceito de medicalização, processo sofrido por muitas crianças que passam por dificuldades na escolarização. O termo medicalização é utilizado na literatura muito mais num sentido de crítica do que um termo neutro simplesmente descrevendo que algo se tornou médico. No âmbito escolar se deposita na criança a responsabilidade por uma dificuldade encontrada na escola ou por um suposto desajuste de comportamento: esta seria portadora de uma doença ou distúrbio neurológico, genético, hereditário, incurável. A medicina tem se tornado a principal instituição de controle social, ao lado ou ainda incorporada pelas mais tradicionais instituições como a religião e a lei. Tem se tornado a nova depositária da verdade, o lugar onde muitas vezes julgamentos finais são feitos por especialistas supostamente neutros e objetivos. (Zola, 1972)

Medicalização é um processo em que problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, comumente denominados de doenças ou distúrbios, portanto inscrevem-se no corpo biológico. A crítica á medicalização repousa fundamentalmente sobre a preocupação sociológica de como o modelo médico descontextualiza problemas sociais e os coloca sob o controle da medicina (Conrad, 1992). É este o caso da dislexia, pois qualquer dificuldade na aquisição da leitura e da escrita é reduzida a um problema de funcionamento cerebral[2], ignorando-se todo o contexto e a construção social que envolve esta atividade. O mau funcionamento cerebral impediria a correta decodificação das letras, ao que nesta perspectiva medicalizada também se reduz o processo de alfabetização.

Outra definição para medicalização, mais simples, é apresentada por Zola (1983, p.295 citado por Conrad, 1992) que diz: “medicalização é um processo no qual mais e mais a cada dia a vida é colocada sob a dominação, influência e supervisão médicas”. Embora essas definições sejam úteis, elas assumem que o problema deve estar na jurisdição da profissão médica, mas em alguns casos a profissão médica está apenas marginalmente envolvida, ou até mesmo não está envolvida. (Por exemplo, o caso do alcoolismo, que é compreendido a partir

---

[2] A questão do funcionamento cerebral foi uma das primeiras tentativas de encontrar uma causa biológica para a dislexia. Outras supostas causas para o alegado distúrbio seriam, por exemplo, um déficit fonológico ou uma questão genética.

de uma visão médica, mas o tratamento muitas vezes é realizado por uma associação de usuários, onde não necessariamente a figura do médico está presente).

Para Conrad (1992) a chave do problema da medicalização está em sua definição, que pode ser mais ampla e relativizar sobre a presença do profissional médico. A definição que parece mais completa seria que a medicalização

> consiste em definir um problema em termos médicos, usando linguagem médica para descrevê-lo, adotando um quadro médico para compreendê-lo, ou ainda usando uma intervenção médica para tratá-lo. Trata-se de um processo sócio-cultural que pode ou não envolver a medicina como profissão, levando a um controle social ou a um tratamento médico, ou ainda ser resultado da expansão intencional da profissão médica. (Conrad, 1992, p.211).

Como veremos, no caso do diagnóstico de dislexia analisado no presente trabalho não houve a atuação do médico de maneira direta na realização do laudo, mas a procura pela associação que o produziu foi impulsionada pela opinião de um neurologista. Freidson[3] (1970, p.269 citado por Zola, 1972,) afirma que o principal aspecto do processo de medicalização pode ser resumido em:

> The medical profession has first claim to jurisdiction over the label of illness and *anything* to which it may be attached, irrespective of its capacity to deal with it effectively. (p. 492)

Conrad (1992) relata que pesquisadores têm apontado sobre fatores sociais que favorecem o desenvolvimento do processo de medicalização: a diminuição da religião, a permanente fé na ciência, racionalidade e o progresso, o aumento do prestígio e poder da profissão médica, a propensão americana para soluções individuais e tecnológicas para os problemas. Mesmo que fatores como esses não expliquem o aumento da medicalização ao longo do último século, eles são parte importante do contexto. Moysés (2001) também fala sobre a diminuição do papel da religião, por muito tempo a principal responsável pela legitimação da segregação dos que se desviavam das normas estabelecidas. Com o estabelecimento do estatuto de ciência das ciências biológicas, os critérios religiosos passaram a ser substituídos por critérios oriundos da área médica.

De acordo com Abreu (2006) o conceito de medicalização foi muito utilizado na década de 1970 e pretendia tecer crítica austera ao crescimento da intervenção repressora da medicina. O controle social pela medicina é central na sociologia e foi desenvolvido inicialmente por Parsons (1951 citado por Conrad, 1992), ainda anteriormente à década de 70, que retratou a

---

[3] Optou-se por não traduzir esta citação, para não incorrer no risco da perda de sentido.

doença como um desvio e esta aliada à medicina como um mecanismo apropriado para o controle social. Rapidamente, estudiosos indicaram que a medicina como controle social provavelmente substituiria outras formas de controle.

Mas afinal, quais problemas são de fato de ordem médica e quais são medicalizados? Para responder esta questão, faz-se necessário compreender o que é e o que não é doença. Thomas Szasz, psiquiatra e figura proeminente do movimento da antipsiquiatria, crítico sociológico dos fundamentos morais e científicos do controle social que tem a medicina na sociedade moderna e da psiquiatria reflete e estabelece esta definição.

Szasz (2003) afirma que a palavra doença é utilizada de diversas formas e no geral o termo tem sido utilizado pela maioria das pessoas de acordo com suas necessidades, ou de acordo com uma antiga regra "eu reconheço uma quando a vejo". Não há unanimidade sobre se, por exemplo, depressão ou drogadição seriam doenças, da mesma forma que há um consenso quanto a uma febre tifoide. É necessário acordo sobre uma definição particular de doença de maneira limitada e identificável para que possamos distinguir entre o que é literal (por exemplo, a febre tifoide) e o que é metafórico (por exemplo, febre da primavera, que se traduz como sensação de ânimo ou cansaço no início da primavera, e não é uma doença verdadeira). Portanto, doenças podem ser definidas como o mau funcionamento do corpo humano, do coração, do fígado, do cérebro, do rim, entre outros; e nenhum comportamento ou desvio de comportamento pode ser uma doença[4]. Há uma busca intensa por parte dos pesquisadores para que a dislexia e o TDAH (transtorno déficit de atenção hiperatividade) sejam reconhecidos como doença[5]. Para tanto, numerosos estudos são desenvolvidos com o objetivo de encontrar o substrato biológico para o que na verdade são comportamentos considerados desviantes (no caso do TDAH) e dificuldades encontradas no processo de aquisição da leitura e escrita (caso da dislexia).

Algumas modificações sociais favoreceram a ampliação do campo de normatização da medicina. Pawluch (1983 citado por Conrad, 1992) conta que mudanças sociais tais como o desenvolvimento das vacinas possibilitou a diminuição de crianças doentes para o tratamento pediátrico. Com isso pediatras enfrentaram esta crise profissional mudando o foco de sua

---

[4] O autor declara que ao falar da medicalização do suicídio ou da violência fica subentendida a ampliação do escopo da medicina, mas é reconhecido absurdo falar sobre a medicalização da malária, ou do melanoma, admitindo a concreta propriedade dessas doenças na esfera da medicina (Szasz, 2003).

[5] Veremos no próximo capítulo os diversos termos que foram sendo utilizados para as supostas alterações cerebrais que seriam causadoras da dislexia e do TDAH. Atualmente existem diversos estudos que pretendem comprovar sua hereditariedade.

prática: primeiro tornaram-se “alimentadores do bebê”, concentrando-se nos problemas de aleitamento artificial; e mais tarde passaram a incluir em sua atuação problemas de comportamento infantis em sua área de atuação. Os novos “pediatras do comportamento” permitiram a manutenção e a melhoria do domínio médico expandindo seu território, o que levou a medicalização de uma variedade de problemas psicossociais, inclusive do comportamento e da aprendizagem.

Como nos diz Moysés (2001) “a normatização da vida tem por corolário a transformação dos problemas da vida em doenças, em distúrbios. Aí, surgem, como exemplos na atualidade, os distúrbios de comportamento, os distúrbios de aprendizagem” (p.176). Certas condições ou comportamentos são percebidos por um “olhar médico” e a partir daí médicos podem reivindicar todas as atividades relacionadas à condição vista. Um exemplo pode ser dado em relação ao parto de bebês em que a vigilância médica obstetrícia ampliou-se para incluir estilo de vida pré-natal, infertilidade e interação pós-natal com os bebês (Conrad, 1992).

No campo da aprendizagem, o “olhar médico” além de proporcionar uma compreensão reduzida da inteligência, comportamento e aprendizagem ao corpo físico, de forma abstrata e a-histórica emite um diagnóstico que rotula a criança como doente por toda a vida. O tratamento fica a cargo do próprio médico que na maioria dos casos prescreve um medicamento, e também de outros profissionais tais como psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, que muitas vezes dão continuidade ao processo de medicalização.

> Ao estender seu campo de atuação ao ambiente escolar, a medicina passa a atuar sobre esse ambiente segundo sua própria concepção. Ao normatizar preceitos para a aprendizagem adequada, estende-se para o não aprender. Medicaliza a educação, transformando os problemas pedagógicos e políticos em questões biológicas, médicas. Cria as entidades nosológicas das doenças do não-aprender-na-escola e para elas propõe solução. Antecipando-se prevê que os problemas irão ocorrer e se coloca como portadora das soluções (Moysés, 2001, p.191).

Importante destacar que a medicalização acontece em via de mão dupla. Sendo assim, a desmedicalização revela um processo em que uma questão deixa de ser definida como um problema médico. No século XIX, a masturbação era considerada doença e era objeto de muitas intervenções, assim como a homossexualidade também é um exemplo clássico de desmedicalização (em 1973 a Associação Americana de Psiquiatria votou que a homossexualidade não seria mais considerada uma doença). No entanto, cabe destacar que diante da estatura e do poder da medicina este processo é comumente alcançado apenas

depois de algum tipo de movimento organizado da população que atue para reverter a definição médica (Conrad, 1992).

No município de São Paulo há um movimento de problematização e mobilização para a desmedicalização, dentre outras questões, dos processos de aprendizagem e comportamento de crianças e adolescentes. Em 2010, aconteceu um primeiro evento internacional sobre medicalização[6] que culminou no lançamento de um fórum, o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, com a assinatura de um manifesto por diversas instituições, tanto paulistas quando de outros municípios e estados brasileiros. O manifesto de lançamento do fórum, além de definir e contextualizar a medicalização esclarece seus objetivos:

> No Brasil, a crítica e o enfrentamento dos processos de medicalização ainda são muito incipientes. É neste contexto que se constitui o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, que tem como objetivos: 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. O caráter do Fórum é político e de atuação permanente, constituindo-se a partir da qualidade da articulação de seus participantes e suas decisões serão tomadas, preferencialmente, por consenso. É composto por entidades, movimentos e pessoas que tenham interesse no tema e afinidade com os objetivos do Fórum.

O grupo do fórum denuncia que a medicalização tem cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos e desconfortos, ocultando violências físicas e psicológicas, transformando pessoas em "portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem". Portanto, defende um novo olhar que considere as individualidades humanas, o ser humano como sujeito histórico inserido em um contexto social que não pode ser reduzido a um componente biológico. Busca o processo de desmedicalização.

A seguir, discutiremos sobre a medicalização dos processos de aprendizagem e a constante busca pela comprovação do que seria a origem neurobiológica para dificuldades encontradas por crianças e adolescentes em seu processo de escolarização, mais especificamente no processo de alfabetização.

---

[6] O I Seminário Internacional "A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos" aconteceu em novembro de 2010 com o principal objetivo de divulgar e discutir controvérsias acerca do diagnóstico e tratamento de supostos transtornos de aprendizagem, tendo como pano de fundo a medicalização da sociedade e, mais especificamente, das dificuldades do sistema escolar.

3 DISLEXIA

- Eu sempre digo o que penso – respondeu vivamente Alice.
- Ou, pelo menos, penso que digo... É a mesma coisa, vocês sabem.
- Não é a mesma coisa, de modo nenhum! – disse o Chapeleiro. – Se fosse assim, "vejo o que como" seria a mesma coisa que "como o que vejo".
- Se fosse assim, "gosto de tudo que tenho" seria a mesma coisa que "tenho tudo que gosto" – disse a Lebre de Março.
- Se fosse assim – disse, por sua vez, o Rato Silvestre, com uma voz de quem está sonhando alto – "respiro quando durmo" seria a mesma coisa que "durmo quando respiro".
- Para você é a mesma coisa, sim – disse o Chapeleiro. E a conversa morreu.
(Lewis Carroll, 1982, p.66)

3.1 Quando tudo começou?

As primeiras descrições envolvendo dificuldades na aprendizagem coincidem com a história da própria institucionalização do ensino no final do século XIX, quando surgiram na França escolas elementares públicas, obrigatórias e formalmente organizadas (Massi, 2007). Esta informação faz pensar: será que a preocupação com as dificuldades de aprendizagem, compreendidas como um problema centrado na criança, surgiram neste momento de expansão do ensino público por mera coincidência?

Desde 1895, Hinshelwood, um médico oftalmologista, estudou e escreveu sobre o que denominou cegueira verbal congênita. Este autor buscou analisar e explicar os sintomas desta doença em detalhes para que pudesse ser colocada sob "bases científicas" e divulgada a maneira correta de ensinar crianças em situação de cegueira verbal. (Coles, 1987)

Um dos casos atendidos pelo médico foi o de quatro jovens irmãos mais novos de uma família com onze filhos. Um professor local havia comentado com o médico sua perplexidade em relação aos jovens, que embora parecessem tão inteligentes apresentavam problemas no aprendizado da leitura nunca antes vistos pelo professor. Dois dos irmãos, com 16 e 18 anos, trabalhavam em uma mina desde que haviam deixado a escola aos 14 anos. O jovem de 18 anos interessou a Hinshelwood particularmente porque mesmo o professor dizendo que o garoto havia passado por insuperáveis dificuldades em sua aprendizagem o jovem melhorou sua leitura durante os quatro anos que trabalhou na mina. Esta melhora foi estimulada pelo entusiasmo com futebol: toda noite após o trabalho na mina ele passava longo período debruçado sobre a seção de esportes do jornal. (Coles, 1987)

Hinshelwood descobriu que o jovem teve dificuldades nos primeiros anos de leitura com livros comuns, mas quando tinha que ler sobre futebol ele podia reconhecer de vista uma

quantidade muito maior de números e palavras. De acordo com Hinshelwood, este jovem era um exemplo de perseverança e do que poderia ser feito pela dedicação constante mesmo nos casos menos esperançosos da “doença”. Isto é, mesmo o jovem adquirindo as capacidades de leitura de acordo com seus interesses, o médico insistia na existência da uma doença que teria sido apenas contornada, sustentando a hipótese de que o jovem teria de fato cegueira verbal e a teria compensado memorizando algumas palavras (Coles, 1987).

Coles nos alerta que não foram consideradas explicações plausíveis para as dificuldades dos jovens em ler, explicações não relacionadas a uma suposta e improvável doença cerebral, mas ao contexto social. Talvez, no momento em que oito crianças tenham nascido os pais desta grande família tenham estado muito ocupados e muito cansados para prover o cuidado que deram aos primeiros filhos. Talvez, uma família numerosa que depende de um salário tenha se tornado mais pobre à medida que a família foi crescendo, e os meios financeiros diminuindo, prejudicando os mais jovens. (Coles, 1987)

A análise de Hinshelwood era parecida com a de todas suas discussões clínicas. No diagnóstico dos quatro irmãos, Hinshelwood rejeitou ou ignorou qualquer hipótese sobre a escola, família e outras condições ambientais. Poderia se concluir que os garotos tinham cegueira verbal congênita, uma condição que frequentemente aparece numa mesma família e é, provavelmente, hereditária: causada por uma área de linguagem defeituosa do cérebro. Os quatro garotos tinham inteligência média; não tinham déficits visuais; tinham boa memória visual, exceto para letras e palavras; tinham uma vida em família que não havia impedido seus irmãos mais novos de aprender a ler, mas eles haviam falhado neste aprendizado mesmo estando na escola. O fato destes garotos, assim como outras crianças com cegueira verbal congênita, terem boas habilidades mentais em outras áreas que não a leitura, deixaria evidente que seu defeito cerebral era localizado: estritamente confinado a uma área cerebral responsável pela memória visual para palavras e letras, e não se estendia além dela. (Coles,1987).

Esta maneira de diagnóstico e descrição do suposto distúrbio é exatamente a mesma dos dias atuais, que é usada ao mesmo tempo em que se busca sua comprovação. Continua-se realizando um diagnóstico por exclusão de fatores, continua-se buscando comprovar tratar-se de uma doença hereditária, continua-se ignorando os fatores sociais envolvidos no processo de letramento. Cabe ressaltar que a conclusão sobre a área do cérebro afetada - o giro angular esquerdo – responsável pela memória de palavras, é resultado de estudos sobre dislexia adquirida, uma condição completamente diversa daquela pela qual passam as crianças em

processo de alfabetização. A dislexia adquirida ocorre por uma lesão cerebral, com perda da capacidade de leitura e escrita previamente desenvolvida. (Schirmer, 2004). Mas, para alguns pesquisadores, é como diz o Chapeleiro de "Alice no País das Maravilhas": é a mesma coisa sim. E a conversa morreu.

Na definição dos distúrbios de aprendizagem em geral – disgrafia, discalculia, dislexia, etc... – é realizado o diagnóstico de um fenômeno biofísico com base em características de comportamento. Chegou-se a esta maneira de diagnóstico a partir da observação e comparação entre o comportamento de sujeitos com lesões cerebrais que apresentam distúrbios de percepção, cognitivos, emocionais (dislexia adquirida) e pessoas com dificuldades no processo normal de aprendizagem. O raciocínio clínico segue a lógica de que, se alguns indivíduos com lesão cerebral reconhecida apresentam certas características de comportamento, logo pessoas com estas mesmas características devem possuir alguma lesão cerebral (Kavale & Forness, 2000). Mas, pela dificuldade em se encontrar esta suposta lesão cerebral há uma discussão constante entre pesquisadores sobre quais seriam os fatores biológicos envolvidos na dislexia de desenvolvimento: lesão, disfunção, genes, processamento visual, processamento auditivo central.

Moysés e Collares (1992) fazem uma revisão histórica sobre o desenvolvimento da noção de dislexia. Após os casos descritos por Hinshelwood surgiu o trabalho de Strauss, neurologista americano que em 1918 lança a hipótese de que os distúrbios de comportamento, e com menos ênfase os de aprendizagem, seriam consequência de uma *lesão cerebral mínima*. Strauss chegou a esta conclusão via raciocínio clínico tradicional de que se algumas pessoas sobreviviam a doenças neurológicas com sequelas de alterações de comportamento, logo, alterações de comportamento também teriam como causa uma lesão cerebral, "porém mínima o bastante pra não provocar outras manifestações neurológicas". (Moysés & Collares, 1992, p.34)

Em 1925, Samuel T. Orton[7] volta a falar sobre Hinshelwood, descreve outros casos que considerava serem de cegueira verbal congênita e propõe que os distúrbios de leitura seriam causados pela falência em estabelecer a dominância para a linguagem no hemisfério esquerdo; daí, durante a leitura, os impulsos nervosos produziriam registros linguísticos igualmente em ambos os hemisférios cerebrais, ao invés de predominantemente no dominante

---

[7] A primeira instituição para pesquisas e estudos sobre a dislexia chamou-se Orton Dyslexia Society, atual International Dyslexia Association (IDA). A IDA é a mais antiga organização norte-americana de dislexia. Foi fundada em 1949, conta com 45 regionais em estados norte-americanos, além de manter três entidades internacionais. (Ianhez & Nico, 2002)

para linguagem (de maneira simplificada este processo resultaria em uma leitura ao contrário, por exemplo, a pessoa leria ROMA em vez de AMOR). Este processo foi denominado pelo autor de strephosymbolia (Moysés & Collares, 1992). Destaca-se que em 1925, mesmo ano da publicação de Orton versando sobre a strephosymbolia, William S. Gray estudioso dos processos de leitura realizou um levantamento que seria o estado da arte de estudos sobre leitura. Dentre 436 casos considerados por Hinshelwood como casos de déficits orgânicos ou hereditários apenas um foi discutido por Gray, sendo que o autor deu pouca credibilidade à ideia de que um componente cerebral poderia causar problemas de leitura (Coles, 1987)

Em 1947, Strauss e Lehtinen introduzem a hipótese de "lesão cerebral mínima" para explicar sinais de inquietação e hiperatividade em crianças. Este termo passou a ser usado tanto para quadros de "transtornos de comportamento", quanto para "transtornos de linguagem" (oral e escrita), mesmo não havendo evidência de danos estruturais no cérebro (Werner, 1997).

Em 1957, o conceito de lesão cerebral mínima, chamado também síndrome hipercinética, ou hiperatividade constitui-se como doença passível de tratamento medicamentoso. No entanto, nos anos seguintes, a impossibilidade dos pesquisadores constatarem uma lesão cerebral de fato pela sua inexistência, os leva a proclamar a existência de uma *disfunção*: a Disfunção Cerebral Mínima, mínima o suficiente em tamanho e localização para não dar nenhum outro sinal neurológico, e caprichosa o suficiente para alterar o comportamento.

> essa 'doença' teria por manifestações clínicas: hiperatividade, agressividade, distúrbio de aprendizagem, distúrbio de linguagem, incoordenação motora, déficit de concentração, instabilidade de humor, baixa tolerância a frustrações e outras menos comuns (Moysés & Collares, 1992, p.34)

A visão cognitivista desponta com o termo "disfunção" para contrapor-se à noção de lesão e malformação, possibilitando assim que não seja necessária a correspondência e/ou evidência anatômica. Sob a definição da *disfunção* cerebral mínima encontra-se tanto a hiperatividade quanto transtornos relacionados à aprendizagem, da mesma forma que se encontrava a lesão cerebral mínima. No final da década de 60 crianças começaram a ser classificadas como portadoras de distúrbios de aprendizagem; testes e materiais de remediação foram desenvolvidos e publicados, familiares de crianças com o diagnóstico se organizaram em associações; cursos sobre distúrbios de aprendizagens foram lançados; o número de artigos em livros e jornais se multiplicou; foram iniciados projetos de pesquisa

sobre o tema e a indústria farmacêutica promoveu e criou medicamentos para o distúrbio, alçando seu crescimento. (Coles, 1987).

Werner (1997) coloca em seu estudo a definição oficial assumida por um projeto nacional americano intitulado “Minimal brain disfunction in chidren - terminology and identification”:

> O termo disfunção cerebral mínima refere-se a crianças com inteligência geral próxima da média, média ou superior à média, com distúrbios de aprendizagem e/ou de comportamento, que variam de grau leve a severo, associados a desvios de funcionamento do sistema nervoso central. Esses desvios manifestam-se por variadas combinações de déficits na percepção, conceituação, linguagem, memória e controle da atenção, dos impulsos ou da função motora. Essas anomalias podem ser decorrentes de variações genéticas, irregularidades bioquímicas, sofrimentos perinatal, moléstias ou traumas sofridos durante os anos críticos para o desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central ou de causas desconhecidas. *A definição admite a possibilidade* de que privações severas precoces possam resultar em alterações permanentes do sistema nervoso central. Durante os anos escolares uma variedade de incapacidades de aprendizagem constitui a mais importante manifestação do que é definido por disfunção cerebral mínima. O termo não inclui crianças que apresentam problemas de aprendizagem por deficiências visuais, auditivas ou motoras, retardo mental, transtornos emocionais ou desvantagens ambientais, culturais ou econômicas. (Clements & Peters, 1982, p.230 citado por Werner, 1997, pp. 74-75.).

Como veremos a seguir as mais diferentes definições de dislexia seguem este mesmo padrão de exclusão de fatores e prováveis causas. Na verdade a definição parece um pouco confusa quando diz que a anomalia pode ser decorrente de diferentes causas biológicas ou de nenhuma delas, pois seria desconhecida. A definição “admite a possibilidade”: quando define, na verdade, pressupõe decisão, determinação, explicação. Uma definição que não compreende o distúrbio, apenas hipotetiza. O que se define de forma evidente são os limites, as incapacidades que teria a criança.

Em 1968, o significado de distúrbios de aprendizagens foi definido para preparação de uma legislação federal americana sobre os distúrbios que vigorou pela próxima década:

> crianças com distúrbios de aprendizagem exibem um transtorno em um ou mais processos psicológicos básicos envolvidos no entendimento ou uso de linguagem falada ou escrita. Estes podem se manifestar em desordens de ouvir, pensar, falar, ler, escrever, soletrar ou em operações matemáticas.

Assim fica legalmente e pseudocientificamente depositada na criança a responsabilidade por sua não aprendizagem. Na década de 80, a Academia Americana de Psiquiatria unifica os conceitos de hiperatividade, criança hipercinética e distúrbios de aprendizagem em uma nova síndrome: Attention Déficit Disorders. “A justificativa foi que o

defeito básico situar-se-ia na esfera da atenção, daí decorrendo todas as possíveis manifestações clínicas, seja de comportamento ou de aprendizagem." (Moysés & Collares, 1992, p.45). Assim, o TDA é definido no DSM III:

> Ultimamente diversos têm sido os nomes dados a este distúrbio... síndrome da criança hiperativa, lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, disfunção cerebral menor. Neste manual, déficit de atenção é o nome dado a esta desordem, já que dificuldades de atenção são proeminentes e praticamente sempre presente entre as crianças com este diagnóstico. (DSM III citado por Coles, 1987)

Na impossibilidade de comprovar o substrato biológico da doença o destaque fica para o comportamento visível. Os autores do manual ainda ressaltam que déficit de atenção não necessariamente inclui hiperatividade, dividindo este distúrbio entre transtorno déficit de atenção "com hiperatividade" e "sem hiperatividade". De acordo com Coles (1987) os autores utilizaram mais da astúcia do que da precisão para que a noção de disfunção cerebral permanecesse apenas com uma mudança de termos.

3.2. A Dislexia nos Manuais de Classificação e Codificação de Doenças

Classificação Internacional de Doenças – Décima Edição (CID-10)[8]

Nesta classificação estão descritos os Transtornos Específicos do Desenvolvimento das Habilidades Escolares, sob o código F81, dentre eles o Transtorno Específico de Leitura, sob o código F81.0. Em todos os transtornos escolares (específico de soletração, específico da habilidade em aritmética, específico de leitura e misto) o comprometimento não deve ser somente consequência de falta de oportunidade de aprendizagem ou de um retardo mental, e também não pode ser consequência de traumatismo ou doenças cerebrais.

No transtorno específico de leitura:

> a característica essencial é um comprometimento específico e significativo do desenvolvimento das habilidades da leitura, não atribuível exclusivamente à idade mental, a transtornos de acuidade visual ou escolarização inadequada. A capacidade de compreensão da leitura, o reconhecimento das palavras, a leitura oral, e o desempenho de tarefas que necessitam da leitura podem estar todas comprometidas. O transtorno específico da leitura se acompanha frequentemente de dificuldades de soletração, persistindo comumente na

[8] A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças contou com a participação de 43 países, foi convocada pela Organização Mundial de Saúde. Realizou-se em Genebra entre 26 de setembro e 2 de outubro de 1989.

> adolescência, mesmo quando a criança haja feito alguns progressos na leitura. As crianças que apresentam um transtorno específico da leitura têm frequentemente antecedentes de transtornos da fala ou de linguagem. O transtorno se acompanha comumente de transtorno emocional e de transtorno do comportamento durante a escolarização. Dislexia de desenvolvimento. Leitura especular. Retardo específico da Leitura. Exclui: Alexia SOE (R48.0), dificuldades de leitura secundárias a transtornos emocionais (F93)

As dificuldades na escrita são referidas separadamente nas especificações do Transtorno Específico de Soletração com a seguinte frase: “a capacidade de soletrar oralmente e a capacidade de escrever corretamente as palavras estão ambas afetadas”. Embora as dificuldades em escrever corretamente apareçam nesta definição como transtorno da soletração, sendo a dislexia um distúrbio estritamente de leitura, os estudos e mesmo a avaliação diagnóstica para dislexia utiliza-se de atividades escritas, inclusive com catalogação dos erros ortográficos (Nunes, Buarque & Bryant, 2000).

Uma definição de comprometimento que *exclui* problemas com idade mental, transtornos físicos ou escolarização inadequada é passível de críticas. Para Piérart (1997) a própria definição da dislexia é frágil, pois é uma definição por exclusão. Tratar-se-ia de uma dificuldade para aprender a ler, apesar de uma inteligência suficiente (QI normal, como se pudesse ser medida a inteligência de uma pessoa) e de um ensino clássico. Massi (2007, p.41) salienta o fato da dislexia se caracterizar “pela eliminação de fatores capazes de determinar sua causa, isto é, uma perturbação no processo de apropriação da escrita que se caracteriza por não contar com qualquer explicação causal capaz de justificá-la.” Veremos ao longo deste trabalho que para o diagnóstico de dislexia não são investigadas as condições do processo de escolarização da criança, como seria esperado caso o protocolo diagnóstico fosse elaborado a partir da definição do suposto distúrbio, que recomenda a exclusão do fator “escolarização inadequada”. Há que se questionar ainda o que seria, nesta definição, considerada uma escolarização “adequada” ou “inadequada”.

A seguinte frase da definição: “a capacidade de compreensão da leitura, o reconhecimento das palavras, a leitura oral, e o desempenho de tarefas que necessitam da leitura podem estar todas comprometidas” faz pensar que todas estas capacidades são inatas aos seres humanos, sendo que algumas pessoas poderiam nascer com um comprometimento nestas áreas. Não chega nem mesmo a ser uma visão maturacionista, mas afirmações distantes de considerar o processo histórico-social que levou o homem ao desenvolvimento de funções psicológicas superiores, tais como atenção, memória e linguagem.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSMIV

No DSMIV, o Transtorno da Leitura e o Transtorno da Expressão Escrita estão inseridos numa seção maior denominada Transtornos de Aprendizagem que inclui: 1 - Transtorno da Leitura, 2-Transtorno da Matemática, 3 - Transtorno da Expressão Escrita e 4 - Transtorno da Aprendizagem Sem Outra Especificação.

> Os transtornos da aprendizagem são diagnosticados quando os resultados do indivíduo em testes padronizados e individualmente administrados de leitura, matemática ou expressão escrita estão *substancialmente abaixo do esperado para sua idade*, escolarização e nível de inteligência. Os problemas de aprendizagem interferem significativamente no rendimento escolar ou nas atividades da vida diária que exigem habilidades de leitura, matemática ou escrita. Os Transtornos da Aprendizagem podem persistir até a idade adulta.

Diferentemente de outras definições e recomendações diagnósticas, é interessante notar que no DSM-IV há uma preocupação com os fatores específicos da cultura. Seguem abaixo as recomendações ao profissional que fará o diagnóstico no que concerne a esta questão.

> O profissional deve assegurar-se de que os procedimentos de testagem da inteligência refletem uma atenção adequada à bagagem étnica ou cultural do indivíduo. Isto geralmente pode ser conseguido com o uso de testes nos quais as características relevantes do indivíduo são representadas na amostra de estandardização do teste ou pelo emprego de um examinador familiarizado com aspectos da bagagem étnica ou cultural do indivíduo.

Há também indicações quanto ao diagnóstico diferencial que novamente reforçam a atenção ás questões culturais étnicas, bem como a necessidade de investigação do processo de escolarização da criança:

> Os Transtornos da Aprendizagem devem ser diferenciados das variações normais na realização acadêmica e das dificuldades escolares devido à falta de oportunidades, ensino fraco ou fatores culturais. A escolarização inadequada pode resultar em fraco desempenho em testes estandardizados de rendimento escolar. Crianças de bagagens étnicas ou culturais diferentes daquelas dominantes na cultura da escola ou cuja língua materna não é a língua do país, bem como crianças que frequentaram escolas com ensino inadequado, podem ter fraca pontuação nesses testes. As crianças com essas mesmas bagagens também podem estar em maior risco para faltas injustificadas à escola, em virtude de doenças mais frequentes ou ambientes domésticos empobrecidos ou caóticos.

Estas considerações são mais abrangentes e especificam melhor sobre a importância da observação e consideração do contexto social e processo de escolarização das crianças

durante o diagnóstico, sendo que este cuidado poderia ser determinante para a conclusão final da avaliação, não fosse a perspectiva reducionista proveniente das ciências naturais que se mantém desde o início, por se tratar de um manual classificatório de pessoas e modos de vida. Esta incoerência fica evidente quando se pretende, por exemplo, mensurar a inteligência de um ser humano por meio de testes padronizados ou ainda que existam capacidades esperadas de acordo com a idade e não de acordo com o contexto social e vivências ao longo da história da criança ou adulto avaliado.

Veremos adiante, que a maioria das definições, assim como descrições sobre o processo diagnóstico, apenas cita que a criança deva ter "ensino adequado", mas não inclui procedimentos de verificação deste ensino, ou deixa claro o que seria uma instrução adequada.

A seguir o manual descreve as características e critérios do Transtorno de Leitura: ele consiste em um desempenho em leitura inferior ao esperado para a idade cronológica, a inteligência mensurada e a escolaridade do indivíduo (Critério A); na perturbação da leitura que interfere no rendimento escolar ou em atividades da vida cotidiana que exigem habilidades de leitura (Critério B); e na presença de um déficit sensorial, cujas dificuldades de leitura excedem aquelas habitualmente associadas a este (Critério C).

Constam ainda do DSM-IV informações sobre diferenças de gênero, com uma possível justificativa para a porcentagem elevada de meninos diagnosticados.

> Dos indivíduos diagnosticados com Transtorno da Leitura, 60 a 80% são do sexo masculino. Os procedimentos de encaminhamento podem com frequência apresentar a tendência à identificação de indivíduos do sexo masculino, uma vez que estes exibem, com maior frequência, os comportamentos disruptivos associados aos Transtornos da Aprendizagem.

Um número significativo de pesquisas intenta identificar causas hereditárias e congênitas para o que seria o distúrbio de dislexia. (Scerri & Schulte, 2010; Dennis, Paracchini & Scerri, 2009; Anon, 1996). Ianhez e Nico (2002) alegam que mais meninos são diagnosticados talvez porque produzam mais testosterona na fase de gestação (sem maiores explicações) ou ainda que o cérebro masculino apresenta desenvolvimento mais lento na fase intrauterina, estando mais exposto às agressões autoimunes da mãe. "Simples demais, para não dizer simplório, ignorando que se trata de comportamento e aprendizagem, as áreas mais complexas dos seres humanos; plenos de subjetividade" (Moysés & Collares, 2010, p.76).

Em relação ao Transtorno de Expressão Escrita, as características diagnósticas essenciais são as mesmas do Transtorno de Leitura, no entanto em relação às habilidades escritas continua o DSM- IV dizendo:

> Geralmente existe uma combinação de dificuldades na capacidade do indivíduo de compor textos escritos, evidenciada por erros de gramática e pontuação dentro das frases, má organização dos parágrafos, múltiplos erros ortográficos e caligrafia excessivamente ruim. Este diagnóstico em geral não é dado quando existem apenas erros ortográficos ou fraca caligrafia, na ausência de outros prejuízos na expressão escrita.

Nota-se que assim como na CID - 10 o Transtorno de Escrita é definido separadamente do Transtorno de Leitura, no entanto a literatura traz maior número de referências, pesquisas e testes que se referem somente ou também aos processos de escrita. (Zorzi & Ciasca, 2009; Nunes et al, 2000; Capellini, Germano & Cardoso, 2008; Pinheiro, 1994). De acordo com Nunes et al (2000), uma quantidade substancial de estudos sobre dislexia volta-se para a ortografia, certamente em decorrência da maior facilidade de registro dessas respostas nas pesquisas.

3.3 A Dislexia em Publicações Nacionais e Internacionais

Segundo o Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) o termo distúrbio específico de aprendizagem pode ser definido como transtorno em um ou mais processos psicológicos básicos envolvidos na compreensão ou uso da linguagem falada ou escrita, que se manifesta pelo prejuízo na habilidade em ouvir, pensar, falar, ler, escrever, soletrar ou em cálculos matemáticos. O termo não inclui problema de aprendizagem que seja resultado de distúrbios visuais, auditivos ou motores, de retardo mental, distúrbio emocional, ou de desvantagens ambientais, culturais ou econômicas (IDEA, 1997). Esta definição é muito parecida com a da CID-10, podendo-se fazer as mesmas críticas sobre tratar-se de uma definição por exclusão.

Segundo a American Psychiatric Association (2000), dislexia é um transtorno específico no aprendizado da leitura, cuja característica principal é o rendimento escolar abaixo do esperado para a idade cronológica, potencial intelectual e escolaridade do indivíduo. Kavale e Forness (2000) apontam para o fato das definições não serem claras quanto ao que é o distúrbio de aprendizagem e sim destacar o que *não* é. Segundo os autores a definição anuncia apenas se tratar de um processo específico da área da linguagem que

interfere nas aquisições escolares, uma descrição com relações vagas que não explicita o surgimento do conceito.

De acordo com publicação recente realizada por profissionais da Associação Brasileira de Dislexia [9] (Ianhez e Nico, 2002), a primeira definição do distúrbio teria sido realizada por Samuel T.Orton., em 1925:

> é um dificuldade que ocorre no processo de leitura, escrita, soletração e ortografia. Não é uma doença, mas um distúrbio com uma série de características. Torna-se evidente na época da alfabetização, embora alguns sintomas já estejam presentes em fases anteriores. Apesar de instrução convencional, adequada inteligência e oportunidade sociocultural e ausência de distúrbios cognitivos fundamentais, a criança falha no processo da aquisição da linguagem. A dislexia independe de causas intelectuais, emocionais e culturais. É hereditária e a maior incidência é em meninos na proporção de três para um. (p.21 e 22)

Como referido anteriormente neste texto Orton em nenhum momento utiliza o termo dislexia e sim "strephosymbolia" que é definido de maneira diversa ao que é hoje compreendido como dislexia (para Orton seria uma anomalia de predomínio hemisférico e não uma lesão ou disfunção cerebral focal). A ideia de que houvesse uma falha em estabelecer a dominância para linguagem no hemisfério esquerdo do cérebro foi refutada por estudos subsequentes e é atualmente rejeitada, mas parece que a noção da inversão de letras como um sintoma da dislexia se mantém com vida própria (Coles, 1987). A logomarca da Associação Brasileira de Dislexia são as três letras sigla da associação – ABD – em movimentos de inversão horizontal e vertical, de maneira tridimensional, divulgando uma compreensão descartada do transtorno.

Dislexia "não é uma doença, mas um distúrbio". Qual seria o motivo dessa diferenciação? O importante para os que defendem esta afirmação é que sendo um distúrbio a dislexia não teria cura, é algo que acompanha a pessoa ("doente") pelo resto da vida.

É possível perceber também que assim como são várias as definições, são vários os termos utilizados para o dito distúrbio. Além de dislexia de desenvolvimento, (Salgado & Capellini, 2008; Salles, Parente & Machado, 2004), há também o uso do termo dislexia de evolução (Ianhez & Nico, 2002). Cuba dos Santos (1986, p.3), na tentativa de delimitar o quadro clínico usa a terminologia dislexia específica de evolução e explica: "diz-se de evolução porque os sintomas tendem, com o tempo, a desaparecer espontaneamente, e

---

[9] A Associação Brasileira de Dislexia é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, com sede em São Paulo-SP. Iniciou atividades diagnósticas em 1988. Em 1999 iniciou-se o processo para coligação da ABD junto à IDA-International Dyslexia Association que se concretizou no ano de 2001.

específica para circunscrever bem a questão, que se refere apenas ao campo em que entram leitura e escrita.” Há também explicações de que a dislexia seria ‘específica’ exatamente por não ser reconhecida uma causa ou terem sido conclusivos os estudos sobre a alteração no cérebro responsável pela dificuldade. (Organização Mundial de Saúde, 1993 citado por Massi, 2007). Massi (2007) é uma autora que questiona esta terminologia, que na verdade não define melhor o quadro da dislexia, apenas demonstra a fragilidade desta patologia de causa desconhecida e sintomas temporários, que acometeria principalmente crianças em fase de alfabetização.

A Associação Brasileira de Dislexia (ABD) define dislexia como um transtorno de aprendizagem na área da leitura, escrita e soletração, sendo o distúrbio de maior incidência nas salas de aula (ABD, 2008). A associação ainda afirma que

> a dislexia não é o resultado de má alfabetização, desatenção, desmotivação, condição sócio-econômica ou baixa inteligência. Ela é uma condição hereditária com alterações genéticas, apresentando ainda alterações no padrão neurológico... Como a dislexia é genética e hereditária, se a criança possuir pais ou outros parentes disléxicos quanto mais cedo for realizado o diagnóstico melhor para os pais, a escola e a própria criança. A criança poderá passar pelo processo de avaliação realizada por uma equipe multidisciplinar especializada, mas se não houver passado pelo processo de alfabetização o diagnóstico será apenas de uma ‘criança de risco’.

A ABD apresenta a suposta condição de dislexia como se todos os estudos fossem conclusivos: é hereditária e com alterações genéticas. Na verdade poderia ser hereditária, seria genética, se tivesse sido comprovada, se a linguagem e suas formas de registro pudessem estar circunscritas a um gene. Segundo Capovilla (2004) os aspectos genéticos e neurológicos ainda estão em estudo, havendo apenas *evidências* de que a dislexia seja hereditária e de que haja correspondência de alterações cerebrais nas crianças que o autor chama “maus leitores”.

Coles (1987) faz uma revisão crítica de estudos importantes que defendem a hereditariedade das dificuldades de aprendizagem (Finucci et al, 1976; Symmes & Rapoport, 1972; DeFries, 1982 citados por Coles, 1987). Primeiramente, ressalta que em nenhum dos estudos é considerada qualquer possível contribuição da escola para as dificuldades encontradas pelas crianças. Nas pesquisas algumas crianças já tinham alcançado um nível de leitura muito maior do que o relatado pela escola, o que não gerou nenhum questionamento por parte dos pesquisadores sobre a avaliação e ensino proporcionados às crianças participantes da pesquisa.

Os estudos também não examinaram o discurso dos pais, que diziam defender seus filhos das acusações dos professores de que eles se aplicavam pouco nos estudos. A influência da família foi pouco explorada, sendo desconsiderada em sua complexidade, que pode afetar as crianças em sua personalidade, habilidades e saúde mental, nas mais diferentes direções e produzir tanto similaridades quando diferenças. Houve a conclusão simplista na pesquisa de Finucci et al (1976) de que se irmãos agem de maneiras diferentes, mesmo estando sob as mesmas influências familiares, logo a questão seria genética.

Voltando a questão das definições aqui discutidas, Lyon (1995) publicou na revista Annals of Dyslexia uma primeira versão de definição comentada para o alegado distúrbio da dislexia. A maneira de trabalhar buscando justificar e fundamentar cada frase com pesquisas da área foi reelaborada em 2003, por um grupo de trabalho da International Dyslexia Association (IDA), em conjunto com Lyon, Shaywits e Shaywits, pesquisadores americanos.
A seguir a primeira definição, publicada em 1995:

> Dislexia é um dos vários distúrbios de aprendizagem. É um distúrbio específico de linguagem, de origem constitucional caracterizado pela dificuldade em decodificar palavras isoladas, refletindo comumente processo fonológico insuficiente. Tais dificuldades em decodificar palavras são frequentemente inesperadas em relação a idade e outras habilidades cognitivas e acadêmicas; elas não são resultado de distúrbios gerais do desenvolvimento ou prejuízos sensoriais. Dislexia se manifesta pela dificuldade variável com diferentes formas de linguagem, frequentemente incluindo, além de problemas de leitura, um evidente problema em adquirir proficiência em leitura e soletração. (Lyon, 1995, p.2)

E agora a definição publicada em 2003:

> Dislexia é uma dificuldade específica de leitura de origem neurobiológica. Caracteriza-se pela dificuldade no reconhecimento de palavras de maneira correta ou fluente e insatisfatória habilidade em soletração e decodificação. Essas dificuldades resultam tipicamente de um déficit em componente fonológico da linguagem, e são frequentemente inesperadas em relação a outras habilidades cognitivas e ensino adequado. Consequências secundárias incluem problemas na compreensão de leitura e a reduzida experiência em leitura pode impedir o aumento do vocabulário e de outros conhecimentos. (Lyon, Shaywitz & Shaywitz, 2003, p.2)

Em geral a concepção mecanicista de linguagem e a necessidade de critérios de exclusão se mantiveram em ambas as definições. Comentários sobre a nova definição foram tecidos em contraposição à definição de 1995, fazendo referência aos novos termos utilizados e cabe aqui destacar um deles, que também se ressalta no texto dos autores: o presumível grande avanço no uso do termo “origem neurobiológica” no lugar de “origem constitucional”, com explicações sobre esta origem que teria sido suspeitada há mais de 100 anos. O principal

autor citado para sustentar a origem neurobiológica foi o neurologista francês Dejerine, que desde 1891 sugere que uma parte da região posterior esquerda do cérebro é crítica para a leitura.

> Começando com Dejerine, um grande corpo da literatura em dificuldades adquirida para leitura descreve lesões neuroanatômicas mais proeminentes centradas na área parieto-temporal (incluindo o giro angular, giro supramarginal e porções posterior do giro temporal superior) como a região essencial para mapear a percepção visual da impressão das estruturas fonológicas do sistema de linguagem. (Lyon, Shaywitz & Shaywitz, 2003, p.3)

O principal autor utilizado para referenciar o grande avanço na compreensão da causa da dislexia do desenvolvimento como sendo um distúrbio de origem neurobiológica atuou com pesquisas que buscavam o entendimento da dislexia adquirida ou alexia, causada por lesão cerebral em adultos que haviam adquirido as capacidades de leitura e escrita anteriormente. A condição de lesão cerebral é completamente diversa daquela que ocorre em crianças ou adolescentes em processo de apropriação do objeto de conhecimento da linguagem escrita.

Embora haja certa confluência no artigo de Lyon, Shaywitz e Shaywitz (2003) quanto à definição e ao entendimento da causa e funcionamento cerebral de pessoas com dislexia adquirida e dislexia de desenvolvimento (também chamada de dislexia de evolução ou dislexia específica de evolução, dentre outras), a ABD intenta evidenciar que esta diferenciação está posta:

> a dislexia em si, ou dislexia de evolução, o objetivo de nossos estudos e matéria deste livro, é diferente da chamada dislexia adquirida, ou afasia, como é conhecida. Embora os sintomas sejam bastante semelhantes, a primeira é congênita e hereditária, e a segunda, consequência de um traumatismo craniano, acidente vascular, tumor, derrame, etc. (Ianhez & Nico, 2002, p.22 e 23)

Como vimos, ao contrário do que coloca esta associação, uma das definições mais citadas[10] e mais recentes para dislexia do desenvolvimento apoia-se em estudos realizados para compreender a dislexia adquirida. Isso evidencia que a diferenciação entre dislexia do desenvolvimento e dislexia adquirida não é tão clara como se tenta demonstrar. Além disso, ao longo do texto, que tinha como objetivo explicar o avanço no uso do termo "neurobiológico", não houve qualquer referência sobre como atuaria a disfunção no funcionamento cerebral de uma criança que seria disléxica. Foi apenas referida a descoberta

---

[10] O artigo de Lyon, Shaywitz e Shaywits (2003) é um dos mais citados em outros trabalhos de acordo com o site Web of Science, 102 vezes, um número bastante elevado em relação aos demais artigos da área.

de quais áreas do cérebro são ativadas durante a leitura, por meio de exames de imagem cerebral. É de fato esperado que, em estudos neurológicos que mapeiam as regiões cerebrais ativadas durante a leitura, ou durante alguma atividade de memória verbal, encontrem-se resultados diferentes de migração do fluxo sanguíneo entre pessoas que lêem e pessoas que não lêem. Tal resultado pode ser atribuído ao fato de que o funcionamento cerebral de quem aprendeu a ler é diferente do da pessoa que ainda não encontrou solução para sua dificuldade; e como esclarece Moysés (2001)

> mesmo admitindo o substrato biológico das funções intelectuais, não se pode ignorar que tudo que temos acesso, também no campo da inteligência, de cognição, de aprendizagem, resume-se a expressões. Expressões que trazem em si, indeléveis, as marcas da história de vida da pessoa e de sua inserção social. (p.40)

Ainda sobre a definição de Lyon, Shaywitz e Shaywitz (2003), na seguinte frase: "... caracteriza-se pela dificuldade no reconhecimento de palavras de maneira correta ou fluente e insatisfatória habilidade em soletração e decodificação", fica evidente que a linguagem é compreendida como um código. De acordo com Massi (2007)

> a visão que concebe a língua como um código – organizado em função de um amontoado de sons, letras, sílabas e palavras isoladas de um contexto significativo – e o aprendiz como um ser passivo, mero memorizador de repetições, está explicitamente pautada em uma perspectiva behaviorista (p.45).

Esta visão acaba por reduzir a linguagem a processos resultantes de um substrato neurobiológico, afastando-se do processo interacional e intersubjetivo que é espaço de constituição dos sujeitos e da própria linguagem. Quando o leitor se encontra diante de um texto, um diálogo se estabelece, e esse diálogo é referenciado por um contexto, acontece "em função de expectativas e necessidades, do prazer das descobertas e do reconhecimento de vivências do leitor". (Martins, 1888, p.34)

Concluo esta breve revisão sobre as tentativas de definições sobre o que seria dislexia com uma frase. Ela encerra um artigo de revisão da literatura especializada sobre a definição de dislexia, e sua relação com a consciência fonológica.

> Ao término desta revisão pode-se concluir que não há consenso na literatura sobre a definição de dislexia, bem como se há ou não fatores associados a ela. (Deuschle, Cechella, 2008, s/p)

3.4 Especulações sobre a causa

3.4.1 A ideia de um déficit visual

Uma das primeiras hipóteses sobre a causa da dislexia foi que crianças disléxicas sofreriam com algum tipo de problema visual. Talvez porque um dos primeiros pesquisadores que procurou compreender dificuldades de leitura tenha sido Hinshelwood, um oftalmologista.

Outro autor pioneiro a explorar esta hipótese foi Orton (1925) argumentando que era preciso atentar para a orientação das letras e ordem das sílabas. Por exemplo, p e q que são diferentes apenas em sua orientação, e entre seta e esta, que contém as mesmas letras, sendo modificadas apenas em sua ordem. Orton argumentava que esta dificuldade surgia em decorrência de um desenvolvimento neurológico imperfeito, já que os hemisférios direito e esquerdo deveriam se diferenciar para que a criança pudesse discriminar imagens que são espelho uma da outra, e tal não ocorreria no funcionamento cerebral de pessoas com o que ele denominou strephosymbolia. Cabe salientar que estas eram apenas hipóteses criadas pelo autor para o problema da criança com dislexia, sendo que não foi realizada nenhuma pesquisa científica pelo autor. (Nunes et al, 2000)

Estudos posteriores não confirmaram a hipótese de Orton a respeito dos erros de inversão e da dominância cerebral. Concluem estes estudos que foram muito poucas as evidências de que existe menor dominância cerebral nas crianças supostamente disléxicas que em outras crianças. (Nunes et al, 2000)

Vellutino (1979 citado por Nunes et al, 2000) argumentava que a forma correta de se estudar a ideia de que as crianças disléxicas se atrasam na leitura em consequência de problemas visuais é apresentando-lhes tarefas de aprendizagem nas quais elas devem aprender a reconhecer e discriminar formas visuais, após muitas apresentações. Se a aprendizagem de formas visuais for importante para a aprendizagem da leitura, à medida que as crianças são expostas à leitura elas devem tornar-se capazes de reconhecer palavras como formas familiares. Assim, Vellutino apresentou a grupos de crianças “disléxicas” e de crianças “normais” tarefas em que elas deveriam reconhecer algumas formas não familiares de natureza abstrata.

> Essas tarefas não eram mais difíceis para as crianças disléxicas do que para as crianças que liam num nível apropriado para sua idade. A ideia de que existe um déficit visual na dislexia é

> uma ideia simples e atrativa, mas, até o momento não existe evidência convincente a favor dessa explicação. (Nunes et al, 2000, pp.28 e 29)

3.4.2 A ideia de um déficit linguístico

Esta sugestão foi apoiada, mas não comprovada pelo padrão de resultados que as crianças pretensamente disléxicas produzem nos testes de inteligência. Há a hipótese de que a dislexia seja causada por alguma anormalidade no hemisfério cerebral esquerdo, responsável pela linguagem, o que resultaria nas diferenças entre QI verbal e não verbal. “Esse argumento centra-se na ideia de que as crianças disléxicas têm dificuldades especiais com a linguagem -, a linguagem é controlada principalmente pelo hemisfério esquerdo - portanto, a dislexia seria um problema do hemisfério esquerdo.” (Nunes et al, 2000, p.33).

O baixo desempenho das crianças que seriam disléxicas nos testes de QI verbal é provavelmente uma consequência e não a causa de suas dificuldades de leitura. “Até o momento não podemos ter certeza de que a relação causa/efeito entre habilidades linguísticas e aprendizagem da leitura exista em uma direção e não na outra.” (Nunes et al, 2000, p.34).

3.4.3 Consciência Fonológica

Trata-se da dificuldade de crianças que estão aprendendo a ler em descobrir que letras individuais representam fonemas isolados. Desta forma, conclui-se que se as crianças têm dificuldade em reconhecer que as palavras podem ser analisadas em fonemas é provável que tenham também dificuldade em aprender a ler. Esse é um obstáculo que parece afetar todas as crianças e não apenas as disléxicas, no entanto pergunta-se: as crianças declaradas disléxicas seriam mais afetadas por esta dificuldade?

Para verificar essa hipótese foram realizadas pesquisas com a utilização de pseudopalavras a fim de evitar a possibilidade de que as crianças simplesmente reconheçam as palavras de uma maneira global. Uma criança que consiga ler palavras inventadas compreenderia a relação entre sons e letras usadas na escrita. O uso de pseudopalavras denota uma visão artificializada que retira da linguagem a função social que lhe é inerente. Tal tarefa artificializada e desprovida de sentido em realidade não avalia a escrita, por se tratar de uma tarefa descontextualizada e fragmentada, ignorando o texto como manifestação da língua. (Massi, 2007)

De acordo com Nunes et al (2000) estudos que buscavam compreender o papel da consciência fonológica na aprendizagem de crianças disléxicas (Frith & Snowling, 1983; Snowling, 1987; Baddely, Ellis, Miles & Lewis, 1982) sugerem, mas não demonstram que as disléxicas têm uma consciência fonológica prejudicada em relação às crianças que não apresentam dificuldades. “As análises da distribuição da habilidade de leitura na população indicam existir um contínuo na dificuldade exibida pelas crianças ao aprenderem a ler.” (Nunes et al, 2000, p.53)

3.5 Caracterização da Dislexia

Serão especificados e em seguida problematizados alguns aspectos que caracterizariam a dislexia, chamados *sintomas* de acordo com Ianhez e Nico (2002). Ressalta-se que nesta obra os autores não se referem a outros estudos que embasem a descrição destes “sintomas”.

- ✓ Desempenho inconstante;
- ✓ Demora na aquisição da leitura e da escrita;
- ✓ Lentidão nas tarefas de leitura e escrita, mas não nas orais;
- ✓ Dificuldade com os sons das palavras e, consequentemente, com a soletração;
- ✓ Escrita incorreta, com trocas, omissões, junções, e aglutinações de fonemas;
- ✓ Dificuldade em associar o som ao símbolo;
- ✓ Dificuldade com a rima e aliteração;
- ✓ Discrepância entre as realizações acadêmicas, as habilidades linguísticas e o potencial cognitivo;
- ✓ Dificuldade em associações, como, por exemplo, associar os rótulos aos seus produtos;
- ✓ Dificuldade para organização sequencial, por exemplo, as letras do alfabeto, os meses do ano, tabuada, etc.;
- ✓ Dificuldade em nomear objetos, tarefas, etc.;
- ✓ Dificuldade em organizar-se com o tempo (hora) no espaço (antes e depois) e direção (direita e esquerda);
- ✓ Dificuldade em memorizar números de telefone, mensagens, fazer anotações, ou efetuar alguma tarefa que sobrecarregue a memória imediata;
- ✓ Dificuldade em organizar suas tarefas;
- ✓ Dificuldade com cálculos mentais (diz respeito a outro transtorno, discalculia);
- ✓ Desconforto ao tomar notas e/ou relutância para escrever;
- ✓ Persistência no mesmo erro, embora conte com ajuda profissional. (p.26)

Quanto à persistência no erro ou desconforto e relutância para escrever, salienta-se que nestes casos existem condições subjetivas e relacionadas à história do processo de escolarização que podem levar a essas atitudes frente objetos de conhecimento. Condições essas que são passíveis e devem ser investigadas e não simplesmente tomadas como sintomas de uma doença. Foi colocado também como um sintoma, “lentidão nas tarefas de leitura e

escrita, mas não nas orais". As crianças de fato aprendem a linguagem oral anteriormente à linguagem escrita, portanto, estando a criança ainda em processo de letramento ou alfabetização é esperado que ela tenha melhor desempenho na fala do que na leitura e escrita.

Para Vellutino (1982, citado por Massi, 2007) não é possível afirmar que problemas de esquema corporal, transtornos de memória, desestruturações espaço-temporais, aspectos psicomotores, entre outros, sejam peculiares a crianças tomadas como disléxicas, mas os seguintes "sintomas" são colocados: dificuldade para organização sequencial, por exemplo, as letras do alfabeto, os meses do ano, tabuada, etc.; dificuldade em nomear objetos, tarefas, etc.; dificuldade em organizar-se com o tempo (hora) no espaço (antes e depois) e direção (direita e esquerda); dificuldade em memorizar números de telefone, mensagens, fazer anotações, ou efetuar alguma tarefa que sobrecarregue a memória imediata; dificuldade em organizar suas tarefas. Tais características podem ser encontradas em qualquer sujeito, em aprendizes considerados portadores de dificuldades para ler e escrever e também em alunos que seguem o fluxo previsto pela escola. Concordando com Vellutino, García (1993) afirma que essa abordagem não se sustenta pelo fato de apoiar-se em explicações distantes das especificidades da linguagem escrita.

Deuschle e Cechella (2008) também expõem sobre os "sintomas" do distúrbio e alguns aspectos que devem ser observados para realizar o diagnóstico de dislexia. São eles: histórico familiar de dislexia; alterações precoces na linguagem, referentes à articulação, mas não à compreensão; leitura e escrita muitas vezes incompreensíveis; pânico ao ter que ler em voz alta; ansiedade ao realizar testes; dificuldade em soletrar; capacidade superior de aprendizagem aliada à escrita deficiente; compreende a ideia principal, mas não recorda os detalhes do texto; confusões de letras com diferente orientação espacial (b/d); troca de fonemas surdos por sonoros, ou o contrário; dificuldades com rimas; metáteses ou epênteses; substituições de palavras com estruturas semelhantes; fragmentação incorreta em frases (ex: eu fuijo gar bola com minhapri ma.); dificuldade para compreender o texto lido, além de leitura lenta e silabada.

Para concluir a respeito de muitos aspectos descritos é necessário conhecimento sobre o contexto de aprendizagem em que a criança se encontra. Por exemplo, quais estratégias pedagógicas foram utilizadas no ensino em sala? Pensar qual a história de escolarização das pessoas da família e da criança, em vez de pensar em "histórico familiar de dislexia". Há um ambiente de competitividade exacerbada, ou inibidor que possa causar ansiedade ao realizar testes ou que cause um "pânico ao ler em voz alta"? Uma pessoa que está em processo de

alfabetização deveria se sentir à vontade para ler em voz alta? As confusões com orientação espacial (b/d) e troca de fonemas com separação de palavras, entre outros processos chamados "sintomas", estão relacionados ao processo normal de aprendizagem. Quanto a estas confusões de orientação espacial ou a também comumente chamada "visão em espelho" Cagliari (1989, p.20) considera: "[...] uma criança não tem visão em espelho das coisas. Quando se encontra numa sala, sabe muito bem como sair dela pela porta e não se choca contra a parede como se visse a porta ao contrário [...]".

Aspecto importante a ser considerado para a avaliação de linguagem ou entendimento de erros como sintomas, se refere à concepção de erro e de como acontece o processo de aprendizagem da leitura e escrita. Para Cagliari (1997, p.204)

> a criança não sabe escrever: está aprendendo; e como não tem todas as informações, procura achar sua lógica e coerência, podendo chegar a resultados inesperados, que nem sempre são corretamente entendidos pela professora. Todos os erros da criança têm uma explicação. Nenhuma criança age na escola como se tivesse um cérebro de palha. Entender as estratégias das crianças que erram é condição fundamental para se programar o ensino e a aprendizagem. Quando não se entendem as estratégias das crianças, aparecem outros tipo de explicações, nem sempre muito justas.

O entendimento sobre como ocorre o processo de alfabetização está relacionado á concepção de linguagem que tomamos para compreendê-lo. Para Ferreiro (1985) a escrita pode ser tomada como uma representação da linguagem ou como um código de transcrição gráfica das unidades sonoras. No último caso, coloca-se em evidência a discriminação visual e auditiva com a linguagem, permanecendo de certa forma entre parênteses.

> Se a escrita é concebida como um código de transcrição, sua aprendizagem é concebida como a aquisição de uma técnica; se a escrita é concebida como um sistema de representação, sua aprendizagem se converte na apropriação de um novo objeto de conhecimento, ou seja, em uma aprendizagem conceitual. (Ferreiro, 1985, p.160)

Segundo a metodologia científica da obra de L.S. Vigotski e seus colaboradores, é preciso evitar análises explicativas dos níveis mais complexos a partir de mecanismos que apresentem estruturas menos complexas de organização e movimento da matéria. Esta é uma característica essencial do método Vigotskiano para evitar reducionismos e dicotomias mecânicas, que se empregam nas ciências positivistas (Beatón, 2003). Os estudos sobre dislexia tradicionais intentam compreender e explicar níveis mais complexos da linguagem, que estão presentes no momento de aquisição da escrita, a partir de mecanismos menos

complexos, que seriam processos de codificação e decodificação de sons. Esse procedimento resulta num reducionismo da linguagem humana e na falácia de um suposto transtorno.

3.6 O Diagnóstico

Existem tantas controvérsias quanto ao diagnóstico de dislexia quanto em relação à sua definição – o que não é surpreendente, visto que o processo de avaliação provém de conhecimentos relacionados ao que seria o distúrbio. As dúvidas, incertezas e falta de embasamento científico que justificam a dislexia são tamanhas que em 1978, nos Estados Unidos, a maneira de se realizar o diagnóstico foi sancionada por lei. Esta lei americana define que um dos principais critérios para se chegar a um diagnóstico preciso de dislexia é a exclusão de fenômenos causais – transtorno de percepção sensorial, transtornos psiquiátricos primários, patologias neurológicas graves, oportunidade escolar insuficiente e falta de estímulos socioculturais – que poderiam explicar o desnível entre a capacidade intelectual da criança e sua possibilidade de ler e escrever. (Massi, 2007). No Brasil, intenta-se seguir os passos americanos com um projeto de Lei da câmara dos deputados, o nº 4933/2009, que dispõe sobre o reconhecimento e definição da dislexia e dá outras providências.

Nunes et al (2000) diferenciam a qualidade entre laudos produzidos em consultórios particulares e outros produzidos por profissionais de instituições públicas. Para ela um aspecto positivo é o detalhamento dos consultórios particulares que é maior, percorrendo além do WISC a questão da lateralidade, a análise a partir de ditados, interpretações de palavras ou textos, e leituras. No entanto, como referido anteriormente neste trabalho, questões de lateralidade e organização espacial não podem estar relacionadas à dislexia. Além disso, a utilização de testes como o WISC para avaliação de inteligência, bem como a avaliação em si é amplamente questionada, não sendo possível medir quaisquer potenciais humanos ou potenciais de inteligência. Moysés (2001) relata que além do processo de elaboração de alguns testes como Wechsler Inteligence Scale for Children, Teste Gestáltico Visomotor de Bender ou Exame Neurológico Evolutivo conterem vários vieses e estarem vinculados ao ideário eugenista, é impossível o acesso à inteligência de uma pessoa, senão à expressão dela construída histórica e socialmente. Segundo Patto (1997) a crítica dos piagetianos a este tipo de avaliação surge de forma evidente já que os testes medem a resposta dada pela criança em detrimento do raciocínio utilizado por ela para sua produção. Massi (2007) aponta que os

testes de QI se mostram fragilizados de tal forma que chega a ser mais um problema do que uma solução tomá-los como quesito para a validação de um diagnóstico de dislexia.

Além do teste WISC, é possível reconhecer um número extensivo de testes a serem aplicados no procedimento diagnóstico da dislexia. Em trabalho descrito por Pestun, Ciasca e Gonçalves (2002) a avaliação para diagnóstico da dislexia deve ser realizada por uma equipe multiprofissional e incluir os seguintes procedimentos: a) testes formais: escala de inteligência Wechesler para crianças (WISC); teste gestáltico visomotor (Bender/Clawson); bateria Luria-Nebraska – avaliação neuropsicológica para crianças; teste de audibilização; tarefa de segmentação fonêmica; listas de palavras para leitura oral, repetição e tomada de ditado; texto para leitura oral e interpretação; e exames complementares: audiométrico; oftalmológico; neurológico tradicional (ENT) e evolutivo – versão abreviada (ENEVA); e cintilográfico (SPECT - Single photon emission computed tomography).

Capellini, Germano e Cardoso (2008) com objetivo de caracterizar o desempenho de crianças com dislexia quanto às habilidades auditivas e de consciência fonológica descrevem os instrumentos utilizados para realização do diagnóstico das crianças disléxicas participantes da pesquisa:

> exame Neurológico Evolutivo – ENE (Lefrève, 1976), Escala de Inteligência para Crianças – WISC III (Wechsler, 2002), Bateria Lúria-Nebraska – BLN (Ciasca, 1994), Avaliação Fonológica da Criança – AFC (Yavas, Hernandorena & Lamprecht, 1991), Prova de Consciência Fonológica – PCF (Capovilla & Capovilla, 1998), Prova de Nomeação Automática Rápida – RAN (Capellini, Ferreira, Salgado & Ciasca, 2007), Prova de Memória de Trabalho Fonológica (Capellini, Padula & Ciasca, 2004), Prova de Leitura e Escrita (Pinheiro, 1994), Nível e Velocidade de Leitura Oral (Capellini & Cavalheiro, 2000), Redação Temática (p.238).

Muitos são os testes e profissionais requisitados para realização do diagnóstico de dislexia, no entanto não há um protocolo para que qualquer profissional da equipe realize uma investigação sobre o processo de escolarização da criança; uma visita; um questionário para o professor que possibilite reflexão sobre sua prática docente. Além disso, os testes em sua maioria envolvem questões de leitura e escrita que já se sabe ser a dificuldade principal da criança desde o momento em que foi encaminhada para este tipo de avaliação. **“**Um olhar voltado para a carência, para a falha da criança. É quase como se a criança que está sendo avaliada, precisasse se encaixar nas formas de avaliação que o avaliador, supostamente inteligente, conhece.” (Moysés, 2001, p.42)

Clay (1987citado por Vellutino, 2004) aponta que todas as pesquisas sobre distúrbios de leitura têm falhado em verificar a história educacional das crianças diagnosticadas,

desconsiderando que fatores adversos provenientes de uma instrução pedagógica inadequada podem frequentemente preceder ou induzir dificuldades na leitura que imitam os efeitos de um déficit cognitivo de base cerebral.

De acordo com Cagliari (1997) a linguagem é inteiramente abstrata, criada sob conceituações e generalizações. Somente sua manifestação é sonorizada e escrita. Este autor, entendendo a linguagem como uma representação do mundo, faz uma crítica à aplicação de testes diagnósticos, que trata a linguagem prioritariamente como uma aquisição de habilidades auditivas e consciência fonológica. Cagliari (1997) diz:

> Toda reflexão sobre a escrita é uma representação (metalingüística) de uma representação (escrita) de uma representação (linguagem propriamente dita) do mundo. O jogo metalingüístico que ocorre na escola e em muitos testes de cognição, inteligência etc. nem sempre tem suas regras claras e explícitas o suficiente para que o adversário saiba como reagir. (p.200)

A situação de teste é uma situação inibidora e a maioria das pessoas perde a fluência nestes momentos. Para o diagnóstico de dislexia são necessários inúmeros testes que envolvem reprodução de sons, leitura e ditado de frases e palavras (existentes e inventadas) isoladas e descontextualizadas, interpretação, redação, repostas a perguntas que nem sempre fazem parte da realidade social das crianças e que, sobretudo, dependem de aprendizado anterior (questões do teste WISC, por exemplo).

Muitos dos testes citados anteriormente, utilizados para a avaliação diagnóstica de dislexia, seguem os mesmos moldes utilizados para a classificação das afasias ou dislexia adquirida (Massi, 2007), e na avaliação levarão em conta os erros ou falhas das crianças nas respostas, subsidiando a classificação como disléxicas ou não. Sendo os testes situações inibidoras para uma criança, entrar em contato com as atividades cotidianas dela seria uma forma mais legítima de conhecê-la: propor atividades relacionadas ao seu contexto social, privilegiando a criatividade e a liberdade de ação, em vez da padronização. (Cagliari, 1997).

No entanto, apesar das críticas ainda hoje os testes padronizados são largamente utilizados. Em seguida discutiremos sobre a história do desenvolvimento dos testes psicológicos e sobre seu protagonismo na avaliação para diagnosticar crianças e adultos com um suposto transtorno de leitura e escrita.

4 TESTES PSICOLÓGICOS: PROTAGONISTAS DO DIAGNÓSTICO

Medir aptidões supostamente naturais tornou-se um grande desafio que os psicólogos se colocavam no inicio do século XX (Patto, 1990). De acordo com Anastasi (1975) um dos primeiros problemas a estimular o desenvolvimento dos testes psicológicos foi a identificação dos “débeis mentais”, com a principal função de medir as diferenças entre indivíduos.

Enquanto Anastasi cita a origem dos testes aliada à identificação da deficiência intelectual, fica latente todo o contexto social e político que impulsionou as pesquisas sobre os testes, e que vinham também para justificar as desigualdades sociais decorrentes da forma de produção e divisão do trabalho capitalistas. Na última década do século XIX os psicólogos utilizavam instrumentos de medida que supostamente poderiam revelar quais eram as crianças normais e as anormais, as mais aptas e as menos aptas, responsabilizando-as pelo seu destino que não dependeria da ordem estabelecida e sim das capacidades individuais. Desta forma, esclarece Patto (1990, p.49) esta preocupação com as diferenças “só poderia ocorrer no âmbito da ideologia da igualdade de oportunidades enquanto característica distintiva das sociedades de classes.” Portanto, a igualdade de oportunidades estaria posta e a escola seria a responsável pela ascensão social, mas apenas para aqueles que fossem capazes e comprovassem sua competência nos resultado das provas.

Machado (1996) chama atenção para outra função dos testes além da educacional, pois era (e continua a ser) um recurso para simplificar e tornar mais rápida a seleção de mão-de-obra. Por meio da aplicação de testes, selecionam-se as pessoas que seriam mais “aptas para trabalhos específicos, em um processo no qual há muitos candidatos para poucas vagas, demanda produzida pela sociedade industrial capitalista” desde a segunda metade do século XIX.” (Machado, 1996, p.24)

De acordo com Masiero (2005) o que os testes medem são estados mentais e não traços, portanto o resultado pode mudar em curto prazo, assim como estados mentais se modificam. O que acontece, continua o autor, é que diversos trabalhos sobre testes de inteligência atribuem uma quantidade de inteligência imutável independentemente do momento histórico ou social em que vive o sujeito coletivo ou individual estudado.

Para contar um pouco sobre a história da medição psicológica cita-se Francis Galton, autor que contribuiu em muito para o reconhecimento da psicologia como ciência supostamente neutra e objetiva, e para a criação dos primeiros instrumentos de medida psíquica. Como precursor dos testes psicológicos tentou medir processos motores (como a

velocidade do tempo de reação), visando estimar o nível intelectual dos participantes. O autor produziu estudos em quatro vertentes da psicologia das diferenças individuais: biologia, estatística, psicologia experimental e dos testes psicológicos.

> Os objetivos de Galton, contudo, iam mais longe do que a mera comprovação do caráter genético das capacidades psíquicas individuais; estava em seus planos interferir nos destinos da humanidade através da eugenia, ciência que visava controlar e dirigir a evolução humana, aperfeiçoando a espécie através do cruzamento de indivíduos escolhidos especialmente para este fim. (Patto, 1990, p.38)

Masiero (2005) diz que parte dos instrumentos utilizados pela psiquiatria no começo do século com objetivos eugênicos e de controle social, guardam afinidades com algumas técnicas utilizadas atualmente principalmente as medidas psicológicas de inteligência, os psicodiagnósticos e as técnicas de avaliação da personalidade.

James M. Cattel, pioneiro no desenvolvimento de testes psicológicos e seguidor do pensamento de F. Galton também ocupou posição proeminente no desenvolvimento da testagem psicológica no final do século XIX (Anastasi & Urbinatti, 2000). Cattell, que trabalhou no estabelecimento de laboratórios de psicologia experimental e na disseminação do movimento de testagem, acreditava assim como um dos seus professores o filólogo Francis Marsh, na importância da coleta exaustiva de dados baseando-se no pressuposto de que uma vez obtida volumosa quantidade deles padrões e conclusões importantes se evidenciariam por si só (Goodwin, 2005). Moysés (2001, p.12) nos revela a impossibilidade deste tipo de pensamento para o objeto que se pretendia estudar:

> Se a própria definição do objeto a ser estudado, assim como o método de aproximação a ser empregado, são construções históricas, o dado em si não representa garantia da objetividade pretendida. O empírico não fornece dados neutros, absolutos, ao pesquisador; no empírico, constroem-se dados...

A avaliação desses primeiros testes produziram resultados muito desanimadores para o seu criador, pois o desempenho dos participantes apresentava pouca correspondência de um teste para o outro e pouca ou nenhuma relação intelectual baseadas nas avaliações dos professores ou nas notas acadêmicas. A busca de uma psicologia que pudesse se pautar pela certeza e exatidão das ciências físicas não se concretizou. Ainda assim, a corrida por precisar, determinar, medir algo imensurável teve continuidade com pesquisadores crentes em sua ciência, sem consciência de que não faziam mais que hipostasiar num pretenso conhecimento científico (Masiero, 2005).

Alfred Binet, biólogo francês, estudou principalmente testes mentais em que buscava selecionar e discriminar alunos com ‘atraso mental’ dos alunos ‘normais’. Intentava medir não mais atividades sensórias, mas as cognitivas utilizando tarefas que pretensamente exigiam a “inteligência geral”, construindo um escala métrica da inteligência infantil que estabeleceria a diferença entre vários graus de inteligência (Machado, 1996). Inicialmente, as pesquisas de Binet para avaliação da inteligência incluíram mensuração da forma craniana, facial, da mão e ainda caligrafia, por fim, Binet se convenceu de que a mensuração direta das funções intelectuais complexas seria mais promissora, criando um teste em nível crescente de dificuldade para avaliar funções como julgamento, compreensão e raciocínio. (Anastasi & Urbina, 2000).

Em relação a Binet, Bisseret (1979) faz a seguinte consideração:

> na realidade, suas primeiras pesquisas de tipo clínico sobre a gênese dos processos intelectuais superiores haviam-no conduzido a constatar a variabilidade das formas de julgamento e de raciocínio segundo o meio social da criança examinada...pouco a pouco ele se volta para uma prática puramente empírica e a idade torna-se o critério mais importante em função do qual se medem os resultados e seu grau de normalidade. (p.48)

Destaca-se que à época dos trabalhos de Binet, na virada do século, os Estados Unidos bem como outros países da Europa passavam por uma expansão do ensino público e os dirigentes das escolas se deparavam com a necessidade de detectar crianças consideradas “anormais” para encaminhamento às escolas ou classes especiais (Goodwin, 2005). As tarefas pertencentes aos testes de Binet em muito se assemelhavam ao que as crianças encontravam no sistema escolar francês e o objetivo do pesquisador era detectar as crianças com inteligência deficiente para que pudessem se beneficiar do que ele denominou *ortopedia mental*. Com a morte de Binet, em 1911, psicólogos americanos e ingleses filiados às ideias de Galton, continuam as pesquisas e aplicação dos testes psicológicos.

Henry Goddard, psicólogo americano especializado em psicologia genética foi responsável pela tradução das escalas de Binet para o inglês e também por sua ampla divulgação no país. Goddard tornou-se figura importante, pois o fato de ter promovido a utilização do teste contribuiu para legitimar a psicologia como disciplina e profissão. O pesquisador acreditava que a maior parte dos casos de debilidade mental devia-se a um gene recessivo. “É preciso reconhecer que a humanidade tem linhagens ou cepas variáveis, que são tão marcadas e se revelam tão verdadeiras quanto qualquer coisa que se diga da vida vegetal ou animal” (Goddard, 1912, p.12 citado por Goodwin, 2005). A explicação genética para diferenças construídas socialmente ganharam ainda mais força ao longo dos anos, sendo que

atualmente mantém sua expansão é uma das pretensas explicações para o alegado distúrbio da dislexia.

Nos primeiros anos do século XX houve também grande preocupação em relação à chamada “exportação de débeis mentais”. Os EUA, constituídos como uma nação de imigrantes procuravam restringir a entrada no país. Na virada do século, com o aumento significativo do número de prováveis novos cidadãos, os americanos criaram novos dispositivos de controle. Os antigos imigrantes, provenientes do norte da Europa, geralmente anglo-saxões, protestantes e com escolaridade média, diferiam dos novos estrangeiros que em geral eram pobres e com pouca escolaridade (Goodwin, 2005).

Neste contexto, os testes de inteligência foram largamente utilizados para a seleção dos novos cidadãos e Goddard aplicou principalmente teste de Binet afirmando que poderia identificar rapidamente os deficientes mentais com cerca de 90% de precisão. A precisão de Goddard era tamanha que descobriu um percentual alarmante (e irrealizável) de cerca de 80% de imigrantes situados no nível mental de 12 anos ou menos, chamou-os “tolos”, concluindo que “a inteligência da média dos imigrantes de ‘terceira classe’ é baixa”. A título de exemplo dos testes que eram aplicados em imigrantes, Moysés (2001) conta que uma das tarefas propostas solicitava que poloneses, italianos e judeus identificassem produtos manufaturados típicos da cultura americana, ou ainda que elencassem nomes de jogadores de determinado time profissional de beisebol (americano).

Goddard não levou em consideração que os imigrantes, além da dificuldade com a língua inglesa e com a cultura americana, também se sentiam intimidados e não sabiam o porquê da aplicação dos testes. Além disso, quando conclui que a grande maioria dos imigrantes de *terceira classe* possui idade mental abaixo do esperado, em nenhum momento relaciona o resultado encontrado ao contexto social do grupo analisado, mesmo sendo explicitamente denominado por ele de *terceira classe*. Não há qualquer investigação sobre a cultura, ou mesmo a hipótese de que este aspecto poderia influenciar o resultado. Isto ocorre devido ao próprio contexto cultural no qual o autor estava imerso, em que as ideias eugênicas ganhavam força e as determinações biológicas suplantavam qualquer pensamento que pudesse considerar as múltiplas determinações na construção da inteligência humana. Apenas no final de sua carreira, Goddard assume que havia exagerado quantos aos seus prognósticos para os que ele denominou débeis mentais, e argumenta a favor da educação, que possibilitaria a todos cuidarem de si e “competirem” pela existência (Goodwin, 2005).

Continua então a corrida pelo desenvolvimento e aprimoramento de testes psicológicos, principalmente de inteligência, até o ponto em que a capacidade mental passa a ser representada por um número: o QI. Lewis M. Terman reformulou o teste mental de Binet-Simon e criou a Bateria Stanford—Binet, um teste que pretendia identificar não só crianças abaixo da média e superdotadas, mas todo o continuum da inteligência. Não só identificar a idade mental que se relacionava à idade real, cronológica, mas também o potencial intelectual de uma pessoa, que seria o mesmo durante toda a sua vida.

A visão de Terman sobre a verdadeira democracia era de que havia oportunidades iguais, mas apenas para aqueles que tivessem a capacidade de aproveitá-las. Assim, a psicologia contribuiu para a sedimentação do pensamento de que as diferenças individuais eram as responsáveis pelas diferenças de classe numa sociedade de igualdade de oportunidades (Patto, 1990). Goodwin (2005) afirma que os procedimentos de amostragem do pesquisador seguiam certa lógica, mas a amostra não era representativa, já que tendia a ser formada por indivíduos de classe média ou alta, brancos, protestantes, filhos de profissionais liberais. A representação de grupos não brancos e pobres era excessivamente pequena.

Sinteticamente falando os psicometristas acima citados concordavam com os seguintes pontos: a capacidade mental era basicamente resultado de herança genética; o ambiente tinha pouco ou nenhum efeito sobre essa capacidade geral; a inteligência poderia ser composta de várias habilidades, mas subjacente a todas elas estaria uma única capacidade unitária; e esta capacidade era o que os testes mediam". O debate sobre inteligência e testagem ganhou evidência nos anos 20, com uma série de publicações entre Terman e um colunista chamado Walter Lippmann. O último dizia em uma das publicações que não é possível

> medir a inteligência se nunca a definimos. Tampouco podemos falar de sua base hereditária se ela se funde de maneira indistinguível com milhares de influências educacionais e ambientais, do momento da concepção até a idade escolar. (Lippmann, 1922, p.10 citado por Goodwin, 2005, p.281)

Paty (1998) nos alerta que de fato não existe definição de *inteligência* no sentido biológico. A inteligência é uma noção complexa que intervém em vários níveis da realidade. Os biólogos preferem falar em aptidões específicas, mas estas resultam de interações complexas dos neurônios, em que as aquisições da aprendizagem e da cultura desempenham um papel fundamental.

> Os autores que defendem a determinação genética da inteligência parecem desconsiderar o fato de que o pensamento está intrinsecamente vinculado à ação e, assim como o conhecimento científico, suas possibilidades de avanço estão definidas e limitadas, para a maioria dos homens, pelas necessidades e possibilidades concretamente colocadas a cada momento histórico. (Moysés, 2001 p.38)

Em consonância com Paty e Moysés, trazemos o pensamento da dialética marxista de que as ideias são construídas na materialidade da vida e das atividades de produção material. Nesta relação podem ser apreendidos os fenômenos da natureza, suas propriedades, suas leis, relações do homem com a natureza bem como entre eles próprios por meio das atividades de produção:

> Em Marx, a dialética deixa de ser um método fundado para obtenção de verdades atemporais ou para se estabelecer um "jogo" entre argumentos e pensamentos e passa a definir as verdades como compreensões datadas e situadas no processo de transformação da sociedade e de realização humana. (Loureiro, 2005, p.1485)

O determinismo biológico permite a crença de que a vida dos seres humanos está definida em seus genes, e os fenômenos sociais se dão pela constituição genética de cada ser que habita em sociedade. Desta forma, acredita-se que a sociedade é constituída pela soma de indivíduos com determinadas características biológicas, num reducionismo claro que pretende explicar o todo pela simples soma das partes (Moysés, 2001).

Voltando a Terman, este pesquisador (assim como Goddard) apesar de ter sido um dos principais defensores da hereditariedade da inteligência mudou sua concepção ao final da carreira, relatando menos certeza sobre a hereditariedade ser a chave para explicação das diferenças de QI (Goodwin, 2005).

Por último, selando a tendenciosa busca de status científico para os testes de inteligência citamos David Wechsler que lança a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças –WISC – propondo o uso de métodos estatísticos para o cálculo dos pontos de QI. “A partir de um referencial quantitativo (artificialmente construído, porque sem um significado próprio), difunde-se a ideia de que a escala de QI seria comparável à escala métrica; assim, alguém com QI 120 seria 20% mais inteligente do que outro com QI 100” (Moysés, 2001, p.100).

Dessa forma, um dos objetivos iniciais de Binet para o desenvolvimento de testes que era encaminhar crianças para uma “*ortopedia mental*” foi ficando cada vez mais remoto, sendo substituído pela necessidade de classificação, separação e justificação das desigualdades proporcionada pela atribuição de um número preciso às capacidades humanas.

4.1 Avaliação dos Testes Psicológicos pelo Conselho Federal de Psicologia

Em 2003, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) lançou uma nova resolução para definir e regulamentar o uso de testes psicológicos. Falaremos sobre algumas das principais modificações em relação à resolução anterior e sobre o resultado da avaliação dos testes usados no diagnóstico de dislexia.

Nos anos anteriores à resolução de 2003, que define e regulamenta o uso, elaboração e comercialização de testes psicológicos, a responsabilidade pela revisão era apenas do autor, do psicólogo responsável técnico e da editora. Estes poderiam responder judicialmente em caso de desrespeito à lei e ao disposto na resolução vigente. Uma mudança importante que se destaca é que com a nova resolução o CFP passa a manter uma Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica integrada por psicólogos convidados de reconhecido saber na área. O objetivo da comissão é analisar e emitir pareceres sobre os testes psicológicos encaminhados ao CFP com base nos parâmetros definidos na resolução, bem como apresentar sugestões para o aprimoramento dos procedimentos e critérios envolvidos nessa tarefa. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, [CFP] 2003).

Parece que enquanto a resolução de 2001 tem como principal destaque o fato do uso de testes psicológicos serem privativo ao psicólogo, uma novidade importante na nova resolução está em seu artigo 11º que diz: “as condições de uso dos instrumentos devem ser consideradas apenas para os contextos e propósitos para os quais os estudos empíricos indicaram resultados favoráveis.” (CFP, 2003)

Destaca-se que em ambas as resoluções constam como parâmetro que, para apresentação do sistema de correção e interpretação dos resultados, deve-se explicitar sua lógica. Quando esta estiver referenciada a uma norma é obrigatório o relato das “características da amostra de padronização de maneira clara e exaustiva, preferencialmente comparando com estimativas *nacionais*, possibilitando o julgamento do nível de representatividade do grupo de referência usado para a transformação dos escores.” (Artigos 4º e 5º, CFP, 2001 e 2003). Também fica claro nas resoluções que os testes estrangeiros, de qualquer natureza devem ser adequados a amostras brasileiras, “considerando a relação de contingência entre as evidências de validade, precisão e dados normativos com o ambiente cultural onde foram realizados os estudos para sua elaboração” (CFP, 2003, Art 7º).

O teste Wisc III amplamente utilizado e aprovado pelo CFP não foi padronizado de acordo com estimativas *nacionais*, mas sim por meio de pesquisa realizada no Rio Grande do

Sul. De acordo com Figueiredo (1998), autora da adaptação, a escala para crianças *(WISC* – Wechsler Intelligence Scale for Children) teve sua primeira edição de 1949 traduzida para a língua nacional por Ana Maria Poppovic, em 1964. Na tradução foram introduzidas pequenas modificações e adaptações, com mudanças insignificantes segundo a autora. Figueiredo e Pinheiro (1998, p.103) relatam uma única tentativa de adaptação para a população brasileira, realizada no ano de 1974 e ao final conclui:

> Segundo as próprias autoras, a amostra utilizada para a padronização do teste não pode ser considerada representativa da população brasileira, uma vez que ela incluiu somente crianças que moravam no antigo Estado da Guanabara, devendo ser utilizada com precaução para a criança brasileira.

Ainda assim, descreve que o objetivo de seu trabalho é, diante da suposta relevância do WISC III, "adequar uma escala de avaliação intelectual para o país". E descreve que "o trabalho consistiu na tradução do material original e na aplicação do conjunto *verbal* do teste a uma amostra de crianças da rede de ensino da cidade de Rio Grande (RS)" (Figueiredo e Pinheiro, 1998, p.104). A amostra do trabalho foi constituída por 801 crianças residentes da cidade de Pelotas, representando em torno de 1% da população geral de escolares da cidade. Pergunta-se: qual a diferença entre este trabalho realizado em apenas uma cidade da região sul, e aquele realizado no Estado da Guanabara, que a própria autora relata não ser representativa da população brasileira?

Coloquemos entre parênteses toda a crítica pertinente à concepção sobre o desenvolvimento humano inerente aos testes – de que mesmo com a padronização mais cuidadosa, ainda assim o ser humano e suas funções psíquicas se constroem em movimento e nas relações sociais concretas, não cabendo em nenhuma norma – coloca-se apenas a título de demonstração o gráfico a seguir. Existem diferenças regionais no Brasil, tanto em termos de cultura dos povos, quanto em termos de acesso à educação, sendo que no gráfico (Figura 1) a parte mais clara representa regiões com um nível muito menor de analfabetismo. O WISC é um teste que exige conhecimentos prévios, muitos deles comumente adquiridos na escola. Portanto, em um estudo que pretende a padronização *nacional*, o Brasil em nenhuma hipótese poderia ser representado por uma única região, pela *região sul* ou ainda por *uma* cidade do Rio Grande do Sul amostra real da pesquisa realizada por Figueiredo (Figueiredo e Pinheiro, 1998; Nascimento & Figueiredo, 2002).

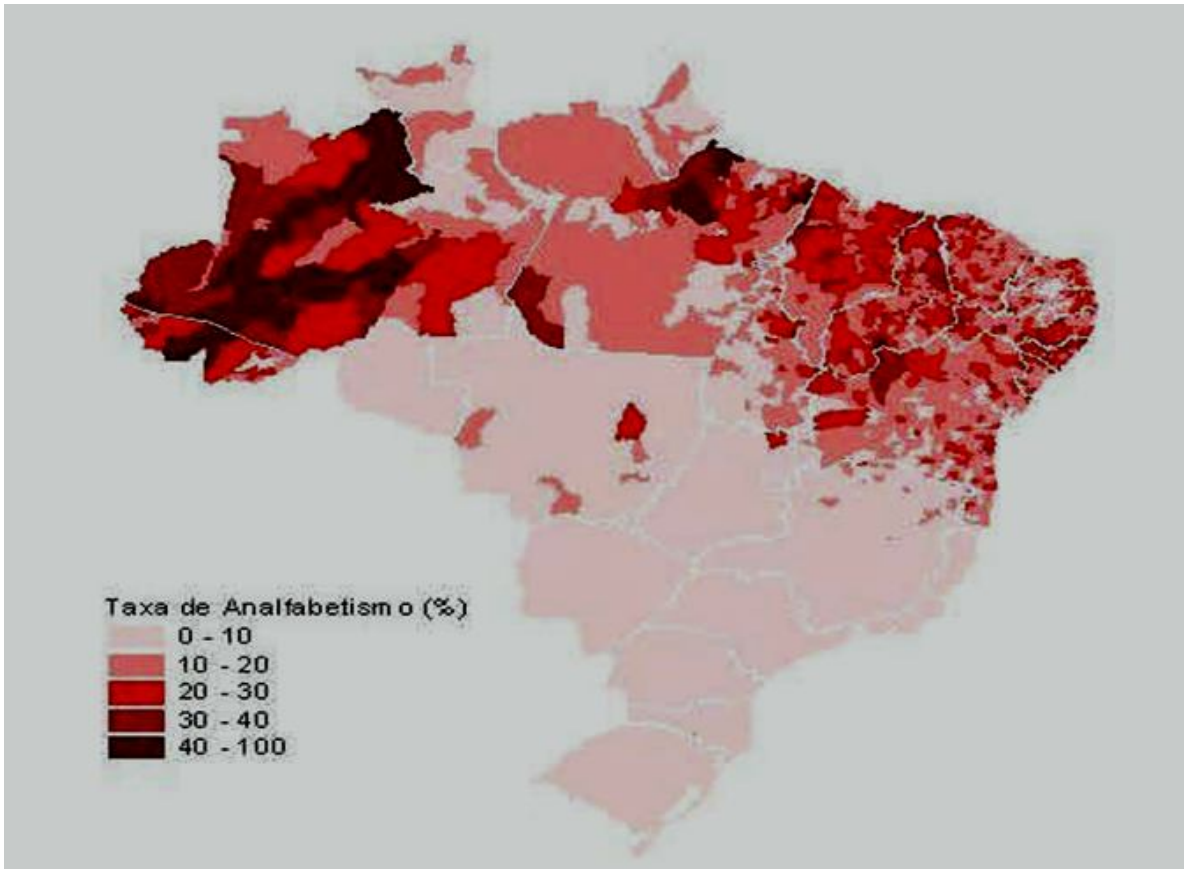

FIGURA 1 - Taxa de Analfabetismo de 13 a 14 anos por município – 2000
Fonte IBGE – Censo Demográfico - 2000

Voltando ás resoluções do CFP sobre a aprovação de uso dos testes psicológicos, consta que a avaliação realizada pela comissão poderá ser favorável ou desfavorável ao uso do teste. Em sendo desfavorável, os responsáveis pelo teste poderão solicitar recurso seguindo as orientações do parecer para que o problema seja sanado. Entre os testes utilizados para o diagnóstico de dislexia, apenas o WISC III nunca teve um parecer desfavorável, mesmo com as questões de padronização discutidas acima. O teste Bender, por exemplo, foi submetido à avaliação em 2003 e considerado desfavorável ao uso, mas em 2005 uma editora diferente lançou uma primeira edição do teste que então adquiriu aprovação.

A título de exemplo de aspectos considerados impedimentos para aprovação de um teste, o produto Matrizes Progressivas de Raven – Escala Avançada da editora CEPA foi considerado desfavorável, pois apresentava as seguintes lacunas:

Ausência de informações sobre precisão no Brasil
Ausência de informações sobre validação no Brasil
Ausência de informação sobre normas brasileiras

Ausência de definição de construto[11]

Este documento demonstra que por muitos anos, além de todas as sabidas restrições aos testes psicológicos como fiéis representantes da inteligência humana, muitos deles eram utilizados sem qualquer padronização de acordo com a cultura do país. O teste HTP foi analisado em 2003 e considerado desfavorável mesmo após um pedido de recurso. Da mesma forma que o teste Bender, que foi aprovado quando lançado por outra editora, o teste HTP conseguiu parecer favorável quando, em 2004, outra editora adquiriu os direitos de comercialização.

Embora seja um avanço que o CFP inicie um processo de investigação e fiscalização mais amplo e que intenta ser científico – com uma resolução que passa do destaque à utilização dos testes como privativa do psicólogo para uma preocupação com a qualidade dos testes utilizados esta é uma ação que não encerra o debate quanto à necessidade da utilização de medidas padronizadas para a avaliação das ações humanas. É imprescindível criticidade maior quanto a real necessidade do padrão e da norma para a profissão. Será que a necessidade do uso de testes vem a favor da ética de uma profissão compromissada com o humano em sua construção social e histórica, ou é uma necessidade que responde também a interesses de comercialização de produtos? Há ainda um longo caminho em direção a compreensão do indivíduo em sua construção histórica e cultural, independente de normas previamente estabelecidas, que enquadram e endurecem a compreensão da existência humana.

---

[11] Conselho Federal de Psicologia (2003) Parecer Conselho Federal de Psicologia. Aprovado na 17ª Reunião Plenária do CFP, realizada em 11 de abril de 2003. Brasília, DF.
Disponível no site http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/pareceres/desfavoraveis.htm

METODOLOGIA DA PESQUISA

1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O referencial teórico utilizado neste estudo baseia-se na concepção de Psicologia Escolar, em uma perspectiva crítica, alicerçada no materialismo histórico-dialético. A teoria histórico-cultural busca a desnaturalização dos fenômenos por meio do conhecimento a respeito de sua construção histórica, isto é, se propõe a explicar como a partir do mundo objetivo, histórica e socialmente determinado, se constrói o mundo subjetivo do indivíduo. (Meira & Tamanachi, 2003). Todo o saber científico é social, coletivo e histórico porque é resultado do processo de construção da cultura produzido por várias gerações, sendo um dos grandes alcances da cultura e da história da humanidade. Tal ideia é um produto das bases do pensamento materialista dialético e histórico que orienta o fazer científico do enfoque histórico – cultural.

À teoria de Vigotski pode-se chamar histórica, pois se fundindo ao aspecto cultural estuda os instrumentos usados pelo homem ao longo dos anos para dominar o ambiente e seu próprio comportamento, contemplando sua história social. É também cultural, pois envolve o estudo dos meios socialmente estruturados pelos quais a sociedade se organiza, tipos de instrumentos mentais e físicos tais como a linguagem e seu papel na organização e desenvolvimento dos processos de pensamento. (Luria, 2001)

De acordo com Beatón (2005) alguns dos conteúdos essenciais do método de Vigotski são:

1. Toma como ponto de partida o enfoque materialista dialético da natureza, da sociedade e do próprio ser humano;
2. Concebe a teoria como um recurso insubstituível da prática, partindo da prática e a ela retornando;
3. Estuda o desenvolvimento psicológico humano desde o ponto de vista histórico, cultural e social. O aspecto qualitativo e quantitativo em suas inter-relações, percorrendo o descritivo e o explicativo;
4. Concebe o processo de construção do conhecimento como histórico, cultural e social. Alguns sistemas conceituais dão lugar a outros, mediante a negação dialética, e não sua substituição mecânica dogmática.

Diante de tais proposições da teoria histórico-cultural, percebe-se sua base materialista dialética e cabe esclarecer alguns de seus principais pressupostos. A dialética é um método de interpretação do mundo, tanto da natureza quanto da sociedade, em que está presente o estudo da oposição na essência das coisas. Uma forma de analisar o universo que parte do axioma de que tudo se encontra em constante mudança e fluido. A dialética explica que a mudança e o movimento implicam em contradição e só podem se dar pela contradição. A teoria histórico-cultural, assim como a dialética materialista, trabalha no sentido epistemológico e metodológico de que tudo está em constante movimento, mudança e transformação: que todo conhecimento é relativo, flexível e histórico. Novos conhecimentos deverão surgir dos que já existem, a partir de uma análise crítica. (Garcia, 1993)

A negação dialética citada como parte dos conteúdos essenciais do método de Vigotski significa negar e preservar ao mesmo tempo. Na lei da negação da negação o movimento por meio de contradições sucessivas leva em realidade ao desenvolvimento, do simples ao complexo, do inferior ao superior. Embora os processos pareçam coincidir, eles não se repetem da mesma maneira. A dialética considera os processos fundamentais do universo, a sociedade a história das ideias não como um círculo fechado em que os mesmo processos simplesmente se repetem em um ciclo mecânico sem fim, senão como uma espiral aberta de desenvolvimento, em que nada se repete nunca da mesma maneira. As ideias, os dados e interpretações das escolas psicológicas podem ser reanalisadas, repensadas de acordo com os momentos históricos culturais pelos quais se transita. (Beatón, 2003)

Em relação aos métodos empíricos, Vigotski aceita o uso dos métodos gerais das ciências naturais, mas evita todo exagero empirista, positivista e pragmático, insistindo na estreita relação entre o empírico e o racional, entre o quantitativo e o qualitativo, o diretamente observável e os indícios, indicadores ou pistas que permitem a análise teórica e racional dos fatos e sua dinâmica interna, não diretamente observável. (Beatón.2003, p.9). Para Vigotski a pesquisa psicológica nunca deveria se limitar a uma especulação sofisticada de laboratório divorciada do mundo real. (Luria, 2001)

Estas foram breves considerações sobre as contribuições da teoria histórico-cultural para a metodologia científica, e em consonância com esta teoria, é em direção ao mundo real que esta pesquisa se direciona.

2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A *abordagem qualitativa* de estudo de caso foi escolhida levando-se em consideração o objetivo e a perspectiva teórica que fundamenta esta pesquisa. Com o objetivo de investigar a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de escolarização foi analisado o caso de uma criança, estudante de escola pública, que passou por um processo diagnóstico em uma organização não governamental que se denomina especializada em dislexia.

Mazotti (2006) esclarece que:

> [...] o maior problema de grande parte dos trabalhos apresentados como estudos de caso é que eles não se caracterizam como tal. Refletindo uma visão equivocada sobre a natureza desse tipo de pesquisa, esses estudos são assim chamados por seus autores pelo simples fato de serem desenvolvidos em apenas uma unidade (uma escola, uma turma) ou por incluírem um número muito reduzido de sujeitos. (p. 639)

De acordo com Stake (2000) o estudo de caso não é uma escolha metodológica, mas uma escolha sobre o que será estudado. Para este autor, o estudo de caso como estratégia de pesquisa é caracterizado pelo interesse em casos individuais e não pelos métodos de investigação, os quais podem ser os mais variados, tanto qualitativos como quantitativos.

Stake (2000) distingue três diferentes tipos de estudos de caso de acordo com suas finalidades: intrínseco, instrumental e coletivo. O autor coloca que estas divisões não são para que pesquisadores se encaixem, mas busca proporcionar uma reflexão sobre os diversos caminhos possíveis diante da escolha de um estudo de caso. No estudo de caso intrínseco busca-se a compreensão de um caso apenas pelo interesse despertado por aquele caso particular. No estudo de caso instrumental, o interesse no caso parte da crença de que se possa facilitar uma compreensão ampla do tema a partir do caso, uma vez que pode servir para fornecer esclarecimentos sobre um assunto ou para contestar uma generalização amplamente aceita, a partir de um caso que nela não se encaixa. No estudo de caso coletivo, o pesquisador analisa conjuntamente alguns casos, podendo ser visto como um estudo instrumental estendido.

O presente estudo buscará encontrar o que é comum e o que é especial sobre o caso, analisando-o em profundidade, examinando seus contextos. Mesmo não se encaixando de forma linear em um dos tipos descritos por Stake (o que não era mesmo a proposta do autor), identifica-se mais com um estudo de caso instrumental, pois o caso estudado permite contestar a generalização amplamente aceita de que a dislexia é um distúrbio neurológico comprovado e irrevogável.

3 O PROCESSO DE LEVANTAMENTO DE DADOS

Com o objetivo de compreender de forma mais ampla a produção e os efeitos do diagnóstico na vida escolar da criança-caso, foram realizados os seguintes procedimentos de coleta de dados:

Levantamento bibliográfico

Foi realizado levantamento da literatura na área de Psicologia Escolar, considerando concepções teóricas sobre fatores envolvidos na produção das dificuldades de leitura e escrita, diagnóstico e avaliação da dislexia.

Análise documental

Por meio da consulta a documentos oficiais da secretaria municipal de educação, foi realizada a caracterização da escola a que pertence o "aluno-caso", bem como do tipo de sala frequentada pela criança, que se insere no Programa Ler e Escrever[12] do município de São Paulo. Foi realizada também a análise do laudo diagnóstico encontrado na escola, sendo autorizado o uso pelos responsáveis e criança participante.

Entrevistas

Foram realizadas entrevistas com a mãe, professoras, coordenadora pedagógica e criança participante da pesquisa. Intentou-se que a versão de cada um dos participantes possibilitasse o acesso e compreensão da história de escolarização da criança, sobre a produção do diagnóstico, seu uso e efeitos no processo de escolarização. O registro das entrevistas foi gravado após consentimento dos participantes. Todo o material gravado foi transcrito de forma literal a fim de preservar as falas, entonações, hesitações, alterações de ritmo dos entrevistados e a complexidade do conteúdo das entrevistas (Lüdke e André, 1986). Em razão da dificuldade para obter autorização de acesso ao prontuário e aos profissionais de saúde que atenderam Vinicius no contra turno escolar, foi realizada uma conversa telefônica breve com a profissional psicopedagoga que o atendeu, e esta descreveu de forma sucinta suas impressões no contato com a criança, tomando-se todos os cuidados éticos de autorização por termo de consentimento livre esclarecido.

---

[12] O objetivo do programa é desenvolver as competências para leitura e escrita dos alunos da Rede Municipal de Ensino. O programa é dividido em três etapas: Toda Força ao 1º Ano (TOF) em que um estudante universitário de Letras ou Pedagogia auxilia o trabalho do professor; Projeto Intensivo no Ciclo I (PIC), etapa de recuperação intensiva dos conteúdos curriculares fundamentais para alunos que chegam ao final do 2º ano do Ciclo I (primeiro ao quinto ano) sem o suficiente avanço na alfabetização; e Ler e Escrever em Todas as Áreas no Ciclo II (sexto ao nono ano) em que Professores de todas as áreas trabalham com as práticas de leitura e escrita já num segundo momento do ensino fundamental.

Seguindo os moldes de Souza (1996) as entrevistas foram estruturadas a partir de uma fala de abordagem. A pesquisadora realizava uma breve explicação sobre a pesquisa e seus objetivos, e iniciava a entrevista a partir da história do processo de escolarização, como consta no roteiro (APÊNDICE A) ou a partir dos primeiros comentários tecidos a respeito da criança (que comumente aconteciam antes do início formal da entrevista). A mãe do aluno-caso, por exemplo, iniciou relatando que o diagnóstico do filho era antigo, anterior ao contato com a instituição responsável pelo diagnóstico formal, e a partir deste comentário iniciou-se a entrevista. Com a criança, a entrevista teve início a partir de sua história escolar como consta no roteiro em anexo, e com a coordenadora pedagógica sobre os procedimentos para se receber na escola uma criança com dislexia.

Desta forma, as entrevistas foram se desenvolvendo à medida que os temas surgiam, sendo que o roteiro (APÊNDICE A) construído para o procedimento de entrevista não foi utilizado exatamente como questões que deveriam ser realizadas diretamente ao entrevistado, mas apenas para conferir se todos os temas necessários haviam sido abordados.

Souza (1996) defende que haja durante a entrevista momentos para o questionamento das posições defendidas, tanto pelo entrevistador quanto pelo entrevistado de modo a aprofundar a reflexão sobre o tema de maneira crítica. Seguindo esta perspectiva, durante a entrevista buscou-se privilegiar o diálogo, concedendo informações e realizando questionamentos que pudessem possibilitar ao entrevistando a reflexão sobre aspectos tomados como irreversíveis.

A entrevista com a criança constitui-se num momento importante desta pesquisa, visto que a utilização da fala de crianças e a percepção desta como competente começam a ganhar força após a década de 1990. Anteriormente, as crianças participavam de pesquisas majoritariamente para medidas de desempenho em habilidades específicas ou em investigações acerca de aspectos de sua personalidade. (Souza, 2010). A entrevista realizada com a criança buscou não avaliá-la, mas conhecer o que ela pensa e sente sobre um tema que lhe diz respeito, entendendo-a como competente para expressar seu raciocínio, suas percepções e seus sentimentos (Cruz, 2010). Complementando esta questão, analisa Freitas (2002):

> Nas ciências exatas, o pesquisador encontra-se diante de um objeto mudo que precisa ser contemplado para ser conhecido. O pesquisador estuda esse objeto e fala *sobre ele ou dele*. Está numa posição em que fala *desse objeto*, mas não *com ele*, adotando, portanto, uma postura *monológica*. Já nas ciências humanas, seu objeto de estudo é o homem, "ser expressivo e falante". Diante dele, o pesquisador não pode se limitar ao ato contemplativo, pois encontra-se perante um sujeito que tem voz, e não pode apenas contemplá-lo, mas tem de

> falar com ele, estabelecer um diálogo com ele. Inverte-se, desta maneira, toda a situação, que passa de uma *interação sujeito-objeto* para uma *relação entre sujeitos*. De uma orientação monológica passa-se a uma perspectiva *dialógica*. Isso muda tudo em relação à pesquisa, uma vez que investigador e investigado são dois sujeitos em interação. O homem não pode ser apenas objeto de uma *explicação*, produto de uma só consciência, de um só sujeito, mas deve ser também *compreendido*, processo esse que supõe duas consciências, dois sujeitos, portanto, dialógico. (p.24, grifos do autor)

Ressalta-se que em relação à entrevista com a criança optou-se por apresentar trechos maiores do diálogo para melhor compreensão dos sentidos mantidas as sequências das falas em seu contexto.

3.1 Aspectos Éticos

Tendo em vista que a pesquisa teve como instrumentos de coleta de dados entrevistas e a análise documental de prontuários provenientes de atendimentos a seres humanos, foram obedecidas as diretrizes éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tomando-se os devidos cuidados.

Os participantes (mãe, professoras, coordenadora pedagógica, psicopedagoga e a criança) autorizaram o acesso aos prontuários e/ou documentos escolares e a utilização de suas falas, sendo informados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre justificativa, objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa. Todos participantes receberam os esclarecimentos necessários para que se sentissem livres em tomar parte do estudo, bem como interromper a participação a qualquer momento. Constava no documento os dados dos pesquisadores responsáveis pelo estudo. O documento foi assinado e elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo participante da pesquisa e outra arquivada pelo pesquisador.

As informações obtidas pelos prontuários, documentos escolares, entrevistas e observações foram utilizadas exclusivamente para a conclusão da presente pesquisa, mantendo-se o compromisso com a confidencialidade e a preservação do anonimato dos participantes. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados mantendo assegurado o anonimato dos participantes, portanto, destaca-se que todos os nomes próprios deste trabalho são fictícios.

4 TRAJETÓRIA AO CAMPO

Foram realizados contatos telefônicos iniciais, de maneira aleatória, com algumas escolas municipais de diversas regiões do município de São Paulo, a fim de verificar a existência de estudantes do Ensino Fundamental I com o diagnóstico de dislexia. Foi encontrada, logo no início das ligações, uma escola municipal com um aluno de 3ª série diagnosticado há dois anos. Na rede estadual, foram contatadas quinze escolas em diversas regiões e em nenhuma delas estudava criança com o diagnóstico procurado. Por meio de indicações pessoais foi encontrada uma escola estadual onde estuda uma criança diagnosticada. Em visita à escola a coordenadora pedagógica confirmou o diagnóstico e foi buscá-lo para olharmos juntas. À medida que líamos noto que acima da página há o seguinte dizer "Criança de Risco". Pontuo esta observação à coordenadora que diz "Ah, é verdade... não entra, né?". No entanto, a instituição que realizou o diagnóstico fez recomendações por escrito à escola sobre como interagir com uma criança disléxica em sala de aula, o que denota ambivalência no diagnóstico.

Esta criança não pôde participar da pesquisa por questões pessoais, sendo um estudante de terceira série de escola municipal o único participante deste estudo. Importante ressaltar que a criança que pôde participar da presente pesquisa também possui um diagnóstico de "quadro de risco" compreendido exatamente como se descreve: uma criança que não seria disléxica, mas que teria "o risco de" se tornar disléxica, portanto necessitaria de uma segunda avaliação.

Diante da existência de projetos de lei que visam, entre outras ações, diagnosticar a dislexia em crianças nas escolas pública do município de São Paulo, houve uma preocupação sobre a necessidade de dados quantitativos de crianças com suspeita de serem portadoras do suposto distúrbio. Tais dados poderiam dialogar com os demais resultados da pesquisa. Além disso, buscávamos também encontrar outra criança com o diagnóstico, mas que não tivesse como resultado do laudo o "quadro de risco".

Tentou-se realizar um levantamento em escolas estaduais e municipais de crianças com suspeita e com o diagnóstico de dislexia em salas PIC (Projeto Intensivo no Ciclo I). As escolas que possuem esta sala na rede estadual foram facilmente identificadas por meio de documento enviado pela central de atendimento da secretaria de educação. No entanto, na rede municipal fui informada pelo DOT (Departamento de Orientação Técnica) que as salas PIC "estão circunscritas estritamente ao pedagógico de teor diverso ao campo de identificação

da pesquisa", motivo pelo qual ficou impossível obter informação sobre as salas via diretoria de ensino.

A esta altura o levantamento em salas de PIC nas escolas estaduais havia sido iniciado. Foram contatadas 40 escolas das quais 10 responderam a questão: "Há alguma criança com suspeita ou diagnóstico de dislexia nas salas PIC desta escola?". Em 30 escolas não foi possível conversar com a coordenadora pedagógica nos momentos das ligações. Entre as dez escolas que responderam, cinco relataram ter criança (s) com suspeita, mas não com diagnóstico formal, por escrito. Algumas falas das coordenadoras pedagógicas foram:

> *Diagnosticado não tem, algumas crianças com problemas, mas já estão fazendo acompanhamento.*
>
> *Não tenho conhecimento pra falar em suspeita. Mas tinha crianças com dificuldades e a parte comportamental também. Uma criança com suspeita inicial, ele veio de escola particular, a família levou para fazer exames, mas não tem diagnóstico preciso. Mas apresenta comportamento que demonstra que seja disléxica, se nega a fazer atividade, comportamento impulsivo. No PIC não tem nenhuma criança, mas em outras salas sim. A gente faz o encaminhamento para a mãe procurar o diagnóstico. Mas não tem nenhuma que o médico escreveu dislexia, mas a gente suspeita. Tem criança com surtos de impulsividade, letra péssima, mas com grande melhoria.*
>
> *Tinha um aluno que fazia tratamento, mas já está indo pra 5ª série agora. Suspeita a gente não... não assim precisaria estar vendo. Aí tem tantos...a gente vê uma dificuldade, não sei um, dois ou três. Com certeza deve ter, no meio de 700 crianças sempre tem uma suspeita, mas nada que eu possa te falar agora, se 2 ou 3.*
>
> *Olha com suspeita tem inúmeros, mas nenhum com diagnóstico.*
>
> *A professora da sala me falou que tinham dois alunos com suspeita, mas eles estão evoluindo, então não entra na pesquisa, né.*

Percebe-se que existem algumas crenças sobre o que seria uma criança disléxica: uma criança "impulsiva", que se opõe, se nega a fazer as atividades. Ou ainda, em concordância com a antiga denominação do distúrbio que era "dislexia específica de evolução", a coordenadora relata que a criança está evoluindo, portanto não teria mais dislexia.

Os contatos telefônicos foram se tornando cansativos e com poucos resultados aproveitáveis, pois era muito incomum encontrar coordenadores pedagógicos na escola (estavam muitas vezes em reunião nas diretorias de ensino, fora da escola), ou ainda que estivessem, estavam envolvidos com seu trabalho, em reuniões de professores, atendimento aos pais, acompanhamento de entrada, saída e intervalo dos alunos. Desta forma, este procedimento foi interrompido buscando-se o contato diretamente nas diretorias de ensino com objetivo de encontrar crianças diagnosticadas.

Durante os contatos telefônicos com as escolas, surgiu uma dúvida sobre afinal, para quais salas eram encaminhadas crianças diagnosticadas como disléxicas? Seriam salas especiais, ou salas comuns? Para o esclarecimento desta dúvida, além da contínua busca por outras crianças diagnosticadas, foram realizadas entrevistas presenciais com profissionais de duas diretorias de ensino: uma municipal e uma estadual.

Encontra-se que na rede estadual de ensino, a partir de 2003, com orientação do CAPE (Centro de Apoio Pedagógico Especializado) as crianças com dislexia passaram a ser matriculadas em sala comum, entendendo-se que a dislexia é um distúrbio de linguagem e não uma deficiência. Tal ação veio a ser reforçada a partir de 2008, com a resolução de n°11 da Secretaria Estadual da Educação, que dispõe sobre a educação escolar de alunos com necessidades educacionais especiais nas escolas da rede estadual de ensino. Portanto, a partir desta entrevista concluiu-se que há uma ação protocolar em toda a rede estadual, indicando a necessidade do contato direto com as unidades de ensino para que se possa identificar uma criança com o laudo de dislexia.

Na rede municipal não há procedimento padrão para os tipos de sala em que devam ser matriculadas crianças com o distúrbio, e os procedimentos pedagógicos ficam a critério de cada escola. Foi pontuado na entrevista que as ações do CEFAI (Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão) são voltadas para crianças com deficiência e não para distúrbios de linguagem como é compreendida a dislexia. Outras diretorias de ensino municipais foram contatadas via telefone e os mesmos resultados e procedimentos em relação à dislexia foram verificados. As diretorias municipais contatadas foram: Butantã, Capela do Socorro, Campo Limpo, Pirituba, Freguesia/Brasilândia, Jaçanã/Tremembé, Ipiranga, Penha, Itaquera e Santo Amaro. Ainda assim, em todas as diretorias o tema dislexia fez com que a ligação fosse encaminhada ao CEFAI. Na maioria das diretorias foi relatado que não possuíam informações sobre diagnóstico de dislexia, pois os laudos ficam nas escolas. Portanto, a pesquisadora deveria tentar o contato direto com as unidades escolares.

Por fim, optou-se por contatar escolas municipais de regiões mais centrais onde foi identificada uma criança com o diagnóstico de dislexia. À época da avaliação Vinicius[13] estava com oito anos de idade. No momento que foi realizado o campo estava com doze anos e matriculado em uma 4° série PIC (Projeto Intensivo no Ciclo I), projeto criado para atender crianças de 3ª e 4ª séries não alfabetizadas. A instituição que realizou o diagnostico de

[13] Relembramos que todos os nomes utilizados neste trabalho são fictícios.

dislexia havia orientado que Vinicius frequentasse uma sala especial, como podemos verificar no discurso da mãe:

> *Tanto que lá na instituição eles falaram que eu podia procurar uma escola com uma sala especial. Mas aí eu procurei, só que só tem sala especial com criança com todos os problemas. Então eu falei, eu não vou tirar da escola e colocar ele numa... acho que vai ser até pior, né, pode ser que atrase até mais, aí eu falei...ah, vamos deixar (pausa) vai indo, né.*

A dislexia, assim como as dificuldades de aprendizagem, são citadas na literatura como casos que fazem parte do atendimento em educação especial (Capovilla, 2008; Capovilla & Capovilla, 2003; Oliveira, Rocha & Figueirol, 2003; Pestun, 2003; Souza & Goyos, 2003). Percebe-se no trecho abaixo que o autor coloca a dislexia ao lado de outras patologias mais graves:

> Para não deixar nenhuma criança para trás, desenvolvemos recursos de ensino-aprendizagem e avaliação que contemplam as necessidades educacionais de crianças com os mais severos quadros de dificuldades de etiologia neurossensorial (como na surdez congênita e surdocegueira), neuromotora (como na anartria e tetraplegia da paralisia cerebral) e neurolinguística (como na dislexia do desenvolvimento e na afasia), bem como mista (como no surdo congênito que veio a se tornar tetraplégico, ou do disléxico com paralisia cerebral), como documentado em diversos artigos. (Capovilla, 2008, p.209)

Como vimos tanto na rede estadual quando municipal de ensino as ações da área de educação especial são voltadas para deficiências e não para o que seria um distúrbio de linguagem. Portanto, nota-se pelo discurso das profissionais de educação entrevistadas que embora a literatura científica da área de dislexia a promova como um distúrbio que deveria ser atendido em educação especial, a política recente do estado e município de São Paulo tem realizado um movimento contrário, entendendo que a criança com dificuldade de aprendizagem deva frequentar a sala comum.

A trajetória ao campo possibilitou alguns conhecimentos sobre a política educacional de São Paulo, para enfim encontrar uma criança que pudesse participar do presente estudo. Em seguida será explicitado de que maneira serão discutidos e apresentados os dados obtidos.

DISCUSSÃO

A forma de análise e discussão dos dados foi inspirada em construção pioneira de atendimento à queixa escolar que prima pelo encontro de versões para a compreensão do processo de escolarização da criança. Machado (1996) é quem primeiro desponta com esta reinvenção da avaliação psicológica defendendo que "os trabalhos diagnósticos devem produzir encontros que dêem existência às várias versões, problematizando as histórias escolares das crianças encaminhadas, as concepções das professoras em relação ao fracasso escolar, a função desta avaliação nas relações e instituições sociais nas quais elas acontecem", assim é possível o "acesso às falas e práticas que estão sendo produzidas" e sair "do lugar ingênuo que não considera as realidades que esses fatos e acontecimentos engendram" (p.214).

Nesta perspectiva, o atendimento de casos de crianças com queixas escolares compreende a queixa como procedente de uma rede de relações que tem como personagens principais a criança/adolescente, sua escola e sua família, e a intervenção acontece nesta rede de relações, considerando o momento em que emerge a queixa, resultado de uma história com sentidos (Souza, 2007). Em consonância com a teoria histórico-cultural, perspectiva metodológica na qual se inspira o presente trabalho. Souza (2007) orienta que durante o processo de atendimento deve-se conhecer e problematizar essa história e esses sentidos. Assim, a discussão será realizada por meio do encontro das versões da mãe, coordenadora pedagógica, professoras e criança diagnosticada a respeito de diversos temas encontrados nas entrevistas que dizem respeito à história do processo de escolarização da criança, ao laudo diagnóstico e às relações escolares.

Como comparecem, se relacionam e o que dizem as diversas vozes sobre aprendizagem, diagnóstico, comportamento entre outros temas que parecem determinar a realidade escolar vivida pela criança? Como comparece no discurso da criança a apropriação dessas vozes, e como elas se refletem em sua vivência escolar? Procuraremos ressaltar alguns aspectos considerados fundamentais para a compreensão da produção do diagnóstico de dislexia – a partir do processo de escolarização da criança – e seus efeitos sobre a vida escolar.

A seguir faremos uma descrição sobre a escola e sala onde estuda Vinicius, bem como sobre as características do ensino fundamental, do projeto sala PIC (Projeto Intensivo no

Ciclo I), expondo brevemente sobre a política da Progressão Continuada que influenciou a necessidade e criação deste novo tipo de sala.

Na sequência a discussão será apresentada da seguinte forma: Encontro de versões sobre a história do processo de escolarização de Vinícius; Analisando a produção do laudo diagnóstico; Encontro de versões sobre o diagnóstico: a – seu uso e função e b – seus efeitos no processo de escolarização.

1 CARACTERÍSTICAS DO ENSINO FUNDAMENTAL: PROGRAMAS E PROJETOS

Consta da Constituição Brasileira que o ensino fundamental deve ser obrigatório e gratuito, básico para a formação do cidadão, pois de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em seu Art.32, o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo constituem meios para o desenvolvimento da capacidade de aprender e de se relacionar no meio social e político (Lei de Diretrizes e Bases [LDB], 1996).

As diretrizes norteadoras da educação fundamental estão contidas na Constituição Federal, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional e nas Diretrizes Curriculares para o Ensino Fundamental. Nos cinco primeiros anos de vigência deste plano, o ensino fundamental deverá atingir a sua universalização, sob a responsabilidade do Poder Público, considerando a indissociabilidade entre acesso, permanência e qualidade da educação escolar. O direito ao ensino fundamental não se refere apenas à matrícula, mas ao ensino de qualidade até sua conclusão, sendo que o atraso no percurso escolar resultante da repetência e da evasão sinaliza a necessidade de políticas destinadas à correção das distorções idade-série. A oferta qualitativa deverá regularizar os percursos escolares, permitindo que crianças e adolescentes permaneçam na escola o tempo necessário para concluir este nível de ensino, eliminando mais celeremente o analfabetismo e elevando gradativamente a escolaridade da população (LDB, 1996).

Vinicius estuda em uma escola municipal de São Paulo com turmas exclusivamente do Ensino Fundamental com 56 educadores. No ano de 2010 foram matriculados nesta unidade 904 alunos incluindo ensino de jovens e adultos no período noturno. O ensino fundamental I desta escola é composto por 14 salas que funcionam no período da tarde, período em que Vinicius estuda. Há uma sala de leitura, uma de informática, um jardim, uma área verde com bancos e uma quadra de esportes. Entre os 15 professores de ensino fundamental I, apenas dois não possuem licenciatura plena.

A primeira visita à escola foi breve, com objetivo de constatar a existência do aluno com o diagnóstico de dislexia e de estabelecer um primeiro contato com a coordenadora pedagógica. Neste dia, o projeto de pesquisa foi apresentado à coordenação e direção da escola que consentiu participar do estudo. Em um segundo encontro com a coordenadora houve por parte dela certa preocupação com o tempo. Eliza disponibilizou de imediato dados

da ficha do aluno com endereço, telefone, nome dos pais, sala que frequenta e uma cópia do laudo.

Como referido anteriormente, Vinicius frequentava à época 4° série em sala PIC (Projeto Intensivo no Ciclo I), projeto inserido no *Programa Ler e Escrever*. De acordo com informação disponível no site da secretaria municipal de educação o objetivo do programa é desenvolver as competências para leitura e escrita dos alunos da Rede Municipal de Ensino. O programa é dividido em três etapas: Toda Força ao 1º Ano (TOF) em que um estudante universitário de Letras ou Pedagogia auxilia o trabalho do professor; Projeto Intensivo no Ciclo I (PIC), etapa de recuperação intensiva dos conteúdos curriculares fundamentais para alunos que chegam ao final do 2º ano do Ciclo I sem o suficiente avanço na alfabetização; e Ler e Escrever em Todas as Áreas no Ciclo II em que Professores de todas as áreas trabalham com as práticas de leitura e escrita já num segundo momento do ensino fundamental. O "Projeto Intensivo no Ciclo I - PIC- 4º ano" é uma ação que propõe estratégias que pretendem dar oportunidade aos alunos que foram retidos ao final do 4º ano do Ciclo I. As escolas podem organizar uma sala do PIC por turno, com até 30 alunos retidos no 4º ano do Ciclo I. (São Paulo, 2007).

Percebe-se que o *Programa Ler e Escrever* é uma política de correção que tem por objetivo buscar a garantia do ensino fundamental de qualidade anunciada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação. O programa busca reverter o fato de grande parte dos alunos da rede não dominar o sistema de escrita ao final do 1º ano do Ciclo I. De acordo com dados da secretaria municipal de educação cerca de 17 mil alunos ficaram retidos em 2005 ao final do Ciclo I (São Paulo, 2006). A instituição dos ciclos, por sua vez, surge com o objetivo de contornar os altos índices de reprovação e consequente evasão das escolas públicas, a exclusão *da* escola.

A política de ciclos, denominada *Progressão Continuada* foi implantada no município em 1992 e em todo o estado de São Paulo em 1998, dividindo o ensino fundamental em dois momentos: um ciclo inicial da 1ª à 4ª série e um segundo ciclo da 5ª à 8ª, dentro dos quais não há retenção a não ser dos faltosos. Segundo Ferraro (2004) existem dois tipos de exclusão. A primeira que o autor denomina exclusão *da* escola, envolve a questão da dificuldade no acesso à escola e da evasão, já a segunda forma denominada exclusão *na* escola, relaciona-se aos dados de reprovação. A implementação do regime de progressão continuada parece cumprir uma de suas intenções de reduzir a exclusão *da* escola, pois não havendo reprovação os alunos permanecem estudando por mais tempo, mas a exclusão *na* escola parece persistir, não

mais por reprovação, mas pelo nível de aprendizagem dos alunos. Intentando corrigir esta segunda forma de exclusão instituiu-se o Programa Ler e Escrever.

Viégas e Souza (2006) discorrem sobre a implantação do regime de Progressão Continuada na perspectiva de educadores do ensino fundamental concluindo que há um consenso entre docentes e discurso oficial quanto à necessidade de enfrentar os altos índices de reprovação e evasão existentes na escola pública. Mas os professores discordam da maneira como tem sido posta em prática, pois houve pouca participação dos educadores no processo. Há, portanto, uma distância entre a intenção da proposta e a realidade em que foi implementada, o que acarreta nas sempre necessárias medidas de correção tomadas por meio da criação de programas e projetos.

De acordo com Feijó e Souza (1996) a separação de classe gera estereótipos a partir dos quais as crianças são vistas, determina os conteúdos ensinados e a probabilidade de aprovação. Corroborando com esta afirmação, acredita-se que a formação de classes PIC ocasiona consequências indesejáveis para o aprendizado e imagem do grupo. Podem também ocorrer algumas distorções como a relatada pela professora da classe PIC frequentada por Vinicius:

> *É, que é o programa intensivo do ciclo um, são alunos que tinham dificuldade de aprendizado por isso que ficaram nessa sala. Aí eles repetiram, todos os alunos da minha turma repetiram ano passado e foram colocados nessa sala, os professores falaram que eles tinham problema de aprendizado, e sinceramente, não é pra mim o que eu vejo em aula. Porque tem um aluno, por exemplo, que não se interessa por nada porque já sabe tudo. Eu estou explicando alguma coisa, ele está na dele, lá, fazendo bagunça e tudo o que não é pra fazer, só que se eu pergunto alguma coisa pra ele, ele sabe na ponta da língua.*
>
> *Tem alguns com problema de comportamento, e alguns com problema de aprendizado. Então, fica meio difícil eu trabalhar com eles, porque fica uma bagunça muito grande, porque eles têm um comportamento complicado. No ano passado eles deram trabalho para as outras professoras, e até por isso que eles ficaram nessa sala. O que eu não acho muito correto comigo, porque eu não concordo em juntar todo mundo que é bagunceiro numa sala, e eu fico louca…né*
>
> *Eu tive problema até deles terem sido chamados de burros, que eles ainda não sabem ler, não sabem escrever, porque eles ainda aprendem coisa de primeira série. E aí eu fiquei incomodada com isso, eles também se sentem incomodados. Mas aí eu acabei até brigando aqui na escola, mas agora já melhorou. Conversei com as outras salas, assim, pra eles não ficaram mais chamando eles de… de burros, de atrasados.*

Diversas vezes a solução encontrada pela escola para este tipo de estigmatização numa sala de crianças repetentes, rotuladas de burras e atrasadas, é o encaminhamento de muitas delas para área da saúde na busca de um diagnóstico (de dislexia ou outros) e tratamento.

Embora para a escola pareça uma solução benéfica para a criança, assim como pode funcionar para os pais como um alívio – supostamente saberiam finalmente a origem das dificuldades encontradas pela criança – a partir do diagnóstico modifica-se apenas o rótulo: antes de criança burra, agora de portadora de um distúrbio, um suposto distúrbio incurável que a criança carregará pelo resto da vida.

Como podemos ver pelos relatos da professora as políticas de correções nem sempre trazem os resultados esperados, com algumas consequências funestas tanto para quem ensina, quanto para quem aprende.

> *Ele reclama que eu grito, vira e mexe eu estou gritando com a sala porque senão eles não me ouvem, porque eu falo baixinho, e aí eles só me ouvem se eu grito. Ele reclama muito que eu dou muita bronca nele, não sei se ele reclamou. Porque eu dou bronca mesmo porque eu preciso da atenção dele, aí eu acabo dando bronca. Eu acho que às vezes estou errada nisso, fico me criticando, tento ver o que eu faço de errado ou não, mas por enquanto é o que eu estou conseguindo fazer.*

Ou ainda, tanto para quem tenta ensinar, quanto para quem tenta aprender em condições não muito alentadoras e propiciadoras de um ambiente favorável à aprendizagem onde todas as crianças da sala estão marcadas pela repetência e pelo selo da dificuldade. Parece que assim a exclusão na escola permanece, com alunos repetentes e estigmatizados, com supostos distúrbios de comportamento e aprendizagem. É com pesar que Vinicius explicita o medo em relação à repetência:

> *Vinicius – Não, mas todo santo dia eu faço lição, faço lição, porque eu não quero repetir. Se eu repetir vai ser uma coisa, meus amigos vão estar na quinta-série e eu vou estar na quarta de novo, aí é ruim. Não gosto.*

Em entrevista com a coordenadora pedagógica questiono sobre a sala de Vinicius e se outras crianças desta sala também tinham algum tipo de diagnóstico. Eliza responde que realiza muitos encaminhamentos, solicita para os pais procurarem ajuda médica ou psicológica, mas não obtém retorno. Diz que “os problemas vão se arrastando”, pois muitas vezes ela precisa da opinião de um neurologista, de um psicólogo ou de um psicopedagogo para resolver questões que não são pedagógicas. Pergunto então, como se dá o processo de diferenciação entre questões pedagógicas e clínicas? Eliza responde:

> *Quando é pedagógica com um reforço, com um trabalho intensivo, como na sala de apoio pedagógico, a criança vai, deslancha. Quando são outras questões mais sérias, que a criança não evolui, em nada, a hipótese dela continua pré-silábica, por exemplo, tem uma barreira aí*

> *que a gente não consegue, tem outras questões, às vezes pode ser um trauma, o psicólogo pode dar uma olhadinha...*
>
> *tem algumas crianças com algumas particularidades, muitas vezes a gente vê na teoria é muito fácil a escola dizer 'nós atendemos ás crianças, ás diferenças individuais de cada criança', nem na escola particular não atende, porque na escola particular, eles ligam pros pais e falam assim 'pode por no reforço que nós aqui não estamos dando conta', então, é ou não é, precisa mesmo do apoio de outros profissionais, é o que a gente sente falta mesmo, porque não dá pra uma professora que toma conta de 30, 35 alunos, pra ela ficar todo dia, sabe dar uma atenção especial para aquela criança, porque o que precisa muitas vezes é isso, né.*

Eliza diz que não nega a questão pedagógica, mas precisaria de apoio de outros profissionais para entender o caso de algumas crianças. Em questões de aprendizagem, relata que sente diferenças significativas entre crianças que são acompanhadas pelos pais nas lições, pais que participam das reuniões, e aqueles casos em que o responsável só comparece à escola por meio de convocações e ameaças de denúncia ao conselho tutelar. No entanto, percebe-se uma contradição neste discurso, pois Eliza ao mesmo tempo em que deposita responsabilidade nos pais reconhece que as condições de ensino não possibilitam a aprendizagem na própria escola e que, portanto necessitaria de ajuda profissional para realização de reforço escolar. Diz que muitas crianças precisariam de uma atenção especial e assume que em uma sala com 30 a 35 alunos não é possível assistir plenamente as diferenças no modo de aprender de cada criança.

Tais condições da escola pública são um campo profícuo para um efeito vantajoso do diagnóstico que, destacando uma criança em relação às demais, funciona como um dispositivo que ajuda a criança adquirir a atenção especial que *todas* precisariam. No entanto, continua havendo sofrimento e estigmatização como efeitos desse diagnóstico, que rotula a criança por toda a vida como portadora de uma dificuldade que lhe seria inerente.

2 ENCONTRO DE VERSÕES SOBRE A HISTÓRIA DE ESCOLARIZAÇÃO DE VINICIUS

2.1 Aprendizagem - Diagnóstico de Dislexia

Como relatado anteriormente foram realizadas entrevistas com Vinicius, sua mãe, suas professoras e com a coordenadora pedagógica da escola onde estuda. Intentou-se que a versão de cada um dos participantes possibilitasse o acesso e compreensão da história de escolarização de Vinicius, sobre a produção do diagnóstico, seu uso e efeitos na vida escolar. A seguir a Tabela 1 auxilia a compreensão do trajeto escolar de Vinicius.

Tabela 1 – Trajetória escolar de Vinicius: ano letivo, idade, série e professoras.

Ano	Idade	Série	Professora
2003	5	Jardim	--
2004	6	Pré	--
2005	7	1ª	Nanci
2006	8	2ª	Nanci
2007	9	2ª	--
2008	10	3ª	--
2009	11	4ª	Fátima
2010	12	4ª (PIC)	Maria

As professoras entrevistadas foram: Profª Nanci da 1ª e 2ª séries; Profª Fátima, 4ª série e Profª Maria, 4ª série. As professoras de Vinícius dos anos de 2007 e 2008 não atuavam mais na escola à época da pesquisa, e não puderam ser encontradas.

Embora as professoras reclamem que o estudante "não para, é danado" para a mãe, Luciana, a questão principal é sua dificuldade em aprender. Relata que o filho conseguiu se alfabetizar, mas lê com dificuldade, pede bastante ajuda, não faz frases grandes, mas consegue se comunicar sempre que necessário (por exemplo, com bilhetes ou programas de comunicação via internet, etc). Durante a entrevista com Luciana, ela descreve o processo de escolarização o filho nos primeiros anos escolares dizendo que ele sempre foi "bem atrasado".

> *Mãe –Tinham algumas crianças também com dificuldades, mas não era tanto quanto ele. Ele era sempre o mais atrasado... Tanto que as crianças já saem do pré, com... sabendo já escrever, ler alguma coisa, conhecendo as letras, e ele não, não conseguia."*

Um primeiro destaque se faz à questão da sensação de urgência para que as crianças sejam alfabetizadas tão logo entrem na escola, numa tendência de antecipação cada vez maior do processo de alfabetização. Ainda na pré-escola Vinicius foi identificado como “atrasado” em relação a outras crianças. De acordo com Romanelli (2011)

> a energia empregada para a alfabetização das crianças na educação infantil tem distanciado essa área de ensino de importantes investimentos necessários ao desenvolvimento global das crianças, tais como a oralidade, o movimento, a expressão, a criação e a curiosidade, dentre outras necessidades prioritárias da faixa etária de 0 a 5 anos [...] principalmente com a ampliação do tempo de permanência das crianças no ensino fundamental, é necessário questionar a manutenção desse ‘modelo alfabetizador da educação infantil. (p.23)

Machado (1996) fala sobre a tendência comum em se descrever o que parece faltar para que a ilusória normalidade seja atingida. Expressões utilizadas pela mãe tais como “*o mais* atrasado” ou “não era *tanto quanto* ele” são termos quantitativos para descrever a natureza humana que definem o que falta para alcançar a homogeneização, o que falta para que a criança cumpra uma expectativa prévia, que aparece no discurso da mãe ao comparar Vinicius com os demais estudantes. Esta conclui que ele seria “*o mais*” atrasado, mesmo havendo outras crianças na mesma situação. Quando o discurso é tomado por definições comparativas e por expectativas do que deveria acontecer a determinado tempo, busca-se uma resposta individual para o problema esquecendo-se que cada criança tem um modo próprio e um tempo pessoal de aprender e compreender o sistema alfabético que não ocorre de uma forma homogênea para todos os sujeitos (Ferreira, 2009). Na perspectiva do discurso de Luciana, além do tempo pessoal não ser levado em conta, acaba-se responsabilizando apenas o indivíduo pelo sucesso ou fracasso sem considerar a realidade social vivida por ele, impedindo reflexão sobre intervenções possíveis nas relações escolares.

Portanto, o discurso da mãe carrega a ideia socialmente construída – descrita no primeiro capítulo – em que as explicações sobre as dificuldades no processo de escolarização depositam na criança as causas do fracasso escolar. Esta forma de compreensão do problema é que possibilitou e impulsionou a busca e aceitação de um diagnóstico que reifica a ideia de que algo está acontecendo com Vinicius e tira de foco questões concernentes ao meio escolar.

A professora Nanci da 1ª e 2ª séries de Vinicius descreve seu rendimento como muito inferior ao dos outros alunos, contando que ele demorou muito a começar a ler e escrever e que apresenta muitas dificuldades até hoje. Quando lecionou para Vinicius utilizou como estratégia em sala separação de grupos de alunos de acordo com o rendimento

> *Como eu tinha outros iguais a ele que tinham dificuldade, então eu agrupei, fiz um trabalho com duas turmas na própria sala, então as atividades eram em comum, então o que eu tinha trabalhar, só que a maneira, esses aqui faziam de uma maneira, e outros de outra, dependiam um tanto de mim já de uma outra maneira.*

Nanci, primeira professora de Vinicius nas séries iniciais do ensino fundamental, ordenou uma separação grupal que ele reencontrará na quarta série PIC: um grupo de crianças que já adquiriram o conteúdo esperado à parte daquele que ainda não atingiu os objetivos de acordo com a série. Também pelo discurso de Nanci pode-se supor que a principal característica desta separação em grupos era o teor da atividade proposta e no que dependeriam da professora, e não uma atividade que pressupunha interação entre as crianças com a troca de informações, conhecimento e estratégias.

De acordo com a concepção construtivista proposta por Ferreiro (1985) a formação de grupos homogêneos não favorece a aprendizagem. Numa concepção construtivista as intervenções pedagógicas devem possibilitar a compreensão da língua escrita como uma aprendizagem social que depende do trabalho cognitivo desenvolvido pela criança a partir das informações que internaliza do ambiente social e da sua própria atividade reflexiva. Diante de escritas espontâneas ou atividades que partam do interesse da turma o professor poderá encorajar que os educandos pensem, explorem (Isaia, 2008).

Isaia (2008) realizou um estudo que buscou compreender como a interação grupal entre pares favorece os avanços conceituais das crianças em relação ao processo de alfabetização formal inicial, compreendendo que o processo de alfabetização precisa e pode deixar de ser uma atividade individual e solitária para acontecer de maneira colaborativa.

A autora explicita:

> quando as crianças compartilham, na interação grupal, concepções e hipóteses sobre o que a escrita representa e como ela é representada, mesmo que ainda não sejam leitoras e escritoras do modo convencional, realizam descobertas coletivas acerca do universo da língua escrita, já que o compartilhamento de questões inquietantes e de informações pessoais, decorrentes do nível conceitual na qual se encontram cada sujeito em particular, favorecem a socialização dos conhecimentos que levam a reflexões individuais. (Isaia, 2008, p.64)

O conceito de Vigotski (1998) de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) possibilita refletir sobre a importância de se atentar para a forma como se organizam os grupos em uma única sala de aula ou entre as diversas salas da instituição escolar. Após discorrer em seu texto sobre a relação geral entre desenvolvimento e aprendizagem, Vigotski defende a aprendizagem como motor do desenvolvimento, e discorre sobre a ZDP. Esta seria

acionada a partir de experiências vividas com o meio social, a aprendizagem, que ativa as zonas de desenvolvimento proximal definida da seguinte forma:

> [...] distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes (Vigotski, 1998, p. 112).

Portanto, em vez da separação das crianças de acordo com níveis é primordial que se possibilite a colaboração entre pares para a efetivação de conquistas que estão no nível potencial de desenvolvimento, desencadeando assim regulações intrapsicológicas provenientes de processos de interiorização. (Isaia, 2008).

> Propomos que um aspecto essencial do aprendizado é o fato de ele criar a ZDP, ou seja, o aprendizado desperta vários processos internos de desenvolvimento que são capazes de operar somente quando a criança interage com pessoas em seu ambiente e em cooperação com seus companheiros. Uma vez internalizados esses processos tornam-se parte das aquisições do desenvolvimento independente da criança. (Vigotski, 1998, p.117 e 118)

Situações de interação social assumem papel irrevogável, pois são momentos em que acontece a apropriação de significados e a construção de subjetividades, promovendo aprendizagem que impulsiona o desenvolvimento (Colaço et al, 2007). Ao pensar na realidade vivenciada por Vinicius nos primeiros anos escolares a partir do discurso da professora Nanci, pode-se destacar que houve uma separação prévia entre grupos considerados competentes daqueles que ainda estavam aquém do esperado (Nanci diz em relação a Vinicius que ele estava “sempre muito, muito aquém do restante da turma”). Para Vinicius, fazer parte, logo nos primeiros anos escolares do grupo dos “mais fracos” pode ter trazido consequências significativas ao seu modo de aprender e ao seu desenvolvimento, e esta situação foi ignorada na produção do diagnóstico, que considerou apenas a possibilidade de um distúrbio centrado na criança mesma.

Vinicius somente foi alfabetizado por uma professora que acreditou no seu potencial e que o descreve como capaz. A professora Fátima questiona o diagnóstico e buscou estratégias diferentes de ensino:

> *Mas como ele é disléxico? Ele lia não é, como é que uma pessoa, ele ia, ele fazia, ele queria fazer as coisas... Então, o que você estava falando, trocar letras, se trocar letras fosse sintoma a gente tem um monte. E a gente faz alguns exercícios específicos, às vezes a criança tem até algum problema de fala, se você alfabetiza mostrando o fonema, e faz bastante exercício, dali a pouco atenua, melhora... (Profª Fátima)*

aí, aí a professora Fátima começou a me dar um monte de coisa pra mim fazer, tudo o que ela dava para os outros alunos ela dava pra mim também. Aí eu fui acompanhando, porque eu não acompanhava a lição, aí, eu fiquei melhor. (Vinicius)

Vinicius também conta o momento que considera principal para sua alfabetização:

Pesquisadora – Mas você lembra quando começaram a te ensinar a ler, se você tinha alguma coisa com as letras…
Vinicius – Lembro, lembro... ...
Pesquisadora – Você não consegue enxergar direito, como é?
Vinicius – Era uma mesinha, aprendi a ler ano passado, era uma mesinha, a Profª Fátima, ela colocava um monte de palavrinha pra mim, pra mim tentar ler, aí eu lia, aí ela falava você está quase indo bem, daí foi que eu aprendi esse ano, aí aprendi mais esse ano.

Há muito, pesquisas relatam que a expectativa do professor a respeito do aluno influencia seu desempenho, como por exemplo, o conceito de profecia autorrealizadora de Rosenthal e Jacobson (1968). Estes autores realizaram um estudo experimental que tinha como uma das questões: "será que as crianças conseguiriam resultados consideravelmente melhores se suas professoras pudessem ser levadas a esperar mais delas?" (Rosenthal & Jacobson, 1968, p.199). Obteve-se como resultado nesta pesquisa que as crianças cuja professora esperava maiores progressos realmente o alcançaram, pois a expectativa do professor afeta sua ação em relação aos alunos. Fátima acreditava que Vinicius não tinha dificuldades grandes, ou mesmo qualquer distúrbio.

Leite e Tassoni (2007, p.122) falam a respeito de categorias construídas a partir de "relatos dos alunos referentes aos aspectos afetivos identificados por eles nas relações vivenciadas com o professor." Neste estudo criou-se uma categoria denominada "conteúdos verbais" evidenciando principalmente verbalizações dos professores que encorajavam seus alunos e aquelas que apontavam caminhos para possíveis soluções diante de dificuldades.

Quando Vinicius traz em seu discurso que ele lia e obtinha um incentivo da professora Fátima que dizia "você está quase indo bem", e quando relata também: "a professora Fátima, é um amor. Eu amo, eu gosto dela como se fosse minha mãe, professora Fátima, gosto dela como se fosse minha mãe", fica evidente o conteúdo afetivo presente na relação com a professora. De acordo com Leite e Tassoni (2007)

> É a partir da relação com o outro, pelo vínculo afetivo, que nos anos iniciais a criança vai tendo acesso ao mundo simbólico e, assim, conquistando avanços significativos no âmbito cognitivo. Nesse sentido, para a criança, torna-se importante e fundamental o papel do vínculo afetivo, que se vai ampliando, sendo que a figura do professor surge com grande importância na relação de ensino e aprendizagem na época escolar (p.126).

Vinicius fala sobre seu desejo de não mais ter dislexia, mas da dificuldade que tem enfrentado para aprender a ler de forma fluente. Também fala sobre a ajuda que teve para se alfabetizar. A partir deste discurso do estudante podemos reafirmar a importância do conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal, pois ele diz que "com essa ajuda de todo mundo" conseguiu ler.

> *Pesquisadora – E se eu falasse assim pra você, que como você aprendeu a ler você não tem mais dislexia?*
> *Vinicius – Ah, pode…*
> *Pesquisadora – Você acha bom?*
> *Vinicius – Acho, mas eu não tô me sentindo muito seguro não.*
> *Pesquisadora – Ainda não…*
> *Vinicius – Não…ainda tem muita coisa pra mim ler, tô aprendendo, tô aprendendo a fazer divisão, matemática, tô aprendendo a fazer tudo, aprendendo a ler mais. Tá todo mundo me ensinando.*
> *Pesquisadora – Que bom! Você está aprendendo.*
> *Vinicius – Com essa ajuda de todo mundo eu consegui bem, né. Queria ficar, queria ser igual meus amigos, aprendendo ler direitinho. Tem amigo meu que já está na quinta-série, quinta, sexta-série. Eu repeti dois anos, era pra eu estar na sétima.*
> *Pesquisadora – Você não acha que todo mundo aprende é com ajuda?*
> *Vinicius – Hum, hum*
> *Pesquisadora – Será que se tivessem te ajudado desse jeito antes, você já não teria aprendido?*
> *Vinicius – Já.*

Importante destacar que o diagnóstico não comparece no discurso das professoras dos primeiros anos (1ª, 2ª e 4ª série). O fato de Vinicius ter sido diagnosticado não influenciou a forma como as professoras da 1ª. 2ª e 4ª série lidavam com sua aprendizagem e com seu comportamento em sala, pois as mesmas relatam não terem tido conhecimento do laudo.

> *Fátima – Quando eu soube do diagnóstico já estava no fim do ano, já acabou o ano. Então, não, eu não vi esse laudo, eu não conheço. Jamais. E eu receberia, assinaria recebimento, se a gente tivesse visto. Imagina que eu pego um documento aqui, sem...*
> *Nanci – É o meu também, quando ela veio né, falou, aí pra mim eu vou ser muito honesta com você Sabrina, o fato de saber ou não saber, não muda, porque eu não tenho um, não recebi uma orientação, você faz...como tem sido, nós temos recebido crianças deficientes*
> *Fátima– E a gente se vira como pode.*

Converso com Maria – professora da sala PIC que Vinicius frequentava à época das entrevistas – sobre a aprendizagem dele e do grupo.

> *Em relação à sala ele está bem atrasadinho… há… eu acho, assim, quando ele vai ler, ele se propõe a ler tudo, mas aí ele lê com muita dificuldade, ele tem bastante dificuldade de compreensão do texto, e também quando ele vai ler, na fluência ele fala gaguejando assim, e em matemática é bem complicadinho, tanto que ele traz calculadora.*

A professora Maria foi a única professora entrevistada que esteve em contato com o laudo do estudante desde o início do ano letivo. Como visto acima, em questões de português e ortografia Maria conta que Vinicius não acompanha o desenvolvimento do grupo. No entanto, quando pergunto de maneira específica sobre a questão dos erros ortográficos descritos como sintoma na literatura que defende o distúrbio da dislexia, Maria responde:

> *a sala inteira tem erros ortográficos e agora eu estou trabalhando mais com isso, mas é... ele tem erros ortográficos como a sala inteira (risos).*

Algo relatado com grande preocupação por Maria foi o fato de Vinicius ter acertado menos questões na Prova da Cidade[14] do que outro aluno que não sabe ler. No entanto, a medida que conversávamos Maria se lembrou que uma professora leu a prova para esta criança que não foi ainda alfabetizada. Portanto, foi com certo alívio que a professora se deu conta de uma situação que parecia muito improvável (que alguém que não soubesse ler acertasse mais questões do que uma criança alfabetizada. A ideia que a professora parecia ter é que Vinicius tinha algo de "sobrenatural", para conseguir errar mais questões que um aluno analfabeto). Mas ao final, a conversa sobre esta situação confirmou sua hipótese de que embora Vinicius já saiba ler, ainda tem problemas em compreender o texto lido.

> *Então... eu dito palavras pra ele, ele escreve e aí eu vejo, mas não vi nada de gritante assim... Mais de compreensão mesmo que a gente tem que explicar pra ele várias vezes, um enunciado mesmo ele não entende. Diversas vezes na sala ele vem e me pergunta de novo.*

Pode-se perceber uma contradição no discurso da professora que ora deposita a dificuldade apenas em Vinicius ("ele tem muita dificuldade", "em relação à sala ele está bem atrasadinho", "em matemática é bem complicadinho"), ora percebe ser uma dificuldade enfrentada por todos da sala e que, portanto não seria passível de explicação individual ("ele tem erros ortográficos como a sala inteira"). Podemos então considerar que a aprendizagem da leitura e escrita, e suas dificuldades, têm dimensões várias que perpassam também o individual, mas um individual construído coletivamente ao longo da história. Por isso, num primeiro momento Maria deposita a causa das dificuldades em Vinicius, mas ao longo da entrevista pôde refletir sobre o contexto em que elas aparecem e reconhecer sua construção social.

---

[14] A Prova da Cidade é um instrumento pedagógico instituído pela Secretaria Municipal de Educação de São Paulo em 2009 para que professores e gestores das escolas realizem um diagnóstico do processo de aprendizagem do 1º semestre de cada ano letivo, fornecendo um subsídio para o replanejamento do 2º semestre.

Falaremos a seguir sobre as questões de comportamento que foram relatadas ao longo das entrevistas. Para fechar esta parte do texto, um discurso de Vinicius sobre as doenças que ele (não) teria. Vinicius a partir da relação com o diagnóstico construiu o sentido de que é responsável pela sua dificuldade, tem dislexia, por isso precisaria pensar antes de ler, o que em realidade é esperado para uma criança ainda em processo de alfabetização.

> *Pesquisadora – Então, nessas coisas que você fica pensando, né…então, Vinicius, não é porque você tem déficit de atenção, é porque tem muita coisa acontecendo na sua vida?!*
> *Vinicius – É…*
> *Pesquisadora – Nem dislexia, porque você só levanta quando você precisa… (ele me interrompe)*
> *Vinicius – Não, é dislexia sim.*
> *Pesquisadora – É?*
> *Vinicius – É. Eu tenho, ó, por exemplo, eu tento ler isso daqui (aponta o estojo) eu não consigo, eu leio devagarzinho, pra tentar, aí eu vejo, olho, aí eu penso primeiro…depois eu….é*
> *Pesquisadora – Depois você lê, primeiro você tem que pensar?*
> *Vinicius – É… primeiro eu penso, junto as palavrinha e eu leio.*

2.2 Comportamento – Diagnóstico de TDAH

Vinicius começou a ser acompanhado por um neurologista que o diagnosticou como hiperativo antes de encaminhá-lo para a associação que realizou o diagnóstico de dislexia. O diagnóstico de TDAH (Transtorno déficit de atenção/hiperatividade) foi realizado pelo médico por meio de entrevista com a mãe sobre o comportamento da criança, e também por meio de exames (Luciana lembrou-se apenas do que chamou “eletro”, que seria o Eletroencefalograma).

> *Ele... eu expliquei pra ele como que era, ele fez alguns exames. Ele já fez vários exames, fez eletro, fez várias coisas. E aí ele falou que ele é hiperativo.*

Moysés (2001) alerta que no imaginário de professores e outros profissionais o eletroencefalograma (EEG) seria um exame útil para detectar a causa de dificuldades de aprendizagem. Podemos perceber que para a mãe de Vinicius este parece ter sido um exame importante, visto que dentre muitas avaliações apenas ele ficou em sua memória. Mas, a aplicação de exames deste tipo faz parte do processo de medicalização, pois a justificativa para sua utilização, de fato médica, reside em casos específicos tais como:

> fraturas, calcificações, má-formação craniana, fechamento precoce, tardio e/ou anômalo de suturas, micro ou macroencefalia, alterações da sela túrcica, controle de localização de válvulas instaladas ou outros objetos metálicos, como projéteis de arma de fogo, etc. [...] em síntese, a radiografia está indicada em traumatismos, alterações de forma e tamanho do crânio, suspeita de infecções congênitas e de hipertensão intracraniana.(Moysés, 2001, p.85)

O caso de Vinicius não se encaixa em nenhuma das situações descritas acima.

Segue um quadro com os sintomas do TDAH listados pelo DSM-IV-TR (2003). Esta lista de sintomas também pode ser encontrada no site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2001), denominado no site como SNAP-IV[15] e construído a partir do DSM-IV (na verdade o conteúdo parece o mesmo, modificaram-se apenas a construção de algumas frases). Para cada item do questionário a pessoa que preenche deve escolher entre “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” ou “demais”.

Sintomas relacionados à desatenção

1. Frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares de trabalho ou outras.
2. Com frequência tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
3. Com frequência parece não estar ouvindo quando lhe dirigem a palavra.
4. Com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções).
5. Com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.
6. Com frequência evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exigem esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa).
7. Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).
8. É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa.
9. Com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias. Sintomas relacionados à hiperatividade Sintomas relacionados à hiperatividade
10. Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
11. Frequentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou em outras situações nas quais se

[15] Esta escala de classificação é uma revisão do questionário de Swanson, Nolan e Pelham (SNAP) (Swanson et al, 1983).

espera que permaneça sentado.
12. Frequentemente corre ou escala em demasia, em situações impróprias.
13. Com frequência tem dificuldade para brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer.
14. Está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”.
15. Frequentemente fala em demasia.

Sintomas relacionados à impulsividade

16. Frequentemente dá respostas precipitadas antes que as perguntas terem sido completamente formuladas.
17. Com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez.
18. Frequentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios (p.ex. em conversas ou brincadeiras).

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2003.

Conclusão, o questionário para diagnóstico de TDAH é realizado de maneira subjetiva, e se mantém subjetivo na definição de seus critérios. Para o diagnóstico do TDAH a regra é que ao menos seis dos sintomas de desatenção e/ou seis dos sintomas de hiperatividade/impulsividade propostos pelo DSM-IV estejam presentes na vida da criança. Os sintomas precisam ocorrer em diferentes ambientes frequentados pela criança, manterem-se constantes e trazer prejuízo significativo para sua vida. Foram estabelecidos critérios A, B, C, D e E que são: A) apresentar seis ou mais dos sintomas propostos pelo DSM-IV; B) alguns dos sintomas devem estar presentes antes dos sete anos de idade; C) os problemas causados pelos sintomas devem estar presentes em pelo menos dois contextos diferentes; D) existem problemas evidentes na vida familiar ou escolar em virtude dos sintomas; E) se existe algum outro problema (como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele.

Diagnóstico subjetivo desde a interpretação das frases denotando “frequência”, entre as escolhas de intensidade “nem um pouco, pouco, bastante ou demais”, critérios versando sobre “alguns” sintomas (quais?) que devem estar presentes desde os sete anos, e por fim, apesar dos sintomas precisarem ocorrer em mais de um ambiente frequentado pela criança,

estes podem causar problemas só em um, ou em casa ou na escola, para facilitar o diagnóstico positivo. A respeito dos sintomas Moysés (2010) faz a seguinte crítica, por exemplo, da afirmação número 11:

> sai do lugar na sala de aula ou em situações em que se espera que fique sentado; aqui está posto o problema básico, que é o seguinte: quem espera que ele fique sentado? Quem disse que é normal uma criança de cinco anos ficar sentada na sala de aula? Quem disse que é normal um adolescente ficar sentado enquanto a gente espera que ele fique sentado? É o peso da autoridade de quem define o que o outro deve fazer e não o que é normal.(p.20)

Consta no site também a seguinte orientação transcrita a seguir de forma literal: "Você também pode imprimir e levar para o professor preencher na escola [...] IMPORTANTE: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional." (Associação Brasileira de Déficit de Atenção, 2001). Para concluir em qual categoria diagnóstica enquadrar o paciente este profissional faria um diagnóstico diferencial, excluindo outras patologias orgânicas ou problemas psicológicos (tal como um déficit de inteligência significativo) por meio de avaliação neurológica e aplicação de teste de inteligência. Portanto, o diagnóstico segue a mesma lógica de exclusão da avaliação para dislexia, o que não é surpreendente já que ambos os distúrbios seriam provenientes de uma disfunção cerebral mínima. (Legnani &Almeida, 2008)

Diante de todas as incertezas e indefinições do diagnóstico de hiperatividade, questiona-se aqui também o profissional que realizou o diagnóstico de Vinicius que não seguiu as orientações da sua própria área de atuação. Mesmo que este procedimento diagnóstico acima descrito pudesse ser considerado válido o médico não o fez de maneira correta, pois não poderia prescindir de uma entrevista com o professor: "critério C – os problemas causados pelos sintomas devem estar presentes em pelo menos dois contextos diferentes". As professoras de Vinicius, inclusive aquela da época em que o diagnóstico foi realizado, nem sequer sabiam da existência do laudo, o que nos faz concluir que não responderam ao questionário SNAP-IV.

Quanto ao que seriam as características da doença, a mãe descreve:

> *Ele não fica sentado, ele fica mexendo na mochila, aí qualquer coisa chama atenção dele, se um amigo está mexendo num livro ele já presta atenção no amigo e não na... ele tem déficit de atenção também, né (pausa longa) tem (pausa longa) ele é hiperativo...*
>
> *Sempre assim, as professoras sempre falavam que ele tinha que ter mais atenção, que ele não parava, que não dava, que ele não conseguia fazer a lição, o caderno dele era limpo, não tinha lição nenhuma no caderno porque ele não conseguia parar mesmo pra....pra...fazer a lição.*

> *ele sempre... até a gente mesmo em casa tinha que ter paciência, porque ele sempre foi muito danado, muito, muito, muito ele não para de jeito nenhum, ele está mexendo aqui, ele tá mexendo ali ele dentro de casa ele não vai ficar de jeito nenhum, e aí, até a gente mesmo não tinha paciência, né...porque...*

Pode-se perceber que as ações descritas pela mãe são muito próximas àquelas que constam da lista do DSM-IV. “Ele não para”, “não presta atenção”. Leonardi, Rubano e Assis, (2010) falam sobre uma deficiência importante na classificação da hiperatividade que consta no DSM-IV que é a categorização circular, isto é, estruturas inobserváveis (supostas deficiências neurológicas) são inferidas a partir da observação de determinados comportamentos, ao mesmo tempo em que são utilizadas para explicar a causa destes comportamentos. Dessa forma, pode-se dizer que “um indivíduo tem hiperatividade através da observação de determinados comportamentos e explica-se que ele emite tais comportamentos porque é hiperativo.” (Leonardi et al, 2010, p.117)

“Se um amigo está mexendo num livro ele já presta atenção no amigo... ele tem déficit de atenção”. Ele tem déficit de atenção, mas presta atenção no livro do amigo, ele tem déficit de atenção, mas “qualquer coisa chama atenção dele”. Estas declarações da mãe fazem refletir sobre em que situações Vinicius teria “déficit de atenção”. Falta atenção para conseguir fazer lição, preencher o caderno, mas não falta atenção para o livro do amigo, ou para qualquer coisa que fosse mais interessante. Parece que na escola, espera-se que a atenção seja algo dado e natural. Werner (1997) nos conta que a atenção voluntária, como uma das funções psicológicas superiores, não é passível de ser compreendida analogamente à atenção natural e instintiva dos animais, pois que é constituída por um processo basicamente social e dependente de motivações e significados.

Vigotski (1998) em seu estudo do comportamento de escolha em crianças demonstra como o comportamento humano se modifica, deixando de ser primitivo e regido por impulsos motores para se desenvolverem as atividades intelectuais superiores dos seres humanos, como por exemplo, a atenção voluntária. Em uma de suas experimentações o autor solicitava a crianças que pressionassem uma tecla pré-determinada correspondente a uma série de figuras-estímulo e como esta era uma tarefa demasiado difícil para as crianças, Vigotski percebeu que a escolha da criança parecia “uma seleção dentre seus próprios movimentos”, já que hesitante as crianças passavam a mão sobre as teclas numa seleção externa. No entanto, quando o sinal correspondente ou mais especificamente um signo foi colocado em cada uma das teclas, a escolha se modificou radicalmente, sendo que a criança apertava diretamente a tecla de acordo com a figura-estímulo sem impulsos motores ou hesitação, em um único movimento.

O autor pôde concluir que “o sistema de signos reestrutura a totalidade do processo psicológico, tornando a criança capaz de dominar seu movimento.” (Vigostski, 1998, p.46). Portanto, é a utilização de signos que permite ao homem controlar seus próprios processos e movimentos, e não é algo dado, natural do humano desde os primórdios da vida.

O autor esclarece, em outro momento, sobre o contexto que se usa o termo função psicológica superior:

> Da mesma forma como o primeiro uso de instrumentos refuta a noção de que o desenvolvimento representa o mero desdobrar de um sistema de atividade organizadamente predeterminado da criança, o primeiro uso de signos demonstra que não pode existir, para cada função psicológica, um único sistema interno de atividade organizadamente predeterminado. O uso de meios artificiais – a transição para atividade mediada – muda, fundamentalmente, todas as operações psicológicas, assim como o uso de instrumentos amplia de forma ilimitada a gama de atividades em cujo interior as novas funções psicológicas podem operar. Nesse contexto, podemos usar o termo função psicológica superior, ou comportamento superior com referência à combinação entre o instrumento e o signo na atividade psicológica. (Vigotski, 1998, p.73)

A atenção não pode ser vista como uma simples manifestação de organismos individuais, mas é uma função psicológica superior que se manifesta no processo interativo, portanto, não é possível afirmar que Vinicius tenha déficit de atenção, e ele mesmo nos esclarece um de seus motivos para não ter atenção voltada para o que professores e outros adultos esperam:

> *Pesquisadora – Então, você presta atenção.*
> *Vinicius – Presto atenção de vez em quando, de vez em quando eu vou pra trás, não presto atenção no filme, fico olhando pra lá. Quando a gente vem aqui assistir filme (estávamos na sala de vídeo), quando o filme tá chato, eu vou na janela e fico olhando pra lá. Ninguém me enche o saco.*
> *Pesquisadora – E você fica olhando…*
> *Vinicius – É.*
> *Pesquisadora – E fica olhando… e pensa…*
> *Vinicius – É (pausa longa) eu penso na minha vida, como está. Hoje mesmo minha mãe teve uma convulsão.*
> *Pesquisadora – Então, nessas coisas que você fica pensando, né…então, Vinicius, não é porque você tem déficit de atenção, é porque tem muita coisa acontecendo na sua vida?!*
> *Vinicius – É.*
> *Pesquisadora – Nem dislexia, porque você só levanta quando você precisa… (ele me interrompe)*
> *Vinicius – Não, é dislexia sim.*
> *Pesquisadora – É?*
> *Vinicius – É. Eu tenho, ó, por exemplo, eu tento ler isso daqui (aponta o estojo) eu não consigo, eu leio devagarzinho, pra tentar, aí eu vejo, olho, aí eu penso primeiro…depois eu….é*
> *Pesquisadora – Depois você lê, primeiro você tem que pensar?*

Vinicius – É… primeiro eu penso, junto as palavrinha e eu leio.

Nem sempre a atenção voluntária é determinada por situações mais prazerosas, muitas crianças prestam atenção a aulas desinteressantes, mas o que se deve procurar compreender é o motivo das crianças muitas vezes não se concentrarem em determinada tarefa, mas em outra. No caso de Vinicius, no período que foi realizada a pesquisa o motivo da desatenção ás atividades escolares era uma preocupação com outras questões, as convulsões da mãe. Mas anteriormente a este período, quando outras professoras relatavam a agitação e o incômodo constante a colegas de sala outro motivo para este fato poderia ser descoberto caso houvesse uma investigação, não sobre seu nível de desenvolvimento real, mas sobre o contexto das relações intersubjetivas constituídas, e seu nível de desenvolvimento proximal para proposição de novas alternativas de trabalho.

Werner (1997) realizou estudo de base microgenética que buscou examinar o significado dos sinais de desatenção, impulsividade e hiperatividade na relação com o pesquisador. Em seus resultados o autor conclui:

> *Os sinais que definem os transtornos hiperatividade decorrem basicamente de ocorrências específicas dos processos intersubjetivos, não havendo, assim, elementos que remetam os sinais, isoladamente ou em conjunto, ao status de doença ou transtorno, muito menos a uma dificuldade primária (biológica, constitucional) intrínseca do sujeito (p. 195).*

As funções psicológicas superiores (FPS) são internalizadas e dependentes de motivações e significados socialmente enraizados, produto histórico do ser humano. "A mediação cultural, portanto, é um aspecto primordial para o desenvolvimento de todas as FPS; seu desenvolvimento é o fundamento de toda existência consciente do ser humano". (Facci & Souza, no prelo)

Sobre a atenção às atividades a professora Nanci conta que colocava Vinicius logo na frente, pois sentado em outro lugar não obtinha sua colaboração para que realizasse as próprias atividades ou para que permitisse que os colegas o fizessem. A professora diz: "Senão, ele consegue levar todo mundo, porque ele mexe com um, cutuca o outro..." A professora Fátima concorda com Nanci sobre o comportamento agitado de Vinicius e diz "se você colocar o Vinicius com outros alunos é difícil". Ou como diz o DSM-IV "frequentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios (p.ex. em conversas ou brincadeiras)".

De acordo com Aquino (1996) a escola não acompanhou as mudanças da sociedade que trouxeram um novo sujeito histórico. Ainda se espera que os estudantes sigam um padrão antigo sendo submissos e temerosos.

> É possível constatar que guardamos uma herança pedagógica alheia aos novos dias. Salvo raras exceções, os parâmetros que regem a escolarização ainda são regidos por um sujeito abstrato, idealizado e desenraizado dos condicionantes sócio-históricos. As próprias teorias psicológicas e suas derivações pedagógicas, em geral, sacralizam a naturalidade com que esse sujeito é pensado. Sempre como se fossem todos iguais em essência e em possibilidades [...] (pp. 43 - 44).

Trautwein e Nébias (2006) dizem que o professor parece se perguntar as formas de colocar o conhecimento na mente do aluno se ele está sempre em processo de interação (não para sentado, conversa muito etc). Mas, utilizando Vigotski como referência estas autoras destacam que a capacidade de controlar o próprio comportamento surge no jogo coletivo que antecede o controle voluntário como força interna. Portanto é exatamente na troca, no diálogo, no movimento que a criança se aprende e se desenvolve.

A professora Maria relata sobre como identifica hiperatividade, déficit de atenção e dispersão em Vinicius. Mas diz que observa também as mesmas características em outros alunos da sala.

> *Maria – Ah, então, ele é muito disperso na sala também, é complicado fazer com que ele preste atenção.*
> *Pesquisadora – … e mudou alguma coisa depois que você soube que ele tinha o diagnóstico de dislexia?*
> *Maria – Ah, deu pra compreender melhor né, o que acontecia. Mas aí eu entendi mais do TDAH do que a dislexia, e eu não sei diferenciar muito isso porque, tem gente que tem dislexia e não tem o TDAH.*
> *Pesquisadora – Tem, mas é difícil, dizem ser difícil…*
> *Maria – Então, ele sempre foi muito disperso, aí eu entendi porque ele ficava tão distraído.*
> *Pesquisadora – Mais disperso que hiperativo?*
> *(pausa)*
> *Maria – É, é… acaba juntando…os dois.*
> *Pesquisadora – Como você percebe isso?*
> *Maria – Disperso em querer viajar assim, começa a ficar quietinho assim no canto e… mas aí ou ele está assim, ou ele está andando pra lá e pra cá, que eu tenho que ficar falando pra ele sentar toda hora, porque ou ele vai no lixo, ou vai ver o amigo do outro lado da sala.*
> *Pesquisadora – Só ele faz assim?*
> *Maria – Não. O Caio também faz isso... (pausa longa) têm vários (risos). Se você for analisar a minha sala, acho que é uma sala meio… hiperativa (risos). Até eu sou meio, porque, eu tô sempre correndo pra lá e pra cá, então isso acho que até atrapalha.*

Enquanto a mãe de Vinicius e as primeiras professoras o descrevem principalmente como uma criança que “não pára”, “não fica sentado”, “incomoda os colegas”, a professora

Maria destaca principalmente sua falta de atenção ("muito disperso", "é complicado fazer com que ele preste atenção"). Em conversa breve com a psicopedagoga que o atendeu[16] esta o descreve: "ele era um menino muito ativo, muito alegre, muito, ele era assim muito carinhoso, falava muito, se expressava, queria se expressar". O discurso da mãe e das primeiras professoras coincide com o momento que Vinicius foi atendido no programa social, pela psicopedagoga. Talvez, ele não fosse "uma criança agitada, que não parava, que não dava, muito danado", mas sim aquela descrita pela psicopedagoga: uma criança que queria se expressar, curiosa pelo mundo, por isso procurava sempre algo novo para prestar atenção. Com o tempo, esta ânsia foi diminuindo dando lugar a uma apatia e distração, principal queixa da professora mais recente. Daquele menino que se dizia apenas ser "agitado", mas que era também expressivo e curioso pelo mundo o processo de medicalização retirou a energia vital, característica das crianças que tanto contagia os adultos.

Houve oportunidade de falar sobre um mesmo tema com mãe e filho com divergência importante nas respostas. Pergunto para Luciana sobre o que Vinicius gosta de fazer, se ele assiste filmes, joga videogame, ou vai ao cinema. Ela responde:

> Já fui, só que ele não fica sentado, ele quer comer, quer tomar o refrigerante, mas depois que terminou a pipoca, terminou...ele quer sair. Mesmo na igreja quando a gente vai, ele não consegue ficar parado ali, pra ver o culto inteiro, e ele não gosta de ir na igreja por causa disso, porque tem que ficar sentado. Então, ele fica tomando água e fazendo xixi, tomando água e fazendo xixi, sabe... ele não pára.

Conversei também com Vinicius sobre assistir filmes, retomando o que havia surgido na entrevista com a mãe, ele responde:

> *Vinicius – Assisto filme, mas assim a noite, eu assisto um pouquinho e aí durmo.*
> *Pesquisadora – Mas se for de dia você assiste?*
> *Vinicius – Assisto.*
> *Pesquisadora – Qual você mais gostou de assistir?*
> *Vinicius – É, nem lembro. Não, 'Besouro'. É de capoeira.*
> *Pesquisadora – E você assistiu inteiro?*
> *Vinicius – Inteiro.*
> *Pesquisadora – E você teve que levantar no meio do filme?*
> *Vinicius – Não.*
> *Pesquisadora – Não, né…*
> *Vinicius – Fico quietinho, eu assisto*

---

[16] Em razão da dificuldade para obter autorização de acesso ao prontuário e aos profissionais de saúde que atenderam Vinicius no contra turno escolar, em uma organização não governamental, foi realizada uma conversa telefônica breve com a profissional psicopedagoga que o atendeu, e esta descreveu de forma sucinta suas impressões no contato com a criança, tomando-se todos os cuidados éticos de autorização por termo de consentimento livre esclarecido.

O encontro de versões evidencia que Vinicius passou por um processo de desenvolvimento que não foi testemunhado pela mãe. Diagnosticado como incapaz de manter atenção quando ainda estava com oito anos (e talvez não se interessasse tanto por filmes) a ideia a respeito do filho se cristalizou e a voz do diagnóstico manteve sua força com a certeza: ele é hiperativo, ele não consegue.

Entre as professoras houve o questionamento sobre a validade do diagnóstico, se Vinicius seria de fato disléxico e hiperativo. Nanci começa a falar sobre casos de crianças com deficiência mental que recebe em sala e que muitas orientações sobre como trabalhar com estas crianças exigem adaptações que não são possíveis na escola. Fátima, enquanto a colega fala dá sua opinião: "este não é o caso do Vinicius, não é o caso". A seguir acontece o diálogo abaixo:

> *Nanci – Porque eu realmente me sinto, muitas vezes impotente.*
> *Fátima – Você acha que é o caso do Vinicius ter? É claro que ele tem uma dificuldade muito grande de aprendizagem...*
> *Nanci – Eu acho que ele tem uma dificuldade grande.*
> *Fátima – Dificuldade, mas é uma dislexia?*
> *Nanci – Pelo pouco que eu conheço de dislexia...*
> *Maria – Eu concordo mais com o TDAH do que com a própria dislexia.*
> *Fátima – Então, o que você estava falando, trocar letras, se trocar letras fosse sintoma a gente tem um monte. Na sala do Vinicius eu tinha crianças com bem mais dificuldade que ele... e ainda a gente tem uma média de cinco ou seis por classe que são crianças como o Vinicius, com as mesmas características. E a gente faz alguns exercícios específicos, às vezes a criança tem até algum problema de fala, se você alfabetiza mostrando o fonema, e faz bastante exercício, dali a pouco atenua, melhora.*
> *Nanci – Ele desenvolve...*
> *Fátima – Então, será que é isso mesmo?*
> *Maria – O problema dele, é muito a dispersão dele, ele não consegue parar.*
> *Nanci – Isso eu acho uma coisa séria nele, ele não tem nenhum tipo de concentração, nenhum tipo de concentração.*
> *Fátima – Não tem o hábito de se concentrar.*
> *Nanci – Nada prende a atenção dessa criança, por mais que você...*
> *Fátima – Mas essa hiperatividade pode ser uma doença também...*
> *Maria – Mas aí eu tenho mais um assim, e aí eu tenho um que não sabe ler ainda...*
> *Fátima – Não, no caso dela (da Maria) é complicado, porque a sala já é... então menina. Olha, eu achava essa mãe tão escorregadia.*

Dizer "ele não tem concentração" parece ser diferente do discurso "não tem o hábito de se concentrar", isto é, concentrar-se não é uma prática frequente para Vinicius. Se não é uma prática frequente, quer dizer que ele não pôde aprender e desenvolver a função psicológica superior correspondente. Hábito é algo que pode se adquirir por meio de aprendizagem, experiências propiciadoras que talvez ele não tenha tido oportunidade de vivenciar. Dizer que Vinicius não tem concentração soa taxativo e pressupõe algo que ele já

deveria ter e não terá possibilidade de construir, pois que é de sua constituição individual. Importante relembrar que foi a professora Fátima, que concebe de maneira um pouco diferenciada o desenvolvimento das capacidades de atenção e concentração, quem o alfabetizou. Como relatado no item sobre a história do processo de escolarização de Vinicius até o ano de 2010, quando Vinicius ingressa na 4ª série PIC, as professoras não tinham conhecimento do diagnóstico, portanto não houve na relação professor-aluno e no desempenho de Vinicius em seu processo de alfabetização influência do laudo, mas sim da concepção de desenvolvimento humano de cada professora.

Vinicius conta sobre quais os comportamentos esperados de uma criança que tenha dislexia e hiperatividade.

> *Pesquisadora – Tá… mas e aí, quem tem dislexia tem o que? Tem problemas com o que?*
> *Vinicius – Ah, tem problemas com a leitura, tem problema de ficar quieto, você não fica quieto, fica muito agitado.*
> *Pesquisadora – E se a pessoa que tem dislexia tem problema com a leitura, depois que ela aprende a ler, o que fica…*
> *Vinicius – É, depois que aprende ler melhora as coisas…*
> *Pesquisadora – Mas ainda tem dislexia, porque já aprendeu a ler?*
> *Vinicius – Tem dislexia, porque não consigo ficar parado.*
> *Pesquisadora – Ah, dislexia é de não conseguir ficar parado?*
> *Vinicius – Dislexia é de não ficar parado e não tô lendo muito bem.*
> *P – Mas você esta parado aqui…*
> *Vinicius – O que?*
> *Pesquisadora – Você está parado aqui comigo.*
> *Vinicius – Ah, porque eu tô me segurando né, eu não consigo ficar parado.*
> *Pesquisadora – E você iria fazer o que? Se você não se segurasse?*
> *Vinicius – Ah, eu ficava andando aqui no meio da sala.*

No discurso da criança aparece confusa a delimitação entre o que seria dislexia e o que seria TDAH, mesma confusão que encontramos nas várias definições dos distúrbios criadas ao longo da história.

Vinicius se apropriou do discurso médico declarado de que ele tem uma doença em que não consegue ficar parado. Diz que está se segurando para ficar no lugar, mas ao longo da entrevista refletimos e percebemos que andar pela sala sem motivo não é o que de fato sente vontade como vemos na continuação:

> *Pesquisadora – É verdade que você queria ficar andando por esta sala?*
> *Vinicius – É…*
> *Pesquisadora – Fazendo o que?*
> *Vinicius – Ah, sozinho, ficava andando.*
> *Pesquisadora – Agora, estou falando agora, que você esta conversando comigo. Você preferia conversar andando?*
> *Vinicius – Não.*

Pesquisadora – Ah, tá… e você preferia andar sozinho?
Vinicius – Não, não.
Pesquisadora – Ah, então acho que você gosta de andar quando você não está fazendo nada, ou fazendo uma coisa chata?
Vinicius – É, é.
Pesquisadora – Quando estamos conversando assim, você não quer levantar e andar?
Vinicius – Não, só quando, por exemplo, o professor de artes, ele é folgado, fica xingando as pessoas. Eu levanto e saio.
Pesquisadora – Ah, tá. Tem um motivo pra você levantar. Você não levanta assim só porque você não consegue, a toa?
Vinicius – Não. Ou eu viro pra trás e começo a conversar.

3 ANALISANDO A PRODUÇÃO DO LAUDO DIAGNÓSTICO

Luciana, a mãe de Vinicius conta que desde pequeno ele é atendido (em pediatria) em um projeto social da comunidade local. No entanto, o laudo de dislexia não foi proveniente deste atendimento, mas do contato pessoal que a avó de Vinicius possui com um médico neurologista. No inicio de 2006, quando estava na 2ª série, Vinicius iniciou o acompanhamento com o médico neurologista que diagnosticou hiperatividade, prescrevendo medicação. No final do mesmo ano a criança foi atendida em uma instituição que se denomina especializada em dislexia que realizou um segundo diagnóstico com o resultado de "quadro de risco para dislexia". De acordo com a mãe o processo de atendimento na instituição pôde ser acelerado por conta do encaminhamento do médico.

As principais queixas descritas pela mãe que motivaram a busca pelo diagnóstico são: apresenta "dificuldades em aprender e é bastante inquieto"; "não pára de jeito nenhum"; "é bem atrasado, com dificuldade maior que as outras crianças".

Consta do laudo diagnóstico realizado pela associação (ANEXO A) que Vinicius procurou a associação para identificar as causas de suas dificuldades escolares. O diagnóstico foi realizado por duas profissionais: uma psicóloga e uma fonoaudióloga. Para o diagnóstico do que seria o distúrbio da dislexia, além de testes provenientes de áreas do conhecimento tais como a fonoaudiologia e neurologia, são utilizados quatro testes psicológicos: House, Tree, Person – HTP; Teste Viso- Motor Bender; Teste WISC – Escala de Inteligência Wechsler para Criança e Matrizes Progressivas Raven.

Embora, de acordo com orientações do Conselho Federal de Psicologia o relatório ou laudo psicológico seja definido como "uma apresentação descritiva acerca de situações e/ou condições psicológicas e suas determinações históricas, sociais, políticas e culturais, pesquisadas no processo de avaliação psicológica." (CFP, 2002, p.7) o que se vê no laudo é a simples descrição de resultados da aplicação de testes sem nenhuma contextualização.

A seguir discutiremos a respeito de cada um dos testes psicológicos, sobre a vagueza com que foram utilizados, sobre a impertinência de seu uso, e do uso neste diagnóstico.

A – House, Tree, Person – HTP

House, Tree, Person é um teste de desenho projetivo em que o grafismo é usado como uma forma de comunicação, principalmente entre as crianças. De acordo com Van Kolck (1984, p.1) "no plano do diagnóstico psicológico o grafismo, e em especial o desenho, tem ocupado lugar de destaque como instrumento indispensável". De fato, dependendo da forma como é utilizado o desenho pode ser uma boa forma de aproximação com a criança para conhecê-la melhor. No entanto, a partir do momento em que são impostas normas fixas sobre o que, quando e como desenhar, em uma situação de avaliação onde há hierarquia evidente entre quem avalia e quem é avaliado, *o desenhar*, algo tão íntimo e prazeroso para algumas crianças pode se tornar penoso. Um trecho de Cagliari (1997) ilustra bem o que acontece em situações de avaliação em geral:

> Em situações inibidoras, a maioria das pessoas perde a fluência. E a escola, os testes, não são situações inibidoras para uma criança, sobretudo oriunda das classes sociais desprivilegiadas? É bom, mais uma vez, dar uma olhada para ver o que as crianças dizem quando jogam futebol, quando discutem na rua... será que não tem fluência? (p.207)

Além disso, a forma de interpretar os desenhos é linear sendo que um tipo de traçado, por exemplo, resulta em determinada característica de personalidade independente de qual seja o contexto social vivido pela criança e de qualquer evento ocorrido no momento do teste.

A interpretação muitas vezes prescinde de diálogo sobre a razão pela qual a criança opta por desenhar de determinada maneira e não outra. As interpretações lineares provêm da necessidade de padronização dos testes psicológicos que desta forma impede a espontaneidade e o encontro entre sujeitos numa relação horizontal. Considerar o desenho "instrumento" importante para o diagnóstico, de maneira alguma o torna *indispensável* como qualifica a autora acima citada, pois urge considerar a história e aproximação da criança com as expressões gráficas, se de fato é prazeroso para ela lidar com a proposta de desenho, ou se ela prefere outro tipo de atividade, tal como massa de modelar, argila, brinquedos em geral, e até mesmo a fala para se expressar. Uma questão que se coloca é: afinal, qual a justificativa científica para a utilização de um teste denominado de personalidade para o diagnóstico de dislexia, supostamente um distúrbio neurológico? Seria a exclusão de fatores emocionais que pouco aparece nas inúmeras definições do distúrbio? A aplicação de um teste seria suficiente para avaliar as emoções de uma criança? A própria criança é que seria portadora de um problema emocional que a impediria de se alfabetizar?

Esta é a descrição dos resultados do teste:

1) Teste HTP
Teste Projetivo
Desenhos pobres de traçado – imaturidade na motricidade fina.
- Auto-defesa contra o meio exterior
- Discrepância entre desejo e realidade, entre querer e poder (não produz o quanto gostaria) - tende sentimentos de frustração.
- Prejuízo do nível de energia para responder a estímulos
- Sentimento adequado de interação com a família
- Medo da perda
- Relatos dos inquéritos - ricos

Como discutido na introdução do presente trabalho, a dislexia se configuraria como um distúrbio de leitura, portanto não há justificativa de acordo com a definição do alegado distúrbio para que seja investigada a maturidade da motricidade da criança. Os resultados são apenas descritos, sem qualquer explicação para a família ou para qualquer outro profissional (professores, por exemplo) que tenha o laudo em mãos sobre como estas informações foram utilizadas para o diagnóstico ou sobre qual a importância delas para lidar com a criança.

B – Teste Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender

O teste *Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender* tem como base científica a teoria da Gestalt que significa forma, configuração, todo e investiga a percepção humana. Bender propôs nove figuras como modelos a serem copiados graficamente, organizadas em graus de complexidade e apresentadas em cartões (tratam-se de pontos, retas e curvas dispostas como figuras geométricas). A finalidade do teste é apresentar padrões de estímulo para estudar desordens orgânicas e funcionais, nervosas e mentais, através da função gestáltica. Estuda principalmente quatro áreas: motora, espacial, temporal e visual (Bender, 1969).

Bender diz que a cópia das figuras gestálticas reflete o grau de maturação da percepção visomotora e que a percepção visomotora estaria estreitamente ligada ou relacionada com habilidade verbal e outras funções associadas com a inteligência nas crianças pequenas. Isto incluiria memória, percepção visual, coordenação motora, conceitos temporais e espaciais, organização e representação (Bender, 1969).

Moysés (2001) demonstra a impossibilidade de criação de qualquer instrumento que meça a inteligência ou o potencial de qualquer pessoa. “Os testes padronizados trazem alguns equívocos conceituais decorrentes de sua própria concepção: a crença na possibilidade de se avaliar o potencial intelectual de uma pessoa em particular.” (Moysés, 2001, p. 35). O que é

possível avaliar é no máximo a expressão do potencial, mas não o mesmo como um todo. Por exemplo, pode-se observar a expressão da estatura, mas não é possível avaliar ou prever qual altura uma pessoa terá na idade adulta. O potencial de estatura traduz uma situação onde o "ambiente seria, teoricamente, tão adequado que o genótipo (herança genética) seria igualado, em perfeição, ao fenótipo (expressão da interação entre o genótipo e o ambiente)." (Moysés, 2001, p.36). No entanto, a altura não será jamais um resultado linear do potencial, pois existem fatores ambientais que interferem e influenciam a expressão desse potencial, e não há como determinar quais são eles e em que medida modificam a expressão do potencial.

A autora exemplifica também esta questão em relação ás funções mais complexas que a estatura, como por exemplo, a coordenação motora que o teste Bender pretende avaliar. "O que avaliamos não é o potencial de coordenação motora, se é que podemos chamar assim, mas a expressão desse potencial, a coordenação motora que se nos apresenta" (Moysés, 2001, p.36). No entanto, salienta-se que diferentemente da estatura que se expressa de forma unívoca a coordenação pode se expressar de diversas maneiras, em diversas atividades, diferindo em relação ao seu significado prático e ao valor social.

Valor social é algo que se destaca. Certa atividade será ensinada e aprendida de acordo com o valor social atribuído a ela pelo grupo. Para uma criança o processo de aprendizagem de um jogo ou de uma brincadeira, tal como rodar um peão, fazer uma pipa, jogar futebol, além de gerar prazer, carrega um valor e um significado social em que aprender determinada atividade a valoriza e a faz pertencente ao grupo. Para esta mesma criança pode não ser tão significativo (ou nada significativo) copiar uma figura com lápis e papel (como é solicitado no teste Bender), se ela não pertencer a um grupo social onde existem lápis e papel, onde se ensina desde cedo a brincar com lápis, lápis de cor, livros, figuras, onde se tenha um contato íntimo, e principalmente não traumático com lápis, papel e cópias. Mesmo que ela pertença a este grupo em que a escrita seja valorizada, ainda sim, a simples cópia de uma figura por comando de um adulto pode não fazer sentido algum, e portanto não ser desempenhada pela criança da forma esperada pelo aplicador que avaliará a atividade, e a própria criança, como "abaixo da média".

"Preconizar o emprego de testes padronizados para avaliar a coordenação motora, fica implícito que se acredita no acesso à coordenação motora em si, o que permitiria identificar que uma das tarefas seria superior à outra, dentro de uma hierarquia neurológica" (Moysés, 2001, p.37). Dessa forma, alega-se que a cópia de figuras seria uma atividade capaz de expressar a coordenação de maneira superior a qualquer outra, e a escolha realizada pelo

profissional de aplicar este teste endossa um parâmetro de normalidade e revela uma opção ideológica em que as “preferências sempre recaem sobre as formas de expressão encontradas nas classes sociais privilegiadas.” (Moysés, 2001, p.37)

Koppitz (1989) fez um estudo com crianças e apresentou um livro intitulado ‘O teste Bender para crianças’. Segundo as conclusões da autora o teste fornece elementos capazes de verificar a prontidão para o aprendizado da escrita e da leitura, o desempenho da criança na escola – apontando também as dificuldades na evolução da aprendizagem – e diagnosticar lesão cerebral, sendo instrumento importante para o diagnostico das disfunções cerebrais mínimas.

As capacidades de prontidão são geralmente ressaltadas como as habilidades motoras, memorização, lateralização espacial, organização temporal, conhecimento de esquema corporal e integridade dos sistemas visual e auditivo. No entanto, Massi (2007) ressalta que os aspectos de prontidão considerados essenciais para leitura na verdade são melhores desenvolvidos na medida em que a atividade linguística se estrutura. A apropriação da escrita é um processo complexo e não se pretende negar que são muitos os fatores envolvidos nesta atividade. Mas recorrer a uma lista de habilidades de prontidão para dar conta de tal complexidade parece no mínimo discutível, pois este conceito não se embasa cientificamente e de acordo com a realidade do objeto estudado. (Massi, 2007)

Bender afirma que a percepção visomotora é uma função integrativa da personalidade como um todo que é controlado pelo córtex cerebral. Qualquer distúrbio neste centro de integração poderia modificar a função integrativa do indivíduo para um grau mais primitivo, e o teste identificaria este nível de integração. Os autores que pesquisaram o desempenho do teste Bender em indivíduos lesionados apontam como sinais da lesão: a presença de ângulos suplementares ou a omissão de ângulos, substituição de curvas por ângulos ou substituição de curvas por linhas retas, desproporção entre as partes, rotação de figura a 45°, incapacidade de integração, entre outras características. Após estas considerações sobre os tipos de desvios encontrados na reprodução das figuras por pessoas com lesões cerebrais reconhecidas, Bender (1969) relata sobre a utilidade do teste para identificar problemas cognitivos, alguns deles advindos de lesão cerebral mínima (LCM) e possíveis lesões. Percebe-se então que a identificação de uma suposta LCM em crianças que encontram dificuldades no processo de escolarização por meio do Bender segue a mesma lógica da identificação do que seria a dislexia, isto é, se uma pessoa com dislexia adquirida tem dificuldades de leitura, logo uma criança com dificuldade de leitura teria dislexia. Da mesma maneira, se alguém com uma

lesão cerebral comprovada executa o teste de determinada forma, por exemplo, omitindo alguns ângulos, logo uma criança que omite alguns ângulos teria uma lesão cerebral, ou lesão cerebral mínima.

O resultado da aplicação do teste no laudo avaliado foi:

2) Teste viso-motor Bender
Organização e percepção viso-motora geral – com dificuldade para idade
Compreensão de informação visual – com dificuldade para idade

Quando no resultado do teste se considera que a criança avaliada possui "organização e percepção viso-motora geral – com dificuldade para a idade", e "compreensão de informação visual – com dificuldade para idade" fica evidente a concepção do teste e do profissional que o aplica sobre desenvolvimento de funções psicológicas superiores. Nesta concepção, a percepção e a compreensão de informações não são capacidades construídas socialmente e por meio da mediação, mas inatas e desenvolvidas naturalmente com o passar dos anos. Espera-se que com determinada idade algumas funções estejam desenvolvidas independentemente das condições sociais e da história do processo de escolarização da criança avaliada. Não se nega que haja uma sequência temporal de desenvolvimento, mas sim que este desenvolvimento dependerá das condições concretas vivenciadas pela pessoa (Facci, 2004, p.76).

Vigotski (1996) esclarece:

> Sabemos que a idade cronológica de uma criança não pode servir de critério seguro para estabelecer seu nível real de desenvolvimento. Por isso, a determinação do nível real de desenvolvimento exige sempre uma investigação especial graças a qual pode ser elaborado o diagnóstico de desenvolvimento [...] ao diagnóstico se pode chegar ao descobrir o sentido e o significado dos sintomas encontrados. (p.265)

Propor a realização de um teste padronizado possibilita apenas a análise do desenvolvimento em nível real. É por meio de mediações e interações que a criança poderá desenvolver atividades com maior êxito, pois movimentará processos que não viriam à tona sem ajuda de outra pessoa. (Facci & Souza, 2011, p. 13 no prelo)

É possível discutir também sobre a pertinência do uso do Bender para o diagnóstico de dislexia e qual função este teste avaliaria de acordo com a definição e causa do possível distúrbio. Observando o objetivo do teste Bender poder-se-ia supor que a justificativa para o uso do teste no diagnóstico seria avaliar um possível déficit visual perceptivo para leitura, ou

um déficit motor que poderia comprometer a escrita[17]**.** Uma das supostas causas para a dislexia, já refutada por estudos científicos, é a idéia de um déficit perceptivo ou visual (Nunes et al, 2000).

De acordo com Coles (1987) um manual[18] em distúrbios de aprendizagem explica que pessoas com distúrbios de aprendizagem e prejuízo neurológico frequentemente entrarão no sistema escolar com uma percepção visual que faz com que confundam 13 com B, e que faz com que vejam b como d e p como q, etc. O autor descreve também estudos em que as porcentagens de erros de inversões entre grupos de crianças boas leitoras e grupos de crianças consideradas com distúrbio de leitura são muito similares. Em um dos estudos (Kaufman & Biren, 1976 citado por Coles, 1987), na verdade as duas crianças com maiores números de erros de inversão eram consideradas boas leitoras ou leitoras acima da média. Desta forma, os pesquisadores concluem que erros de inversão por crianças normais ou consideradas com distúrbio podem ser mais consistentemente explicados por uma lacuna no ensino do que por uma deficiência orgânica. Encontram-se evidências para essa conclusão também a partir de uma série de estudos (Moyer & Newcomer, 1977 citado por Coles, 1987) que demonstraram que a discriminação necessária para evitar a inversão de letras envolvia uma aprendizagem cognitiva, isto é, as crianças podem aprender e em realidade estes são erros relativamente fáceis e triviais de se corrigir.

Há muitas décadas têm sido feitos estudos sobre a utilização do teste Bender para avaliação de capacidades de leitura. Connor (1968), por exemplo, publicou um artigo sobre o uso do teste Bender como preditor de capacidades de leitura. Foram separados dois grupos por meio da aplicação de testes de leitura, um considerado grupo de bons leitores (grupo I) e outro de maus leitores ou leitores pobres (grupo II). O estudo obteve que o resultado do teste Bender teria diagnosticado tanto as crianças do grupo I como as do grupo II como leitoras pobres que sofreriam de um defeito perceptual e motor. Mesmo com esta conclusão, ao final do artigo sugere-se que o teste Bender possa continuar a ser usado para diagnosticar problemas de leitura, mas com precaução.

Não obstante muitos especialistas reconheçam que as inversões não são o que uma vez disseram, um considerável número de pesquisadores continua a escrever e aceitar esta teoria não comprovada como um fato e usando-a para diagnosticar crianças como portadoras de

---

[17] Diante da divergência dos autores da visão tradicional da área quanto a real habilidade que o suposto distúrbio acomete, falamos em leitura ***e*** escrita.

[18] Spears, C;E; & Weber, R. E., The Nature of Learning Disabilities" In Weber, R. E. Handbook on Learning Disabilities (Englewood Cliffs,, N.J.: Prentice-Hall, 1974.

distúrbios. Proponentes da tese sobre distúrbios de aprendizagem tendem a enfatizar os achados científicos que dão suporte a ela e a desconsiderar pesquisas que não favorecem sua comprovação (Coles, 1987). Portanto, usar o teste viso-motor Bender para diagnosticar a dislexia faz parte desta tendência em manter a crença em uma hipótese há muito tempo descartada. Sem nenhuma revisão histórica o campo avança de uma hipótese para outra sem se questionar se está trabalhando em direção a uma explicação verdadeira ou apenas justificando uma antiga e nunca comprovada.

A teoria Psicogenética de Ferreiro e Teberosky, por exemplo, é uma teoria que explica o processo que ocorre quando as crianças cometem "erros" de inversões ou segmentação de palavras e frases. Os "erros" na verdade fazem parte da construção de uma hipótese pela criança, pois esta teoria pressupõe um sujeito cognoscente que aprende por meio de suas próprias ações sobre o objeto, construindo suas próprias categorias de pensamento (Ferreiro, 1985). Nesta concepção a criança busca ativamente compreender a natureza da linguagem que se fala à sua volta, formula hipóteses, busca as regularidades, coloca à prova suas antecipações e cria sua própria gramática. Portanto, esta teoria pôde descrever e explicar o que é considerado erro e sintoma de um déficit visual do suposto distúrbio da dislexia, pois compreende a escrita em sua constituição histórica como um sistema de representação. E essa história pode ser reconhecida em cada criança no seu processo de alfabetização.

Cagliari (1997) expõe um exemplo de compreensão para erros comuns das crianças:

> A professora escreve 'Silvio' e o aluno copia 'Síbio', porque pensa que na escrita cursiva da professora as letras "Iv" se parecem com "b". A professora escreve "Oba" em cursiva, e o aluno copia em letras de forma "Olva", pela razão inversa da anterior. Diante de erros deste tipo, a professora e muitas outras pessoas pensam que essa criança não é capaz de conceitualizar as letras, de usar coerentemente a relação letra/som da fala e escrita, porque, afinal, basta falar *oba* para se ver que é muito diferente de *olva*. A professora pensa de um jeito, e a criança de outro, e se ambas não se entenderem não haverá ensino nem aprendizagem. A criança não sabe escrever: está aprendendo; e como não tem todas as informações, procura achar sua lógica e coerência, podendo chegar a resultados inesperados, que nem sempre são corretamente entendidos pela professora. Todos os erros da criança têm uma explicação. Nenhuma criança age na escola como se tivesse um cérebro de palha. Entender as estratégias das crianças que erram é condição fundamental para se programar o ensino e a aprendizagem. Quando não se entendem as estratégias das crianças, aparecem outros tipo de explicações, nem sempre muito justas: se o erro é cometido por uma criança carente, isso é mais uma prova de seu déficit...(p.203-204)

Em seguida, falaremos sobre os testes *Wisc* e *Raven* e por se tratarem de dois testes de inteligência serão discutidos conjuntamente.

C – Escala de Inteligência Wechsler para Crianças e Matrizes Progressivas Raven

Fundamentalmente, a definição de dislexia e seu diagnóstico baseiam-se no resultado dos testes de inteligência. Nas várias definições encontradas para o que seria a dislexia, ora a questão da inteligência fica explícita na definição como em Ianhez e Nico (2002, p.22) - "apesar de instrução convencional, *adequada inteligência* e oportunidade sociocultural e *ausência de distúrbios cognitivos* fundamentais a criança falha no processo da aquisição da linguagem" – ora ela parece ficar subentendida e denominada apenas de habilidades cognitivas como em Lyon, Shaywitz e Shaywitz (2003) – "essas dificuldades resultam tipicamente de um déficit em componente fonológico da linguagem, e são frequentemente inesperadas em relação a outras *habilidades cognitivas* e ensino adequado". Essas definições são determinantes para o uso de testes de inteligência no diagnóstico do que seria dislexia, já que se devem eliminar fatores para supor a existência do distúrbio. Discutiremos um pouco sobre as incongruências de cada teste de inteligência utilizado no diagnóstico em relação ao objeto a que se propõe avaliar.

Como referido anteriormente os testes padronizados elegem uma forma de expressão como a única que merece ser considerada. O Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, desenvolvido por John C. Raven foi padronizado e publicado em 1947 com o intuito de avaliar crianças (a partir de cinco anos), pessoas idosas e deficientes mentais. Trata-se de um teste de inteligência não verbal que pretende medir a inteligência geral, chamado de "fator G". A forma de expressão eleita neste teste é o raciocínio lógico, pois consiste em questões onde são apresentadas algumas figuras e um espaço vazio deve ser completado escolhendo dentre as alternativas a figura que segue o padrão lógico de cada questão. (Angelini et al, 1999). No *Raven*, fala-se em capacidade edutiva que consiste em extrair significado de uma situação confusa, ir além do que é dado estabelecendo novos constructos. Embora pretenda medir o fator g, Bandeira et al (2004) afirmam que na verdade as Matrizes Progressivas pretendem avaliar um dos componentes do fator "g", que seria a capacidade edutiva.

A escala Wechsler, publicada pela primeira vez em 1939, foi planejada em edições para adultos, escolares e pré-escolares, pretendendo ser usada para medida de inteligência geral, ou ainda no diagnóstico psiquiátrico (Anastasi & Urbina, 2000). É constituído por 13 subtestes que intentam medir diferentes habilidades, agrupados num Conjunto Verbal (Informação; Semelhanças; Vocabulário; Compreensão; Aritmética; Dígitos) e num Conjunto de Execução (Completar Figuras; Arranjo de Figuras; Armar Objetos; Códigos; Cubos;

Procurar Símbolos; Labirinto), definindo os *QI Verbal, QI de Execução e QI Total.* (Figueiredo & Pinheiro, 1998).

Talvez, um dos motivos para a ampla utilização do teste *Wisc* seja proveniente das diversas atividades propostas que lhe constituem, o que pode despertar a ilusão em alguns pesquisadores e profissionais de que, neste caso, não há uma única forma de expressão eleita para a classificação da inteligência. A criança seria analisada na totalidade de suas expressões e habilidades. No entanto, tanto no *Wisc* quanto no *Raven*, as habilidades exigidas devem ter sido aprendidas previamente, portanto não dizem respeito a um fator g, inteligência geral, avaliação do potencial de inteligência como se propõem. A atividade proposta no Raven, que requer o uso da capacidade edutiva relaciona-se claramente àquelas aprendidas anteriormente, uma lógica que é aprendida com a prática, com o acerto e erro, com a mediação de alguém que já a compreendeu e pode explicá-la. O próprio aplicador, de certa maneira, faz este papel quando dá as seguintes instruções:

> Olhe para este desenho. Como você vê este é um desenho do qual foi tirado um pedaço. Cada um destes pedaços abaixo (apontar para cada um deles) tem a forma certa para completar o espaço, mas apenas um deles é o pedaço certo. O número um tem a forma certa, mas não o desenho certo. O número dois não tem nenhum desenho. O número três está totalmente errado. O número seis está quase certo, mas está errado aqui. Só um é o certo, mostre o pedaço que é totalmente certo.

Será que apenas com esta explicação a criança que não acerta determinado número de questões terá um potencial de inteligência menor? Será que esta atividade é capaz de revelar o potencial de inteligência de alguém? Como discutido anteriormente, não é possível que isso ocorra.

No *Wisc* fica ainda mais manifesta a relação entre o conhecimento solicitado no teste e o nível de aprendizagem escolar da criança. “Os testes de inteligências, de maneira geral, utilizam itens que têm muitas de suas respostas baseadas em informações escolares” (Souza, 1996). O próprio manual da escala Wechsler recomenda nas instruções que o aplicador explique a criança que fará algumas perguntas para saber o que a ela aprendeu na escola (Wechsler, 2002).

Como discutido anteriormente na discussão sobre a aprovação dos testes psicológicos pelo Conselho Federal de Psicologia o teste *WISC III* passou por uma adaptação para utilização no Brasil. Constam no artigo de Nascimento e Figueiredo (2002) algumas adaptações que foram realizadas nos subtestes informação e aritmética, que se transcreve

literalmente na tabela a seguir, na qual podemos perceber sobre os testes requisitarem das crianças respostas sobre conteúdos já aprendidos.

Tabela 2 - Alterações nos Itens do WISC-III. Fonte: * WISC-III = Wechsler (1991) (Nascimento & Figueiredo, 2002, p. 607)

TRECHO DA ADAPTAÇÃO DO WISC III Á POPULAÇÃO BRASILEIRA		
Subteste	Item original*	Item adaptado
INFORMAÇÃO	13. Who was Christopher Columbus?	12. ..Pedro Álvares Cabral?
	18. On what continent is Brazil?	20. ... Canadá?
	20. Who invented the electric light?	18. ... o Avião?
	22. Who was Anne Frank?	13. ... Monteiro Lobato?
	25. What is the capital of Greece?	16. ... França?
	29. How far is it from London to New York?	29. ... São Paulo e Lisboa?
	30. What does turbentine come from?	26. ... o Látex?
ARITMÉTICA	23. Becky bought a second-hand bicycle for 28 dollar. She paid 2/3 of what the bicycle cost new. How much did it cost new?	21. Beto comprou um rádio de segunda mão por 28 reais. Ele pagou 2/3 do preço de um rádio novo. Qual o preço de um rádio novo?

Percebe-se que as adaptações realizadas mantêm o teor do teste em verificar conhecimentos prévios da criança, comumente adquiridos na escola que versam sobre história, geografia, ciências, operações matemáticas. A autora responsável pelo estudo de adequação do teste ao Brasil relata que embora os itens dos subtestes “Completar Figuras” e “Arranjo de Figuras” apresentem estímulos carregados de fatores culturais, estudos preliminares realizados por ela revelaram que tais itens seriam adequados para uso no Brasil. (Nascimento &Figueiredo, 2002, p.606). No entanto, não são citados neste texto quais foram os estudos preliminares que revelam a adequação do uso do teste no Brasil à revelia de fatores culturais diversos.

> Os testes de inteligência, sempre permeados de valores dos grupos sociais dominantes, são divulgados como podendo ser aplicados em qualquer homem, não importa se rico ou pobre, vivendo próximo ao Central Park, em Nova York, ou na zona rural de Sertãozinho... estudando em colégio de elite em São Paulo ou sendo filho de boia-fria, e já cortador de cana... Detalhes como esses, para quem quer acreditar, não são relevantes, pois se pretende estar avaliando a inteligência, que transcenderia a própria vida. (Moysés, 2001, p.42).

Moysés (2001) ressalta que as possibilidades de avanço do pensamento estão intrinsecamente relacionadas às necessidades concretas de vida que surgem de acordo com o momento histórico vivido. Portanto, os seres humanos apresentam um desenvolvimento

cognitivo conformado por suas necessidades e possibilidades concretas, pelo bloqueio ou acesso aos bens culturais, e a avaliação cognitiva de uma criança deve respeitar e considerar tais condições com olhar atento à história de vida imanente ao processo de transformação da sociedade.

Para Facci (et al, 2007) num processo de avaliação de acordo com a Psicologia Histórico Cultural:

> não se trata de analisar o repertório de conhecimentos já adquiridos pela criança, e sim os recursos que ela utiliza para responder a uma questão. No caso da avaliação através de testes psicológicos padronizados não é possível compreender a influência das condições histórico-sociais no desenvolvimento da inteligência, questão defendida pela Psicologia Histórico-Cultural, destacando quando a aprendizagem promove o desenvolvimento. (p.336)

Mesmo supondo que os testes de inteligência pudessem, de maneira mágica, medir o potencial de inteligência de um ser humano, seu uso para o diagnóstico de dislexia ainda assim seria inadequado diante da definição atual do que seria o transtorno. Logo no início da definição de Lyon, Shaywitz e Shaywitz (2003) diz-se que a dislexia é um transtorno de origem neurobiológica, e o próprio laudo analisado afirma a dislexia como "uma dificuldade de aprendizagem de origem neurológica." Shaywitz, Lyon e Shaywitz (2006) apontam que atualmente é possível por meio da nova tecnologia de imagem cerebral localizar a imagem do funcionamento interno do cérebro e saber exatamente onde e como a dislexia se manifesta.

Pergunta-se então, por que a tecnologia de neuroimagem não foi utilizada no diagnóstico de Vinicius? Se um distúrbio de origem neurobiológica é o que está em voga, porque ainda hoje não é descartada a equipe multidisciplinar na avaliação da criança? Não se pretende aqui defender que sejam realizados diagnósticos de dislexia, e ainda menos a utilização de aparelhos tecnológicos de neurologia para avaliar e rotular um processo que é social e histórico como a aprendizagem da leitura, mas demonstrar a fragilidade da construção, definição e avaliação deste alegado distúrbio.

D – Testes Fonoaudiológicos, de Percepção e Leitura.

Constam também do laudo uma série de testes e avaliações, de chamadas funções básicas, realizada pela profissional de fonoaudiologia. Os testes aplicados foram: Praxias Orofaciais; Teste de Equilíbrio Estático e Dinâmico; Dominância Lateral; Memória Tátil, Cinestésica e da organização Espacial; Organização Temporal, Discriminação e Percepção Visual; Discriminação e Percepção Auditiva; Memória Auditiva. A busca por comprovar a

existência da dislexia e sua origem neurobiológica faz com que várias hipóteses sejam levantadas e diante da refutação de cada uma delas, em vez de serem banidas do diagnóstico, estas se juntem a outras novas hipóteses na intenção de que o distúrbio ganhe força. Como discutido anteriormente a relação de questões de organização espacial, dominância lateral e memória com a dislexia foi refutada (Coles, 1987; Vellutino, 1982), mas parece que a realização do diagnóstico não acompanha as conclusões do meio científico quando estas não coadunam com a forma como foi construído e se manteve o processo de avaliação ao longo dos anos.

Outro teste aplicado, apesar de existirem pesquisas com resultados contrários à sua utilização, foi o Teste de Nomeação Rápida. No laudo, antes da conclusão há a seguinte frase "o resultado do teste de nomeação rápida está abaixo da média". Estudo que investiga a correlação entre a nomeação seriada rápida e habilidades de leitura descreve que o Teste de Nomeação Automatizada Rápida (Rapid Automatized Naming) consiste de quatro conjuntos de estímulos dispostos em cinco fileiras de 10 itens cada. Os quatro conjuntos de estímulos são: 1- letras minúsculas; 2- números; 3- cores; 4 – desenhos de objetos comuns (guarda-chuva, tesoura, pente, relógio, chave). Os estímulos em cada conjunto são apresentados em ordem aleatória, em um total de 10 vezes cada um para o sujeito nomear. Na pesquisa, das 146 crianças e adolescentes participantes da pesquisa 71 tinham dificuldades de leitura. Buscou-se avaliar tanto a exatidão quanto o período de latência para as respostas, no entanto, uma vez que a "exatidão das respostas foi muito elevada em todos os conjuntos (99%), a variável de interesse consistiu no tempo gasto para nomear os estímulos e em cada conjunto examinou-se apenas o tempo da resposta" (Martins & Pennington, 2001, p.392). O resultado desta pesquisa apresenta que os mecanismos subjacentes à contribuição da nomeação seriada rápida se relacionam de forma "modesta" com a aquisição da leitura e da escrita em um sistema alfabético de escrita. Durante a introdução do artigo os autores já haviam citado alguns estudos que contradizem a idéia de relação entre a nomeação rápida e habilidade de leitura, o que inviabiliza sua utilização para detectar um suposto distúrbio de leitura:

> a correlação entre a nomeação seriada rápida, avaliada quando as crianças estavam no jardim de infância e a habilidade subsequente de leitura, desapareceu quando os autores controlaram o efeito de variações no conhecimento dos nomes das letras no início do estudo. (Martins & Pennington, 2001, p.388)

O Teste Miofuncional Orofacial aplicado no diagnóstico de Vinicius é um teste longo e minucioso da área de fonoaudiologia que chega ao ponto de avaliar, por exemplo, as proporções da língua, e ainda funções orais de respiração, deglutição, mastigação. É um teste

muito importante para uma avaliação fonoaudiológica, mas que não se relaciona diretamente ao objeto avaliado que é o suposto distúrbio de dislexia. Embora em algum momento ele avalie questões fonológicas, trata-se de um exame exaustivo, configurando-se uma situação de avaliação que pode reforçar uma subjetivação da criança como doente. Ademais, a questão da consciência fonológica não pode ser analisada de maneira isolada e determinante de um distúrbio quando se compreende a escrita como um processo histórico de construção de um sistema de representação, não um processo de codificação de sons.

São citados ainda testes que foram realizados com objetivo de avaliar especificamente a consciência fonológica: prova de detecção de rima e aliteração; (muitos adultos leitores não identificam rimas); provas de divisão fonêmica e silábica; provas de detecção de fonemas inicial, medial e final; provas de inclusão e exclusão fonêmica; provas de inclusão e exclusão silábica; junção de fonemas para formar palavras monossílabas, dissílabas, polissílabas e de logatomas; fluência verbal. A comunicação escrita também foi avaliada, analisando-se a caligrafia; a cópia; a escrita espontânea; o ditado; a leitura de fonemas e logatomas; e a leitura e compreensão de texto. Todas as provas descritas acima são conteúdos escolares e revelam que o diagnóstico apenas busca confirmar uma dificuldade já conhecida quando se recebe o encaminhamento da criança.

Vigotski ao estabelecer a relação entre aprendizado e desenvolvimento conclui em seus estudos que uma correta organização da aprendizagem conduz ao desenvolvimento, sendo a aprendizagem fundamental para que a criança desenvolva características humanas que não são naturais, mas formadas historicamente (Vigotski, 1988). Assim, o processo de desenvolvimento segue o da aprendizagem, criando a zona de desenvolvimento proximal que é a capacidade de soluções de problemas sob a orientação de um adulto ou companheiros mais capazes. Com a observância destes conceitos percebe-se que as atividades propostas no diagnóstico revelam apenas o estágio de desenvolvimento já completado, pois não houve nenhuma mediação ou ajuda por parte do adulto que pudesse emergir o desenvolvimento potencial da criança. Vigotski (1998) coloca que uma consequência desta conclusão sobre o aumento da capacidade das crianças quando orientadas por alguém mais experiente é a mudança nas conclusões que podem ser tiradas de testes diagnósticos do desenvolvimento:

> Acreditava-se há algum tempo que, pelo uso de testes, poderíamos determinar o nível de desenvolvimento mental no qual o processo educacional deveria se basear e cujos limites não deveriam ser ultrapassados. Esse procedimento orientava o aprendizado em direção ao desenvolvimento de ontem, em direção aos estágios de desenvolvimento já completados. (Vigotski, 1998, p.116)

Uma criança com suspeita de dislexia encontrou problemas em seu processo de escolarização que a impediu de adquirir as habilidades de leitura e escrita, bem como apreender o sentido desta representação. Portanto, não faz nenhum sentido a aplicação de exercícios, muitas vezes descontextualizados, que apenas comprovam o que já se sabia. Massi (2007) analisa as tarefas avaliativas utilizadas no diagnóstico de dislexia em toda sua aplicação artificial, descontextualizada e desprovida de função social. A autora denuncia

> o fato de procedimentos avaliativos utilizarem-se, muitas vezes, do texto como pretexto para a execução de tarefas que se distanciam de uma situação dialógica. Pedir a um aluno que leia uma produção textual em voz alta para testar suas habilidades perceptivas, ou, ainda, solicitar desse aluno a escrita de um texto com o único objetivo de avaliar seus "erros" gráficos e sintáticos são atitudes que fogem de uma perspectiva que busca vincular a produção textual a acontecimentos interativos e suas diferentes formas de ação verbal, no uso efetivo da linguagem." (Massi, 2007, p.141)

Por fim, é explicitada a conclusão do laudo: "devido as suas dificuldades em leitura e escrita, e outros sintomas descritos acima, fica constatado um quadro de risco de dislexia (CID – F81.0 – DSM – IV)." O quadro de risco para dislexia é considerada uma condição comumente descrita em crianças que ainda estão iniciando a alfabetização, portanto seria necessário uma reavaliação posterior:

> *sugerimos também o retorno com o médico neurologista e, após dois anos de tratamento, voltar à associação para uma reavaliação.*

Novamente, pode-se questionar sobre a definição da dislexia como uma doença neurobiológica e hereditária, pois se assim fosse não seria possível a existência de um quadro de risco.

3.1 O diagnóstico e as normas do Conselho Federal de Psicologia

Analisaremos alguns aspectos da produção do laudo diagnóstico de Vinicius de acordo com a resolução do Conselho Federal de Psicologia, n.º 007 de 2003 que institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo Psicólogo decorrentes de avaliação.

Logo no início do manual há orientação para que qualquer documento redigido por profissional de psicologia deva, na linguagem escrita, apresentar uma redação bem estruturada e definida, expressando o que se quer comunicar. Assim, o texto deve ser ordenado de forma a possibilitar a compreensão por quem o lê, "o que é fornecido pela estrutura, composição de

parágrafos ou frases, além da correção gramatical" (CFP, 2002, p.3). No entanto, não é o que se percebe no laudo analisado, sendo que no parágrafo a seguir não é possível compreender o conteúdo:

> *A LDB 9394/96 orienta que a criança, jovem ou adulto deva caminhar com seu grupo etário e que no caso de uma retenção de série, causada pelo desconhecimento de outros deverá ser reconsiderado, uma vez que com isso venha acontecer, poderá causar danos emocionais na auto-estima já tão desgastada por fracassos não compreendidos.*

Quem são os "outros" que desconhecem o quê? A LDB orienta que toda e qualquer criança, jovem ou adulto deve caminhar com seu grupo, ou o texto pretende se referir a pessoas diagnosticadas? Além disso, contrariando a ideia que o texto intenta passar com base na LDB de que a criança deva caminhar com seu grupo etário cabe destacar o art. 23º da LDB que diz o seguinte: "a educação básica poderá organizar-se em séries anuais, períodos semestrais, ciclos, alternância regular de períodos de estudos, grupos não-seriados, com base na idade, na competência e em outros critérios, ou por forma diversa de organização, sempre que o interesse do processo de aprendizagem assim o recomendar". (LDB, 1996)

O manual de orientação para documentos psicológicos também evidencia que a comunicação deve apresentar qualidades tais como clareza, concisão e harmonia. "A clareza se traduz, na estrutura frasal, pela sequência ou ordenamento adequado dos conteúdos, pela explicitação da natureza e função de cada parte na construção do todo." (CFP, 2002, p.4).
Consta também no texto do diagnóstico:

> *Consequências secundárias podem incluir problemas na compreensão da leitura e redução na experiência acumulada por ela impedir o crescimento do vocabulário e o conhecimento.*

E no parágrafo seguinte:

> *Esta definição se encontra no livro de Classificação de Doenças problemas e relacionados à saúde (10ª revisão), volume 1 (CID – F81.0 – DSM – IV).*

Podemos interpretar o primeiro parágrafo de duas formas. Num primeiro caso, o termo "por ela" poderia complementar "redução na experiência acumulada", o que quer dizer que "ela" seria a criança. Acrescentando uma vírgula teríamos:

> *Consequências secundárias podem incluir problemas na compreensão da leitura e redução na experiência acumulada por ela, impedir o crescimento do vocabulário e o conhecimento.*

Outra forma de compreender seria com o uso do termo “por ela” como início de uma nova oração, sendo que “ela” seria a dislexia.

> *Consequências secundárias podem incluir problemas na compreensão da leitura e redução na experiência acumulada, por ela (a dislexia) impedir o crescimento do vocabulário e o conhecimento.*

Percebe-se que não há um cuidado quanto à sequência e ordenamento adequados do conteúdo, pois o segundo parágrafo citado acima se inicia com “esta definição”, e não há nada sendo definido no parágrafo antecedente. Falta também sentido na frase versando a respeito do CID 10, cuja sigla representa “Classificação *Internacional* de Doenças”.

Como orientação de princípios técnicos para a redação de documentos psicológicos consta que no processo de avaliação psicológica deve-se considerar que “os objetos deste procedimento (as questões de ordem psicológica) têm determinações históricas, sociais, econômicas e políticas, sendo as mesmas elementos constitutivos no processo de subjetivação.” (CFP, 2002, p.4). Dessa maneira, o documento deve considerar a natureza dinâmica, não definitiva e não cristalizada do seu objeto de estudo. No caso da associação produtora do diagnóstico evidentemente a linguagem e sua apropriação no processo de leitura e escrita é o objeto, e este foi considerado dependente de um componente biológico imutável.

> *Sendo assim, dislexia não é uma doença, e sim, um distúrbio hereditário (genético) e, portanto o indivíduo nasce e morre com esse distúrbio.*

A observância das múltiplas determinações que orienta o manual não é o que se encontra no laudo de dislexia analisado e esta compreensão não poderia mesmo ser esperada, pois pretender diagnosticar como distúrbio problemas encontrados no processo de alfabetização já carrega outra concepção do objeto de estudo que se alia a pressupostos das ciências naturais. Esta compreensão culmina com a frase acima (“um distúrbio hereditário (genético) e, portanto o indivíduo nasce e morre com esse distúrbio”), que afirma de maneira categórica algo que, no mínimo, estaria em estudo, algo que nunca foi comprovado em estudos de fato científicos (Moysés & Collares, 2010), tenta categorizar e cristalizar um objeto que não é da ordem médica ou um distúrbio, mas que tem determinações históricas, sociais, econômicas e políticas, é construído socialmente, desenvolvido por mediação ao longo da vida e de seu movimento.

Por fim, destacamos afirmações no laudo que não tem nenhuma fundamentação ou base científica exigida pelas normas da produção de laudos, por exemplo, quando se relata o seguinte: “dentre inúmeros talentos disléxicos, citamos Albert Einstein, que apesar de ser um grande gênio, tinha dificuldades na leitura, escrita”. Esta afirmação pode ser facilmente contestada, já que as primeiras descrições sobre dislexia ocorreram em 1895, com Hinshelwood, e no ano seguinte, 1896, Einsten estava terminando o ensino secundário. Pergunta-se como e quem realizou o diagnóstico de Albert Einstein? Além disso, da maneira como foi escrita a frase enfatiza a dificuldade, e não a genialidade de Einstein, que “apesar” de gênio possuía dificuldades.

Coles (1987) investiga a biografia de Albert Einstein indo além da superfície dos problemas e de interpretações reducionistas. Como Einstein teria um distúrbio de leitura – pois brilhante em matemática, mas não em línguas – se aos treze anos lia “Crítica da Razão Pura” e trabalhos de outros filósofos, adotando Kant como seu autor favorito? Ainda durante este período o cientista lia Darwin. O mito da dislexia de Einstein diz ainda que sua dificuldade em linguagem o impedia de encontrar um emprego após a graduação, e fez com que perdesse três empregos em dois anos. Einstein teve três empregos em um curto período de tempo porque: o primeiro era temporário como pesquisador assistente; o segundo também era temporário como substituto de um professor que precisou servir o exército; e o terceiro foi perdido devido a personalidade independente e intelectualmente rebelde de Einstein que tinhas ideias de mínima rotina e mínima disciplina muito diferente do que esperavam seus empregadores. De acordo com Coles (1987, p.18) o diagnóstico do físico faz parte de uma “especulação que a cada ano parece movimentar-se mais e mais em direção ao reino da sabedoria. Além de Enistein, outros disléxicos legendários seriam Thomas Edison, Rodin e Leonardo da Vinci [...] Entre os mais antigos disléxicos estaria Karl XI (1655-97).”

3.2 Todo diagnóstico requer um tratamento

> "É, já vai fazer um ano que ele está sem a pedagoga.
> E agora a gente ta vendo se consegue uma *pedagoga pra atender ele*."
> (*Mãe de Vinicius*)

Se não aprender a ler e escrever da maneira e tempo esperado por outros é uma doença, ensinar se tornou tratamento? Ser professora, pedagoga, agora é uma profissão da área clínica em que crianças são *atendidas* e não ensinadas? Na perspectiva de quem acredita que diferenças no modo de aprender seria um distúrbio, sim. Professores agora são profissionais da área médica. Embora no laudo seja sugerido o tratamento fonoaudiológico o tratamento iniciado foi o acompanhamento com uma pedagoga. Vinicius foi *atendido* por uma psicopedagoga durante três anos em um programa social.

Outras recomendações foram realizadas pelo médico, além do tratamento por meio da medicação para que houvesse melhora no suposto quadro de dislexia, hiperatividade e déficit de atenção. Luciana, a mãe, diz:

> *Porque assim, ás vezes ele mexe numa coisa, sei lá, faz alguma coisa de errado, a princípio antes (do diagnóstico) eu já brigava com ele, colocava ele de castigo, agora eu procuro conversar mais com ele, explicar bastante, mesmo que seja mais de uma vez. Ás vezes eu sento ele, eu explico pra ele, então agora a gente tem mais paciência, né... assim pra explicar, pra não ficar brigando. Que ás vezes você... ele mexe aí você fala 'não pode mexer nisso', agora a gente já explica, 'não pode mexer porque isso tem que ficar aqui', entendeu.*
>
> *Médico neurologista mandou outro, outra cartinha pra professora, dizendo que tem que ter mais paciência mesmo, que não tem jeito ele falou, que tem que ter paciência. Devagar ele falou que vai indo, tanto que esse ano ele teve que repetir de novo a quarta, então ele já repetiu dois anos.*
>
> *Isso. Então ajudou bastante nessa parte assim, pelo menos as pessoas terão mais paciência assim né. É igual eu explico pra ele, eu falo assim que ele não é doente, ele não tem que ser tratado diferente, mas na verdade é o que o médico neurologista falou, tem que ter uma paciência maior com ele.*

A principal recomendação é a *paciência*, mais e maior, em casa e na escola. Ter paciência, explicar o motivo de proibições – *ensinar* – novamente se tornou um tratamento. Vinicius só pôde ter a atenção que toda criança deve receber mediante um rótulo de doença, de criança com quem se deveria ter *mais* paciência. Como vimos na definição de medicalização, há uma expansão do que seria de ordem médica que chega agora a atingir o ensino (Conrad, 1992).

No último subtítulo do laudo nomeado “encaminhamento” recomenda-se o uso de corretores de texto no computador, corretor ortográfico e jogos pedagógicos, prática de esportes, uso de gravador, calculadora, dicionário, tabuada impressa, maior tempo para realizar provas, aulas de artes, ‘trabalhar o concreto’.

Vigotski (1998) nos conta que a pedagogia da escola especial, baseando-se em estudos que comprovavam crianças retardadas não serem muito capazes de pensamento abstrato concluíram que a melhor forma de ensino seria aquela fundamentada no uso de métodos concretos. No entanto, esta ideia era errônea, pois com a prática concluiu-se que:

> o sistema de ensino baseado somente no concreto – um sistema que elimina do ensino tudo aquilo que está associado ao pensamento abstrato – falha em ajudar as crianças retardadas a superarem as suas deficiência inatas, além de reforçar essas deficiências, acostumando as crianças exclusivamente ao pensamento concreto e suprindo assim, os rudimentos de qualquer pensamento abstrato. Precisamente porque as crianças retardadas, quando deixadas a si mesmas, nunca atingirão formas bem elaboradas de pensamento abstrato, é que a escola deveria fazer todo esforço para empurrá-las nessa direção, para desenvolver nelas o que está intrinsecamente faltando. (Vigotski, 1998, p.116)

Pois bem, se no caso de crianças que se percebe certa dificuldade em raciocínio abstrato concluiu-se ser necessário trabalhar exatamente a zona de desenvolvimento proximal; capacidades a serem desenvolvidas e não as conclusas; estimular o desenvolvimento do raciocínio abstrato utilizando o concreto como um meio, no caso de crianças ditas disléxicas também seria recomendável trabalhar as questões de leitura e escrita e não afastá-la do conteúdo que apresenta maior dificuldade como se fosse uma capacidade impossível de ser desenvolvida, pois um impeditivo estaria endurecidamente localizado no corpo. Além de não ser comprovada a existência desta doença, além do estigma carregado pela criança, esta é ainda afastada da oportunidade de desenvolver uma capacidade que faz parte do desenvolvimento do gênero humano, como indivíduo singular que é são diminuídas suas possibilidades de relação, “com as objetivações humanas concretizadas historicamente pelos homens através das gerações, ao longo de toda a história da humanidade” (Oliveira, 2005, p.28). Se a dificuldade é na representação escrita, na linguagem que é algo simbólico, porque trabalhar “o concreto”?

O uso do corretor ortográfico, por exemplo, não ajuda na aprendizagem, não possibilita o erro e a reflexão sobre ele, portanto evita o conhecimento e reconhecimento da necessidade do estudo teórico que produziu os critérios da língua estudada. De acordo com Geraldi (1996, p.133) “as classes gramaticais são apresentadas aos alunos a partir de

definições, sem que os critérios de classificação sejam considerados. Aprende nomes de classe, definições, faz exercícios, mas não consegue entender a razão de tais classificações."

Estas considerações linguísticas não figuram a realidade escolar, e os erros dos alunos completamente justificáveis diante da forma descontextualizada que são ensinados são transformados em sintomas de uma doença.

O uso da calculadora também faz parte das recomendações de tratamento que constam do laudo de Vinicius. A professora Maria e a professora Nanci relatam situações em que o estudante busca utilizar este recurso.

> *No dia da prova ele trouxe calculadora e queria usar, era uma prova oficial, era a Prova da Cidade, e aí ele usou, e tiraram dele porque não é um material que todo mundo poderia usar e ele estava usando. (professora Maria)*

> *No dia da aplicação da prova, eu fiquei na sala dela porque houve uma troca e tal. Ele não se aperta, quando ele viu que não ia... ele era o único que estava com uma calculadora dentro da sala, ele escondeu a calculadora e ele pegou a calculadora escondido, você entendeu. Então ele, ele, é isso desde pequeno...(professora Nanci)*

O uso da calculadora, que no laudo diagnóstico é indicado como parte do tratamento, é visto pela professora Maria como algo cujo manuseio deva ser ensinado após o aprendizado do calculo tradicional, para que a criança não se apoie em uma única maneira para lidar com as operações matemáticas. Corroborando com a teoria de Vigotski (1998) que prima pelo ensino e desenvolvimento das funções superiores a serem atingidas, a calculadora poderia ser um meio de resolução de problemas, algo que também se deve aprender a usar, e não um fim em si mesma.

> *Tem atividades que a gente pode usar calculadora, mas se eles não aprenderem como usar a calculadora também não adianta. Eu não sei, acho que seria uma muleta pra ele, ele ia ficar muito baseado nisso e se ele estivesse sem não ia conseguir fazer mais tarde.*

Portanto, algumas indicações de tratamento que constam no laudo não são tratamento, mas processo de ensino para que a criança se aproprie do que se constituiu em objetivações concretizadas historicamente pelos homens através das gerações (Oliveira, 2005), principal função da escola. Outras indicações além de não ajudar, atrapalham e distanciam a criança da aprendizagem e apropriação de conteúdos essenciais para seu desenvolvimento e domínio do sistema de referências do contexto onde vive.

4 ENCONTRO DE VERSÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO

4.1 Seu uso e função

Falaremos sobre as versões a respeito do uso que se faz do diagnóstico na escola. A coordenadora pedagógica, chamada aqui de Eliza, em conversas informais anteriores á entrevista gravada conta sobre os efeitos do diagnóstico na forma de tratar a criança. Diz que o diagnóstico vem sendo usado "como se fosse um laudo" e que "serviu como uma grande ajuda para os professores". No entanto, durante a entrevista Eliza amplia seu relato contando que ao receber uma criança com algum diagnóstico os profissionais da escola ficam "na verdade sem saber o que a criança tem... Sem o diagnóstico a gente fica perdido, e com o diagnóstico também, porque é diagnosticado, e daí? Como nós vamos fazer pra lidar com essa criança?". Nanci, que foi professora da criança nos dois primeiros anos, diz que também nunca viu o laudo e que "saber ou não saber, não muda", porque não recebem orientações e se viram como podem, sabendo que muitas vezes fazem pelas crianças diagnosticadas muito pouco pedagogicamente.

Eliza diz também que existem dúvidas quanto aos direitos da criança diagnosticada como disléxica em relação à repetência.

> *o aluno foi considerado como disléxico, e a gente fica sem saber, e aí? Ele realmente não consegue escrever, às vezes não consegue ler, a gente sabe que ele é inteligente. A gente precisa assim de uma orientação pra saber, o aluno disléxico, ele tem direito de passar de ano com as limitações assim, assim e assim, esse aluno disléxico ele tem direito que alguém leia a prova dele, coisas desse tipo.*
>
> *... e daí o Vinicius evolui <u>dentro do quadro</u> dele, e ele acaba não conseguindo muitas coisas, e a gente sem saber...e aí? O Vinicius vai ficar no quarto ano? Vai repetir? E a professora disse, olha a gente tem que ter uma orientação melhor sobre o Vinicius, e eu acho que a gente precisa fazer com que esse aluno vá a frente, mesmo com as limitações que ele tem.*

O diagnóstico de dislexia traz a certeza para algumas pessoas de que a criança é inteligente já que para confirmação do alegado distúrbio a inteligência seria supostamente avaliada obtendo-se resultado na média ou superior. Este seria um alívio para a família e para a escola, pois como relatado por Eliza "a gente sabe que ele é inteligente". No entanto, no discurso da coordenadora fica evidente que a criança disléxica, Vinicius, tem limitações que não poderão ser superadas, a criança percorrerá os anos escolares com tais limitações evoluindo dentro de um quadro clínico que nos remete a imagem de uma contenção, como na moldura de um quadro que é fechada, unidimensional, linear a criança estaria presa e limitada

por todos os lados. A coordenadora pedagógica relata sobre o alívio da mãe com o diagnóstico:

> *pra família foi até um alívio saber, né, pior é quando a pessoa não sabe nada do que que é a dislexia, depois ela 'ah, sabe, o avô', acho que é o pai dela mesmo, 'ah, o meu pai tinha isso também, pa, pa, pa', e pra ela foi um consolo, digamos assim, ela saber pelo menos do que se tratava, de uma particularidade, de uma coisa hereditária, a mãe ela ficou até mais tranquila, né.*

Na entrevista com Luciana, de fato ela afirma que soube em consulta médica que o suposto distúrbio de Vinicius é hereditário, pois seu pai também seria disléxico.

> *Aí, eles perguntaram do meu pai, da minha mãe, dos meus irmãos, porque o neurologista disse que é hereditário, né. E depois que a gente descobriu que o Vinicius tem, a gente descobriu que meu pai também tem, porque meu pai ele não escreve, ele não assina nem o nome.*
>
> *Ele estudou ... . minha mãe diz que quando eu era pequena, eu não sei quando criança, mas minha mãe diz que quando eu era pequena ele estudou dois anos. E até hoje ele não consegue aprender a escrever o nome. E assim, ele tem as mesmas atitudes, sabe assim, do Vinicius. Pra fazer as coisas assim é aquele desespero, ele é rápido, é meio afobado sabe. E às vezes a gente nota algumas semelhanças assim.*

A informação sobre hereditariedade também consta do laudo diagnóstico que diz: "um distúrbio hereditário (genético) e, portanto o indivíduo nasce e morre com esse distúrbio." Ressalta-se que o médico neurologista concluiu que o avô de Vinicius seria disléxico conversando com Luciana, a mãe da criança.

Nas últimas décadas as primeiras páginas de jornais têm anunciado a descoberta de diversos genes que seriam responsáveis por doenças e comportamentos ("da homossexualidade", "do câncer de mama", "da obesidade"). A desconsideração por parte dos discursos públicos científicos a respeito da complexidade da genética criou uma forma ingênua de determinismo genético que assume que existem genes específicos para as características específicas em todas as circunstâncias (Conrad, 1999). Esta visão de que existem genes transmitidos de uma geração para outra que seriam responsáveis por doenças assume causas internas como únicas e prioritárias. Desta forma, o gene para o alcoolismo seria mais determinante que o significado cultural de beber, o gene para esquizofrenia seria considerado muito mais significativo do que o ambiente familiar (Conrad, 1999), social, cultural e um gene para dislexia mais determinante do que o ambiente escolar, contexto de aprendizagem e ensino.

Embora a coordenadora pedagógica diga que não sabe qual o procedimento quanto à repetência em casos de crianças diagnosticadas como disléxicas, a professora Fátima toma uma posição muito clara a respeito:

> *Aí alguém disse pra ela (a mãe) assim 'ah não, mas se ele tem dislexia pode passar', aí eu disse 'olha querida não é bem assim, a gente tá oferecendo um projeto pra ele, é avaliação de um ciclo e ele ainda não conseguiu atingir esse ciclo. Agora o ano que vem vai ser oferecida outra proposta pra ele pra ver se ele consegue ok. Isso aí ele vai passar, como sendo disléxico ou não, e como todos os outros vão passar'. Porque ela quis usar isso, pra ver se aprovava ele.*

A professora Fátima toma uma decisão em direção à aprendizagem de Vinicius, e não rumo á paralização imposta por um suposto distúrbio. Na visão desta professora a criança pode e é capaz de aprender.

Há também algumas questões quanto à certeza da validade do laudo. Eliza relata que percebendo a data de realização do diagnóstico (este havia sido realizado há mais de três anos) solicitou à mãe que fizesse uma nova avaliação. Após esta solicitação da coordenadora uma declaração foi enviada pelo médico neurologista apenas reiterando que Vinicius possui déficit de atenção, hiperatividade e dislexia (conforme ANEXO B), sem efetuar qualquer nova avaliação da criança. De fato, a mãe de Vinícius relata em sua entrevista a posição do médico a respeito da validade do diagnóstico:

> *não tem outro diagnóstico. A não ser que ele faça um tratamento muito rigoroso, e que tenha dado uma evoluída, aí a gente volta lá pra saber o que alterou de mudança, de evolução, mas o diagnóstico é esse.*

Eliza questiona o diagnóstico em função do tempo, mas não havia percebido que a conclusão era "quadro de risco" o que determina a necessidade de reavaliação. Ao ter o diagnóstico em mãos percebo e comento com Eliza a conclusão diagnóstica de "quadro de risco para dislexia" e ela diz ser interessante que eu tenha visto isso, pois nenhum professor ou ela mesma havia percebido. De acordo com Ianhez e Nico (2002) a observação de alguns sintomas pode remeter ao que se chama "quadro de risco" e este resultado implica numa avaliação adequada. No entanto, Vinicius já havia passado por uma avaliação adequada nos moldes da ABD e teve o diagnóstico de quadro de risco. Então, tanto de acordo com a literatura da área quanto com o que consta no próprio diagnóstico o resultado de um quadro de risco prevê uma reavaliação que foi negada pelo médico.

> *Pesquisadora - Eu queria só te apontar uma coisa, aqui diz "conclusão, devido a suas dificuldades de leitura e escrita, e outros sintomas descritos acima foi constatado um quadro*

de risco pra dislexia". O que você entende por quadro de risco, o que você acha que pode ser?
Mãe – Olha, não sei...
Pesquisadora – Porque aí no final também é dito que é necessária uma reavaliação...
Mãe – Se você quiser eu posso estar perguntando pro médico neurologista...
Pesquisadora – É, não que você precise perguntar, mas na realidade eu posso também te explicar que quadro de risco não é definido como ele tendo dislexia, é definido como 'pode ser que ele tenha', então, aqui no diagnóstico mesmo, em algum lugar está escrito que ele precisa de uma reavaliação. Olha, aqui diz: "sugerimos também o retorno com o médico neurologista e, após dois anos de tratamento, voltar à ABD para uma reavaliação."
Mãe– Tá...

O diagnóstico é usado para justificar uma dificuldade que os pais não compreendem a origem, que então é depositada na criança, e também utilizado como tentativa para obtenção de uma atenção diferenciada por parte da escola. Esta é a orientação do médico que consta no anexo B: "o jovem Vinicius [...] devido apresentar quadro de hiperatividade, déficit de atenção e dislexia necessita, portanto, *atenção diferenciada* para as atividades escolares".

Com a intenção de responder à pergunta da coordenadora sobre "como lidar com uma criança diagnosticada", o médico orienta que seja concedida atenção diferenciada à criança. Mas que atenção diferenciada seria essa? Como esta atenção diferenciada se concretiza na escola? A atenção diferenciada seria aceitar limitações impostas pelo diagnóstico de um distúrbio não comprovado? Seria limitar as exigências de aprendizagem? Quais os efeitos desta "atenção" na constituição da subjetividade da criança e nas relações escolares? Como a criança diagnosticada se apropria da ideia de uma doença que dizem existir, mas que ela não sente de fato no corpo?

4.2 Seus Efeitos

4.2.1 Nas Relações Escolares

Pergunto para Luciana o que de principal lhe vem em mente quando pensa no diagnóstico de dislexia do filho. O que ficou para ela sobre e a partir deste diagnóstico?

Bom, pelo menos assim, ajudou na parte da escola assim, porque as professoras colocavam ele de castigo, e achavam que ele não estava fazendo porque ele não queria, porque ele era preguiçoso, então ajudou nessa parte assim.

A mãe pensa o diagnóstico ter sido útil pra modificação da relação professor-aluno. Mas a realidade escolar vivenciada por Vinicius foi outra:

Vinicius – Ah, eu lembro que a professora brigava comigo, falava que… que eu não era disléxico.
Pesquisadora – Falava que você não era?
Vinicius – É… a professora da segunda série…
Pesquisadora – Qual era a professora?
Vinicius – Ela não trabalha mais aqui, eu não lembro o nome dela, mas ela não trabalha mais aqui. Teve um dia que eu cheguei e falei pra ela, minha mãe chegou e falou pra ela, olha, meu filho é disléxico o que você pode fazer, aí ela pegou e me deixou de canto. Aí eu não pude fazer nada, é a professora.
Pesquisadora – E o que é isso da dislexia? Assim, eu estudei, mas nunca estive com uma pessoa pra me contar como é, você me conta?
Vinicius – Ah, é ruim ser disléxico, você tenta ler a pessoa não entende, aí a professora, o professor… os meninos ficam tirando sarro da cara dos outros, aí é ruim. Tem vez que eu me sinto magoado, quando eu estou lendo e alguém fala, tá muito mal, você não aprende a ler não, você não lê não. E é ruim, eu não gosto.

Produzimos subjetividades com as nossas práticas (Machado, 1996), e a prática do diagnóstico fez com que Vinicius não respondesse *o que* é a dislexia, mas *como se sente sendo* (considerado) disléxico. Sofrimento a partir da prática de psicólogos, psicopedagogos, médicos e professores que produz mágoa, sentimento de incapacidade, paralização. O laudo responsabiliza a criança pela dificuldade, é Vinicius que não aprende independente das relações que vive.

A professora Fátima relata que no final do ano letivo a mãe de Vinicius a procurou dizendo que como ele era disléxico tinha direito de não repetir a série escolar. Fátima contou sobre a sala PIC que seria oferecida para o estudante e que, sendo disléxico ou não, ele teria que passar por esta sala que lhe daria oportunidade de aprender melhor. Luciana conta que discutiu com os professores sobre a aprovação ou reprovação de Vinicius e parece ter sido convencida pela professora da quarta-série que a melhor opção era a reprovação do filho.

Na segunda série fui eu que pedi pra repetir. Pedi porque eu vi que não tinha jeito, ele não sabia nem escrever o nome. Então eu pedi pra professora, falei, e ela falou 'ah eu já ia falar com você mesmo', e eu expliquei pra ele, sempre que ele repete eu explico pra ele que é pra melhorar, que não adianta passar de ano. Falei pra ele agora na quarta, que ele tem uma professora. Eu expliquei pra ele que se ele fosse pra quinta ele ia ter sete, oito professores, então que ele não ira dar conta de organizar.

Fátima não enxergou o diagnóstico e sim Vinicius que deveria ter uma oportunidade de aprender. A professora da segunda-série enxergou apenas a dificuldade, sendo disléxico não aprenderia, o isolou. Ser disléxico não justifica e não retira o peso e a dificuldade vivida pela criança de não ter sido alfabetizada. Em vez de ser um processo pelo qual ela está passando, o de alfabetização, Vinicius passa a *ser* disléxico, portanto nunca será capaz de ler e continua sendo rotulado por colegas como quem não aprende a ler.

> O território de cada um de nós não é soberano; ser significa ser para o outro e, por meio do outro, para si próprio. É com o olhar do outro que comunico com meu interior. Tudo que diz respeito a mim chega a minha consciência pela palavra do outro, com sua entonação valorativa e emocional. Do mesmo modo que o corpo da criança forma-se no interior do corpo da mãe, a consciência do homem desperta a si própria envolvida pela consciência alheia (Bakhtin, 1992, p.39)

Eliza descreve um pouco sobre o que acredita ser a dislexia e sobre características de Vinicius que pôde perceber observando a criança no trato com os colegas. O desequilíbrio emocional é explicado pelo fato do estudante estar sempre "metido em confusão, encrenca, no 'diz que diz que', se mete em brigas que não são dele".

> *o que eu sinto, não sei se com todos disléxicos é assim, eu sinto um certo desequilíbrio emocional... a criança com síndrome de down, ela tem um diagnóstico fechado, e você tem que lidar com aquele caso, dessa, dessa e dessa forma, tem várias, existem muitas variantes, muitos graus e tal, e eu acredito que a dislexia também seja a mesma coisa, né, existem casos e casos. No caso desse que nós temos ele tem um, um problema, uma questão emocional muito séria, ele não sabe organizar as ideias dele também.*

Eliza enxerga em Vinicius não só o que é divulgado como características da dislexia (a coordenadora diz também "ele não consegue, tem muita limitação pra ler, pra escrever"), mas em seu relato amplia quais seriam os "sintomas" do suposto distúrbio incluindo questões que seriam emocionais e de relacionamento com os colegas.

> *Eliza – [...] onde tem confusão o Vinicius tá no meio "não, porque não sei o que", e às vezes as coisas não tem muita coerência as coisas que ele fala, eu falo olha "Vinicius, vem cá, você se meteu nessa briga e o que você tem a ver com tal coisa?", e o que ele fala não justifica, então eu sinto que não há...*
> *Pesquisadora – Você se lembra de alguma situação assim, mais específica...*
> *Eliza – Específica não...*
> *Pesquisadora – Mais é briga, mesmo...*
> *Eliza- Encrencas normais de recreio, ou ele vai tirar satisfação numa coisa que não é com ele, e ele acaba se metendo no meio. Um motivo assim, uma criança mais esperta, não vai meter a colher numa briga que não é dele, e ele se mete.*
> *Pesquisadora – E ele fala porque ele se mete?*
> *Eliza– Ele não consegue se justificar, ele entra como se ele fosse um justiceiro.*
> *Pesquisadora – Ah, então... entendi, é pra ajudar.*
> *Eliza – É, é pra ajudar é a intenção dele, não é que ele seja assim aquela criança que vai entrar numa briga, por exemplo, com a intenção maligna e perversa, ele não tem perversidade nenhuma, mais por ingenuidade, ele entra assim na justiça, às vezes quando vem um colega assim na diretoria, que eles brigaram lá, lá se vem o Vinicius, e eu falo "Vinicius, o que você está fazendo aqui?", ele diz "não porque eu vi, não porque é isso aqui" e aí ele quer explicar. Eu nunca vi uma criança que quer se meter em tudo, não tem nem nada a ver com ele, às vezes eu acho até graça, falo "Vinicius, pode sair", "não tia mas eu vi", não sei o que, que não sei quem falou, eu falo Vinicius você não tem certeza de nada, como é que você vai dizer que fulano disse, que o outro falou, que não sei o que. Ele assim, então ele se enrola, ele se atrapalha todo, nas questões dele e dos outros. Eu acho que tem a ver também com essa*

> *desorganização, de ideias, de não, não ... ... deveria se importar com as coisas dele, né. Eu acho que ele tem isso também. E ás vezes ele vem "ah, tô doente", tem dia que ele tá mal (nesse momento Eliza faz uma voz cansada, imitando a fala de Vinicius). Aí ele inventa situações pra dizer que não está bem, então também tem essa...eu sinto essa, uma carência afetiva muito grande.*

Mesmo dizendo que Vinicius se envolve em encrencas "*normais*" de recreio, Eliza atribui as ações da criança ao distúrbio. Ele se envolveria mais em brigas e se atrapalharia com as ideias por conta da dislexia. As incertezas da definição faz com que todas as atitudes da criança possam ser atribuídas ao transtorno. A existência do laudo de dislexia produz um olhar e ao mesmo tempo este olhar é que produz uma criança com um distúrbio. Assim, quando Vinicius diz "tô doente" ou que não está bem, Eliza compreende como uma carência afetiva que seria outro sintoma de dislexia.

A professora Maria relata o processo de estigmatização pelo qual a criança vem passando, pois teria sido divulgada na escola pela mãe de Vinicius a informação de que ele seria doente mental. Portanto, a causa de qualquer desentendimento ou situação conflitante que aconteça em sala é atribuída a esta outra doença como ficou compreendida a dislexia. O discurso da professora Maria em sala busca desconstruir este rótulo que se constituiu a partir do laudo de dislexia e TDAH.

> *... eu já comentei que em reunião, acho que…na verdade a mãe já comentou com outros pais que ele tinha uma doença mental e que era por isso que ele fazia…por isso que ele fazia essas coisas, uma desculpa pra ele fazer isso ou aquilo. E aí, os pais já me falam 'ah, é aquele menino que é doente'. (Profª Maria)*
>
> *... ele teve um problema assim, que ele é meio excluído da sala, porque foi gerada essa história dele ser doente mental. Então a sala inteira fala que ele é doente mental. E eu não sei se isso é uma doença mental, porque pelo que eu li não é uma doença assim, e eles falam que é doente mental, que ele é retardado, é louco, essas coisas, e aí eu fico falando pra ele que ele não é doente, falo pras crianças que ele não é doente, mas mesmo assim eles ficam martelando em cima. (Profª Maria)*
>
> *Pesquisadora – E aí, você lembra o que está escrito aí? É seu estojo, né?*
> *Vinicius – É Red Rose… eu é, eu não leio direito. Olha, o ano passado, na terceira série, só riam da minha cara as pessoas, só riam...*

Vinicius vive na escola relações marcadas pelo laudo, que contribuíram na constituição de sua subjetividade pautada na doença e nas limitações impostas por um rótulo diagnóstico. Diagnóstico este encaminhado à escola sem que a instituição soubesse de seu processo, e com profissionais responsáveis que se eximiram de realizar qualquer tipo de intervenção junto aos professores durante ou após a avaliação da criança.

A escola e, portanto, a sala de aula é central na vida de uma criança. A exemplo disso é possível notar que quando um adulto conversa com uma criança pela primeira vez é comum surgir a pergunta: "você vai à escola?" ou "como você vai na escola?". O ambiente de sala de aula, de acordo com Colaço et al (2007) é espaço primordial para o processo de subjetivação:

> a sala de aula é um ambiente de relações dialógicas que envolve negociação de papéis, aprendizagem sobre padrões de conduta e processos comunicativos, além dos conteúdos curriculares que movem os objetivos explícitos deste contexto. Isto implica, portanto, não apenas a construção de novos conhecimentos, mas processos de subjetivação que nele vão se forjando. (p.53)

Encerramos esta análise sobre os efeitos do laudo nas relações escolares de Vinicius, com dizeres de Keiralla (1994) a respeito do que o selo de portador de um distúrbio pode produzir na vida de uma pessoa:

> ser tratado como portador de um problema (que não existe) é estar sujeito a um patrulhamento constante. Isto leva qualquer pessoa a se perturbar, tudo que faz é interpretado como erro, além de ser maltratrada com monótonas tarefas repetitivas e desinteressantes, em nome da recuperação da "doença". Em sala de aula um aluno rotulado por esta "dificuldade" passa a ser tratado como incapaz, deficiente, doente. Quem não tem problemas emocionais, nestas contingências vai passar a tê-los. (p.88)

4.2.2 No Corpo

Vinicius toma medicação desde que foi diagnosticado como hiperativo em 2006. Iniciou tomando Ritalina[19], primeira medicação prescrita pelo médico. Atualmente, toma uma medicação manipulada. Converso com a mãe sobre a possibilidade de saber quais eram os componentes da fórmula, Luciana diz que irá verificar e eu poderia a contatar no trabalho para tomar nota. No entanto, todas as vezes que liguei, ela disse não estar com a receita em mãos. Nas últimas vezes que conversamos, ela conta que o remédio havia terminado, e a embalagem com o rótulo e as informações sobre a fórmula jogadas no lixo. Para obter uma nova receita, iria marcar uma consulta com o médico. Sobre a medicação Luciana diz:

---

[19] Ritalina (metilfenidato) é uma droga estimulante do sistema nervoso central. "Seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado, mas presumivelmente ele exerce seu efeito estimulante ativando o sistema de excitação do tronco cerebral e o córtex. O mecanismo pelo qual ele produz seus efeitos psíquicos e comportamentais em crianças não está claramente estabelecido, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central." (Transcrição literal da Bula, Novartis)

É... ele ajuda, não é pra dislexia, ele ajuda a acalmar porque assim, não tem um remédio pra dislexia mesmo, que vai tratar. Ele toma o remédio que é pra acalmar, é como se fosse um calmante, pra ele ficar mais tranquilo, que é pra conseguir ter mais atenção, porque a dislexia, ele diz que não tem cura, né, ele diz que é para o resto da vida. Então, se ele estiver mais calmo, pra ter mais atenção, pra ele ir absorvendo mais. Porque ele disse que é assim mesmo, porque agora ele está sem a pedagoga né, vai fazer um ano.

É, de tomar remédio ele não gosta muito. Mas assim, esse ano ele está mais empolgado, ele mesmo está sentindo que ele está evoluindo, então ele fica mais empolgado, né.

Medicação para enxaqueca também foi prescrita pelo médico.

Ele toma um, que ele tem... ... acho que é Flenax[20] *... porque ele tem enxaqueca, forte e ele tem dor nas pernas, e o outro é manipulado, que é o da dislexia, que acalma... Porque assim, até o sono dele é agitado, e segunda-feira o médico neurologista aumentou um pouquinho a dose pra ver se ele consegue dormir melhor e consegue ficar mais tranquilo.*

Maria, a professora da quarta série, diz que Vinicius está tomando dois remédios e que um seria "Ritalina". No entanto, a mãe havia relatado que o filho deixou de tomar esta medicação passando a tomar uma fórmula manipulada, além da medicação para enxaqueca. Há um desencontro de informações que não pôde ser verificado.

Em 1980, foi publicada no livro de Tarnapol (1980) a ata de uma mesa-redonda sobre medicamentos. O objetivo da mesa, de acordo com a autora, era reunir médicos e psicólogos experientes no trabalho com crianças que apresentam problemas de aprendizagem para partilhar condutas em relação à prescrição de medicamentos. Ao longo dos relatos percebe-se não ser uma discussão baseada em pesquisas científicas previamente formuladas e com metodologia definidas para a prescrição das drogas, mas sim relatos de casos clínicos individuais do tipo:

> Quanto a drogas específicas, minha preferência pessoal é pelas anfetaminas, embora o metilfenidato (Ritalin®) seja provavelmente a droga mais suave. As anfetaminas são mais baratas; seu efeito mais duradouro, com preparações de liberação lenta, permite que se administre uma única dose pela manhã. Assim, a medicação se torna rotina e chama menos atenção [...] tomar o remédio é um assunto particular da criança (Clements et al., 1980, p.109)

Ou ainda: "o 'Ritalin' tem uma probabilidade muito maior de ser eliminado até a tarde e por causa disso, apesar de meus preconceitos, às vezes receito algumas doses também durante o dia". (Clements et al., 1980, p.114). Freeman (1966 citado por Denhoff &Tarnapol, 1980), com uma revisão dos trabalhos sobre drogas e aprendizagem em crianças publicados 30 anos antes, já alertava para a falta de controle científico no uso de drogas

---

[20] A medicação prescrita foi Flanax (naproxeno sódico)

> quem ler a grande quantidade de trabalhos preliminares sem controle e positivos e depois fizer um levantamento sobre a situação da maioria dessas drogas vários anos mais tarde, ficará totalmente convencido de que o uso "científico" e "objetivo" desses agentes ainda está muito longe. Descobrirá que talvez a maioria das drogas que, de início foram consideradas isentas de efeitos colaterais, se revelou como causadora de graves efeitos secundários e que uma boa proporção delas foi proibida por ser perigosa... (p.204)

No livro, fica evidente a posição reducionista dos autores em relação à linguagem e aprendizagem que é assim definida: "a linguagem e a aprendizagem são fenômenos biológicos, o resultado de processos anatômicos, fisiológicos e bioquímicos que ocorrem no sistema nervoso central." (Denhoff & Tarnapol, 1980, p.167).

Em outro momento, autores concluem que é necessário desenvolver atenção da criança, pois este é um requisito básico para aprendizagem e para tanto

> as principais abordagens para ajudar as crianças são a medicação, modificação de comportamento e aconselhamento psicoterápico. Em certas crianças, a escolha adequada da medicação controlará a hiperatividade e aumentará a capacidade de atenção e, assim, economizará muitos meses de trabalho intenso para a criança e o terapeuta. (Denhoff, & Tarnapol, L., 1980, p.101)

Tais concepções, apesar de terem sido publicadas em 1980 vigoram até os dias atuais, mais de duas décadas depois, à revelia de todas as pesquisas críticas que têm sido realizadas em direção oposta por considerarem a especificidade do objeto estudado: o ser humano e suas construções sociais. (Coles, 1987; Souza, 1996, Moysés e Collares, 1992; Moysés, 2010; Werner Junior, 1997).

A título de exemplo e para análise do caso aqui estudado utilizaremos uma pesquisa recente de Patsura e Mattos (2004) com o objetivo de revisar os principais efeitos colaterais do metilfenidato, em curto e longo prazo, no tratamento de crianças com TDAH. Dentre os efeitos colaterais em curto prazo encontrados estão a redução de apetite, insônia, cefaleia e dor abdominal. Dentre os efeitos em longo prazo estão alterações de pressão arterial e frequência cardíaca, diminuição da estatura e abuso e dependência que tentam ser amenizados com os termos "possível", "discreta" e "raramente". Mesmo com estas descrições o autor conclui que

> o metilfenidato pode ser considerado medicação clinicamente segura no tratamento do TDAH, apresentando um perfil bastante satisfatório de efeitos colaterais. Aqueles ocorrendo em curto prazo são de pequena gravidade, autolimitados, dose-dependentes e facilmente contornáveis pelo médico. Embora menos estudados, os efeitos colaterais em longo prazo não são

> considerados como clinicamente graves, à exceção da dependência, fenômeno apenas muito raramente observado. (Pastura e Mattos, 2004, p.103).

A seguir alguns trechos da entrevista em que Vinicius conta sobre a medicação que toma para hiperatividade, déficit de atenção e dislexia. Quais são os efeitos de ingerir a medicação? E de não tomá-la?

Pesquisadora – Então é isso... e você está tomando remédio?
Vinicius – Tô.
Pesquisadora – Qual você está tomando?
Vinicius – Eu não lembro agora.
Pesquisadora – E como você se sente tomando o remédio?
Vinicius – Eu tenho um pra dor na perna, quando eu corro, to com dor, aí dói a perna, e tem o da dislexia.
Pesquisadora – E como você se sente quando toma esse remédio?
Vinicius - É, durmo…eu só tomo a noite. Só tomar, daqui cinco minutos já estou dormindo, já.
Pesquisadora – Ah, você toma e dorme rapidinho. E você tem dor de cabeça?
Vinicius – Tenho. Enxaqueca.
Pesquisadora – E quando você costuma ter?
Vinicius – É, às vezes quando eu me sinto mal, e aí eu fico com dor de cabeça, e quando eu choro demais.
Pesquisadora – Quando chora?
Vinicius – É, dói a cabeça, quando eu fico nervoso fico com dor de cabeça, um monte de coisa.
Pesquisadora – É mais quando você fica nervoso ou quando chora? Mas assim, toda semana você tem dor de cabeça?
Vinicius – Não, é mais uma vez no dia…
Pesquisadora – Uma vez?
Vinicius – No dia.
Pesquisadora – Todo dia?
Vinicius – Não, um dia sim um dia não que eu tenho.
Pesquisadora – Hoje você teve?
Vinicius – Não.
Pesquisadora – Ontem você teve?
Vinicius – Ontem eu tive.
Pesquisadora – ... e você já ficou algum dia sem tomar o remédio?
Vinicius – Já, e eu não conseguia dormir, é ruim.

O estudo de Pastura e Mattos (2004) relata a cefaleia como um dos efeitos colaterais em curto prazo, que para o autor é um efeito de pequena gravidade. Pergunta-se: como vive uma criança que tem dor de cabeça dia sim, dia não? Quem define qual a “gravidade” do efeito colateral? Como foram realizados os estudos que concluem que a cefaleia não traz consequências significativamente graves e sofríveis para a vida diária de uma pessoa? Este seria um efeito em curto prazo? Vinicius toma medicação há quatro anos, e sofre com dores de cabeça por todo este tempo.

A criança também relata dependência do medicamento para dormir.

Pesquisadora - Sua mãe me falou que acabou o remédio. E você fica sem tomar...
Vinicius – É, aí tem que comprar...
Pesquisadora – E aí? Como você faz?
Vinicius – Ah, eu tento dormir, pego o travesseiro, deito e fecho os olhos.
Pesquisadora – Mas aí você dorme normal?
Vinicius – É.
Pesquisadora – Então com o remédio você fica do mesmo jeito que sem o remédio?
Vinicius – Não, com o remédio eu durmo rapidinho, rápido, acordo tarde, melhor com o remédio.
Pesquisadora – Sem o remédio você dorme..
Vinicius – Durmo, acordo uma duas horas da manhã..
Pesquisadora – E depois?
Vinicius – Não durmo mais.
Pesquisadora – E você fica fazendo o que?
Vinicius – Nada, não fico fazendo nada, fico mexendo no celular.
Pesquisadora – O que tem no celular, joguinho?
Vinicius – É...eu não consigo dormir de vez em quando.
Pesquisadora – Sem o remédio?
Vinicius – Sem o remédio. Com o remédio eu deito na cama, do nada eu já estou dormindo, não dá cinco minutos minha mãe falou que eu já estou dormindo.
Pesquisadora – E no outro dia.
Vinicius - No outro dia eu não estou com sono.
Pesquisadora – E sem o remédio o que mais que muda?
Vinicius – Só o sono...senão eu fico cansado, já não durmo, as pernas doem...tem uma perna que o doutor falou, é essa perna aqui, dói aqui, porque... por causa do remédio, porque eu fico andando muito, dói, eu jogo bola dói.
Pesquisadora – Por causa do remédio dói sua perna?
Vinicius – É, porque eu não tomo o meu remédio.

Insônia também é um efeito colateral do uso do medicamento (Pastura e Mattos, 2004). No caso de Vinícius a insônia surge porque há uma dependência do medicamento para dormir adquirida nestes quatro anos de uso contínuo de medicação. Os autores dizem que embora menos estudados, os efeitos colaterais em longo prazo *não* são considerados como clinicamente graves, à exceção da dependência, fenômeno apenas muito *raramente* observado (Pastura e Mattos, 2004, p.103). Novamente, quem define a gravidade do efeito colateral? Se os efeitos em longo prazo são menos estudados, como se conclui que são "menos graves"? Mesmo que seja muito raramente observado o fenômeno da dependência, ainda sim se está lidando com vidas, e portanto deve haver maior critério para afirmações deste teor.

Além disso, existem outras dores relatadas pela criança que podem estar relacionadas ao uso prolongado de medicação. Lembramos que dentre os efeitos de longo prazo citados por Pastura e Mattos (2004) estão alterações de pressão arterial e frequência cardíaca.

Pesquisadora – A Eliza falou que outro dia você estava com dor no coração, é isso?
Vinicius – Do nada, eu estava jogando bola, aí, sai, e estava...e do nada eu cai no chão e começou a doer, começou a doer aí deu choque nas pernas, doeu tudo.
Pesquisadora – Doeu tudo...

Vinicius – Aí fui fazendo uma massagem e parou.
Pesquisadora – Você falou pra sua mãe?
Vinicius – Falei, ela me levou no médico e era só uma dorzinha mesmo. Falou, que era pra ir passando a mão, até melhorar.

A história de Vinicius parece contrariar outras conclusões de pesquisadores que dizem "os efeitos cardiovasculares do metilfenidato são pontuais e transitórios. Logo após o uso da medicação, pode-se observar pequena elevação da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, porém tais alterações não se sustentam ao longo do tempo" (Pastura e Mattos, 2004, p.103).

Vinicius diz que tem dores nas pernas, e segundo o médico as dores são provenientes da falta de medicação. Para o médico, quando o remédio acaba as dores na perna aumentariam. Na entrevista tento investigar melhor sobre as dores na perna de Vinicius. Talvez, pudesse haver outros motivos para as dores que não apenas a falta de medicação.

Pesquisadora – Ah, mas da outra vez que eu vim aqui, você falou que estava com dor na perna, você estava tomando o remédio?
Vinicius – Não.
Pesquisadora – Sua mãe falou que acabou agora o remédio.
Vinicius – Não, já tinha acabado bem antes. Daquele dia que a gente conversou, foi dois dias atrás.
Pesquisadora – Faz duas semanas.
Vinicius - Duas semanas atrás que acabou aí tem que ver com o doutor. Se ele dá, meu remédio é caro... aí vai ter que ver, senão tem que tirar o dinheiro do computador (do computador que ele iria ganhar de presente)
Pesquisadora – Porque será que dói só uma perna?
Vinicius – Eu não sei, dói só uma perna. Dói, é o tornozelo aqui, daqui pro joelho, dói tudo assim. Tem hora que isso daqui fica assim ó (mostra o joelho aumentando com a mão), *e não para de doer, não para. Muito ruim, não para, muito ruim, aí minha mãe fala, isso é pra você aprender, você está andando muito, jogando bola muito, porque tem dia que eu jogo de dia e de tarde, na educação física e de tarde. Aí tem dois treinos, tem um a tarde que é de vez em quando que eu vou, tem o da escola, e o de lá de perto de casa, eu treino aqui e lá em casa.*
Pesquisadora – E você chuta com qual perna?
Vinicius – Com a direita.
Pesquisadora – Você chuta com a direita, e é a direita que dói?
Vinicius – É.

Após este comentário de Vinicius conta um episódio em que sentiu dor no coração e paralisação das pernas. Provavelmente a dor no coração e a paralisação sejam consequência do uso de medicação. Depois ele conta que, num jogo de futebol, havia deslocado a rótula do mesmo joelho que dói com frequência. Resposta: é possível que as dores em uma das pernas, que segundo o médico seria por falta da medicação, ocorram em decorrência deste episodio.

Pesquisadora – E você faz alongamento pra jogar?
Vinicius – Faço. Do nada dói, do nada. Fiquei com dor no coração, tiveram que me socorrer, perdi a perua e tudo, aí foram me levar.
Pesquisadora – Ficou com dor no coração, e o que mais?
Vinicius – Deu choque nas duas pernas.
Pesquisadora – E o que o médico falou?
Vinicius – Nessas duas pernas aqui, bem aqui do lado né, que dói aqui, eu não sentia as pernas. Do nada, eu cai no chão, e comecei a gritar, a professora ficou desesperada e chamou alguém. Aí eu peguei, e subi aqui pra cima, ela me chamou, aí fez uma massagem no meu coração, aí ligou pra minha mãe de falou pra ela me levar no médico e... me levar no médico e...como que é o nome, pra ver se tem alguma coisa, aí não tinha nada, diz o médico que não tinha nada. Aí só mandou fazer uma massaginha só, pra melhorar. Aí fizeram uma massagem lá e melhorou. Já soltou a massa muscular (mexe no joelho que sempre dói).
Pesquisadora – O que tem a massa muscular?
Vinicius – Já soltou daqui.
Pesquisadora – Já soltou?!
Vinicius – É, jogando bola também.
Pesquisadora – Soltou aqui a rótula do joelho?
Vinicius – É.
Pesquisador – Depois disso que você começou a sentir essa dor?
Vinicius – Foi, depois disso e aí dói até hoje.
Pesquisador – Ah, entendi.
Vinicius – Dói tudo isso na minha perna, é ruim.

A coordenadora pedagógica relata sobre as queixas constantes de Vinicius:

ele procura uma coisa para ser o centro das atenções...ele começa a dizer 'ai, não estou bem' (Eliza fala com a voz cansada), 'ai, sabe, meu pé aqui eu acho que torceu'. Aí corre todo mundo pra olhar o pé dele, ai daqui a pouco todo mundo percebe que todo dia ele inventa uma coisa. Ultimamente até tá menos, porque ele já esgotou todas as possibilidades de dizer que tem alguma coisa doendo. (risos)

ele tá sempre com uma dor em algum lugar, mas de cabeça não me lembro dele ter falado. Mas as pessoas nem acreditam mais, porque uma hora é a cabeça, outra hora o cotovelo, outra hora é o braço, outra hora é não sei o que, então....

Como Vinicius sofre com doenças inexistentes – dislexia e TDAH – talvez precise sentir no corpo que algo acontece com ele. Afinal, ele escreve como as outras crianças da escola, presta atenção como as outras crianças da escola, mas ele teria algum distúrbio representado nas queixas de dores constantes. Às vezes reais, causadas pelo uso de medicamentos, mas há possibilidade de que por vezes seja para manter viva a crença dos adultos à sua volta no distúrbio que diagnosticaram, o processo de medicalização se concretizando... dores no cotovelo, no braço, no pé... Enquanto a cabeça de alguns pesquisadores e profissionais de saúde não pensa, o corpo das crianças padece.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo compreender sobre a trajetória de escolarização de uma criança diagnosticada como disléxica, como foi realizado o diagnóstico e quais efeitos desse diagnóstico na vida escolar da criança. Entramos em contato com a história de Vinicius, suas relações escolares passadas e atuais, seu diagnóstico de dislexia e TDAH e os resultados desse processo de medicalização na escolarização.

É importante evidenciar, neste momento, que partimos de uma concepção teórico-metodológica centrada na Teoria Histórico-Cultural em Psicologia Escolar e Educacional, que considera existirem modos diferentes de ser e aprender; que as dificuldades de aprendizagem são produto da história de escolarização e produzidas nas diferentes formas de relação na escola. Portanto sim, as dificuldades existem, mas não são provenientes de inaptidões biológicas, supostamente genéticas, explicações hegemônicas que sustentam os conceitos de dislexia e TDAH; portanto, não são causadas por um distúrbio ou doença da criança.

Assim sendo, partindo de uma concepção contra hegemônica fomos a campo procurando quais seriam os acontecimentos escolares ignorados na produção de um diagnóstico que busca déficits, incapacidades e inadequações apenas *na* criança. É no processo de escolarização que a queixa se constitui e exatamente este processo é ignorado pelos profissionais que realizam o diagnóstico deste figurado distúrbio. Os estudos que intentam encontrar no corpo das crianças a causa de dificuldades escolares seguem a lógica das ciências exatas e naturais ignorando a especificidade e complexidade da vida humana.

> As ciências exatas representam uma forma monológica do conhecimento: o intelecto contempla a coisa e se expressa sobre ela. Aqui somente existe um sujeito, o cognoscitivo (contemplativo) e falante (enunciador). O que se lhe opõe é tão-somente uma coisa sem voz. Qualquer objeto do conhecimento (inclusive o homem) pode ser percebido e compreendido *como coisa*. Porém um sujeito como tal não pode ser percebido nem estudado como coisa, uma vez que sendo sujeito não pode, se continua sendo-o, permanecer sem voz; portanto seu conhecimento só pode ter caráter dialógico. (Bakhtin, 1985, p.383 citado por Freitas, 2002, p.25)

Logo na primeira entrevista, realizada com a mãe de Vinicius, ouve-se a voz de um sujeito há muito tempo silenciada, pois tratada “como coisa”. Depois desta entrevista em que foi possível estabelecer um diálogo (Bakhtin, 1985), muitas outras vivências desta natureza puderam ser estabelecidas por meio desta pesquisa, possibilitando ouvir muitas outras vozes, vivas, cheias de significado e sentido. A mãe de Vinicius conta sobre a história escolar do filho e surge o tema das dificuldades escolares trazido como um problema da criança que teria

algo a menos ou em quem faltaria algo a mais. Esta concepção instaura um processo diagnóstico, gerando um tratamento que, neste caso e na maioria dos casos, constitui o processo de medicalização e de culpabilização da criança e de sua família pelo não aprender na escola – afinal, este seria também um distúrbio genético/hereditário do ponto de vista de uma perspectiva neuropsicológica.

As vozes das professoras de Vinicius, nunca antes escutadas no diagnóstico, também denunciam que diferentes concepções de desenvolvimento, de aprendizagem e crenças sobre os alunos resultam em relações, ações pedagógicas e, portanto, possibilidades de aprendizagem também distintas. Nanci, a professora dos dois primeiros anos de Vinicius – período em que ele estava iniciando, portanto, o seu contato com a leitura e escrita – destacou o método de trabalho utilizado em sua prática docente, centrado na constituição de grupos homogêneos. Em sala, foram constituídos dois grupos: o de crianças não alfabetizadas e aquele composto por alunos que apresentavam algum domínio sobre a leitura e escrita. Vinicius pertencia ao primeiro grupo. Dessa forma, como aponta a teoria histórico-cultural, a troca de saberes dificilmente poderia acontecer, principalmente no interior do grupo com mais dificuldades, pois parte-se da concepção de que as mediações entre os pares é fundamental para o desenvolvimento de saberes, o que é dificultado em um grupo formado por crianças que não dominam os mesmos conteúdos.

A professora Fátima, da quarta série escolar destaca a capacidade de Vinicius e fazemos mais uma vez sua voz ecoar: *"Mas como ele é disléxico? Ele lia não é, como é que uma pessoa... ele fazia, ele queria fazer as coisas. Então, o que você estava falando, trocar letras, se trocar letras fosse sintoma a gente tem um monte."* E assim Vinicius se alfabetiza. Eliza, a coordenadora pedagógica enxerga em Vinicius as tais características da dislexia *"ele não consegue, tem muita limitação pra ler, pra escrever*". A voz da professora Maria, da quarta série PIC que Vinicius frequentava à época do trabalho de campo vem contar mais sobre os efeitos desse diagnóstico até então desconhecido pelas professoras precedentes. Vinicius é tratado como doente em sala, teria uma doença mental.

Em relação à hiperatividade e déficit de atenção percebemos também diferentes concepções dos profissionais de educação sobre as funções psicológicas superiores (atenção voluntária, por exemplo) que se relacionariam ao distúrbio. Algumas vozes as dizem inatas, o que possibilita a crença num distúrbio biológico, professora Nanci diz que *nada* prende atenção de Vinicius. Há aquela voz que transita entre uma e outra possibilidade; professora Maria diz que reconhece mais os sintomas de hiperatividade porque Vinicius não para, vira

para trás, vai até o lixo, mas depois conclui que ele é como todos da sala *"o Caio também faz isso... (pausa longa) têm vários (risos). Se você for analisar a minha sala, acho que é uma sala meio… hiperativa (risos)."* E outra reconhece sua construção social, e sua possibilidade de mudança; professora Fátima diz que Vinicius não tem o "hábito de se concentrar", e hábito é algo que se desenvolve, não inato.

Partindo dos pressupostos da teoria histórico-cultural considera-se o aprendizado enquanto um aspecto necessário e fundamental para que as funções psicológicas superiores aconteçam. A relação entre desenvolvimento e aprendizagem ocupa lugar de destaque e o ensino é fator imprescindível para o desenvolvimento do psiquismo humano. Esta é uma voz que permite movimento, mudança, possibilidades. Mas, a voz das professoras que concebem as funções superiores como inatas, e portanto, passíveis de se constituírem distúrbios seria só delas? De onde vem a concepção de "trocar letras" como sintoma, negada pela professora Fátima, mas aceita por muitos outros profissionais? Estas concepções estão presentes durante e na produção do laudo diagnóstico de Vinicius que encontramos na escola, e não incorreremos no erro de atribuí-las exclusivamente às professoras, coordenadora pedagógica e demais profissionais de educação, culpabilizando-os também como vem ocorrendo com as crianças e suas famílias.

O diagnóstico encontrado evidencia a concepção de desenvolvimento humano na qual se pauta, e é esta concepção que vem influenciando muitos profissionais da educação em sua formação e atuação. Um diagnóstico que é realizado ao largo da escola parte do pressuposto que a dificuldade pertence à criança, e concebe as relações escolares como relação entre pessoas sem voz, ausente de sentido e significado, portanto sem vida. Se em vez de um diagnóstico realizado em um consultório, por meio de testes padronizados e atividades que comprovam uma dificuldade em leitura previamente sabida, houvesse uma intervenção nas relações escolares compreendendo-se que há diferentes formas de ensinar e aprender não haveria necessidade de um laudo que limita, enquadra e afasta crianças de buscar expressar seu potencial nas objetivações construídas ao longo da história pelo gênero humano.

Diagnósticos realizados à revelia até mesmo das orientações da própria área neuropsicológica. Dever-se-ia excluir fatores relacionados ao que chamam "instrução convencional" (Ianhez &Nico, 2002), isto é, fatores relacionados à escola, mas nenhum profissional a visitou tampouco menciona algum tipo de informação proveniente da escola. No caso da hiperatividade, os sintomas devem ser encontrados em mais de um ambiente frequentado pela criança, mas a entrevista aconteceu apenas entre o médico e a mãe. Dentre

os testes aplicados destaca-se o papel da medição do QI (coeficiente de inteligência, que deve ser na média ou acima), como central para a confirmação do distúrbio. Discutimos este conceito de medição da inteligência ao longo do trabalho, mas sempre merece outras considerações pela sua impossibilidade de acontecer. Paty (1998) nos diz e reproduzimos de forma enfática:

> Quanto ao demasiadamente famoso QI (coeficiente de inteligência), ele não fornece qualquer medida da inteligência no sentido biológico como se pretendeu por vezes fazer acreditar. Proposto por Alfred Binet no início do século, com o fim limitado de testar as aptidões dos alunos para o estudo, permanece com toda a evidência como um teste unicamente cultural e constitui um índice de integração e aptidão social. Invocá-lo como uma variável significativa da inteligência humana, ou seja, como uma definição biológica do homem, é um erro de método científico cometido de maneira deliberada por razões ideológicas e, portanto, um embuste. (p.160)

Outros testes foram aplicados e descritos no laudo com resultado de muitas "inadequações" e dificuldades encontradas principalmente no que se refere às atividades de leitura e escrita, o que não deveria gerar surpresa diante da queixa principal de Vinicius que era "dificuldade em aprender a ler".

Na trajetória da pesquisa, desde seu início, comparecem diagnósticos imprecisos, indecisos, inconclusos assim como é a literatura da área que defende a existência desse distúrbio que ora é denominado de evolução, portanto desapareceria com o tempo, ora seria incurável e pelo resto da vida, ora teria como causa fatores genéticos, ora seria a consciência fonológica a principal responsável, e por fim, como não se define a causa, somam-se várias e resulta em nenhuma. O diagnóstico de Vinicius foi "quadro de risco" para dislexia, com indicação de reavaliação em dois anos. De acordo com o médico neurologista responsável pela indicação à associação para o diagnóstico de dislexia o laudo estava dado: Vinicius seria disléxico, pelo resto da vida.

As associações não governamentais que defendem e produzem o diagnóstico assim o fazem esperando que a criança receba maior atenção em sala. Estas mesmas associações, assim como médicos, indicam "atenção diferenciada" (como se verifica no Anexo 2), mas nada fazem no sentido de conhecer a realidade escolar vivida pela criança e discutir com professores, numa relação horizontal de escuta e reflexão, as possibilidades de mudanças que favoreçam a aprendizagem. Desta forma, o diagnóstico segue tendo sua função de limitar possibilidades e estigmatizar crianças diagnosticadas como portadoras de um distúrbio que sequer tem existência comprovada. Os distúrbios de dislexia e TDAH foram ganhando força

de existência entre outros motivos porque nos diagnósticos, desde o início, nunca se fez uma investigação mínima sobre o processo de escolarização das crianças. Muitos estudos que têm resultados questionadores ou contrários ao que se espera pelos pesquisadores e profissionais que defendem a existência do distúrbio são simplesmente ignorados (Coles, 1987).

O uso e efeitos do diagnóstico são logo vistos na escola. Para a coordenação pedagógica a aprendizagem e o desenvolvimento ficaram logo limitados a um quadro clínico, que impede movimentação, endurece, paralisa, cristaliza, *"... e daí o Vinicius evolui dentro do quadro dele, e ele acaba não conseguindo muitas coisas"* (Eliza, coordenadora pedagógica). A professora Maria relata o processo de estigmatização pelo qual a criança passa em que a causa de qualquer desentendimento ou situação conflitante em sala é atribuída à doença, seja ela dislexia, seja uma doença mental como ficou compreendida por muitos colegas de Vinicius. Para a mãe o diagnóstico seria útil para modificação da relação professor-aluno, mas a realidade escolar vivenciada por Vinicius foi a de ser deixado de lado, *"aí ela pegou e me deixou de canto*". Ter um diagnóstico de dislexia cristaliza um movimento, um processo que é parte dinâmica do desenvolvimento. (Vigotski, 1987). Desta forma o diagnóstico segue orientado somente para a "falta" e para as "dificuldades" estabelecendo limites a priori para o desenvolvimento do sujeito. Como analisa Werner (1997)

> Daí resulta o estabelecimento de metas negativas, na esfera social e educacional; ao invés disso, a avaliação diagnóstica deveria propiciar conhecimento sobre as possibilidades ou potencialidades de funcionamento, para, assim, reverter as metas "minimalistas" (no dizer de Vigotski) e construir condições sociais de superação e formação de capacidades. (p.198)

Além desses efeitos relacionados à aprendizagem, existem outros decorrentes da medicação que parecem inerentes ao diagnóstico de dislexia acompanhado de TDAH. Vinicius, desde que foi diagnosticado sofre os efeitos da medicação e de uma doença que não parece mesmo existir. Se ele escreve e se comporta como outras crianças (como nos conta a professora Maria), porque seria ele doente? Diversos efeitos colaterais do metilfenidato, principal medicamento utilizado para crianças supostamente portadoras de TDAH, são relatados na literatura, mas desconsiderados pelos profissionais que o receitam. Redução de apetite, insônia, cefaleia e dor abdominal; alterações de pressão arterial e frequência cardíaca, diminuição da estatura e abuso e dependência. (Patsura & Mattos, 2004)

Vinicius relata sobre suas dores constantes, sua última crise de dor no coração, paralização das pernas, da necessidade da medicação e de médicos. Vinicius diz que dói o joelho, dói o tornozelo, "dói a cabeça, um monte de coisa". Foram muitos diagnósticos, são

muitas medicações (primeiro metilfenidato, agora uma fórmula manipulada e uma medicação para enxaqueca) durante longo período. O processo de subjetivação desta criança é claramente marcado pela doença, pela incapacidade, pelas dificuldades. Foram muitas vozes que convergiam em coro a favor da doença, e outras valiosas que disseram sobre sua capacidade e o ajudaram, como ele mesmo diz "*Com essa ajuda de todo mundo eu consegui bem, né. Queria ficar, queria ser igual meus amigos, aprendendo ler direitinho*". É na interação com as pessoas à nossa volta que penetramos num universo de valores, crenças, modos de pensar e de sentir. Ao utilizar a linguagem como instrumento mediador da relação entre nós e os outros, possibilitamos o desenvolvimento do pensamento e de outras funções psicológicas superiores, o que nos distingue dos animais, e é também, pela linguagem que significamos e damos sentidos à realidade e à nossa própria conduta. (Trautwein & Nébias, 2006)

Vinicius constituiu sua subjetividade nas relações escolares, em sala de aula, e é com a voz dele neste contexto que encerramos este trabalho, esperando que em outros casos as vozes sejam escutadas antes que diagnósticos e rótulos sejam parte constituinte da subjetividade de crianças, adolescentes, adultos, idosos, que são sobretudo seres humanos plenos de valor social, e devem ser enxergados como tal.

> *Vinicius – Ah, é ruim ser disléxico, você tenta ler a pessoa não entende, aí a professora, o professor… os meninos ficam tirando sarro da cara dos outros, aí é ruim. Tem vez que eu me sinto magoado, quando eu estou lendo e alguém fala, tá muito mal, você não aprende a ler não, você não lê não. E é ruim, eu não gosto.*

REFERÊNCIAS

Abreu, H. R. M. (2006). *A medicalização da vida escolar*. Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Anastasi, A. (1975). *Testes Psicológicos: teoria e aplicação*. São Paulo: E.P.U.

Anon, A. (1996). Cientistas acham base genética para a dislexia. *Integração*, vol 7(16).

Aquino, J.G. (1996). A desordem na relação professor-aluno: indisciplina, moralidade e conhecimento. In Aquino, J.G. (org.) *Indisciplina na escola: alternativas teóricas e práticas.* São Paulo: Summus.

Associação Brasileira de Dislexia (2008). *Diagnósticos realizados pelo CAE - Centro de Avaliação e Encaminhamento da ABD.* Recuperado em 3 de setembro de 2008, de http://www.dislexia.org.br/

Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2011). *Diagnóstico em Crianças.* Recuperado em 5 de maio de 2011, de http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html

Baddeley, A.D., Ellis, N.C., Miles, T.R., & Lewis, V.J. (1982). Developmental and acquired dyslexia: A comparison. *Cognition*, 11, 185-199.

Bandeira, D. R., Alves, I. B., Giacomel, A., & Lorenzatto, L. (2004). Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala especial: Normas para Porto Alegre, RS. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 9(3), 497-486.

Bakhtin, M. (1985). *Estética de la criacion verbal*. (2a ed.) Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores.

Bakhtin, M. (1992). *Marxismo e Filosofia da Linguagem.* Hucitec: São Paulo.

Beatón, G. (2003). El método científico en el Enfoque Histórico Cultural. *Revista Cadernos de Pós-Graduação*, v. 2, 80-102.

Beatón, G.A (2005). *La persona en el Enfoque Histórico Cultural*. São Paulo: Linear.

Bender, L. (1969). *Test Gestáltico Visomotor de Bender* (1a ed), (D.Carnelli, trad.) (Série Mayor) Bibl. da Psicometria e Psicodiagnóstico, vol.7, Buenos Aires: Paidós.

Bisseret, N. (1979). A ideologia das aptidões naturais. In Durand, J.C (org). *Educação e hegemonia de classes*. Rio de Janeiro: Zahar,

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. (1996,20 de dezembro). Recuperado em 5 de maio de 2011, de http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf

Cagliari, L.C. (1997). O príncipe que virou sapo: considerações a respeito da dificuldade de aprendizagem das crianças na alfabetização. In Patto, M.H. (org.) *Introdução à Psicologia Escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo,

Capellini, S. A., Germano, G. D. & Cardoso, A.C.V. (2008). Relação entre habilidades auditivas e fonológicas em crianças com dislexia do desenvolvimento.[Versão eletrônica]. *Psicol. Esc. Educ.*, 1 (12), 235-253.

Capovilla, F.C. (2008). Recursos para educação de crianças com necessidades especiais e articulação entre Educação Especial e Inclusiva. *O mundo da saúde*, 2 (32), 208-214.

Capovilla, A.G.S. & Capovilla, F.C. (2004). Etiologia, avaliação e intervenção em dislexia do desenvolvimento. In Capovilla, F.C. (org) *Neuropsicologia e aprendizagem uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Memnon.

Capovilla, F.C & Capovilla, A.S (2003). Compreensão e Tratamento de atraso na aquisição de leitura. In Marquezine, M.C., Almeida, M.A. & Tanaka, E.D.O. (orgs) *Avaliação em Educação Especial. Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial*. Londrina: Eduel.

Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2008). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde -CID-10*. Recuperado em 15 de maio de 2009, de http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm

Clay, M.M. (1987). Learning to be learning disabled. *New Zealand Journal of Educational Studies*, 22, p.155-173.

Clements, S.D. et al (1980). Ata da mesa-redonda sobre medicamentos – Parte I. Medicação de crianças com distúrbios de aprendizagem. In Tarnapol, L. (B. Lerner, R. Aratangy, L. Rosemberg, trads.) *Crianças com distúrbios de aprendizagem: diagnóstico, medicação, educação*. São Paulo: EDART.

Clements, S.D. & Peters, J.E. (1982). Sindromes de disfunción cerebral mínima. In: Black, P. *Disfunción em el niño*. Barcelons: Editorial Pediatrica.

Colaço, V.F.R., Pereira, E., Neto, F.E.P., Chaves, H.V. & Sá, T.S. (2007). Estratégias de mediação em situação de interação entre crianças em sala de aula. [Versão eletrônica]. *Estudos de psicologia*, 12(1), 47-56.

Coles, G. (1987). *The learning mystique*. A *Critical look at "learning disabilities*". New York: Fawcett.

Collares, C.A.L & Moysés, M.A.A. (1986). Educação ou Saúde? Educação X Saúde? Educação e Saúde!*"Cadernos CEDES*, 15, 7-16.

Connor, J.P. (1968-1969). Bender Gestalt Test Performance as a predictor of Diferential Reading Performance. *Journal of School Psychology*, 4 (7), 41-44.

Conrad, P. & Schneider, J. W. (1980). *Deviance and Medicalization: from badness to sickness.* St Louis: Mosby.

Conrad P. (1999). A mirage of genes. *Sociology of Health & Illness*. [Versão electronica]. 2 (21), 228–241.

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annu. Rev. Sociol*. [Versão eletrônica]. 18, 209-232.

Conselho Federal de Psicologia (2003). *Resolução 002/2003. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP n° 025/2001***.** Recuperado em 24 de abril de 2011, de http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao2003_02.pdf.

Conselho Federal de Psicologia (2002). *Resolução CFP n.º 017/2002. Manual de Elaboração de Documentos produzidos por psicólogos.* Recuperado em 24 de abril de 2011, de http://pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2002_17.pdf.

CRUZ, S.H.V. (2010). Ouvir crianças: uma tarefa complexa e necessária. In: Souza, M.P.R. (org.) *Ouvindo crianças na escola*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cuba dos Santos, C. (1986). *Dislexia Específica de Evolução* (2ª ed). Sarvier: São Paulo.

DeFries, J.C. & Decker, S.N. (1982). Genetic Aspects of Reading Disability. In Malatesha R.N. & Aaron, P.G (Eds) , *Reading Disorders*, N.Y: Academic Press.

Denhoff, E.; Tarnapol, L. (1980). Responsabilidade do médico nos problemas de aprendizagem In Tarnapol, L. *Crianças com distúrbios de aprendizagem: diagnóstico, medicação, educação*. (Lerner, Betti, Raquel & Aratangy, Lydia Rosemberg, trads) São Paulo: Edart.

Dennis, M.Y., Paracchini, S., Scerri, T.S, Prokunina-Olsson, L., Knight, J.C. et al. (2009). A Common Variant Associated with Dyslexia Reduces Expression of the KIAA0319 Gene. *PLoS Genet, 3 (5).*

Deuschle, V. P. & Cechella, C. (2008, ahead of print). O déficit em consciência fonológica e sua relação com a dislexia: diagnóstico e intervenção. [Versão eletrônica]. *Rev. CEFAC*. Recuperado em 8 de agosto de 2009, de http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2008nahead/16-08.pdf

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM III*. Washington, D.C.

DSM IV-TR. (2003). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ªed.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Facci, M. (2004). A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigostski. [Versão eletrônica]. *Cadernos CEDES*, 24 (62), p.64-81.

Facci, M.G.D., Tessaro, N.S, Leal, Z.F.R, Silva, V.G & Roma, C.G. (2007). Psicologia Histórico-Cultural e Avaliação Psicológica: o processo ensino aprendizagem em questão. [Versão eletrônica]. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE*), 11 (2), pp. 323-338.

Facci, M. G. D. & Souza, M. P. R. (no prelo). "– O que este menino tem?" contribuições do método instrumental de Vigotski para o processo de avaliação psicológica. In Marinho-Araújo, Claisy M. & Guzzo, R. S. L. *Psicologia Escolar: Identificando e Superando Barreiras*. Campinas: Átomo e Alinéa.

Feijó, I. S. C. & Souza, M. P. R.. (1996). A exclusão no Ciclo Básico: uma pedagogia de aparências. [Versão eletrônica]. *Psicol. USP*, 1-2 (7), 115-131.

Ferraro, A.R. (2004). Escolarização no Brasil na Ótica da Exclusão. In Marchesi, A.; Gil, C.H & cols. *Fracasso Escolar uma perspectiva multicultural*. Porto Alegre: Artmed.

Ferreira, S. G. P. (2009). *É possível promover o sucesso escolar? Um estudo a partir do pensamento das educadoras de séries iniciais*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Ferreiro, E. (1985). *Reflexões sobre Alfabetização*. São Paulo: Cortez.

Figueiredo, V. L. M & Pinheiro, S. (1998). O teste WISC-III em uma amostra do Rio Grande do Sul. [Versão eletrônica]. *Temas Psicologia*, 3 (6), 255·261.

Figueiredo, V.; Pinheiro, S. & Nascimento, E. (1998). Teste de inteligência WISC-III: adaptando para a população brasileira. [Versão eletrônica]. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2(2), 101-107.

Finucci, J.M, Guthrie, J.T, Childs, A.L., Abbey, H. & Childs, B. (1976). The Genetics of Specific reading Disability, *Annals of Human Genetics*, 40, 1-23.

Flanax: Naproxeno. [199-?]. São Paulo: Bayer, Bula de remédio.

Freeman, R.D. (1966). Drug efects on learning in children: A selective review of the past thirty years. *Journal of Special Education*, 1:17.

Frith, U. & Snowling, M. (1983). Reading for meaning and reading for sound in autistic and dyslexic children. *Journal of Developmental Psychology*, 1, 329–342.

Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*. New York: Dodd-mead.

Freitas, M.T.A (2002). A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. [Versão eletrônica]. *Cadernos de pesquisa*, 116, 21-39.

Garcia, M.C. (1993). *A Dialética Materialista*. São Paulo: Ateniense.

Geraldi, J.W. (1996). *Linguagem e ensino: Exercícios de Militância e Divulgação*. Campinas, SP: Mercado das Letras: Associação de Leitura do Brasil.

Goddard, H.H. (1912). *The Kallikak family: A study in the hereditary of feeble-mindeness*. New York: Macmillan.

Goodwin, J. (2005). *História da Psicologia Moderna*. São Paulo: Cultrix.

Ianhez, M.E & Nico, M.A. (2002). *Nem sempre é o que parece: como enfrentar a dislexia eos fracassos escolares*. São Paulo: Alegro.

Individuals with Disabilities Education Act (1997). *Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997*. Archived Information. Recuperado em dezembro de 2009, de http://www2.ed.gov/policy/speced/leg/idea/idea.pdf

Japiassu, H. (1977). *Introdução à Epistemologia da Psicologia*. Rio de Janeiro: Imago.

Kaufman, H.S. & Biren, P.L. (1976-77). Persistent Reversers: Poor Readers, Writers, Spellers? A*cademic Therapy*,12, 209-217.

Kavale, K.A & Forness, S.R. (2000). What Definitions of Learning Disability Say and Don't Say – A critical analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 3(33), 239-256.

Keiralla, D.M.B (1994). *Sujeitos com Dificuldades de aprendizagem X Sistema escolar com dificuldades de ensino*. Tese de Doutorado, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Koppitz, E. (1989). *O Teste Gestáltico Bender para crianças*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Learning Disabilities Association of America. *Learning Disabilities : Signs, Symptoms and Strategies*. Recuperado em 15 de março de 2009, de http://www.ldanatl.org/

Legnani, V.N. & Almeida, S.F.C. (2008). A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos brasileiros de Psicologia*, 1(60), 2-13.

Leite, S.A.S. & Tassoni, E.C.M. (2007). Afetividade e Ensino. In Silva, E.T. (org) *Alfabetização no Brasil: questões e provocações da atualidade*. Campinas: Autores Associados.

Leonardi, J.L, Rubano, D.R. & Assis, F.R.P. (2010). Subsídios da Análise do Comportamento para avaliação de diagnóstico e tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no âmbito escolar. 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.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lewis, C. (1982). *Alice no país das Maravilhas.* São Paulo: Abril.

Lippmann, W. (1922/1934). *Public Opinion.* New York: Macmillan.

Luria, A.R. (2001). Vigotskii. In: Vigotskii, L.S. , Luria, A.R., Leontiev, A.N. *Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem*. São Paulo: Ícone.

Loureiro, C. F. B. (2005). Complexidade e dialética: contribuições à Práxis política e emancipatória em educação Ambiental. [Versão eletrônica]. *Educ. Soc.*, Campinas, 93 (26), 1473-1494.

Lyon, G.R., Shaywitz, S.E & Shaywitz, B.A. (2003) Defining Dyslexia, Comorbidity, Teachers Knowledge of Language and Reading. A definition of Dyslexia. [Versão eletrônica]. *Annals of Dyslexia*, 53, 1-14.

Lyon, G.R. (1995). Toward a definition of Dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 45, 3-27.

Machado, A.M. (1994). *Crianças de classe especial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Machado, A.M. (1996). *Reinventando a avaliação psicológica*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Martins, C.C. & Pennington, B.F (2001). Qual é a contribuição da nomeação Seriada Rápida para a Habilidade de Leitura e Escrita? Evidência de Crianças e Adolescentes com e sem dificuldades de Leitura. [Versão eletrônica]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (2), 387-397.

Martins, M.H. (1988). *O que é leitura*. São Paulo: Brasiliense.

Masiero, A. L. (2005) A Psicologia racial no Brasil (1918-1929). [Versão eletrônica]. *Estudos de psicologia*, 10(2), 199-206.

Massi, G. (2007). *A dislexia em questão*. São Paulo: Plexus Editora.

Mazzotti, A.J.A (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de pesquisa*, 129 (36), 637-351.

Meira, M.E.M & Tanamachi, E. (2003). A atuação do psicólogo como expressão do pensamento crítico em psicologia e educação. In Antunes, M; Meira, M. *Psicologia Escolar: teorias críticas.* São Paulo: Casa do Psicólogo

Moyer, S.B. & Newcomer, P.L. (1977). Reversals in Reading: diagnosis and remediation. *Exceptional Children*, 43, 429-429.

Moysés, M. A. A. & Collares, C. A. L. (1992). A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos Cedes*, 28, 31-47.

Moysés, M. A. A. (2001). *A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola*. Campinas: Mercado das Letras.

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; Grupo Interinstitucional Queixa escolar (Orgs). *Medicalização de Crianças e Adolescentes. Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moysés, M.A.A. (2010). Dislexia existe? Questionamentos a partir de estudos científicos. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org) *Caderno Temático 8. Dislexia: subsídios para Políticas públicas/CRP da 6ª Região.* São Paulo: CRPSP.

Nascimento, E. & Figueiredo, V.L.M (2002). WISC-III e WAIS-III: Alterações nas Versões Originais Americanas Decorrentes das Adaptações para Uso no Brasil. [Versão eletrônica]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 603-612.

Nunes, T.; Buarque, L. e Bryant, P. (2000). *Dificuldades na Aprendizagem da Leitura: Teoria e Prática*. São Paulo: Cortez.

Oliveira, B. (2005). A dialética do singular-particular-universal. In: Abrantes, A.A., Nilma, R.S., Martins, S.T.F (orgs) *Método Histórico-Social na Psicologia Social*. Petrópolis, RJ: vozes.

Oliveira, D.E.M.B, Rocha, M.S & Figueirol, M.M.T. (2003). Ressignificando o contexto escolar para a construção de alternativas que atendam a alunos com dificuldades de aprendizagem. In Marquezine, M.C. (org). *Inclusão. Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial*. Londrina: Eduel.

Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtorno mentais e de comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* (C. Dorgival, trad). Porto Alegre: Artes Médicas.

Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe: The Free Press.

Pastura, G. & Mattos, P. (2004). Efeitos colaterais do metilfenidato: Revisão de Literatura . *Rev Psiq. Clín.*, 31 (2), 100-104.

Patto, M.H.S. (1990). *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T.A. Queiróz.

Patto, M. H. S. (1997). Para uma Crítica da Razão Psicométrica*. Psicol. USP*, 1 (8), 47-62.

Paty, M. (1998). Os discursos sobre as raças e a ciência. *Estudos Avançados*. 33(12), 157-170.

Pawluch, D. (1983). Transitions in pediatrics: a segmental analysis. *Soc. Prob*. 30, 449-65.

Pestun, M.S.V. (2003). Avaliação e Intervenção em Dislexia do Desenvolvimento. In Marquezine, M.C.; Almeida, M.A.; Tanaka, E.D.O. (org) *Avaliação em Educação Especial. Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial*. Londrina: Eduel.

Pestun, M.S.V., Ciasca, S.M. & Gonçalves, V. M. G. (2002). A importância da equipe interdisciplinar no diagnóstico de dislexia do desenvolvimento. Relato de caso. *Arq Neuropsiquiatr*, 2 (60), 328-332.

Piérart, B. (1997). A fragmentação do conceito de dislexia. In Grégoire, J., Piérart B. *Avaliação dos problemas de leitura: os novos modelos teóricos e suas implicações diagnósticas*. Porto Alegre: Artes médicas.

Pinheiro, A.M.V. (1994). *Leitura e Escrita: uma abordagem cognitiva*. Campinas: Psy II.

Pino, A. (2010). A criança e seu meio: contribuição de Vigotski ao desenvolvimento da criança e á sua educação. *Psicologia Usp*, 21(4), pp. 741-756.

Ritalina: metilfenidato. São Paulo: Novartis, [199-?]. Bula de remédio.

Romanelli, N. (2011). *Individuação e escolarização de crianças de 0 a 5 anos: um cenário dinâmico no palco da abordagem histórico-cultural*. Dissertação de Mestrado Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectation and pupil´s intellectual development*. New York: Holt, Rhinehat & Winston.

Salgado C.A., Capellini S.A. (2008). Programa de remediação fonológica em escolares com dislexia do desenvolvimento. [Versão eletrônica] *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 20(1), 31-36.

Salles, J. F., Parente, M.A.M.P. & Machado, S.S. (2004). As dislexias de desenvolvimento: aspectos neuropsicológicos e cognitivos. [Versão eletrônica] *Interações*, 17 (9), 109-132.

Sally E. & Shaywitz, M.D. (1998). Dyslexia. *The New England Journal of Medicine*, 5 (338), 307-312.

São Paulo. (2007). *Portaria 5403/07. Reorganiza o Programa "Ler e Escrever- Prioridade na Escola Municipal"*. Recuperado em maio de 2010, de http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.

São Paulo (2006). *Implementação do programa "Ler e Escrever" na rede municipal*. Recuperado em maio de 2010, de http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=7831

Saviani, D. (1989). *Escola e Democracia*. São Paulo: Cortez.

Scerri, T.S. & Schulte, K. (2010). Genetics of Developmental Dyslexia. *European Child & Adolescente Psychiatry*, 3 (119), 179-197.

Shaywitz, B. A., Lyon, G. R., & Shaywitz, S. E. (2006). The role of functional magnetic resonance imaging in understanding reading and dyslexia. [Versão eletrônica]. *Developmental Neuropsychology, 30*, 613-632

Schirmer, C. R.; Fontoura, D. R. & Nunes, M. L. (2004) Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. [Versão eletrônica]. *J. Pediatr. (Rio J.)*, 2 (80), 95-103.

Schwarcz, L.M. (1993) *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930.* São Paulo: Companhia das Letras.

Souza,B.P. (2007). Apresentando a Orientação à Queixa Escolar. In Souza, B.P. (org) *Orientação á queixa escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Souza, M.P.R. (1996). *A queixa escolar e a formação do psicólogo*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Souza, M.P.R. 2010A psicologia ouvindo crianças na escola: abordagens qualitativas e desafios metodológicos. In Souza, M.P.R (org) Ouvindo crianças na escola. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Souza, S.J. (1994) *Infância e Linguagem. Bakhtin, Vygotsky e Benjamin*. Campinas: Papyrus,.

Souza, S.R.S. E Goyos, C. (2003). Ensino de leitura e escrita por mães de crianças com dificuldades da aprendizagem. In Marquezine, M.C.; Almeida, M.A.; Omote, S. & Tabaka, E.D.O. (orgs.) *O papel da família junto ao portador de necessidades especiais. Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial*. Londrina: Eduel,

Spears, C;E; & Weber, R. E. (1974). The Nature of Learning Disabilities. In Weber, R. E. (org.) *Handbook on Learning Disabilities*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Stake. R. E. (2000). Case studies. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (eds.) *Handbook of qualitative research*. London: Sage.

Symmes, J.S. & Rapoport, J.L (1972). Unexpected Reading Failure. *American Journal of orthopsychiatry*, 42, 82-91.

Szasz, T. S. (2003). *Pharmacracy: Medicine and Politics in America*. Westport CT: Praeger Publishers.

Tarnapol, L. (1980). *Crianças com distúrbios de aprendizagem: diagnóstico, medicação, educação*. (Lerner, Betti, Raquel & Aratangy, Lydia Rosemberg, trads) São Paulo: Edart.

Teixeira, T.C.F. (2008) *Da educação infantil ao ensino fundamental: com a palavra, a criança. Um estudo sobre a perspectiva infantil no início do percurso escolar*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Trautwein, T.G. & Nébias, C. (2006). A queixa escolar por quem não se queixa - o aluno. [Versão eletrônica] *Mental*, 6 (4), 123-148.

Van Kolck, O.L. (1984). *Testes Projetivos Gráficos no Diagnóstico Psicológico*. São Paulo: EPU.

Vellutino, F. R (1979) *Dyslexia.* Cambridge, MIT Press.

Vellutino, F. R. (1982). Teorias e investigaciones em el estudo de la dislexia em la niñez. In Condermarin, M (Org.). *Teorías e técnicas para la compreensión del linguage escrita*. Chile: Universidade Católica do Chile.

Vellutino, F.R., Fletcher, J.M., Snowling, M.J., & Scanlon, D.M. (2004). Specific reading disability (dyslexia). What have we learned in the past four decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1 (45), 2-40

Viégas,L.S. & Souza, M.P.R. (2006) A Progressão Continuada no estado de São Paulo: considerações a partir da perspectiva de educadores. [Versão eletrônica]. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, 2 (10), 247-262.

Vigotskii, L. S.; Luria, A. R &; Leontiev, A. N. (1988). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. (M. P. Villalobos, trad). São Paulo: Ícone.

Vygotski, L.S. (1996) Obras escolhidas, tomo IV. Madrid: Visor.

Vygotsky, L.S. (1998). *Formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

Wechsler, D. (2002). *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual.* 3ª ed.; São Paulo: Casa do Psicólogo. 309 p.

Werner J., J. (1997) *Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado do diagnóstico.* Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP.

Zola, I. K. (1972). Medicine as a institution of social control. *Social. Rev.* 20:487-504

Zola, I. K. (1983). *Social Medical Inquiries.* Philadelphia: Temple Univ. Press.

Zorzi J.L. & Ciasca S.M. (2008) Análise de erros ortográficos em diferentes problemas de aprendizagem.[Versão eletrônica] *Revista Cefac*, 11(3), 406-416.

APÊNDICE A

Entrevista com Pais

Como você descreve a vida escolar do seu filho?

Como foi a suspeita de que ele poderia ter dislexia? Como foi o processo diagnóstico?

A partir do diagnóstico, o que mudou na família? Como ele está agora?

Entrevista com Professores

Você poderia contar sobre a turma de que o aluno fazia ou faz parte? Você poderia contar sobre o aluno em sala e/ou fora dela? Você poderia descrever cenas ou situações marcantes pra você em relação ao aluno ou da sua relação com ele?

Existem registros tais como cadernos, provas ou trabalhos que eu poderia ter acesso?

Como você soube do diagnóstico de dislexia? O que mudou a partir dele?

Entrevista com Coordenador Pedagógico

Como entendem a dislexia? Como é o trabalho tendo em vista o diagnóstico?

Há alguma adaptação curricular para a criança diagnosticada como disléxica?

Você acompanhou o caso deste aluno? Você poderia contar suas impressões e falar também sobre o trabalho da professora em sala de aula?

Entrevista com Profissionais de Saúde

Como se deu o encaminhamento/pedido de avaliação da criança?

Você poderia contar um pouco sobre a criança encaminhada, suas impressões e sua relação com ele durante o processo diagnóstico. Quais foram os procedimentos adotados (técnicas, instrumentos, testes, etc.) e por quê?

Há um relatório/laudo/parecer realizado para a escola? Há algum contato com a escola?

Há alguma previsão de reavaliação?

Entrevista com a Criança

Você se lembra da época em que entrou na escola? Como foi?

Você pode me contar um pouco sobre a sua escola agora? Do que você gosta e do que você não gosta? Você está com seu caderno? Poderia mostrá-lo para mim?

Você gosta de desenhar? Você poderia fazer um desenho da sua escola? Você pode me contar um pouco sobre o seu desenho?

ANEXO A – LAUDO VINICIUS - DISLEXIA

Nome do Paciente: _____
Data de Nascimento: 19/01/1998
Data da Avaliação: 13/12/2006
Idade: 8 anos
Grau de Escolaridade: 2ª série do Ensino Fundamental

Queixa Inicial

VINICIUS veio até a ASSOCIAÇÃO para identificar as causas de suas dificuldades escolares. Veio acompanhado dos pais, que tiveram indicação do Dr.

Dados da Avaliação

Os resultados dos testes são interpretados em relação à média esperada para idade/escolaridade, segundo as normas dos testes;

1) Teste HTP
Teste Projetivo
Desenhos pobres de traçado – imaturidade na motricidade fina.
- Auto-defesa contra o meio exterior
- Discrepância entre desejo e realidade, entre querer e poder (não produz o quanto gostaria) - tende sentimentos de frustração.
- Prejuízo do nível de energia para responder a estímulos
- Sentimento adequado de interação com a família
- Medo da perda
- Relatos dos inquéritos - ricos

2) Teste viso-motor Bender
Organização e percepção viso-motora geral – com dificuldade para idade
Compreensão de informação visual – com dificuldade para idade

3) Teste de inteligência WISC – III
QI V = 109
QI E = 114
QI Total = 113 P = 84
P 84 = Inteligência Muito Superior

4) Matrizes Progressivas Raven (Especial)
Nível I - Inteligência Médio Superior

Suspeita de Transtorno de Déficit de Atenção.

Avaliação das Funções Básicas

A avaliação das Praxias Orofaciais foi adequada. O resultado do teste miofuncional orofacial está adequado. O resultado do teste de equilíbrio Estático e Dinâmico está adequado. A dominância lateral da mão, da perna, do braço, do ouvido é a direita e a do olho é à esquerda. Sua dominância lateral é mista. Tem conceito de lateralidade nele mas não nos outros e nos objetos.

A avaliação da Memória Tátil e Cinestésica e da Organização Espacial estão adequadas. Na avaliação da Organização Temporal seu ritmo natural é rápido e sua reprodução foi inadequada. Na Avaliação da Discriminação e Percepção Visual fez canalização de figura fundo, reconheceu símbolos, mas não fez fechamento de figuras. A avaliação da Discriminação e Percepção Auditiva esta adequada, mas a Memória Auditiva foi inadequada.

Comunicação Oral

Consegue transmitir oralmente seus pensamentos e as palavras pronunciadas de maneira adequada. Seu quadro fonêmico e fonológico apresentou-se íntegro não há desvios e distorções fonêmicas. O sistema prosódico e voz estão adequados.

Na produção de um texto a partir de figuras que organizou sem seqüência lógica foi feito não obedecendo às regras morfo-sintáticas, com estrutura frasal e vocabulário pobre.

Consciência Fonológica

Apresentou dificuldade nas provas de detecção de rima e aliteração.
Apresentou dificuldade nas provas de divisão fonêmica e silábica.
Apresentou dificuldade nas provas de detecção de fonemas inicial, medial e final.
Aresentou dificuldade nas provas de inclusão e exclusão fonêmica.
Apresentou dificuldade nas provas de inclusão e exclusão silábica.

Tem dificuldade em juntar fonemas para formar palavras monossilabas, dissilabas, polissílabas e de logatomas.

A fluência verbal está muito abaixo da média.

Comunicação Escrita

Seu traçado caligráfico é trêmulo e irregular (disgrafia).
Sua cópia foi realizada de maneira lentíssima.

Seu ditado de texto e de logatomas foi realizado com trocas, inversões e omissões de grafemas. A escrita espontânea foi realizada com estrutura frasal e vocabulário pobre e as trocas já descritas. Tem dificuldade em simbolizar através dos grafemas A leitura de fonemas e logatomas foi realizada com trocas, inversões e omissões. A leitura de texto não foi realizada. A compreensão literal de um texto foi incompleta, pois só recontou parte dele. A compreensão inferencial e a compreensão crítica foi inadequada, pois teve dificuldade em dar as próprias conclusões e de analisar subjetivamente o texto. A memória imediata está prejudicada, pois teve dificuldade em reter e interpretar as informações recebidas. O resultado do teste de nomeação rápida está abaixo da média.

Conclusão

Devido a suas dificuldades em leitura e escrita, e outros sintomas descritos acima, fica constatado um quadro de risco de dislexia (CID – F81.0 – DSM – IV).

Encaminhamento

Sugerimos um tratamento fonoaudiológico para VINICIUS estar podendo atualizar seu potencial, que no momento encontra-se um pouco prejudicado por fatores que não dependem de sua vontade e sim de treino com profissional da área.

Dislexia, segundo a definição da International Dyslexia Association - 2003, define que: "É uma dificuldade de aprendizagem de origem neurológica. É caracterizada pela dificuldade no reconhecimento e fluência corretos e por dificuldade na decodificação e soletração. Essas dificuldades resultam tipicamente no déficit no componente fonológico da linguagem que é inesperada em relação a outras habilidades cognitivas consideradas no grupo (faixa etária)".

Conseqüências secundárias podem incluir problemas na compreensão da leitura e redução na experiência acumulada por ela impedir o crescimento do vocabulário e o conhecimento.

Esta definição se encontra no livro de Classificação de Doenças problemas e relacionados à saúde (10ª revisão), volume 1 (CID-F81.0-DSM-IV).

Sendo assim, dislexia não é uma doença, e sim, um distúrbio hereditário (genético) e, portanto o indivíduo nasce e morre com esse distúrbio.

O uso de editor de texto no computador, com corretor ortográfico e de jogos pedagógicos que o interessam também podem ser úteis para estimular e desenvolver habilidades gerais e específicas. Além disso, estímulos sensoriais e recursos multimídia podem ser integrados à pedagogia geral da escola como auxiliar para a aprendizagem.

A LDB 9394/96 orienta que a criança, jovem ou adulto deva caminhar com seu grupo etário e que no caso de uma retenção de série, causada pelo desconhecimento de

outros deverá ser reconsiderado, uma vez que com isso venha acontecer, poderá causar danos emocionais na auto-estima já tão desgastada por fracassos não compreendidos.

Dentre inúmeros talentos disléxicos, citamos Albert Einstein, que apesar de ser um gênio, tinha dificuldades na leitura, escrita e nem por isso deixou de ser um grande talento.

A prática de esportes será ótima para promover o desenvolvimento físico geral e a integração social de VINICIUS

O uso do editor de textos do computador com corretor ortográfico e de jogos pedagógicos que interessem e agradem (informatizados ou não) pode ser útil para estimular funções gerais e específicas. Provas orais, maior tempo para a realização de tarefas e provas, o uso de gravador, calculadora, dicionário e tabuada impressa para estudar e fazer provas, aulas de teatro, artes (massa de modelar, argila, telas, tintas, colagens), além de estímulos sensoriais e recursos multimídia, podem ser viabilizados e integrados à pedagogia geral da escola. É muito importante trabalhar o "concreto" com pessoas disléxicas.

Deve-se evitar expor a pessoa à leitura em público. Seria interessante estimular outras formas de expressão e avaliação para VINICIUS que não se resumissem à leitura e à escrita. As situações em que possa sobressair-se por suas qualidades e não por suas dificuldades devem ser aproveitadas ao máximo pelos professores e familiares, pois serão estímulos muito importantes para promover a melhora da sua auto-estima.

Sugerimos também o retorno com o Dr. e, após dois anos de tratamento, voltar à ASSOCIAÇÃO para uma reavaliação.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

PSICÓLOGA
CRP
CPF

Fonoaudióloga CRFA SP
Psicopedagoga Clínica
CIC

ANEXO B – LAUDO VINICIUS – DISLEXIA E TDAH

Neurologia da Infância e Adolescência

O jovem H.S. está sob nossa orientação devido apresentar quadro de hiperatividade, deficit de atenção e dislexia. Necessita, portanto, atenção diferenciada para as atividades escolares.

07/06/10.

ANEXO C – ENTREVISTA COM VINICIUS

Data – 31/08/2010
Local – Escola Municipal

V – Vinicius
P - Pesquisadora

Chego à escola e me dirijo à secretaria. A secretária me conduz até a sala de Vinicius, e a professora Maria nos indica uma sala para conversarmos. Enquanto ela procura a chave da sala, Vinicius reclama que está com dor na perna. Pergunto o porquê da dor e ele responde que machucou na educação física, jogando futebol.

P – E aqui está falando assim, que será mantido o segredo ou sigilo, sobre o seu nome e de todos os participantes, que eu entrevistei suas professoras, a coordenadora da escola, sua mãe e você. Eu vou ver se vai dar pra ir lá no Programa da Comunidade, você foi atendido lá um tempo também, né?

V – Hã, hã.

P – Então, vou tentar ir lá também para conversar, ver como foi, como foi o diagnóstico, como foi depois, entendeu?

V – Ok.

P – Tudo bem, você quer participar?

V- Sim.

P – Então, hoje eu vou te perguntar algumas coisas aí você me fala, como é que você está, tá bom?

V – Tá bom

P – Você lembra como era quando você entrou na escola? Você gosta de desenhar?

V – De vez em quando.

P – De vez em quando… E o que você gosta de fazer?

V – Jogar bola…

P – Mas aí você fica com dor depois?

V – Quando eu faço exercício.

P – Quando joga bola não… a o exercício que ele passou que deu a dor, né?

V – É…

P – Entendi, você está com dor assim na coxa…

V – Não.

P – E você lembra como foi quando você entrou na escola? O que você lembra de quando você era bem menor?

V – Ah, eu lembro que a professora brigava comigo, falava que… que eu não era disléxico.

P – Falava que você não era?

V – É… a professora da primeira série…aí eu aprendi.

P – Qual era a professora?

V – Ela não trabalha mais aqui, eu não lembro o nome dela, mas ela não trabalha mais aqui. Teve um dia que eu cheguei e falei pra ela, minha mãe chegou e falou pra ela, olha, meu filho é disléxico o que você pode fazer, aí ela pegou e me deixou de canto. Aí eu não pude fazer nada, é a professora.

P – E o que é isso da dislexia? Assim, eu estudei, mas nunca estive com uma pessoa pra me contar como é, você me conta?

V – Ah, é ruim ser disléxico, você tenta ler a pessoa não entende, aí a professora, o professor… os meninos ficam tirando sarro da cara dos outros, aí é ruim. Tem vez que eu me sinto magoado, quando eu estou lendo e alguém fala, tá muito mal, você não aprende a ler não, você não lê não. E é ruim, eu não gosto.

P – Mas você lembra quando começaram a te ensinar a ler, se você tinha alguma coisa com as letras…

V – Lembro, lembro...

P – Você não consegue enxergar direito, como é?

V – Era uma mesinha, aprendi a ler ano passado, era uma mesinha, a Profª Fátima, ela colocava um monte de palavrinha pra mim, pra mim tentar ler, aí eu lia, aí ela falava você está quase indo bem, daí foi que eu aprendi esse ano, aí aprendi mais esse ano.

P – Tá… mas e aí, quem tem dislexia tem o que? Tem problemas como que?

V – Ah, tem problemas com a leitura, tem problema de ficar quieto, você não fica quieto, fica muito agitado.

P – E se a pessoa que tem dislexia tem problema com a leitura, depois que ela aprende a ler, o que fica…

V – É, depois que aprende ler melhora as coisas…

P – Mas ainda tem dislexia, porque já aprendeu a ler?

V – Tem dislexia, porque não consigo ficar parado.

P – Ah, dislexia é de não conseguir ficar parado?

V – Dislexia é de não ficar parado e não tô lendo muito bem.

P – Mas você esta parado aqui…

V – O quê?

P – Você está parado aqui comigo.

V – Ah, porque eu tô me segurando né, eu não consigo ficar parado.

P – E você iria fazer o que? Se você não se segurasse?

V – Ah, eu ficava andando aqui no meio da sala.

P – Então não precisa se segurar (risos). Você fica andando no meio da sala lá na aula? E faz o que?

V – Ah, eu fico conversando, eu me distraio. Minha professora mesmo falou que ela é disléxica também.

P – Qual professora? A sua agora?

V – É, ela falou que tinha te conhecido…

P – O que?

V- Ela falou que te conhecia já?

P – Já, já, eu conversei com ela e com duas outras professoras suas. Mas tem horas que você faz a lição né, você consegue?

V – Consigo. Não, mas todo santo dia eu faço lição, faço lição, porque eu não quero repetir. Se eu repetir vai ser uma coisa, meus amigos vão estar na quinta-série e eu vou estar na quarta de novo, aí é ruim. Não gosto.

P – E outros alunos na sua sala também gostam de levantar e conversar?

V– Hum, hum…

P – E será que eles também têm dislexia?

V – Não, alguns alunos leem bem, só eu o Wilson e a Rute.

P – Ah, tá… então alguns leem bem, alguns levantam e andam pela sala, mas pra ter dislexia tem que ter as duas coisas, é isso? Não saber ler e andar pela sala?

V – Não. Tem muitas coisas, só que eu não lembro.

P – Ah tá, entendi…

V – Tem muitas coisas só que eu não lembro, minha mãe não me conta direitinho o que é. Eu fui aprendendo, aí minha mãe falou que eu era disléxico, que eu não sabia ler, aí minha mãe foi me ensinando em casa também. Ela colocava no meu caderno as palavras e eu tentava ler, aí eu aprendi.

P – E se eu falasse assim pra você, que como você aprendeu a ler você não tem mais dislexia?

V – Ah, pode…

P – Você acha bom?

V – Acho, mas eu não tô me sentindo muito seguro não.

P – Ainda não…

V – Não… ainda tem muita coisa pra mim ler, tô aprendendo, tô aprendendo a fazer divisão, matemática, tô aprendendo a fazer tudo, aprendendo a ler mais. Tá todo mundo me ensinando.

P – Que bom, você está aprendendo.

V – Com essa ajuda de todo mundo eu consegui bem, né. Queria ficar, queria ser igual meus amigos, aprendendo ler direitinho. Tem amigo meu que já está na quinta-série, quinta, sexta-série. Eu repeti dois anos, era pra eu estar na sétima.

P – Você não acha que todo mundo aprende é com ajuda?

V – Hum, hum

P – Será que se tivessem te ajudado desse jeito antes, você já não teria aprendido?

V – Já.

P – Então...

V- Não, mas minha mãe descobriu quando eu era criancinha, aí a gente foi procurar o médico, o médico lá… … … o …

P – O Doutor?

V – Ele, foi ele… deu um negócio lá no (fala o nome do bairro) pra mim, uma psicóloga pra eu passar, aí eu fui passando com ela, fazendo tudo direitinho as coisas, aí eu…fui e aprendi também com ela.

P – O que você aprendeu?

V – Ah, aprendi que juntava as palavrinhas, eu não sabia ler direito, eu pegava e juntava as palavrinhas e falava qual que é esse daqui? Aí eu falava A – E – I – U , aí, agora lê tudo junto, aí AEIOU, só dando um exemplo. Aí, fui aprendendo ler com ela, fui aprendendo a fazer contas, um monte de coisa com ela, ela me ensinou muita coisa.

P – É verdade que você queria ficar andando por esta sala?

V – É…

P – Fazendo o que?

V – Ah, sozinho, ficava andando.

P – Agora, estou falando agora, que você esta conversando comigo. Você preferia conversar andando?

V – Não.

P – Ah, tá… e você preferia andar sozinho?

V – Não, não.

P – Ah, então acho que você gosta de andar quando você não está fazendo nada, ou fazendo uma coisa chata?

V – É, é.

P – Quando estamos conversando assim, você não quer levantar e andar?

V – Não, só quando, por exemplo, o professor de artes, ele é folgado, fica xingando as pessoas. Eu levanto e saio.

P – Ah, tá. Tem um motivo pra você levantar. Você não levanta assim só porque você não consegue, à toa?

V – Não. Ou eu viro pra trás e começo a conversar.

P - E das professoras, com quem você se dava melhor assim?

V – Maria, a Nanci e a Fátima. A melhor professora que eu tive pra mim foi a Fátima.

P – Foi a do começo?

V – Foi a da quarta série, no ano passado. Foi ela, minha professora, você conversou com ela?

P – Conversei.

V – Aí, foi tudo certo. Por enquanto, vamos ver se eu consigo aprender mais coisas, aprender a ficar quietinho mais, aí aprender a fazer muitas coisas.

P – E você gosta de jogar futebol, e gosta de ver filme?

V – Gosto.

P – Assiste todo o filme?

V – Assisto filme, mas assim a noite, eu assisto um pouquinho e aí durmo.

P – Mas se for de dia você assiste?

V – Assisto.

P – Qual você mais gostou de assistir?

V – É, nem lembro. Não, ‘Besouro’. É de capoeira.

P – E você assistiu inteiro?

V – Inteiro.

P – Com quem você assistiu?

V – Com a professora.

P – Ah, foi aqui na escola?

V – É.

P – E você teve que levantar no meio do filme?

V – Não.

P – Não, né…

V – Fico quietinho, eu assisto.

P – Então você presta atenção.

V – Presto atenção de vez em quando, de vez em quando eu vou pra trás, não presto atenção no filme, fico olhando pra lá. Quando a gente vem aqui assistir filme (estávamos na sala se vídeo), quando o filme tá chato, eu vou na janela e fico olhando pra lá. Ninguém me enche o saco.

P – E você fica olhando…

V – É.

P – E fica olhando… e pensa…

V – É… … …eu penso na minha vida, como está. Hoje mesmo minha mãe teve uma convulsão.

P – Quem?

V – Minha mãe.

P – Sua mãe? Teve convulsão?

V – Minha mãe teve uma convulsão, aí … … … aí a coisa é chato né, minha mãe assim, aí eu não gosto. Queria estar no lugar dela … … …

P – Queria estar no lugar dela…

(pausa)

P – Ela tem sempre convulsão?

(pausa)

V – Mais quando assim, ela passa nervoso…aí é chato...

P – Mora só você e sua mãe?

V – Mora só eu e minha mãe. Sou separado do meu pai, mas eu vejo meu pai quase toda semana.

P – Que nervoso que sua mãe passa que ela tem convulsão?

V – Ah, nervoso na loja, de vez em quando eu faço umas besteira errada. Não, de vez em quando, quando ela passa nervoso na loja só, ela não passa comigo, ela passa na loja, aí… chato.

P – E com você, que nervoso que ela já passou?

V – Ah, é assim, de vez em quando eu saio pra jogar bola e não falo pra ela. Aí eu fico chateado quando minha mãe passa mal. Eu, quando ela passa mal em casa, é também é o costume dela não, às vezes ela não toma o remédio e passa mal, ela tomava, como que

é…gardenal. Aí, minha mãe quando ela não toma o remédio ela passa mal, aí teve um dia que eu segurei ela, com a cabecinha dela virada né, pra ela não enrolar a língua né, aí eu tentei segurar ela eu segurei direitinho. Aí na hora que ela acordou eu falei, mãe você passou mal,ela falou 'quem me segurou', eu falei 'eu', aí ela pegou me beijou e me abraçou, aí…

P – Ela não lembra né, depois…

V – Ela não lembra de nada.

P – Então, nessas coisas que você fica pensando, né…então, Vinicius, não é porque você tem déficit de atenção, é porque tem muita coisa acontecendo na sua vida?!

V– É…

P – Nem dislexia, porque você só levanta quando você precisa…

V – Não, é dislexia sim.

P – É?

V – É. Eu tenho, ó, por exemplo, eu tento ler isso daqui (aponta o estojo) eu não consigo, eu leio devagarzinho, pra tentar, aí eu vejo, olho, aí eu penso primeiro…depois eu….é

P – Depois você lê, primeiro você tem que pensar?

V – É…primeiro eu penso, junto as palavrinha e eu leio.

P – E aí, você lembra o que está escrito aí? É seu estojo, né?

V – É Red Rose…eu é, eu não leio direito. Olha, o ano passado, na terceira série, só riam da minha cara as pessoas, só riam, e eu não gostava, eu não sabia ler, a professora mandava eu ler e eu não sabia. Essas duas professoras, na terceira e segunda série foram embora, eu não gostava das duas. Na segunda série eu repeti por causa de dislexia, e na quarta por causa de dislexia também, não sabia muitas coisas, aí a professora pegou e me repetiu. Ela falou pra você não falou?

P – Falou…

V – Pegou e me repetiu, e eu pensei ah, vou ficar na quarta-série de novo pra aprender né, ver se eu aprendo, fazer mais coisa.

P – Tá. Teve uma professora sua que falou, agora não sei qual falou, porque eu conversei ali e estava a Maria, a Fátima…e

V – A Nanci?

P – Uma de óculos, cabelo curtinho, morena?

V – E baixinha? De leitura.

P – Ah,não, não era a de leitura, ela anda de avental rosa, foi sua professora na primeira série.

V– Ah, sei qual é...

P – Então, alguém falou que você chora às vezes, que às vezes você fazia alguma coisa errada depois chorava.

V – É.

P – O que acontecia?

V – É assim, quando um menino me bate eu tento revidar e não consigo, aí eu vou falar com a diretora ela dá suspensão pra mim e pro menino, mas pra ela não me dar suspensão eu choro.

P – Ah,tá…

V – Porque aí eu não posso levar suspensão, porque aí minha mãe chega em casa e briga comigo, às vezes ela me deixa de castigo, sem sair pra rua, sem ficar na televisão.

P – Video game você joga?

V – Não, eu não tenho vídeo game.

P – E sua vó? Você já morou com sua vó?

V – Morei

P - E como era? Você vê ainda a sua vó bastante?

V – Vejo ela mora do lado da minha casa. Só descer a rua, e virar e já é a casa dela. Ela vai me buscar todo dia. Esses dias teve uma confusão, sobre mim, o Lucas e um monte de menino, veio um monte de menino pra me bater, aí um catou a madeira e bateu aqui, e eu falei 'ah, você pegou e tacou a madeira', aí quando eu fui tentar abrir a porta quebrou a chave, aí tentei abrir a porta, na hora que eu abri, puxei e quebrou, é, aí…

P – Ah, isso foi na rua?

V – Foi, aí tentei abrir a porta, na hora que eu abri quebrou a chave, aí foi na hora que eu…desci, catei um monte de pedra, ai subi atrás dele, aí peguei e liguei pra minha mãe, falei mãe olha tá acontecendo isso, isso e isso. Aí eu falei, olha, quebrei minha chave porque eu fui tentar pegar uma faca, ele deu uma paulada na minha cabeça, ele…eu tentei abrir a porta pra pegar a faca né. Aí ela falou, 'a Vinicius, tá bom, mas já é a terceira vez que você quebra, da próxima você vai apanhar', e pegou, aí mina vó foi e falou 'Fabiana, não bate no Vinicius'. Senta com ele e conversa, aí sentou eu, minha vó, meu vô e minha mãe. Aí conversou tudo, aí a partir de quarta, semana passada minha vó já foi me buscar, todo dia que eu vou pra escola, ela tá descendo pra me buscar. Porque aí eles não mexem comigo.

P – E quando você sai pra brincar eles não mexem também?

V – Mexem. Eu não gosto de bater em ninguém, igual minha mãe falou, bate fala com a diretora, não revida não.

P – E eles estão aqui na escola?

V – Não, eles faltaram.

P –Ah, mas eles vem? E no lanche, na hora do lanche?

V – A gente nem conversa. A gente brinca de pega-pega meninos e meninas, e se eu to brincando ele não brinca. Aí a gente brinca, e se ele vem falar comigo eu vou na diretoria. Minha mãe falou, se ele falar mais alguma besteira pra você, você fala pra mim que eu vou na escola. Falei, tá bom. Tem vez que ele me xinga de, de palavrão feio mesmo, que eu não gosto de falar, palavrão horrível, aí eu deixo pra lá, não falo nada. Ele é folgado, só bate nas pessoas, bate em menina.

P – E você se dá bem com as meninas?

V – Hã, hã. As meninas só me batem, é eu fico zoando com elas. Elas gostam que eu fico zoando com elas.

P – Como você zoa com elas?

V – Eu fico falando, aí o menino fala 'o que você falou da Jaqueline?', aí eu falo, cochicho no ouvido dele, aí ela vem atrás da gente e começa a bater em nós.

P – Ah, você fala pra ela achar que você está falando alguma coisa, e você não falou nada? (risos)

V – É…aí elas…

P – Mas pra elas você não fala nada?

V – Não, nós brinca direitinho, nós é amigo, é muito bom.

P – Do que você mais gosta na escola?

V – De… educação física.

P – E do que você menos gosta?

V – De aula de arte.

P – De arte? Por causa da professora, ou o que se aprende é chato?

V – A aula de arte é chata.

P – O que tem que fazer na aula de artes?

V – A fazer um monte de desenhos, eu não sei desenhar.

P – Ah, tá, você não gosta de desenhar.

V – É, ele nunca coloca nota pra mim. Coloca tudo P, eu saio da sala. Saio da sala por causa dele, ele não deixa a gente ir no banheiro, fazer nada, aí eu pego e saio da sala, e falo, ah eu vou no banheiro. Teve um dia que eu reclamei na diretoria que ele não queria deixar nós ir no banheiro. Ele é chato. Tem ele e ela né, uma moça, a moça é mais legal.

P –Da aula dela você gosta?

V – Da aula dela eu fico, na aula dele não.

P – Você tem um caderno ou apostila que você usa?

V – Como assim?

P – Aqui na escola você usa caderno?

V– É.

P – Você me emprestaria seu caderno?

V – Empresto, vou buscar.

Vinicius vai até a sala pegar, quando retorna eu pergunto:

P – Então, você me mostra seu caderno?

V – Só que tá novo, eu troquei agora.

P –Você trocou quando?

V – Troquei segunda-feira.

P – Ih, hoje é terça.

V – Não comecei dia 26 (olhando a data da primeira página).

P – Ah, tá. Isso você copiou da lousa?

V – Hã, hã…

P – Tudo isso você copiou da lousa?

V – É…

P – E aqui tem algum exercício que você fez sozinho?

V – Não .

P – Ah, e já acabou? Começou dia 26 né…porque exercícios você faz na apostila, tem aquelas apostilas ou não?

V – Não, tem alguns que eu faço, pintar, desenho de pintar está tudo no outro caderno.

P – Que não esta aqui hoje?

V– No dia que a gente fizer de novo eu trago, o caderno, aí você me fala e eu trago.

P – Tá bom… que bonito (a capa do caderno). Ganhou aqui na escola?

V – É.

P – Olha Vinicius, aqui está tudo o que eu te expliquei (mostro o termo de consentimento). Você coloca seu nome aqui pra mim?

V – Inteiro?

P – É.

V – Aqui é um ‘r’, tá?

P – Tá.

V- Letra feia né?

P – É letra, ser letra feia ou bonita não quer dizer nada. Minha letra também é feia, o mais importante é o que você tem aqui (na cabeça), e que as pessoas entendam o que está escrito, mas não precisa estar bonita. Este é outro, vai ficar um comigo e um com você, escreve seu nome aí e você escolhe qual fica comigo e qual fica com você.

V – Você vai chamar meu pai aqui,né? Você quer falar com ele? Aqui é um 'b' tá?

P – Ah, mas dá pra entender. Eu chamei, mas ele não pode vir…vamos ver se vai dar. Ah, e você tem uma assinatura? Assina aqui.

V – Aaah…

P- Inventa. Aproveita pra inventar uma assinatura.

(ele faz). Aí!

P – Então, acho que hoje está bom da gente conversar. Como você falou que depois você vai trazer o caderno, aí eu marcamos outro dia. Mas vai ser só mais outro dia, não é como quando você ia lá no Programa da comunidade que você ia sempre, porque aqui é uma pesquisa, tá? Aí depois a gente conversa melhor, e se você achar que você queria voltar, conversar com alguém eu vejo um lugar pra você ir, tá? Então é isso….e você está tomando remédio?

V – Tô.

P – Qual você está tomando?

V – Eu não lembro agora.

P – E como você se sente tomando o remédio?

V – Eu tenho um pra dor na perna, quando eu corro, tô com dor, aí dói a perna, e tem o da dislexia.

P – E como você se sente quando toma esse remédio?

V- É, durmo…eu só tomo a noite. Só tomar, daqui cinco minutos já estou dormindo, já.

P – Ah, você toma e dorme rapidinho. E você tem dor de cabeça?

V – Tenho. Enxaqueca.

P – E quando você costuma ter?

V – É, às vezes quando eu me sinto mal, e aí eu fico com dor de cabeça, e quando eu choro de mais.

P – Quando chora?

V – É, dói a cabeça, quando eu fico nervoso fico com dor de cabeça, um monte de coisa.

P – É mais quando você fica nervoso ou quando chora? Mas assim, toda semana você tem dor de cabeça?

V – Não, é mais uma vez no dia…

P – Uma vez?

V – No dia.

P – Todo dia?

V – Não, um dia sim um dia não que eu tenho.

P – Hoje você teve?

V – Não.

P – Ontem você teve?

V – Ontem eu tive.

P – Que horas você teve?

V – À tarde.

P – Aqui na escola?

V – É.

P – Porque você acha que teve, você ficou nervoso?

V – Ah, eu não sei por que, mas eu tenho dor de cabeça.

P – Você fica às vezes sem comer?

V- Fico.

P – Você acha que é porque você fica sem comer?

V – Não, acho que é por causa do sol, né.

P – Você acha que amanha você vai ter dor de cabeça?

V – Acho que sim, porque, uma vez no dia…

P – Dói onde? Tudo assim?

V – Aqui ó. Eu vi na televisão hoje que a mulher falou assim que quando ela fica com dor de cabeça ela bate a cabeça na parede.

P – Não, imagina...

V – Ela batia a cabeça na parede.

P – Ah, mas não pode, é perigoso… e você já ficou algum dia sem tomar o remédio?

V – Já, e eu não conseguia dormir, é ruim. Minha mãe, teve um dia que minha mãe ficou sem dormir, aí eu falei ‘mamãe, o que você tem’, ela falou ‘filho, eu não consigo dormir’, eu falei mãe, pode dormir que eu vou ficar no seu lugar, fica tranquila. Aí eu falei pra ela, ela ficou triste, ela não gostou, aí ela pegou e foi no médico. Aí eu falei, mãe eu não queria que você tivesse isso. Eu tenho, eu gosto da minha mãe.

P – Acho que eu não entendi, você falou que ela não conseguia dormir. Porque ela não conseguia?

V - Não sei, faz um dia, por exemplo, foi… foi sexta-feira, só estou dando um exemplo, foi sexta-feira, ela não conseguiu, no sábado, sexta, sábado, domingo, segunda e terça, não consegui dormir. Chegou na terça-feira eu falei mãe, mãe eu queria estar no seu lugar. Por isso que… ela falou, filho não se preocupa, eu falei mãe não tem como eu não me preocupar. Aí eu fiquei acordado até 6 da manhã com ela.

P – Aí você não tomou o seu remédio, pra ficar acordado.

V – Não, eu tinha esquecido de tomar o remédio. Aí, eu durmo um pouquinho, quando dá uma ou duas horas, eu estou acordado. Aí eu fico assistindo, assisto, fico com ela.

P – E sempre você toma o remédio, desde que você foi lá na associação?

V – É.

P – Você lembra quando você foi na associação?

V – Não.

P – Você era bem pequeno, né?

V – Tinha 6, 8 anos.

P – Só depois que você cresceu um pouquinho que sua mãe falou que você tinha dislexia.

V – É, ela me explicou.

P – Como ela te explicou?

V – Ela falou ah, filho, você não esta aprendendo a ler, porque você tá com dislexia, tudo isso, aí ela veio aqui na escola trouxe, aí a gente foi no Doutor, aí ele mandou um relatório falando que eu tinha dislexia, aí pegaram e me mandaram pra sala de SAP (sala de apoio pedagógico, no período alternado do ensino regular). Aí eu fui aprendendo um pouco, depois eu sai da sala de SAP…aí, aí a professora Fátima começou a me dar um monte de coisa pra mim fazer, tudo o que ela dava para os outros alunos ela dava pra mim também. Aí eu fui acompanhando, porque eu não acompanhava a lição, aí, eu fiquei melhor. É um amor essa professora, a professora Fátima, um amor. Eu amo, eu gosto dela como se fosse minha mãe, professora Fátima, gosto dela como se fosse minha mãe. Aí, se você quiser marcar outro dia.

P – Tá bom. Vai lá pra aula de informática, que você não pode perder, acho que é legal, né?

V – Não, não, a senhora quer ficar?

P – Não, tá bom, obrigada Vinicius, a gente marca outro dia, tá? Aí você traz o seu caderno.