

A invenção dos distúrbios de aprendizagem

Maria Aparecida Affonso Moysés
Cecília Azevedo Lima Collares

Como citar: MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. A invenção dos distúrbios de aprendizagem. *In:* CHACON, Miguel Claudio Moriel; MARIN, Maria José Sanches (org.). **Educação e saúde de grupos especiais**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 173-183.

DOI: <https://doi.org/10.36311/2012.978-85-7983-253-6.p173-183>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

A INVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM

*Maria Aparecida Affonso Moysés
Cecília Azevedo Lima Collares*

A história da criação dos distúrbios de aprendizagem, ou disfunções neurológicas, constitui excelente modelo para entender a medicalização de todos os aspectos da vida, processo crescente nas sociedades ocidentais.

As *disfunções neurológicas* são conhecidas por vários nomes: Disfunção Cerebral Mínima (DCM), Transtornos por Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), hiperatividade, distúrbios de aprendizagem, dislexia, disritmia e outros. Embora aparentemente existam diferenças entre eles, há uma circularidade entre todos, pois o conceito de um obrigatoriamente remete ao conceito do outro, o diagnóstico de um obriga o diagnóstico do outro. Na prática, falam todos de uma mesma situação: um padrão de comportamento e/ou de aprendizagem que incomoda, diverge das normas socialmente estabelecidas.

Essa circularidade decorre do fato de que, conceitualmente, o *distúrbio de aprendizagem* refere-se a uma condição biológica, inerente ao indivíduo, que prejudica, ou mesmo impossibilita, a aprendizagem em alguma área específica e que seria consequência de uma *disfunção neurológica* comprovada ou presumível. Só se pode pensar o diagnóstico de *distúrbio de aprendizagem* se houver suspeita de uma *disfunção neurológica*. Por outro lado, um *distúrbio de aprendizagem*, também conceitualmente, constitui critério suficiente para o diagnóstico de *Disfunção Cerebral Mínima* (DCM) ou, em seu nome mais recente, *Transtorno por Déficit de Atenção e Hiperatividade* (TDAH).

Já no parágrafo acima, esperamos ter suscitado uma pergunta: como assim, *disfunção neurológica comprovada ou presumível*? A pergunta deve ceder espaço à perplexidade, pois é exatamente o que consta nos textos das Academias Americanas, de Pediatria e de Psiquiatria, assim como nos equivalentes brasileiros. A explicação jamais explicitada é muito simples: basta presumir ou suspeitar para que o diagnóstico seja automaticamente feito; não há necessidade de comprovar pela simples razão de que a medicina, exatos 112 anos após apregoar a existência de tais disfunções e distúrbios, jamais conseguiu comprová-la, segundo os preceitos científicos da própria medicina. Trata-se, sem dúvida, de caso único, excepcional, não apenas no campo médico, mas em todo o vasto e diferenciado campo da ciência moderna.

Neste texto, vamos nos ater à *dislexia*, por ser o *distúrbio de aprendizagem* mais disseminado, o modismo mais atual. Deve ser enfatizado que, por se tratar de um mesmo referencial teórico subjacente a todas as *disfunções neurológicas* e a todos os *distúrbios de aprendizagem*, a análise deve ser estendida a qualquer outro nome/entidade que surja para falar da mesma coisa. Excetuando-se mínimos detalhes, todos eles compartilham a mesma história.

Antes, um parêntese se faz necessário.

Dislexia refere-se a uma doença neurológica que compromete o uso e o domínio da linguagem escrita. Foi descrita no século XIX, (inicialmente com o nome de *cegueira verbal*), a partir da observação de indivíduos adultos que, após um trauma craniano severo ou uma doença

neurológica bem estabelecida, apresentavam, como uma das sequelas, a perda do domínio da linguagem escrita, um domínio anteriormente estabelecido. Como exemplo, mais comum que a dislexia é a afasia, que leva à perda de domínio anterior da linguagem verbal. Dislexia e/ou afasia geralmente acompanham outras sequelas neurológicas, e só muito raramente se manifestam isoladamente. Além disto, são bem comprovadas, com lesões anatômicas e não são questionadas. Deve ficar claro que não é essa doença que estamos discutindo.

Nosso objeto é a condição a que se convencionou chamar de *Dislexia Específica de Evolução*, e que se referiria a crianças que, por uma *disfunção cerebral*, teriam um comprometimento exclusivo da aprendizagem (no máximo, estendendo-se ao comportamento), prejudicando a alfabetização. Ainda segundo os textos especializados, esse nome pomposo se justifica para distingui-la da outra dislexia (que poderíamos chamar de *dislexia, a vera*). Assim, essa seria *específica* porque reconhecidamente não apresenta outros sinais neurológicos; e *de evolução* porque tende a desaparecer com o tempo. Novamente, algo estranho no ar... Ao menos, nos ares médicos.

Essa pretensa *doença* surge a partir da ampliação sem critérios de um raciocínio clínico simplista, que pode ser assim resumido: se A provoca B, B só pode ser provocado por A; ou seja, se o bacilo de Koch é a causa da tuberculose, tuberculose só pode ser causada pelo bacilo de Koch. Essa forma de pensar foi muito importante na origem da Medicina enquanto Ciência Moderna, na transição entre os séculos XVIII e XIX, principalmente para o conhecimento das doenças infecciosas. Hoje, sabe-se que esse raciocínio é precário até mesmo para as doenças infecciosas, pois além de não bastar a presença deste bacilo para provocar tuberculose, outras bactérias podem provocar quadros semelhantes à tuberculose.

Enquanto Ciência, a Medicina é altamente normatizadora. A corrente médica hegemônica, positivista, aborda questões sociais e o comportamento humano pela mesma ótica, tentando sempre normatizar. Transfere-se o raciocínio clínico, biologizante, para a área de ciências humanas. Os equívocos e vícios de estender tal modo de pensar, estritamente biológico, para campos tão mais amplos e complexos, como comportamento e aprendizagem, são evidentes, resultando no ocultamento do que é de

fato relevante: inserção nos espaços geográfico e temporal, pertença social, acesso à cultura e à educação etc. A resultante é a biologização de todos esses fatores e conseqüente naturalização das desigualdades sociais. Isto tem um nome: medicalização.

Para o nosso assunto, acontece assim: *se uma lesão neurológica compromete o domínio da linguagem escrita, será que quem não aprende a ler não teria uma lesão neurológica?* Foi exatamente esse o raciocínio de Hinshelwood, oftalmologista inglês, ao especular, em 1896, sobre a existência de *cegueira verbal congênita* (hoje denominada *dislexia específica de evolução*) como causa da não-alfabetização em crianças e jovens. Elaborou essa hipótese sem qualquer suporte empírico e até hoje, mais de um século depois, jamais foi comprovada. Na época, esse autor e seus escritos não tiveram a menor repercussão científica, exatamente pela falta de rigor metodológico e embasamento teórico.

Em 1925, outro médico deu continuidade à tentativa de localizar no cérebro as causas da não-alfabetização. Orton, neurologista americano, *descreveu* uma condição a que chamou de *strophosymbolia* (confusão de símbolos, em grego), que consistiria na falha em estabelecer a dominância de um dos hemisférios cerebrais. Daí, segundo ele, decorreria a confusão de símbolos visuais e linguísticos e a conseqüente leitura especular (inversão de letras e números, como se projetados em espelho), um dos sinais mais valorizados até hoje para o diagnóstico/rotulação de dislexia em crianças absolutamente normais.

Assim como Hinshelwood, Orton elaborou sua hipótese precisamente do nada e nunca se preocupou em comprová-la cientificamente. Ele mesmo escreveu, em um de seus textos, que elaborou toda sua “teoria” apenas “observando crianças lerem”.

Nova perplexidade: pela mera observação, conseguiu apreender detalhes de funções de pequenos grupos de neurônios em cada hemisfério cerebral! Ainda hoje, com métodos computadorizados, empregando ressonância magnética e ativação de moléculas, tal afirmação, tão dogmática, provocaria incredulidade face à complexidade das funções intelectuais superiores no ser humano, com sua plasticidade e flexibilidade. Quase um século depois, graças ao enorme avanço tecnológico, consegue-

se identificar com que intensidade estão funcionando, naquele momento, algumas regiões do cérebro. Não é pouco, sem dúvida, mas tudo que se consegue é apenas isso, nada mais. Orton também não foi reconhecido pela comunidade científica da época por motivos óbvios.

Em contraste com o pensamento da vida cotidiana, que independe de evidências, o conhecimento científico necessita de comprovação empírica bem documentada. Além disso, está continuamente em teste, no confronto com a realidade, sendo reafirmado, transformado ou rejeitado. É no embate entre a teoria e o empírico-concreto que se constrói o conhecimento científico. A este respeito, fala a filósofa Agnes Heller (1989), em seus estudos sobre a vida cotidiana: *“O que na ciência é apenas opinião pode corretamente considerar-se como saber na vida cotidiana.”*

Então, até aqui, esta história não fala de ciência, mas, de opiniões, de juízos provisórios, que rapidamente se cristalizam em preconceitos. Isso se confirma nos relatos de casos publicados por Hinshelwood e Orton como comprovação posterior de suas “teorias”. Tais relatos são, acima de tudo, a própria negação de suas ideias, descrevendo problemas estritamente pedagógicos.

Reforçando nossa assertiva de que estamos lidando com preconceitos travestidos de ciência, na década de 60, a medicina americana divulga amplamente a *“existência cientificamente comprovada dos distúrbios de aprendizagem”*, com ênfase na *dislexia específica de evolução*. Esse “conhecimento” é apresentado como resultado de mais de 50 anos de estudos que teriam sido realizados por grandes pesquisadores, com destaque para Hinshelwood (promovido de oftalmologista a neurologista na versão oficial) e Orton. Sobre esses autores, afirma-se, ainda hoje, terem realizado enormes avanços científicos, constituindo-se em pilares da área da neurologia. Essa versão tem sido facilmente aceita e incorporada, tanto pela maioria da comunidade científica quanto pela sociedade.

Criticar, hoje, as especulações de Hinshelwood e Orton no início do século XX exige cautela, pois é necessário respeitar o patamar de conhecimentos disponíveis à época. Porém, não se deve perder de vista que o meio científico não lhes deu respaldo, com alguns autores afirmando explicitamente a precariedade de seus trabalhos. Entretanto, não se consegue

manter o mesmo respeito para os que orquestraram, nos anos 1960, a construção de uma história falsa, com omissões e mistificações, dando um pseudo-embasamento científico e um passado pleno de figuras e feitos notáveis a uma criação artificial. Impossível não lembrar a implantação de falsa memória familiar nos andróides de “Blade Runner”.

Uma hipótese é elaborada com base em meras opiniões; a partir daí, a realidade é observada por meio de um olhar viciado pela hipótese original, disposto, *a priori*, a enxergar apenas confirmações, nenhuma refutação. Essa realidade deformada passa a ser a comprovação da hipótese que a deformou. E, daí em diante, a hipótese se sofisticada, se embeleza, deformando ainda mais a realidade, criando uma espiral viciosa em que se sucedem explicações, hipóteses, cada vez mais complexas e atraentes. Porém falsas. Falsas porque jamais comprovadas e construídas sobre um alicerce inexistente. Ideias propositadamente apresentadas como teorias comprovadas, inquestionáveis, adquirindo assim o estatuto de ciência. Um estatuto forjado, frise-se.

Opiniões transformam-se em teorias autônomas, com vida própria, rígidas, inflexíveis. Transformam-se em dogmas de fé. Um exemplo é a crença de que leitura especular seja evidência de *dislexia*. Cria-se uma situação, no mínimo, esquisita em ciência: precisa-se provar que não existe o que não se provou que existe. Pior, não adianta provar! Existem inúmeras pesquisas, feitas com o necessário rigor científico, demonstrando que “leitores normais” constantemente fazem leitura especular, em porcentagens semelhantes às dos considerados *disléticos*. Aliás, a quantidade de pesquisas que demonstram a inconsistência das afirmações sobre *distúrbios de aprendizagem* é muito grande, porém com divulgação cerceada, principalmente no Brasil.

Os autores que defendem a existência dos *distúrbios de aprendizagem* não se preocupam - ou não conseguem - estabelecer critérios precisos para seu diagnóstico. E admita-se, em ciência médica tais critérios são obrigatórios. Não há resposta ao ponto central: como identificar a criança “disléxica” da mal alfabetizada?

A ausência de um conceito e de critérios diagnósticos objetivos e compatíveis com a ciência médica pode ser verificada na literatura

especializada e, também, nos textos e cartazes difundidos pela Associação Brasileira de Dislexia, em que se orienta os pais a procurar um neuropediatra ou a própria associação se a criança não souber, por exemplo, dar um nó de gravata, ou amarrar seus sapatos, ou distinguir direita e esquerda (o que é, obviamente diferente de distinguir o que está de um lado e o que está de outro; lembre-se que os termos direita e esquerda são normas linguísticas, regidas por convenções sociais, que dependem de aprendizagem) e outras tarefas semelhantes.

É importante ressaltar que todo esse sistema de preconceitos encobre um promissor mercado de trabalho para várias profissões, com a proliferação de clínicas para tratamento de *distúrbios e dificuldades de aprendizagem*. Basta observar a proliferação dessas clínicas; em bairros com maior poder aquisitivo, quase que uma em cada esquina. Basta perceber como as escolas privadas divulgam a atuação de equipe multidisciplinar – psicólogo, fonoaudiólogo e psicopedagogo – no próprio espaço escolar ou em convênios com a escola. O médico – pediatra ou, melhor ainda, neuropediatra – obviamente só atende em sua própria clínica, da qual geralmente é o proprietário. Registre-se, ainda, que a psicopedagogia é uma profissão que surge exatamente para tratar de pretensos portadores de distúrbios de aprendizagem. Uma profissão, portanto, criada a partir de uma demanda construída pelos próprios especialistas.

Porém, há um interesse econômico muito maior. O das indústrias farmacêuticas. Existem remédios comercialmente disponíveis, cuja ação jamais foi comprovada, e que são amplamente utilizados para tratar doenças cuja existência ainda não se provou. De certo, apenas os inquestionáveis efeitos colaterais, prejudiciais. Além do comprometimento, em longo prazo, da estatura e da maturação sexual, a incidência de comportamento delinquente e dependência de drogas na adolescência é muito maior entre os jovens que receberam essas drogas do que na população geral da mesma faixa etária e classe social. Esse efeito, comumente descrito por autores que defendem a existência da doença e o uso dessas substâncias – somente eles podem publicar tais resultados, pois somente eles prescrevem e acompanham o uso crônico dessas drogas – poderia ser facilmente previsto. Bastaria perguntar o que aconteceria a um adolescente a quem fosse ministrada substância estimulante do sistema nervoso, aparentada

com as anfetaminas, desde os quatro, cinco anos de idade. Se sua turma de amigos decidir transgredir as normas, experimentando nicotina ou mesmo maconha, ele já estará muito além desse patamar e com grande chance se sentirá tentado a experimentar drogas muito mais pesadas.

Apregoa-se que 30% da população em geral sofreriam de algum tipo de *disfunção*. 18% seriam *disléticos*. Destaque-se que, em saúde, trabalha-se com indicadores da ordem de 1 por 100.000, 1 por milhão, especialmente quando se trata de doenças em que os fatores sociais têm pouco peso. Alguns autores, talvez por perceberem os riscos de se exagerar na dose de catastrofismo, afirmam que não seria tanto, mas “apenas” algo próximo a 10 ou 12% de disléticos. Mesmo essas cifras, se reais, fariam pensar na degenerescência da espécie humana!

Porém, é importante contextualizar em que realidade educacional acontece essa medicalização.

Para praticamente todos os segmentos que compõem a sociedade brasileira, problemas de saúde constituem uma barreira para a aprendizagem e, logicamente, uma das principais causas de fracasso escolar.

A identificação das ideias subjacentes aos *distúrbios de aprendizagem* com a ideologia que permeia a vida cotidiana é muito grande, facilitando sua incorporação à cotidianidade e a seu sistema de preconceitos. Esta incorporação pode ser apreendida, escutando-se os profissionais de saúde e educação.

Para os profissionais da Saúde e da Educação, a doença impediria a aprendizagem. Porém, que tipo de doença, em que gravidade? Aparentemente, essas questões não se colocam. Estar doente, não importa a gravidade (ou a ausência de) nem a época da vida em que se esteve doente, nem o tempo (tanto faz se aguda ou crônica, se dura dias ou a vida toda) é um estado absoluto. A doença, nesse imaginário, não admite modulações. O processo Saúde/Doença é transformado em Saúde Total ou Doença Total. Perde sua relação de determinação com as condições de vida, com a inserção do grupo familiar nos estratos sociais, nos meios de produção. Torna-se a-histórico. Exatamente igual às concepções e às prescrições dos médicos escolares no início do século.

A Medicina afirmou que “não aprender na escola” é sintoma de doença e se prontificou a atender as crianças portadoras dessa “doença”.

Delimitou o problema educacional como passível de solução médica e se ofereceu como “parceira” à Educação, prometendo colaborar com a resolução do fracasso escolar. Apropriou-se do objeto aprendizagem e ofereceu à sociedade uma medida cosmética, voltada à resolução do conflito social existente e de um possível questionamento da instituição escola. E a Educação vem, candidamente, acreditando nessa promessa, impossível de ser cumprida. Impossível de ser cumprida porque o problema da não-aprendizagem é determinado por questões inerentes à instituição escolar, questões pedagógicas e não médicas. Trata-se de problema construído no cotidiano da sala de aula, e, como tal, apenas pela transformação desse cotidiano e de suas práticas pode ser efetivamente enfrentado.

Acreditar que a Medicina possa ter um papel importante na resolução do fracasso escolar pode, temporariamente, constituir uma política de superação de conflitos, pelo ocultamento do problema, de seus determinantes e, principalmente, das possibilidades concretas de enfrentamento do problema. Entretanto, não só a Medicina não pode cumprir suas promessas, como se está criando, em médio prazo, outro problema a ser enfrentado: a medicalização do espaço educacional e a consequente expropriação da competência e da área de atuação do profissional da Educação.

Deve-se enfatizar que não é estudando os erros, as “doenças da aprendizagem” que se entenderá o processo ensino-aprendizagem normal. Menos ainda, que se enfrentará efetivamente o grave problema da educação brasileira, pois sem dúvida, as altíssimas taxas de fracasso escolar não se devem a *distúrbios de aprendizagem*, mas a *distúrbios do processo ensino-aprendizagem*.

A Medicina, a Psicologia e a Fonoaudiologia podem efetivamente colaborar com o processo de aprendizagem de algumas crianças que apresentem problemas de saúde reais, que demandem atenção especializada. Porém, mesmo nestes casos – a minoria das crianças, enfatize-se! – o papel dos profissionais da saúde será apenas complementar, pois a aprendizagem não se desvincula das práticas pedagógicas. Mesmo crianças que apresentem problemas reais somente aprenderão o que – e se – lhes for ensinado por alguém que se acredite capaz de ensinar qualquer criança. Alguém convicto, cientificamente, de que toda criança é capaz de aprender, se algo lhe for ensinado.

O campo da saúde fala de limitações, impossibilidades. Em contraste, o campo educacional fala de possibilidades ilimitadas, crescentes... A aprendizagem é um processo lúdico que, se deslocado para o campo da saúde, não mais será aprendizagem, mas sim doença.

O que se observa hoje na educação brasileira é exatamente a inversão de conceitos e valores.

A imensa maioria das crianças não aprende apenas porque não tem acesso à escolarização, ao ensino. Não aprende porque não tem acesso aos conhecimentos, aos saberes, aos bens culturais constituídos pela humanidade. Estas crianças, absolutamente normais, são transformadas em portadores de uma doença cuja existência não se comprova e recebem “tratamentos” que constroem doenças, essas sim reais.

Enquanto isso, jovens e crianças com problemas reais de saúde, que necessitam de atendimento especializado para que possam se desenvolver e aprender adequadamente ficam à margem das políticas públicas de saúde e de educação, à mercê de uma vaga que sobre, de algum pouco recurso que lhe seja destinado.

As políticas públicas brasileiras ainda sofrem a influência de interesses de profissionais e associações de classe e de empresas multinacionais, de construções artificiais de mercado de trabalho e de consumo.

A qualidade de vida e a qualidade da educação pública acessível a todos refletem a importância, o valor que uma sociedade atribui às pessoas que a constroem dia a dia.

No Brasil, a vida real de crianças e jovens reais ainda não conseguiu ser prioridade real.

A sua importância e a preocupação com sua qualidade de vida ainda se inscrevem apenas nos discursos oficiais. Somente o que deles transborda se concretiza nas poucas ações que existem no mundo da vida...

REFERÊNCIAS

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

COLES, G. *The learning mystique: a critical look at learning disabilities*. USA: Pantheon, 1987.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. *Preconceitos no cotidiano escolar*. São Paulo: Cortez, 1996.

CONRAD, P. Situational hyperactivity: a social system approach. *Journal of School Health*, Kent, Ohio, v. 47, n. 280, 1977.

HECHTMAN, L.; WEISS, G.; PERLMAN, T. Hyperactives as young adults: past and current substance abuse and antisocial behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, New York, v. 54, n. 415, 1984.

MILLER, J. S. Hyperactive children. A ten-year-study. *Pediatrics*, Illinois, v. 61, n. 217, 1978.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos CEDES*, Campinas, n. 28, 1992.

MOYSÉS, M. A. A. *A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola*. 2. ed. Campinas: Mercado de Letras, 2007.

VELLUTINO, F. R. *Dyslexia*. Cambridge: MIT Press, 1979.