
LICENCIATURA PLENA EM PEDAGOGIA

GABRIELA IOCHIDA DE SOUZA

A PROBLEMATIZAÇÃO DO CONCEITO DE DISLEXIA



Rio Claro
2016

GABRIELA IOCHIDA DE SOUZA

A PROBLEMATIZAÇÃO DO CONCEITO DE DISLEXIA

Orientador: César Donizetti Pereira Leite

Co-orientador: Rafael Christofolletti

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Biociências da
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho” - Câmpus de Rio Claro,
para obtenção do grau de Licenciada em
Pedagogia.

Rio Claro
2016

371.9 Souza, Gabriela Iochida de
S729p A problematização do conceito de dislexia / Gabriela
Iochida de Souza. - Rio Claro, 2016
49 f. : il., figs.

Trabalho de conclusão de curso (licenciatura - Pedagogia)
- Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de
Rio Claro
Orientador: César Donizetti Pereira Leite
Coorientador: Rafael Christofolletti

1. Educação especial. 2. Distúrbios de aprendizagem. 3.
Neuropsicologia. 4. Medicalização. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus que me proporcionou sabedoria e energia para concluir este trabalho.

Agradeço aos meus pais, Débora Iochida e Natanael de Souza que me incentivaram, apoiaram e deram a oportunidade para que eu conseguisse concretizar meus estudos.

Aos meus familiares por toda força e apoio, também agradeço aos meus amigos e principalmente aos meus queridos Diego, Maysa e Lucas pelo companheirismo durante este trabalho.

Agradeço ao meu orientador César Donizetti Pereira Leite e ao meu co-orientador Rafael Christofolletti pela orientação, confiança, dicas, conhecimentos compartilhados e incentivos. Agradeço à todos os professores que contribuíram para a minha formação, sintam-se incluídos neste agradecimento.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo problematizar algumas temáticas a respeito da dislexia, que consiste na discussão de estudos e concepções que a consideram como: problema psiquiátrico; sequência de problemas instrumentais e os que negam a existência. O objetivo principal é fazer uma revisão bibliográfica acerca da problemática sobre a dislexia, que possa permitir uma análise profunda da sua história e compreender este confronto biológico e comportamental, diante de implicações que constrói uma patologia e outras que desconstrói por fatores sociais, assim tenciona ampliar a importância deste mesmo estudo para a educação, principalmente na fase da alfabetização. Através da pesquisa qualitativa, de levantamento bibliográfico, obtém de outro modo um aprofundamento sobre a dislexia em fatores hereditários, causas genéticas, sociais e neurológicas.

Palavras-chave: Dislexia. Distúrbios de aprendizagem. Neuropsicologia. Medicalização.

ABSTRACT

This present work aims to discuss some issues concerning about dyslexia, consisting in study discussions and concepts that are considered as: psychiatric problem, sequence of instrumental problems and those who deny existence of it. The mainly goal is make a bibliography review about the problematic on dyslexia, that allow a deep research over his history and know this biologic and behavioral approach, on implications that create a pathology and others deconstructed by social factors, as well tensing enlarge a matter of this studies to education area, especially at the literacy stage. Through qualitative research, of literature, obtained otherwise a deepening of dyslexia in hereditary factors, genetic, social and neurological causes.

Keywords: Dyslexia. Learning Disorders. Neuropsychology. Medicalization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 A DISLEXIA NA PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA.....	12
2.1 Breve Histórico.....	15
2.2 A Medicina e a Dislexia na Contemporaneidade.....	17
3 CRÍTICA À PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA DA DISLEXIA.....	24
3.1 Crítica às Hipóteses Patológicas.....	28
<i>3.1.1 A escola e a psicologia inseridas na produção das dificuldades.....</i>	<i>31</i>
3.2 Crítica à Medicalização.....	33
3.3 Aspectos Filosóficos da Medicalização.....	38
<i>3.3.1 O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade.....</i>	<i>41</i>
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

O interesse por esse estudo surgiu mediante à procura sobre as dificuldades de aprendizagem, tendo em vista a análise sobre a dislexia, investigando informações sobre sua origem. Porém durante a produção desse trabalho, através de levantamentos bibliográficos, foi possível perceber debates de pensamentos clínicos e sociais, que estimulasse a busca para maiores resultados e conhecimento. No entanto, como futura educadora, a preocupação é obter informações, para assim, poder utilizar recursos adequados para desenvolvimento em sala de aula, principalmente na fase da alfabetização.

Conforme Moysés e Collares (2015) existem várias maneiras pelas quais as pessoas aprendem a linguagem escrita, sendo algumas com mais dificuldades que as outras, e também existem diferentes maneiras de cada um sentir, agir, reagir, emocionar, afetar e ser afetado, assim tendo diferentes formas de comportamento. Porém os que não se uniformizam, acabam no processo dessa variabilidade e resultando na transformação de uma doença neurológica, que jamais foi comprovada, apenas saciando o interesse de uma padronização das pessoas, diagnosticadas e por fim medicalizadas por objeto de cobiça dos que inventam e patologizam comportamentos do “não aprender”.

Segundo Illich (1975) a produção da cultura medicalizada encontra-se na dimensão social e política da sociedade, em uma perspectiva que poderia se chamar de macrosociológica. Com isso, amplificou as preocupações em relação a perda de autonomia das pessoas, focalizando sua crítica nas tecnologias da área médica e da sociedade industrial, e ressaltando a ação contra o consumo intensivo da medicina moderna.

De acordo com Fijalkow e Ragano (2004), a dislexia não é apenas um problema biológico, mas sim social, a dislexia é frequentemente identificada nas salas de aula durante a alfabetização, sendo comum provocar uma defasagem inicial de aprendizado. Assim, inicialmente, a dislexia vinculada ao processo de aquisição da escrita aproximou-se das afasias, pela semelhança de fatos compreendidos como sintomas, por exemplo a deterioração da função da linguagem falada e escrita. Então em um segundo momento ela alcançou seu estatuto de patologia diferente da dislexia adquirida, propondo que esse “defeito” era consequência de uma falha no desenvolvimento da dominância hemisférica cerebral.

Entretanto, a medicina investiu em pesquisas que por um lado, direcionam aspectos neurobiológicos como pontos causadores da dislexia e, por outro, devido aos estudos da psicologia cognitiva, elaboram modelos de leitura e da sua aquisição, através de teóricos que revelam epistemologicamente que a dislexia impede uma criança de ler e compreender com a mesma facilidade de outras crianças, portanto um problema que dificulta habilidades linguísticas como a leitura e a escrita.

As condições causais foram categorizados em extrínsecos, isto é, correlações com o funcionamento cerebral, fatores genéticos, características constitucionais, e intrínsecos apontando fatores cognitivo-linguísticos às dislexias.

Durante muito tempo, o debate sobre a origem da dislexia consistiu em uma pesquisa dos fatores neuropsicológicos “causais”, embora atualmente a tendência seja considerá-los apenas associados ou consecutivos à própria dislexia. Entre esses fatores deficitários citados, os “distúrbios instrumentais” abrangem principalmente os distúrbios visuoespaciais e temporais. (HOUT; ESTIENNE, 2001, p. 12.)

Dockrell e McShane (2000) ressaltam a diferenciação entre crianças que retratam distúrbios de aprendizagem gerais, assim apresentando problemas com a maioria das matérias escolares, portanto daquelas que apontam uma dificuldade específica. As crianças com nível geral de desenvolvimento intelectual é normal, porém apesar disso apresentam dificuldades em algumas tarefas específicas (como leitura), sendo classificadas como tendo uma dificuldade específica de aprendizagem.

Países como Brasil, Portugal, Espanha e Itália apresentam semelhantes em condições de educação, e sofrem inúmeras influências de certas teorias americanas na educação. Com isso, a educação em um modelo tecnológico no Brasil resultou em um grande prejuízo às pessoas, inclusive aos disléxicos, que acabam por isso pagando um maior ônus. (CORREA, 2003).

Um dos primordiais problemas dos pais com crianças em idade escolar, é a realidade das instituições de ensino, tanto públicas como privadas que independente do nível social, não fornecem uma resposta exata ou adequada e, em tempo hábil aos alunos que apresentam dificuldades de leitura e de escrita no ensino fundamental. (ELLIS, 1995).

A dislexia é entendida, segundo a Associação Brasileira de Dislexia – ABD (2006), como uma insuficiência do processo fonoaudiológico do transtorno e incluída normalmente nas dificuldades de leitura e na aquisição da capacidade de escrever e soletrar, também como uma condição hereditária e com alterações genéticas. Além disso a ABD calcula aproximadamente que 10% a 15% dos indivíduos ao nosso redor, sejam disléxicos.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) lançada em 2013, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana está em sua 5ª versão (DSM-5), e descreve a dislexia (ou o que está equivalente a ela) como um distúrbio específico de aprendizagem caracterizado por prejudicar na leitura, e especificamente na acurácia e fluência no reconhecimento de palavras, nas habilidades de soletração e também no processo de decodificação fonológica. No manual, a dislexia é um termo de cunho alternativo para esse padrão de dificuldades, e podendo apresentar como único ou acompanhado com mais de uma ou outras dificuldades adicionais como a dificuldade de compreensão na leitura ou no raciocínio matemático.

Cada profissional tanto da educação quanto da saúde, ao estudar as dificuldades tratam o “problema” em particulares ângulos, e ressaltam para sua área específica. Entender a dislexia e se deparar com os diversos rótulos dados à ela, prejudica principalmente a criança, considerada “disléxica”. Antes de tudo é necessário compreender o processo de aprendizagem do ser humano, pois assim pode-se obter a realização de um bom resultado no processo da alfabetização. Afinal com essas várias definições propostas para responder o que é dislexia, fracassam no comprometimento humano, independentemente se são universalmente aceitas.

O debate que leva em questão a origem e o que é a dislexia vem sendo discutido há anos. Diversas teorias foram elaboradas em algumas áreas do conhecimento como a neurologia, psicologia e educação, para descrever e esclarecer os déficits na aprendizagem da leitura e escrita nessas crianças. Porém em muitos casos acabam individualizando os que apresentam dificuldades em aprender.

Esse debate na prática tem produzido uma patologização/medicalização da criança, sendo diagnosticada com supostos transtornos que são reforçados por profissionais da área da saúde e da educação, como também pela própria

sociedade. Entretanto esse processo tem colocado a criança como centro de um problema que carrega aspectos históricos como já descrito, também políticos e econômicos da cultura que visam favorecer através disso as indústrias de medicamentos, isto é, vende-se mais remédios e nós educadores aceitamos essa lógica que acaba prejudicando a criança.

Segundo Souza (2016) a medicalização é um processo que modifica as questões que não são médicas em problemas médicos. Assim quando se deparam com problemas diferenciados perpassam para o rótulo, e apresentam como “doenças”, “distúrbios”, “transtornos” e que oculta as questões políticas, culturais, sociais, afetivas e prejudicando a vida dessas pessoas. Essas questões coletivas são consideradas como individuais e os problemas que são políticos passam pelo âmbito biológico.

A discussão sobre o conceito da dislexia, revela discordâncias entre a área da saúde e a área social, diversificando a dislexia em confronto tanto comportamental quanto biológico. Portanto as perguntas problemáticas da pesquisa são: A dislexia é patológica ou apenas uma invenção de distúrbio criada por interesses financeiros? A dislexia é hereditária e genética?

O objetivo deste estudo é investigar e compreender o que se denomina enquanto Dislexia, incluindo sua história e suas concepções sobretudo no confronto em que se apresenta ora como um problema individual ora como uma questão multifatorial, diante de implicações que a resoluçionam como uma patologia e de outras que desfaz esse termo. Os objetivos específicos estão centrados em: 1) realizar levantamento bibliográfico de maneira a compreender as diferentes concepções da dislexia; 2) entender se a dislexia é apenas uma dificuldade de aprendizagem ou um conjunto de sinais que podem ser característicos de uma doença; 3) investigar se a dislexia pode ser hereditária e genética; 4) salientar o conhecimento sobre a dislexia no âmbito educacional, considerando seu caráter multifatorial.

Neste estudo, para realização da pesquisa através de metodologia qualitativa, será priorizado tópicos da dislexia restritos às áreas de interesse e conhecimento dos autores. Os estudos qualitativos tem extrema importância em proporcionar a real relação entre teoria e prática, oferecendo assimilação e ferramentas eficazes para uma interpretação também das questões educacionais.

Para Ludke e André (1986), o que determina a escolha da metodologia é a natureza do problema, assim para que a realidade complexa, que caracteriza a escola, seja estudada com rigor científico necessitará também de subsídios encontrados na vertente qualitativa de pesquisa. Decorrente disso pelo fato de necessitar uma atenção com o preparo do planejamento, com o controle da pesquisa, com a escolha do objeto, e dentre outras características.

Portanto esta pesquisa inclui levantamento de referenciais teóricos sobre a problematização do conceito da dislexia, que pretende favorecer profissionais da educação que desconhecem os dois pólos da discussão e conceber maior atenção para este confronto, tendo como finalidade realizar uma revisão bibliográfica, assim visa auxiliar não somente professores, mas também os pais de crianças em idade escolar, da importância em aprofundar o conhecimento sobre essa problemática da dislexia.

O trabalho está dividido em quatro partes, dispostas em títulos e sub-títulos. No segundo título, são apresentados autores e pesquisas sobre a dislexia na perspectiva neurobiológica, e as supostas patologias denominadas à mesma, em seu primeiro sub-título é apresentado um breve histórico das pesquisas iniciais da dislexia, logo em seu segundo sub-título enfatiza sobre a medicina e a dislexia na atualidade que tem como eixo estudos das áreas responsáveis pelo desenvolvimento da linguagem e suas especificidades.

No terceiro título, é apontado críticas à perspectiva neurobiológica da dislexia, do seu caráter patológico não fundamentado e sem comprovações e o primeiro sub-título deste é composto por críticas às hipóteses patológicas, que realça os equívocos do processo de diagnósticos, e em seguida, tem repartido outro sub-título sobre como a escola e a psicologia que estão inseridas na produção dessas dificuldades. No segundo sub-título desta parte, aponta a crítica à medicalização, e frisa as problemáticas consequências com a invenção de supostas doenças, que controlam as pessoas em questões somente individuais, assim resulta na medicalização da vida e favorece somente a indústria farmacêutica e todos os envolvidos nesse sistema. No terceiro sub-título desta parte é apontado aspectos filosóficos da medicalização, e posteriormente, em outro sub-título do mesmo, é apresentado a importância do Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, também ressalta os objetivos e princípios dessa luta contra a lógica medicalizante e destaca o propósito do Fórum em apoiar os profissionais e serviços

alinhados nessa concepção contra a medicalização. Por fim, a última parte expõe as considerações finais do trabalho sobre o tema pesquisado.

2 A DISLEXIA NA PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA

A perspectiva de compreensão neurobiológica da dislexia teve início em 1891 quando uma neurologista francesa conhecida como Djerine, sugeriu que a parte posterior do lado esquerdo do cérebro era crítica para a leitura. Com isso foram realizados vários trabalhos a respeito da inabilidade na aquisição da leitura. Nesse caso, reforçam também as lesões neuroanatômicas, sendo as comuns que são localizadas na área parietal-temporal, incluindo até o giro angular, a supramarginal e as porções posteriores do giro temporal superior, como sendo a região principal no mapeamento da percepção visual para a impressão das estruturas fonológicas do sistema da linguagem. Um outro lado, foi observado por Djerine, que é uma outra região posterior do cérebro, sendo mais ventral na área occipito-temporal (LYON, 2003).

A dislexia tem sido promovida tanto pela literatura nacional quanto internacional como um distúrbio de aprendizagem que engloba um conjunto de alterações "patológicas" que aparecem na aprendizagem e no uso da escrita. A área médica passou a explicar alterações na capacidade de ler e escrever, com referência nos casos patológicos de adultos, a partir de danos neurológicos em: uma perspectiva patologizante de se compreender a questão da aprendizagem. Porém uma visão equivocada que alterou e prejudicou toda a sua trajetória, desde a primeira procura da descrição até os dias atuais.

Uma suposta patologia denominada para a dislexia classificada pela literatura médica é a dislexia adquirida, que está relacionada a sujeitos adultos com cérebro-lesados, como uma visão de problema, utilizado assim para determinar questões e fatos, e que provocou sinais de uma suposta doença da aprendizagem. Portanto de um lado enfrentam uma alteração da linguagem escrita relacionada a um quadro de afasia, isto é, adquirida na vida adulta ou depois do indivíduo já ter se apropriado da escrita, e de outro lado, é associado uma situação na qual são observados dificuldades ou instabilidades de um momento em que o indivíduo está aprendendo a ler e escrever.

A dislexia adquirida poderia ser associada à uma desordem linguística adquirida em função de uma lesão cerebral - causada por um dano cortical - ou de outro modo, à uma visão relacionada com situações que apresentam instabilidades

em um processo de elaboração quando o indivíduo obtém novos conhecimentos vivenciado no âmbito escolar, como por exemplo no processo de alfabetização.

As dislexias adquiridas são definidas conforme sua denominação, e são casos de indivíduos já sofridos por algum trauma crânio-encefálico ou acidente vascular cerebral (AVC) e acabaram adquirindo, em função da lesão, um comportamento dislético. O dislético normalmente tem algum parente próximo e com uma mesma disfunção de linguagem ou também sofreu de uma determinada doença infectocontagiosa na infância, que tenha causado convulsões e ou até mesmo perda de consciência. Outras características denominadas podendo ser tardia a aquisição da mesma, problemas para andar e dificuldades de dominância lateral, ou seja, definição com atraso da predominância no uso de uma das mãos. (DROUET, 1995).

Segundo a Associação Brasileira de Dislexia, a dislexia do desenvolvimento é apontada como um transtorno específico de aprendizagem de origem neurobiológica, identificada quando se apresenta dificuldade no reconhecimento preciso ou fluente da palavra, na habilidade de decodificação e também em soletração. Os resultados dessas dificuldades são devido ao déficit no componente fonológico da linguagem e independem em relação à idade e de outras habilidades cognitivas.

Segundo Pennington (1991), as dislexias do desenvolvimento são apresentadas desde a infância, isto é, desde o início do processo da alfabetização, de aquisição da escrita e leitura, se desenvolvendo juntamente com o indivíduo dislético.

No entanto, tais situações sofrem efeitos de uma visão patologizadora, na medida em que estão compreendidas por um raciocínio clínico, associado à quadros afásicos.

Os termos “dislexia” e “alexia” prestam-se à confusão. Inicialmente, os transtornos que afetavam respectivamente a leitura e a linguagem oral, após uma lesão cerebral, foram chamados de “alexia” e “afasia”, desde que não houvesse ausência total dessas faculdades, mas desvio patológico; os termos que designavam os transtornos de desenvolvimento comportavam o prefixo “dis” (no sentido de “anomalia”). Posteriormente, os termos iniciais foram conservados na patologia da linguagem oral (“afasia”, que designa os casos de lesão e “disfalias”, os transtornos de desenvolvimento), porém não aconteceu o mesmo com os transtornos da linguagem escrita, onde o uso do termo “alexia” foi substituído progressivamente pelo de “dislexia”. (HOUT; ESTIENNE, 2001, p. 113)

É possível observar que essa patologização comparou entre as dislexia de desenvolvimento e das que são provocadas por lesão, como já mencionado anteriormente, tornando um procedimento de visão clínica através até mesmo de estudos da psicologia cognitiva.

Segundo teóricos, os testes-padrão avaliativos que são usados no contexto afasiológico tem como objetivo localizar lesões cerebrais a partir de tarefas que, pautadas em uma noção reducionista do fenômeno linguístico, suspendem a atividade de interação, assim restringem os fatos linguísticos aos que não são os mais significativos nem os mais relevantes. Também advertem que é problemático apostar na correlação direta entre os testes-padrão avaliativos e da possibilidade de compreender um distúrbio fásico, devido os testes - buscar categorias classificatórias - não assegurar e concretizar uma via explicativa para o fenômeno descrito. No entanto, esses testes, mesmo que possam orientar à classificação da afasia, não fornecem indícios suficientes e capazes de levar a compreensão dos processos mentais envolvidos em uma atividade linguística do sujeito afásico.

Contudo, outros autores partem dessa influência e embasam na mesma noção de testes-padrão avaliativos que são relacionados à afasia, e que avaliam a dislexia vinculada à aprendizagem da escrita. Nesse sentido, Estienne (2001), por exemplo, investe em uma possibilidade de classificação, assim analisando tipos distintos de dislexia, diante de exames que procuram testar “funções cognitivas” utilizadas pela criança para ler e escrever, e então com base nisso, quando um aluno não conseguir reconhecer determinadas unidades - letras, palavras ou sílabas - que deveria ser armazenadas visualmente na memória, ele pode apresentar o que se chama de “dislexia diseidética”.

Para os representantes da perspectiva cognitivista, as crianças disléxicas apresentam além da complicação e dificuldade para aprender a ler e escrever, a criança geralmente teria outras características, como problemas do esquema corporal por exemplo, dificuldades na noção de direita-esquerda, distúrbios do padrão motor, transtornos espaço-temporais, perturbações analítico-sintéticas, entre outros.

Há ainda autores cognitivistas que defendem a ideia de que as crianças consideradas disléxicas poderiam ter sofrido um retardo na maturação cerebral. E essa visão de problemas na ordem maturacional poderiam resultar implicar em

deficiências de algumas funções corticais, que poderia ocasionar limitações relacionadas principalmente à aprendizagem.

Com os vários procedimentos de pesquisa estabeleceram também duas modalidades possivelmente vinculadas à dislexia, a primeira é a dislexia visual e a segunda a dislexia auditiva. Na dislexia visual, as crianças possuem total integridade visual, porém não conseguem diferenciar, interpretar ou até recordar palavras em decorrência de uma disfunção do sistema nervoso central. Já as disléxicas auditivas são incapazes de estabelecer relações entre componentes visuais das palavras e os componentes auditivos, e algumas acabam não sabendo diferenciar ou relacionar a palavra falada e o símbolo escrito que são códigos e significados, e essa falha na compreensão acaba distorcendo e prejudicando o aprendizado da criança. (JOHNSON; MYKLEBUST, 1991).

2.1 Breve Histórico

Por volta de 1960, a medicina denomina a dislexia como uma doença resultante de lesões no cérebro que afetava o indivíduo em seu aprender a ler e escrever. Tais crianças passariam a ser medicadas e consideradas portadoras de uma patologia. Entretanto no decorrer do tempo, surgiram novas pesquisas que negaram essa teoria da lesão, com isso tentaram controlar e remodelar esse processo. Contudo é importante salientar que essas hipóteses patológicas nunca foram comprovadas.

Em 1967, ocorreu o caso mais antigo descrito em relação a perda de capacidade para a leitura, tendo como consequência um acidente vascular cerebral, estudada por um médico alemão Johann Schmidt, conforme os relatos de Topczewski (2010). Entretanto a palavra dislexia já havia sido citada em 1877 por Rudolf Berlin, quando começou analisar adultos que após uma lesão cerebral, acabavam se tornando incapazes de ler. A palavra DISLEXIA significa DIS – (distúrbio) e LEXIA- do latim, (leitura); e do grego, (linguagem).

Porém, o médico que afirmou essa dificuldade da dislexia como uma alteração no desenvolvimento dos indivíduos sadios foi o neurologista inglês Pringle Morgan que em 1896, descreveu o primeiro caso usando a denominação “cegueira verbal congênita”.

No século passado, Pingle Morgan, médico inglês, atendeu um garoto de 14 anos que lhe declarou o seguinte: “Não compreendo o que tenho; sou inteligente e tenho facilidade para matemática; se o professor levasse em conta apenas minhas respostas orais, eu seria o primeiro da classe; mas infelizmente sou o último, pois mesmo os meus colegas pouco dotados aprendem sem dificuldade o que eu, apesar de todos os meus esforços, não consigo: ler e escrever. (HOUT; ESTIENNE, 2001, p.18)

As dificuldades em compreender e a carência de conhecimento em relação ao que o disléxico tem em sua maneira de ser e aprender são encontrados em várias pesquisas que descrevem as peculiaridades da dislexia, porém com poucos avanços constatados.

Em 1917, Hinshelwood publicou um trabalho relatando casos de crianças inteligentes e bem-dotadas, mas com problemas de realizarem leituras, assim qualificando-as com um distúrbio disléxico, supondo que a causa ocorria por um dano congênito do giro angular que seria o centro da memória visual das palavras, e conforme à elasticidade do cérebro da criança, ocorreria uma disfunção bilateral, em decorrência disto, impediria a leitura. (HOUT; ESTIENNE, 2001).

Determinadas explicações sobre a dislexia promovidas nos anos de 1920, afirmavam que estas dificuldades para identificar palavras eram de origem oftalmológica: as crianças invertiam as letras por não enxergarem bem. Mas os estudos posteriores analisaram e demonstraram que esta definição para os disléxicos não passava de um mito, devido a sua origem ser enraizada no sistema linguístico do que na origem visual.

A instalação definitiva da dislexia na história médica se deu pelo americano da Filadélfia, Samuel Torrey Orton, um neuropatologista e neuropsiquiatra que examinou cerca de três mil “disléxicos” em sua pesquisa entre 1920 e 1940. Decorrente de sua pesquisa, Orton acabou optando pelo termo “transtornos específicos da leitura”, pois para ele a visuoespacial das crianças, com exceção da leitura, aparentava estar “excelente”. Para ressaltar em sua pesquisa essas características como “a produção de letras invertidas na leitura”, nomeou o termo “estrefossimbolia (*streph*)”. Logo a proposta de Orton sobre o determinismo do cérebro, deriva da constatação de erros particulares e de conjunto de quantidade elevada de pacientes com lateralidade mista e cruzada, tratando-se assim de uma anomalia de “predomínio” hemisférico, como se o hemisfério esquerdo perdesse a “supremacia” que regularmente exerce sobre o direito. (HOUT; ESTIENNE, 2001).

Entretanto Hennigh (2003) também aponta que Orton propôs uma teoria de dominância mista:

[...] segundo qual a dislexia causada pela insuficiente dominância do hemisfério cerebral sobre o outro. Quando um indivíduo via um símbolo, os hemisférios direito e esquerdo do cérebro iriam codificá-lo de forma independente. A versão de cada um dos hemisférios seria o reverso, a imagem do espelho, do outro. A confusão resultaria do facto de não se registrar uma dominância de um dos hemisférios do cérebro sobre o outro. Até que tal dominância fosse estabelecida, haveria uma incerteza sobre qual das imagens em espelho deveria ser seguida e, assim, o problema das inversões persistiria (HENNIGH, 2003, p.15).

Em virtude das pesquisas de Orton, também ocorreu um aprofundamento pela fundamentação de hipóteses de que a dislexia, na maioria dos casos, ocorre nas crianças do sexo masculino, com predisposição hereditária, assim fundamentando na origem genética.

Em 1980, aparecem novas pesquisas, o que culminou em uma nova teoria. Tais pesquisas descobriram que o “problema” ocorria em função de falhas na capacidade dos hemisférios cerebrais direito e esquerdo de se integrarem.

Conforme o progresso da neurociência, tornou-se possível explorar as imagens do córtex, através de pesquisas neurofisiológicas, buscando compreender a suposta dislexia, para desvendar o que poderia ser patológico ou “normal”.

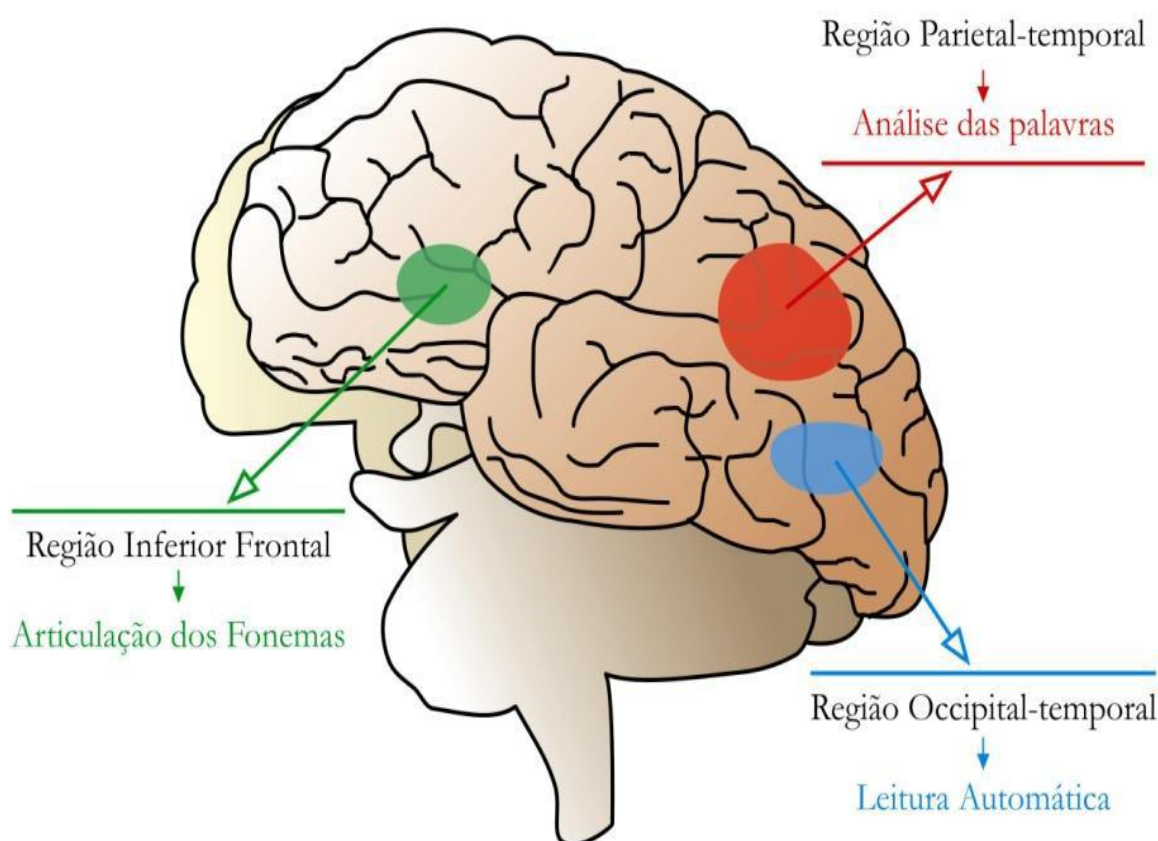
2.2 A Medicina e a Dislexia na Contemporaneidade

Estudos médicos recentes sobre a dislexia, enfatizam o papel de diferentes partes do cérebro no desempenho de determinadas funções específicas centralizando as zonas cerebrais como responsáveis pela vocalização, formulação e análise de palavras, leitura automática, etc. Assim favorecendo a medicina na focalização das áreas responsáveis pelo desenvolvimento da linguagem e suas especificidades.

Segundo algumas pesquisas, a área esquerda do cérebro é responsável pela linguagem, então nesta zona, identificaram três subáreas distintas, sendo que uma delas processa o fonema, que é responsável pela vocalização e articulação das palavras localizado na região inferior frontal. Logo na outra parte do mesmo, analisa palavras, ou seja, na correspondência do grafema-fonema, localizada na região

parietal-temporal. E a última localizada na região occipital-temporal, na qual reconhece palavras e possibilita a leitura rápida e automática. Na figura a seguir, é possível analisar e observar essas informações das regiões cerebrais, com enfoque em estudos sobre a dislexia. – Figura 1.

Figura 1- Áreas do cérebro responsáveis pela linguagem.



Fonte: Overcoming Dyslexia - Sally Shawitz M.D.

Fonte: Shaywitz (2003 apud PINHEIRO, 2009)

Conforme esses estudos, as pessoas disléxicas possuem dificuldades em concordar nas áreas localizadas na parte posterior do cérebro, ou seja, nas regiões responsáveis pela análise de palavras e também pela automatização da leitura, assim recorre à área de Broca que é a região frontal inferior esquerdo e a outras zonas do lado direito do cérebro responsáveis por fornecer pistas visuais.

A origem da dislexia, segundo Ballone (2001), é fundamentada com enfoque corporal, na base psicomotora, e que desenvolveu anteriormente à escrita. O

conhecimento dos profissionais da área é de que a criança para aprender a ler tem como necessidade a consciência de seu eixo corporal, seu lado direito e esquerdo etc., e a criança disléxica não exerce essa capacidade, o que a faz confundir eternamente direita e esquerda.

Devido a procura de entendimento e descrição, por causa dos confrontos, os estudos sobre a dislexia ganharam força nas pesquisas de especialistas e em diversos países da Europa, Estados Unidos e Argentina. Alguns autores tem a dislexia como origem neurobiológica, assim salientam a representação de um grande avanço no conhecimento das bases neuronais da dislexia nos últimos anos de pesquisa.

No ano de 1973 cientistas conseguiram ver pela primeira vez o cérebro humano por meio de uma tomografia computadorizada em imagem tridimensional, e depois de algum tempo através da ressonância magnética. Porém esses processos só permitia observar a parte anatômica do cérebro, as funções cerebrais. No entanto só foi possível investigar o cérebro através do fluxo sanguíneo a partir de compostos radioativos em 1980 por meio de imagens.

Segundo alguns autores, o processo mais utilizado recentemente é por ressonância magnética funcional (fMRI), porque oportuniza uma maior visualização aos neurocientistas do funcionamento interno do cérebro, e não demanda a utilização de compostos radioativos ou injeções.

Estudos de neuroimagem funcional de dislexia tem sido centrado principalmente para diagnosticar correlatos neurais da dislexia, mas também identificaram sistemas neurais que podem também mediar uma recuperação positiva. Alguns estudos de imagem resultaram na hipoativação em crianças e adultos disléxicos durante tarefas de leitura, especificamente aos que requerem uma análise fonológica de impressão, em locais parietotemporal e occipitotemporal esquerda.

Conforme Oliveira (2013), durante uma tarefa cognitiva realizada por uma pessoa, como a leitura, aumenta a atividade dos neurônios locais, aumento do metabolismo e também aumento do fluxo sanguíneo local. Para realização desse processo acontece um consumo de energia, isto é, consumo do oxigênio e nutrientes transportados à parte local fundamental para o cumprimento da mesma. Tal esta atividade provoca um aumento do fluxo sanguíneo, composto pela hemoglobina, que através das suas propriedades magnéticas produz alterações

conforme a quantidade de sangue envolvido no processo, e é altamente oxigenado e rico, e pelo qual é possível ser observado pela ressonância magnética funcional devido ao alto sinal obtido.

No campo da genética, teve defensores visando uma consequência hereditária, primordiano a asserção em estudos que resultam que os disléxicos apresentam, pelo menos um familiar próximo que tenha dificuldades na aprendizagem da leitura e escrita.

Para Martins (2006), a dislexia é considerada como uma “síndrome de origem neurológica” e que pode ter como principais causas a genética ou também ser adquirida após a pessoa sofrer um acidente vascular cerebral, por exemplo. Existem alguns estudos realizados mostrando uma predominância da dislexia no sexo masculino.

A dislexia é considerada como um quadro hereditário; o risco estimado de um homem disléxico ter um filho com as mesmas características é de 40% e uma mulher disléxica é de 36%. As várias publicações revelam que 23 % a 80% dos portadores de dislexia têm parente disléxico. Estudos realizados com gêmeos idênticos e gêmeos fraternos indicam que a probabilidade é maior dos idênticos serem disléxicos do que os fraternos. Em cerca de 70% dos gêmeos idênticos ambos são disléxicos. Os estudos genéticos revelam a existência de alterações em nove cromossomos mapeados (15, 6p, 2, 2, 7, 18, 11, 1) e em quatro genes considerados candidato. (TOPCZEWSKI, 2010, p.19).

Na década de 70, como já descrito, surgiram teorias para explicar as causas da dislexia, e evidenciavam que a mesma se tratava de uma desordem de base neurológica com origem genética. Os fatos a favor da hereditariedade na dislexia são distribuídos em pesquisas genealógicas realizadas em famílias de indivíduos afetados e também de estudos realizados com gêmeos. No primeiro momento, as famílias pesquisadas, de acordo com estudos, no mínimo um membro da família da pessoa testada (ascendente, descendente, colateral) é “afetado”. Certos autores como Hout e Estienne destacam o modelo poligênio/multifatorial aplicado em relação à dislexia.

Existe um certo número de características próprias da hereditariedade multifatorial. Entre elas, podemos citar a noção de que o risco de recorrência aumenta com o número de sujeitos afetados e o grau de gravidade de afecção; por outro lado, esse risco é bastante elevado entre os parentes de primeiro grau e diminui bastante quando se trata em parentes de segundo grau; no entanto, diminui menos bruscamente no caso de familiares ainda mais longínquos. Essas “bizarrias”, constatadas em pesquisas

genealógicas, são observadas frequentemente nas famílias de disléxicos, o que constitui uma prova indireta a favor desse modo de transmissão, pelo menos em algumas famílias. (HOUT; ESTIENNE, 2001, p.64)

O modelo de hereditariedade multifatorial segundo os autores, só é válido em algumas famílias em certos casos, pois delimita e também faz a adição casual de fenótipos, tratando de modo hereditário que é poligênio.

As pesquisas realizadas em gêmeos idênticos ou monozigotos tem como portadores os mesmos genes, já os dizigotos possuem apenas uma parte dos genes dos seus irmãos. Contudo pode ocorrer concordância correspondente à frequência de um determinado distúrbio observado em um dos gêmeos, ou seja, quanto maior o componente hereditário, maior será o nível do mesmo. (HOUT; ESTIENNE, 2001)

Algumas etiologias levam a dislexia em estudos de anamalias como aberrações cromossômicas que constituem alterações no genoma, e outras elaboram questões da dislexia como uma afecção mendeliana, que é uma mutação ocorrida em um gene gerando um problema monogênico.

Pesquisas comentadas por Carvalhais e Silva (2007), procuram comprovar que a dislexia é de origem genética, verificando alguns casos de dislexia em gêmeos monozigóticos que correspondeu 68% e dizigóticos 8%.

Porém não é da mesma forma que a maioria dos outros pesquisadores pensam, por exemplo, os modelos sobre a heterogeneidade etiológica da questão da dislexia e os canhotos, faz com que Hout (2001) considere a possibilidade sobre um fator genético.

A dislexia e os canhotos estariam ligados por um conjunção de tendências genéticas e de fatores de agressão pré-natal, como, por exemplo, uma lesão auto-imune em certas etapas do desenvolvimento fetal. (HOUT, 2001, p.174).

Esses modelos da autora envolvem pesquisas sobre distúrbio de lateralidade, e ressalta as dificuldades de reconhecimento de esquerda-direita ou uma lateralidade anormal no predomínio manual, isto é, ser canhoto.

As concepções sobre a dislexia, em questão de fatores envolvendo a genética, foram debatidos durante um longo período de pesquisas e estudos. Conforme os dados documentados atualmente, alguns genes foram realçados como encarregados pela existência da dislexia, como o gene DYXC1 que é considerado o gene da dislexia e também o cromossoma 6 – KIAA0319, que foi identificado como o gene da linguagem e da leitura. Porém ainda estão sendo observadas e necessitam

de mais verificações. Diversos estudos e estatísticas resultaram que pais disléxicos têm maior probabilidade em ter filhos com dislexia e tendo como causa a alteração cromossômica hereditária. Algumas pesquisas revelam que existem 40% de chance de uma criança ser disléxica, caso houver um pai ou um irmão com dislexia na família.

Ainda sobre essas pesquisas com enfoque patológico, os autores como Rotta e Pedroso (2016), abordam questões de pesquisas sobre a herdabilidade da dislexia.

As associações entre dislexia e genética, nas diferentes pesquisas, encontram padrões de transmissão que se encaixam em vários modelos de herança. Além das mendelianas, foram identificados outros modos de herança mais complexos, como os modelos poligênicos e as interações multifatoriais. Em algumas famílias, a dislexia é transmitida de forma dominante. Esses casos podem ser explicados por um modo de transmissão dominante e autossômico influenciado pelo sexo. Nesses casos, a dislexia tem uma probabilidade de 100% em indivíduos do sexo masculino que herda gene ou genes para dislexia desenvolve o transtorno. O mesmo ocorre em torno de 65% das mulheres portadoras. (ROTTA; PEDROSO, 2016, p. 137)

As pesquisas em torno dessa herança genética investigam através dos cromossomos denominados por esses estudos para enquadrar a dislexia como um transtorno patológico, assim esse ciclo de busca por um resultado exato promove inquietações. Com isso, procuram uma resposta para essas pessoas com dificuldades de leitura e escrita, mesmo sem ter verificações comprovadas. Os autores ainda apontam as probabilidades de pesquisas nessa questão familiar e as evidências relacionadas com supostos cromossomos.

As questões sobre a hereditariedade da dislexia são ainda polêmicas. A dislexia está situada em alguma parte de um continuum normal, com diversos graus de gravidade, com características comuns. As evidências atuais apoiam a perspectiva de que a dislexia é familiar, uma vez que cerca de 35 a 40% dos parentes de primeiro grau são afetados. Herdada em cerca de 50% dos casos, é heterogênea em seu modo de transmissão, como evidencia tanto a forma poligênica quanto a de gene predominante responsável pelo distúrbio. Essas evidências são ligadas, em algumas famílias, e marcadores genéticos no cromossomo 15 e, possivelmente, em outras famílias, a marcadores genéticos nos cromossomos 6 e 7. (ROTTA; PEDROSO, 2016, p. 138)

Os autores reafirmam a probabilidade genética e hereditária, mas reforçam ainda a polêmica pela procura de comprovações e assim apontam as evidências da dislexia ser familiar, herdada através do cromossomo 15 e possivelmente dos cromossomos 6 e 7, com isso é possível perceber que são pesquisas baseadas em hipóteses, suposições sem confirmações de genes que possivelmente seriam responsáveis pelo distúrbio. Essas questões necessitam de maior investigação, sem bases em probabilidades ou suposições, como será ressaltado no próximo título, focalizando uma análise crítica.

3 CRÍTICA À PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA DA DISLEXIA

Como visto anteriormente, grande parte dos pesquisadores e médicos fornecem explicações orgânicas aos problemas de aprendizagem. Geralmente atribui-se a uma função cerebral mal desempenhada – uma doença neurológica – que jamais foi comprovada.

Moysés e Collares (2015) realçam a atenção dessas patologias serem invenções, com omissões e distorções de fatos.

Para os propósitos deste texto, aqui apresentaremos uma breve história dessa invenção, com os principais marcos temporais. Como sinopse, podemos adiantar que desde 1896 surgem-se hipóteses de doenças neurológicas que comprometeriam exclusivamente a aprendizagem e/ou o comportamento; hipóteses jamais comprovadas e sempre criticadas dentro da própria medicina. Nessa trajetória, sempre que o questionamento atingiu o que poderíamos chamar de nível crítico, ocorreu a transmutação da hipótese vigente em uma nova, diferente e absolutamente igual. Mudanças apenas cosméticas, sem nunca atingir o essencial. (MOYSÉS; COLLARES, 2015, p.82).

Essa busca incessante de comprovar uma doença da aprendizagem baseiam-se em hipóteses como revela as autoras, e apenas modificando os problemas orgânicos, mas sem retirar o caráter patológico e a instigante forma de diagnosticar aqueles que não aprendiam com facilidade.

Em torno dos avanços da neuroimagem Moysés (2010) levanta questões sobre esse processo de diagnosticação através dos exames captados por imagem.

Bem, transpondo esse ponto para a nossa discussão, ficamos com o seguinte desafio: para que o exame detecte a atividade na área da leitura, a área da leitura precisa ser ativada, senão não vai ativar, não vai se mostrar ao exame. E como é que ela é ativada? Pela linguagem escrita! Eu dou textos para a pessoa ler, eu faço tarefas com linguagem escrita, eu uso a linguagem escrita. Voltamos à questão inicial: como eu o diferencio de um analfabeto? Não existe essa resposta. Os autores que defendem que esse exame provaria que a dislexia é uma doença neurológica dizem que aprender muda o resultado; ora, mas não é o contrário? Será que isso não prova que não era doença? Se quando eu aprendo muda o resultado, curou a doença? (MOYSÉS, 2010, p.17).

A questão colocada pela autora é fundamental. Quando se realiza esses tratamentos e o resultado é modificado caso a criança souber a linguagem ou não,

então trataria de uma doença curada quando aprende-se ler e escrever? Essa constatação convida a refletir se esse modo de diagnóstico de fato cumpre com a função que promete. Novamente questões que enfatizam a precisão da importância de comprovações, ao contrário tornaria as pesquisas sem fundamentação ou sem ética social.

Para Moysés (2010) a mecidina não funciona apenas através de códigos para determinar e confirmar uma pretensa doença, e afirma essa questão com o exemplo de um pesquisador americano, como relatado abaixo:

Um pesquisador americano fez o seguinte: ele aplicou o Pet em americanos bons leitores dando a eles um texto em inglês para lerem; o resultado do Pet foi normal. As pessoas nem sequer saíram da máquina e ele repetiu o exame, agora dando um texto em espanhol, que eles não conheciam e o resultado do Pet foi? de dislexia?. E aí? O que o exame avalia? Ele avalia a atividade cerebral na área da leitura quando eu sei ler um texto que me dão. Se não tenho domínio da linguagem escrita, o exame perde o significado. Portanto, a neuroimagem não prova que a dislexia existe. Não prova absolutamente nada!! (MOYSÉS, 2010, p.18).

A autora questiona o que de fato esses exames detectam e demonstra a preocupação com a confirmação de uma doença neurológica do qual não se pode comprovar por certos argumentos. Neste debate de causa ou consequência acerca da determinação de exames funcionais e suas dificuldades, torna-se preciso compreender a lógica dos resultados obtidos por imagens e aprofundar um conhecimento científico e crítico para analisar o que é realmente verdade em torno da dislexia. Afinal, caso continuem com a mesma lógica, o resultado das pesquisas estará comprometido em todos os que não souberem ler, mesmo os que não souberem ler o texto por estar em outra língua desconhecida, isto é, independente da causa ou do motivo o exame avaliará uma presença dessa suposta doença neurológica, sem nenhuma comprovação concreta, apenas um diagnóstico não fundamentado.

Moysés e Collares (2015) contestam o rótulo da dislexia ser uma dificuldade de aprendizagem de origem neurológica.

Impossível não estranhar que uma doença neurológica que comprometeria a aprendizagem se caracterize por expressões que só se desenvolvem quando se domina bem a leitura, isto é, aquilo que ela comprometeria! Mais: suas características seriam resultantes

de outras expressões que, do mesmo modo, só aparecem quando já se lê bem! (MOYSÉS; COLLARES, 2015, p.90).

As autoras posicionam-se contrárias à compreensão da existência de uma doença neurológica que comprometeria a leitura e a ser diagnosticada exclusivamente pela leitura, pois essa lógica na racionalidade médica não comprova nenhuma origem neurológica. Ou seja, novamente chama-se atenção para a importância de pesquisas fundamentadas, e também não deixando no esquecimento que qualquer diagnóstico sem base científica prejudica a vida de qualquer indivíduo afetado, principalmente na aprendizagem do mesmo.

Diversas hipóteses surgem em busca de uma definição, e algumas delas apontam como, anormais e por conseguinte, como patológicas. Esses caráteres patologizadores, utilizam critérios que são facilmente tomados por diversos educadores, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, psicopedagogos, como referência diagnosticar, de maneira monológica, crianças como portadoras de distúrbios de aprendizagem.

Segundo Fonseca (1995), ressalta que mesmo a criança disléxica com dificuldades para decodificar certas letras, não torna-se um problema que relaciona com o déficit cognitivo, e em muitas das vezes essas crianças possuem um QI totalmente de acordo ou até elevado para sua idade.

O “disléxico” não pode ser visto como um doente ou paciente, é um indivíduo normal e saudável que apresenta dificuldades, inicialmente na fase da alfabetização e necessita de atenção e ajuda no período escolar, para que ele possa atingir os objetivos propostos para cada etapa e respeitando suas limitações. Porém, é importante não pensar de modo patológico.

Os que defendem a dislexia como uma falha neuronal, podem cometer grande falha em relação ao sujeito, colocando-o em confronto com uma suposta doença inata e permanente, prejudicando todos os diagnosticados como doentes e fazendo-os passar a vida enfrentando esse problema de origem social. De tal modo, o diagnóstico de uma patologia, deixa o sujeito incapacitado diante de uma situação permanente, e ao invés de pensar em abandonar simplesmente por ter uma “justificativa” para as dificuldades, deve-se dar a oportunidade do aprender, e se preocupar em investigar, informar, rever as produções, investir e acreditar nas potencialidades de qualquer sujeito.

Entretanto, mesmo já mencionado anteriormente sobre a “disputa” do gene disléxico, é necessário relembrar novamente as hipóteses não comprovadas. E, ainda sobre as alterações genéticas Moysés (2010) contrapõe as afirmações dos diversos autores com posicionamento em torno das mutações de cromossomos.

Afirma-se que os estudos em pessoas com dislexia comprovam a existência de mutações em vários cromossomos, sendo quatro os mais citados: 1, 6, 12 e 15. (...) não se assustem, não é que todos esses cromossomos apresentem mutações. Não. Acontece que um grupo de autores afirma que o problema está no cromossoma 1; outro grupo defende que está no 12; um outro briga pelo cromossoma 15. (...) há alguns genes em que as mutações já foram definitivamente provadas, sendo quatro os mais importantes: DYX1C1; KIAA0319; DCDC2; ROBO1. Também aqui a história é a mesma grupos de pesquisadores brigando pela hegemonia e pelo poder de terem descoberto qual o gen que causaria a dislexia. (MOYSÉS, 2010, p.15).

Conforme Moysés (2010) é preciso atenção para essas comprovações sem embasamento científico, afinal não podem estar resolucionadas e afirmadas sem uma avaliação exata, e também não devem referir a alteração genética como causadora da dislexia.

Moysés e Collares (2015) ao falar de herança agrega um adjetivo: “herança cultural”, devido as relações apreendidas no interior da família e também no grupo social, entretanto para as autoras “analfabetismo” não é genético. A falta de comunicação e acesso aos bens culturais é herdado nas sociedades marcadas pela desigualdade, ou seja, chamam atenção dessa busca de rotulação para afirmar uma suposta doença utilizada apenas para mascarar o modo cultural de reprodução da sociedade. As autoras ainda destacam considerações importantes em relação aos fatores genéticos e hereditários.

Descrevem-se alterações nos cromossomos 1,6,12 e 15. Também se afirma que os genes DYX1C1, KIAA0319, DCDC2 e ROBO1, entre outros menos cotados, seriam a causa da dislexia de desenvolvimento. Aprofundando só um pouco a pesquisa, começa a ficar claro que cada grupo de autores defende que a sua descoberta, de um cromossomo ou de um gene, causaria tal doença. Ah, bom! Assim fica mais claro. Não há concordância entre os que defendem uma causa genética para uma pretensa doença. Continuando a busca, outra surpresa: alguns autores citam todas as oito possibilidades, sem hierarquia entre elas, deixando escapar no não dito que se trata de oito hipóteses, ainda a comprovar. Mais, vários textos referem-se a esses quatro genes com a sigla GCPD, que

significa genes candidatos a predispor a dislexia. Ou seja, genes que estão disputando o troféu de serem considerados predisponentes – e não causadores – mas que, mesmo para só isso, ainda precisam provar que merecem tal troféu! (MOYSÉS; COLLARES, 2015, p.97).

De fato não se deve expandir as hipóteses genéticas sem alguma comprovação concreta e confirmada, afinal as pesquisas e os rótulos prejudicarão cada vez mais esses indivíduos. Ainda segundo as autoras Moysés e Collares (2015), a comprovação de um conjunto de manifestação de sinais em um conjunto de doenças passa por outros caminhos na racionalidade médica, portanto não tem sentido buscar uma causa genética “mal conceituada, mal definida, mal diagnosticado/rotulado...”.

Esse modo de codificação para denominar e readequar para um propósito individual, prejudica o modo construtivo do indivíduo que apresenta dificuldades. Contudo essas investigações necessitam ser coercitivas e produtivas, mas não para suprir um ciclo sem comprovações que apenas sujeita a criança ou o adulto. Esse quesito de ser genético e hereditário envolve um modo diplomático de autores e pesquisadores, no entanto antes de apresentar qualquer resultado, não se pode engupir respostas sem embasamentos corretos, apenas para a própria fixação de estudo.

3.1 Crítica às Hipóteses Patológicas

Os efeitos patológicos são equivocados por denotaram como incomum fatos explicitamente normais, pois tomam como algo inerente do processo de apropriação e uso da linguagem escrita, como um diagnóstico voltado para “sinais” de uma doença, e com hipóteses de sintomas evidenciados ao que chamam de dislexia. E decorrente dessas “possibilidades” de uma doença, alguns estudos ainda defendem a existência da dislexia, mas não como uma única patologia. Os estudos investem em repartir a suposta patologia em várias dislexias originárias com fatores múltiplos e apresentando diferentes sintomas.

A décima revisão da CID 10 - Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à saúde - , apresenta a dislexia como um “transtorno específico de leitura”, tendo as modalidades habituais de aprendizado alteradas

desde as etapas iniciais do desenvolvimento. Conforme a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10, a dislexia se definiria como:

[...] um comprometimento específico e significativo no desenvolvimento das habilidades da leitura, o qual não é unicamente justificado por idade mental, problemas de acuidade visual ou escolaridade inadequada. A habilidade de compreensão da leitura, o reconhecimento de palavras na leitura, a habilidade de leitura oral e o desempenho de tarefas que requerem leitura podem estar todos afetados. Dificuldades para soletrar estão freqüentemente associadas a transtorno específico de leitura e muitas vezes permanecem na adolescência, mesmo depois de que algum progresso na leitura tenha sido feito.[...] Crianças com transtorno específico da leitura, seguidamente têm uma história de transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem, e uma avaliação abrangendo funcionamento corrente da linguagem muitas vezes revela dificuldades contemporâneas sutis. Em adição à falha acadêmica, comparecimento escolar deficiente e problemas com ajustamento social são complicações assíduas, particularmente nos últimos anos do primário e do secundário. A condição é encontrada em todas as linguagens conhecidas, mas há incerteza se a sua freqüência é afetada ou não pela natureza da linguagem e do manuscrito. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1993, p.240).

Para essa classificação a suposta patologia tem uma causa desconhecida e é identificada como “transtorno específico” para explicar a falta de vinculação de qualquer etiologia, como o traumatismo, o retardo mental, o transtorno afetivo, a deficiência visual, entre outros. Em seguida, a dislexia é apresentada como um transtorno de desenvolvimento, relacionada ao processo de aprendizagem da leitura e da escrita, e distinta da própria dislexia adquirida definida da classificação, tomada com os mesmos modos da afasia. Esses termos de classificação, e no uso da nomenclatura patológica, são comumente utilizados na área médica para diagnosticar como doença questões que estão relacionadas a natureza de qualquer indivíduo, como também aos equívocos dos profissionais, o desfoque da escolarização, e dentre outros problemas coletivos.

Entretanto essa suposta patologia possui várias dimensões e pensamentos inconsistentes e com isso continua conceitualmente indefinida devido às várias hipóteses que não se sustentam, apresentando descrições fragilizadas e contraditórias, resultantes da falta de conhecimento sobre a linguagem e outros pontos que à envolvem no conjunto da aprendizagem.

Conforme VYGOTSKY(1991) e LÚRIA (1988), não é plausível pensar na construção da escrita como forma de um processo linear e constante. A aquisição da linguagem oral da criança, apresenta instabilidades: erra, manipula, tenta e acerta. Então é necessário aceitar que qualquer processo de aquisição ou conhecimento é fundamental às reflexões e comparações em um percurso de idas e vindas, e estando longe de estabilidades, faz com que surtem indagações, o que é importante para o entendimento.

No que se refere à falta de entendimento, é preciso cautela às questões escolares, familiares e profissionais em questões sobre a escrita e suas características, afinal a oralidade é diferenciada e cada sujeito aprende de várias maneiras. Mas em outras concepções, não existe somente esta falta de entendimento, no rótulo patológico a falta de entendimento está presente em um conjunto de problemáticas do conceito da dislexia.

Diante dessa falta de entendimento, sobretudo, com equivocados diagnósticos tomando como sintomas de um déficit, é preocupante a falta de conhecimento sobre o processo de aquisição da escrita, pois inserem o aluno na manipulação de uma doença não comprovada, mas que interfere tanto na aprendizagem desses indivíduos como em um todo conjunto de sua vida.

Nesse processo, o grupo de profissionais em geral, não auxiliam os indivíduos a reconhecer as diversas formas da escrita: a sua padronização gráfica, seu atributo, as relações diferentes entre sons e letras, entre outros. Segundo Coudry (1987), a oralidade influencia sempre a produção escrita. Com a falta de compreensão desse fato, os alunos continuam sendo rotulados como portadores de uma patologia, sendo que pode estar refletindo na falta de entendimento de todos os profissionais sobre o aprendizado.

E ainda segundo o autor Coudry (1987), a criança quando aprende ler e escrever, usa alguns aspectos da oralidade, e também aspectos da escritas, independente da sua dimensão em relação à linguagem. Portanto, a criança utiliza algumas pistas capazes para se auto auxiliar na aprendizagem da leitura e escrita.

Qualquer indivíduo, em sua forma de aprendizagem, busca um atributo para aprender e em relação as letras, qualquer pessoa tem a possibilidade de alterar a ordem das sílabas de uma palavra, isto é, existem múltiplas formas de aprender, de conhecer, de se modificar e de compreender o processo da aprendizagem, e não existe um único padrão, afinal só existe padrão quando se quer patologizar.

3.1.1 A escola e a psicologia inseridas na produção das dificuldades

No processo de aquisição da leitura, muitas crianças apresentam dificuldades no aprendizado, porém quando é trabalhado a autonomia, as mesmas possuem diferentes capacidades para aprender e adquirir conhecimentos.

Machado (2010) defende a ideia de que, na maneira de ser e viver, nos tornamos determinados tipos de pessoas, conforme as relações e experiências da vida. No entanto, essas experiências e relações se produzem na medida que os sujeitos se constituem, assim alteram-se as práticas e mudam também as produções subjetivas. E nessas colocações tem como objetivo intensificar a discussão sobre a produção de sintomas perigosos, por produzirem sujeitos que nos mostram que se tornou necessário, na sociedade, ser doente. Afinal, fazer certas escolhas favorece apenas a produção dos sintomas desses problemas e se entendermos que esses problemas são os que precisam de intervenção, resultaria em não agir naquilo que os faz serem desse modo, a forma doente. Então, com isso poderia entender a dislexia como um sintoma social.

Talvez uma palavra nos ajude a pensar nisso tudo: sintoma. O sintoma nos alerta para algo que está presente nele, mas não é apenas dele. Por exemplo, sabemos da relação entre certas produções subjetivas, certos efeitos subjetivos, e as práticas contemporâneas: jovens com dificuldades em relacionamentos pessoais e com vida na qual a comunicação se dá basicamente pela Internet; pessoas com dificuldades para dormir em tempos nos quais as horas acordadas têm sido muito tensas e aceleradas; pessoas que se sentem incapazes após sofrerem situações de humilhação. Falamos de sintomas sociais e sintomas corporais. (MACHADO, 2010, p.24).

Para a autora, a maioria das crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem, seria efeito do que ocorre nas relações entre o desempenho dessas crianças no aprender e o que lhes são oferecidos. As crianças que apresentam problemas em aprender a leitura e a escrita, revelam também um mau funcionamento das escolas, onde as diferenças não são sanadas, ou seja, local gerador de desigualdades.

Conforme Machado (2010), muitas dessas crianças recebem o diagnóstico de dislexia pelos profissionais da saúde ou da educação e estes baseiam-se nos aspectos de hipóteses em relação à elas, como, por exemplo, de preguiça, falta de

esforço, má vontade, falta de motivação e por fim, sendo alteradas quando recebem esses diagnósticos patológicos, tornando-se um alívio para todos. E então afirmam-se que essas crianças necessitam de ajuda, pois têm um problema. Com isso, seus professores buscam outras formas de ensiná-las e aliviados por não precisarem tratá-las como pessoas preguiçosas e com atitudes inadequadas, mas como doentes. Alguns atestam que as crianças têm problemas individuais sem ligação com o que é oferecido na escola, e que manifestam o funcionamento segregador presente na nossa sociedade. Porém, com ou sem diagnóstico, quando ocorre um investimento em termos de tempos e espaços, com aulas diversas, planejamento de estratégias que retomem um bom funcionamento de ensino e aprendizagem, tempo para refletir e exercitar, faz com que as crianças com dificuldades aprendam, pois a escola deve funcionar no coletivo, no para todos.

Neste mesmo âmbito sobre as construções coletivas, Souza (2016) explicita que:

Portanto, não se poderia mais considerar a produção dos problemas de aprendizagem e de comportamento como sendo meras questões individuais, familiares ou de classe social. Era preciso pensar dialogicamente, a partir de um olhar de construção coletiva de práticas que instauram formas de viver no cotidiano escolar, que se materializam a cada dia no interior das políticas públicas, nas condições objetivas de vida e de ensino; era necessário partir dos anseios e representações a respeito das camadas populares e de suas possibilidades no âmbito da sociedade, dos elementos da cultura, das possibilidades de implementar pedagogias e práticas críticas no interior da escola. (SOUZA, 2016, p.62).

Patto (1999) conclui que o rendimento em uma escola onde o funcionamento está dificultado faz com que as crianças com dificuldades em aprender (por várias formas em sua aprendizagem escolar) sejam desvalorizadas e acabem diante de preconceitos. E com isso, essas ideias ganham força ao serem compreendidas por um certo modo de produzir conhecimentos, e ressaltam conceitos de senso comum, como se fossem verdades inquestionáveis. Entretanto desvendar as formas através das quais este preconceito se faz presente no cotidiano da escola revelou-se um caminho produtivo no esclarecimento do processo de produção escolar. Esse preconceito é estruturante das práticas e processos que representam desde as decisões referentes à política educacional até em relação diária da professora com seus alunos.

Coll (1995) sugere que os professores organizem e se encontrem normalmente na presença de um grupo de alunos com diferentes níveis, no âmbito da comunicativo-linguística. Alunos que diferem quanto aos usos que concebem da linguagem, em função da procedência geográfica, social e cultural. Portanto o ideal seria trabalhar a autonomia da criança, para que não seja dependente em tudo, e o professor também deve respeitar as diferenças do mesmo.

O respeito aos alunos nem sempre está presente no ensino escolar, e a desigualdade acontece pela falta de comprometimento com o coletivo, bem como preconiza Machado (2010).

Em nossa formação, aprendemos que as práticas construídas na relação psicologia/sociedade isentam o sistema social pela produção da desigualdade. Portanto, isentam o funcionamento das escolas e das práticas psicológicas (ou de outros especialistas) da responsabilidade na produção daquilo que denominamos problema educacional. Assim surgem as idéias de que essas crianças têm problemas pessoais a serem sanados por especialistas específicos e de que esses problemas não teriam relação com o funcionamento da educação e da saúde. (MACHADO, 2010, p.28).

No entanto, esse processo revela práticas que durante muito tempo foram inseridos e realizados na área da educação, o que impõe o campo da saúde para compreender a má funcionalidade escolar. Isto é, ocorre nesse caráter generalizador a existência de hipóteses presente em uma certa relação professor-aluno, e também especialista-paciente, e que novamente precariza essa problemática em questões médicas, e que não são cabíveis, em alguns casos, ao funcionamento no processo educacional.

3.2 Crítica à Medicalização

Como já descrito nos títulos anteriores, ocorreu progressivas ocupações e pesquisas pelas supostas disfunções neurológicas, e devido à essas investigações até nos dias atuais a maioria dos discursos medicalizantes envolvem e referem-se ao Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e à Dislexia, afinal medicalizar um fenômeno ou uma suposta descoberta, significava patologizá-lo.

Em 1937 o neurologista americano Bradley, realizou experiências com drogas psicotrópicas em crianças e adolescentes de orfanatos, drogas que já eram utilizadas em adultos e os efeitos colaterais eram de conhecimentos médicos. A

partir dessa experiência sem comprometimento metodológico, nem ético, avalia-se que todas as crianças com problemas de aprendizagem ou comportamento apresentaram melhora nas suas dificuldades, assim realizando o desejo da indústria farmacêutica.

A crítica à medicalização da vida surge devido à inquietações quanto a consequência desses vários estudos baseados em indesfrutáveis hipóteses, e na luta contra a medicalização da vida de crianças e adolescentes, e também do uso crescente de drogas psicotrópicas devido a invenção de doenças que envolvem a dificuldade de aprendizado. No entanto as doenças transformadas pela medicina, na realidade seriam decorrentes dos problemas do sistema educacional e assim aumentando os serviços ao redor de supostas patologias e ampliando a medicalização.

Os autores Guarido e Voltolini (2009) enfatizam que no século XX diversos estudos sobre a concepção da medicalização visavam primordialmente uma forma com base nos problemas de aprendizado das crianças, assim medicalizavam esse fenômeno para simplesmente reduzir as problemáticas sociopolíticas em questões de modo privado, isto é, tornaram em individual um contexto que não é terapêutico e nem de práticas médicas.

De maneira geral, a crítica dirigida por diversos autores à medicalização diz respeito à redução de questões amplas - que envolveriam, em sua análise, diversas disciplinas (sociologia, antropologia, psicologia, economia, ciências políticas, história, medicina, etc.) - a um único domínio metodológico disciplinar: a medicina. A medicalização foi então tomada como expressão da difusão do saber médico no tecido social, como difusão de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como uma operação de práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social. (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p.241).

É importante salientar a concepção no âmbito entre a medicina e a educação sobre a medicalização introduzida na problemática político-sociais como particularidades pessoais e individuais devido as ideologias de uma sociedade normalizada e na formação ideário do homem moderno.

A ideologia de uma sociedade disciplinar que preconiza comportamentos, prejudica essas crianças que são diagnosticadas e medicalizadas, devido à busca de padronização de hábitos embasada na disciplina social. Tais crianças que não conseguem aprender devido ao ensino que lhe são sujeitadas e ao invés de todo o

conjunto em volta da mesma procurar mudanças na escola e transformar a escola, passam a culpabilizar essas crianças por serem “problemas”, sendo medicalizadas. Assim acalmam-se os que estão ao redor destas crianças e tiram o foco do problema concreto, que pode envolver a escola, a política e o âmbito cultural. Em relação ao empobrecimento do meio social e físico, Illich (1975) realça:

A proliferação dos profissionais de saúde não é malsã só porque os médicos produzem lesões orgânicas ou distúrbios funcionais: ela o é sobretudo porque eles produzem dependência. Esta dependência em face da intervenção profissional tende a empobrecer o meio social e físico em seus aspectos salubres e curativos, embora não médicos, diminuindo as possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e adaptação que as pessoas comuns possuem. Mais os apartamentos modernos são caros, mais são inóspitos ao doente, e o medo que a família tem de se encarregar de seus doentes eventuais cresce com as contribuições pagas à previdência social. (ILLICH, 1975, p.37).

Em relação à medicação e aos sintomas envolvidos na patologização da vida, Souza (2016) ressalta como o comportamento das crianças medicalizadas mudam devido esse processo de conduta social, além de chamar atenção aos envolvidos à escolarização e como é fundamental não medicar para resolver o que na realidade pode ser transformado na escola.

Ao transformarmos as questões sociais em patologias individuais, introduzimos um desdobramento bastante grave: a possibilidade de utilização de terapias medicamentosas! A medicação passa, então, a fazer parte da vida de crianças, adolescentes e adultos que possuem os supostos transtornos. O que faz a medicação? Cura a suposta patologia? Por mais contraditório que possa parecer, a resposta é negativa. A medicação atua sobre o sintoma, por exemplo, uma criança que apresenta um comportamento ativo na escola passa, após a medicação, a ficar sentada, sonolenta, quieta, dando a impressão de que está agora de fato prestando atenção ao professor e às tarefas. Ou seja, a medicação atua sobre o sintoma apresentado, procurando contê-lo por meio químico e por algumas horas apenas após ser ingerida; a medicação, diferentemente do que se pensa, não atua sobre as causas, os determinantes, o contexto que produz certo comportamento ou dificuldade que está sendo apresentada na escola. Portanto, no caso das dificuldades de aprendizagem e de comportamento, busca-se no médico e no medicamento uma resposta para dificuldades no campo da escolarização que está muito além, como tratamos até o momento neste texto, de um mero comportamento inadequado ou de uma família inadequada para esta criança. (SOUZA, 2016, p.64).

Nesse contexto sobre medicação, é possível compreender o quanto a população é facilmente levada ao caos, obedecendo ao sistema, e ao mesmo tempo

é preocupante como a vida medicalizada se torna dependente desse processo de uniformização na sociedade em que vivem.

A medicalização tem como alvo controlar e submeter as pessoas. Assim esconde questionamentos e desconfortos protegidos por discursos de inclusão. Os modos naturais e humanos, e também a aprendizagem são alvos preferenciais da medicalização. Destacam a insatisfação e questionamentos que são embasados por meio das possibilidades de mudanças nas maneiras de ordenação social e de superação de desigualdades e preconceitos. Com isso então, envolvem concepções e práticas medicalizantes no interior das instituições escolares.

Dentro da sala de aula, docentes alimentam o costume de encaminhar a especialistas alunos que não correspondem ao sistema de aprendizagem ou comportamento. Porém, é importante que o educador tenha cuidado ao julgar sem preparo, afinal não se pode concretizar encaminhamentos que individualiza esses alunos. Neste processo incentivam a medicalização da vida dos mesmos, assim a escola cada vez mais aceita especialistas que patologizam com base em hipóteses, porém sem confirmações.

A medicalização da aprendizagem de crianças que estão na idade escolar, enfrentam fatores que são de inúmeros elementos constituintes do processo da aprendizagem, e acabam como objetos de reflexão com base no modo biológico. Decorrente disso, vários alunos, segundo os autores, são medicalizados com drogas psicotrópicas, como por exemplo a Ritalina e que por fim resulta em dependência química e também a perda de apetite, assim fragiliza o crescimento da mesma e entre outros efeitos que prejudicam, alguns até fatais.

Conforme Moysés e Collares (2015) é crescente nas sociedades ocidentais a modificação de problemas inerentes à vida para o campo médico, com a alteração de questões coletivas, de ordem social e política, em questões somente individuais e biológicas, descarregando as responsabilidades das instâncias de poder, onde são gerados esses problemas. Em outro ponto as autoras questionam todo esse encadeamento da ferramenta medicalizante.

Até quando crianças e jovens continuarão sendo quimicamente contidos, iatrogenicamente drogaditos? Até quando suas vidas serão o combustível para as fomalhas de fazer dinheiro dos vendedores de doenças? (MOYSÉS; COLLARES, 2015, p.117).

Os medicamentos torna-se na escolarização um instrumento a mais para o processo de aprendizagem das crianças e adolescentes, Contudo, ocorre que isto é uma ilusão. Contabiliza-se como soma o que na realidade pode prejudicar ainda mais a vida dos mesmos, e tira-se qualquer modo ético de responsabilidade, medicalizando a vida.

O processo de medicalização favorece a alteração de que ao invés fabricarem os remédios para quem realmente está doente, fabricam-se doenças para remédios, no intuito de fomentar e aumentar um mercado que estende-se para a indústria farmacêutica com a invenção de supostas doenças, e somente tem como base relações estabelecidas entre a indústria e a produção de teorias que tentam comprovar a existências dessas doenças.

A autora Guarido (2007) comenta que a data da primeira sintetização de um psicofárcamo utilizado nos tratamentos psiquiátricos foi em 1952. Desde essa época a indústria farmacêutica investe cada vez mais e todos os anos em recursos no estabelecimento de pesquisas na área da psicofarmacologia e aplica grande parte de recursos no marketing de recentes drogas.

Os autores Guarido e Voltolini (2009) ressaltam o funcionamento e as facetas da indústria farmacêutica.

As pesquisas sobre o funcionamento neuroquímico humano impulsionam e são impulsionadas pela indústria farmacêutica. O sistema de licença para produção e comercialização de drogas também atua nesse contexto, atento tanto aos efeitos terapêuticos quanto aos colaterais (neurológicos como de dependência) de cada nova droga desenvolvida. Mas a lógica do mercado também interfere no conjunto dessa mudança nas práticas em saúde, pois as indústrias farmacêuticas estão especialmente interessadas na venda de seus produtos. (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p.250).

A lógica de vender doenças é a ansia do lucro, afinal o mercado farmacêutico é a indústria que mais fatura, e na maioria das vezes financia médicos que são treinados a trabalhar cada vez mais com medicamentos segundo alguns autores, tornando doença o que faz parte da vida de qualquer pessoa. Afinal, as pessoas cada vez mais desaprendem à conviver com suas próprias sensações, frustrações e relações humanas, e ficam mais distantes de si próprias. Procuram a solução para todos os problemas na pílula e facilita a venda dos medicamentos, porém é

eticamente inadequado aproveitar de situações humanas e naturais para ganhar lucro em remédios e entre outras peculiaridades.

A sociedade recorre às soluções mais fáceis e rápidas, acabam na política do consumismo, então consomem para atender à um padrão. Portanto não é um consumo reflexivo de medicamentos, mas para se enquadrar no modo de vida da sociedade consumista, e assim favorecem o capitalismo. A indústria farmacêutica sustenta a ansiedade das pessoas devido a fragilidade na confiança nos avanços científicos e na inovação.

3.3 Aspectos Filosóficos da Medicalização

A análise foucaultiana ressalta o aspecto de produção da medicalização, na medida que tem a capacidade de fabricar novas verdades para responder as diferentes possibilidades de ação dos sujeito na sociedade, além de destacar seu aspecto de controle (governo) nos indivíduos.

(...) [à] maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos (recobrando não) apenas formas instituídas e legítimas de sujeição política ou econômica; mas modos de ação mais ou menos refletidos e calculados, porém todos destinados a agir sobre as possibilidades de ação dos outros indivíduos. Governar, nesse sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros (FOUCAULT, 1995, p.243).

A Medicina é vista como uma estratégia de saber e poder que identifica, através de sua prática e do conhecimento científico adquirido, construir um campo de ação na sociedade que opera sobre os mecanismos de produção de subjetividade dos indivíduos.

Um prognóstico onde os sintomas resultam em uma doença que é significada, não se resoluçiona em distúrbio, portanto quando a racionalidade anátomo-clínica produz diferenças de casos individuais em descrição de uma determinada doença, faz com que favorece a intervenção médica que é regida por uma certa norma. E então o poder clínico não resulta mais em uma simples procura da cura, mas tem como base a medicalização.

Neste mesmo contexto, Illich (1995) salienta que:

A medicalização do diagnóstico precoce não apenas entrava e desencoraja a verdadeira prevenção, mas leva também o paciente

potencial a comportar-se como um objeto pelo qual o médico é responsável. Ele aprende a entregar-se ao médico esteja ou não com boa saúde; transforma-se num paciente para o resto da vida. (ILLICH, 1995, p. 51).

O saber científico torna-se o entendimento de tudo. A associação do saber em relação ao corpo somada a metodologia científica transfere ao saber médico um determinado prestígio que engloba a saúde em um padrão universal. Procuram ensinar como se deve agir e viver, articulando ao poder uniformizador, exclusivo do âmbito clínico.

Illich (1995), ressalta as prescrições dos especialistas e a etiquetagem cultural que favorece a medicalização social.

Vimos que a redução da capacidade de reagir dos membros de uma sociedade reflete-se na medicalização do Orçamento, e que a invasão farmacêutica, seja ou não eficaz, bloqueia a resistência das pessoas. Uma terceira forma de iatrogênese social é resultante da medicalização das categorias sociais. Bom exemplo desse atentado ao controle pessoal sobre o organismo e ao direito de modificar um ambiente que o entrava é a etiquetagem iatrogênica das diferentes idades da vida humana. Essa etiquetagem acaba fazendo parte integrante da cultura popular quando o leigo aceita como coisa "natural" e banal o fato de que as pessoas têm necessidade de cuidados médicos de rotina simplesmente porque estão em gestação, são recém-nascidas, crianças, estão no climatério, ou porque são velhas. Quando se chega a esse ponto, a vida não é mais uma sucessão de diferentes formas de saúde, e sim uma sequência de períodos cada qual exigindo uma forma particular de consumo terapêutico. A cada idade corresponde então um meio ambiente especial para otimizar essa saúdemercadoria: o berço, o local de trabalho, o asilo de aposentados e a sala de reanimação no hospital. O homem fica encaixotado num meio feito para os membros de sua categoria, conforme a concebe o especialista burocrático encarregado de sua gerência. Em cada um desses lugares, o indivíduo é instruído para seguir o comportamento que convém a uma administração de pedagogos, de pediatras, de ginecologistas, de geriatras e às suas diversas classes de servidores. A riqueza de informações sobre o meio natural é degradada por sua especialização; a escola, a rua e a atmosfera asséptica da clínica se enriquecem de prescrições profissionais e se empobrecem em opções para aqueles que aí se encontram encerrados. O homem domesticado entra em estabulação permanente para se fazer gerir numa sequência de celas especializadas. (ILLICH, 1975, p. 43).

A domesticação do homem em um sequência de períodos, incentiva e estimula o consumo, e as diversas classes de servidores dos especialistas em formação para o sistema capitalista, mesmo que alguns dos envolvidos não

percebam a fluência do rumo tomado por esse processo de medicalização social. As pessoas ficam vulneráveis à esse processo, o que facilita essa etiquetagem cultural como relatado pelo autor, onde o homem acaba se inserindo numa sequência de celas especializadas.

É possível perceber a influência do poder clínico na vida social das pessoas, o poder do médico faz com que somente o que é dito e diagnosticado por ele seja a concreta verdade do estado que o indivíduo se encontra, e essa influência está presente desde a gestação até a fase idosa do mesmo, ou seja, apenas o que os especialistas declaram seria a resposta e a verdade absoluta e com isso refletindo na medicalização facilitada na vida da sociedade, porém tornando o consumo e a verdade irreal pelo poder clínico uma verdadeira doença social.

De qualquer modo, ainda que na condição da lógica desejante, é na busca de desobedecer a ética que a operação do capitalismo empreende seus maiores esforços. Assim sempre convence as pessoas que em qualquer condição haverá um objeto de consumo ou medicamento para resolver todos os problemas.

Então com todo esse processo de padronização, beneficia apenas a medicalização, por toda essas transformações de doenças em negócios. Com isso provoca-se alargamento do limite das doenças e resulta muitas das vezes pessoas que são saudáveis acreditarem que estão doentes, assim retorna ao ciclo do mercado para vendedores do investimento de saúde como os equipamentos, os medicamentos, os exames de laboratórios e entre outros. Os autores Guarido e Voltolini (2009) frizam esse controle do padrão e da vida cotidiana.

O que circula hoje como saber médico no social se assemelha a um conjunto de procedimentos, uma medicina remediativa, sem moralizações para o futuro. Muito mais pautada no controle da vida cotidiana, numa prática de hábitos no presente. No mundo contemporâneo, o apelo aos remédios é expressão das maneiras encontradas na cultura para negar um mal-estar estrutural. (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p.260).

Em suma, as pílulas aparecem para regular a subjetividade, sendo um elemento químico que organiza a desordem de um corpo que não tem adaptação aos ideais de produção e satisfação social. Nesse contexto o campo da medicina interligada com a lógica capitalista aproveitam-se dessa idealização do consumo para satisfazer com o medicamento. E com essa lógica capitalista, torna-se novamente ao ciclo à necessidade de satisfazer e realizar, e passa a ser mais

instigante para se adequar ao padrão. Porém não se tem claro os efeitos de todos os medicamentos à médio-longo prazo, afinal qualquer remédio pode ter efeitos tanto positivos quanto negativos.

3.3.1 O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

A medicalização, como já descrito no título “crítica à medicalização”, tem como alvo controlar e submeter as pessoas, transformando-as em sujeitos patologizados, assim prejudica-se a vida social, afetiva e educacional, e em seguida, oculta-se os efeitos causados por todo esse processo.

Decorrente disso, se constituiu o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, com caráter político e com objetivos de articular e mobilizar grupos, entidades e pessoas para a crítica em relação à medicalização da aprendizagem e do comportamento, também propõe desafios em construir estratégias que subvertam a medicalização, bem como ampliar a democratização do debate.

Os modelos tradicionais de atuação profissional em saúde e educação têm sido alvo de críticas que não só revelam os equívocos e as ideologias que perpassam os encontros entre as duas áreas, como abrem espaço para a construção de práticas alternativas às que historicamente se constituíram como hegemônicas. Eis o mote a partir do qual se constitui, no interior do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, o GT Educação & Saúde – coletivo de profissionais que se propõe a discutir formas de atuação na contramão da lógica medicalizante que caracteriza, em boa parte dos casos, os encontros entre ambas as áreas. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2015, p.8).

No Fórum, as pessoas podem obter informações sobre as ações do mesmo junto aos poderes legislativo e judiciário. Também as várias formas de mobilização dos profissionais e da população, com participação ativa em grupos que organizam diversos atendimentos à população para superar e inverter a lógica medicalizante vigente.

Os princípios que o Fórum se fundamenta percorre em questões como: a defesa do direito humano; da criança e adolescente; valorização da participação popular e da compreensão do fenômeno medicalização em abordagem interdisciplinar; direito à saúde; respeito à diversidade; contra os processos de medicalização da vida; entre outros. Nesse sentido, o Fórum tem como propósito e

atuação, o grande fundamento na importância em apoiar e incentivar os profissionais e serviços alinhados nessa perspectiva contra a medicalização, atuando de modo a enfrentar as práticas hegemônicas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa tinha como propósito, compreender a problematização em torno do conceito da dislexia, atentando para a sua história e às suas conseqüentes concepções em hipóteses patológicas. Todavia cabe notar que existe contrariedade em torno de concepções causais e também da variedade de manifestações ditas sintomáticas sobre a dislexia, que ao contrário deveria visar uma reflexão sobre a importância de problematizar a conceituação da mesma, afinal não se deve generalizar todas as causas como patologizantes para usar e manipular a linguagem e também dos que não tem facilidade em aprender, ou com comportamento inadequado na visão da sociedade.

É preciso acreditar que todos são capazes, independentemente das dificuldades, nada é impossível para quem acreditar que irá conseguir realizar seus objetivos apesar do complexo processo que existe em debate sobre a dislexia, mas principalmente os professores e os pais, precisam acreditar que todas as crianças tem o potencial para aprender e que o aprendizado ocorre, em cada sujeito, de forma diferenciada.

As causas neurobiológicas não fundamentadas e sem comprovações não podem prejudicar certas crianças como sujeitos patológicos, não se pode generalizar todas as crianças com dificuldades, em doentes. Portanto, é preocupante a falta de informações e entendimento da linguagem e dessa problematização como um modo peculiar do contexto, da compreensão coletiva e de aprofundamentos históricos e sociais. Entretanto, é essencial perceber que cada sujeito compreende relações diferenciadas em torno da escrita, da leitura, de ver o mundo, de conviver em sociedade, enfim, de viver.

No entanto, as causas do fracasso escolar nas crianças e em seus familiares podem ser compreendidos por um caráter que condena alunos de classes menos favorecidas por meio de preconceitos e assim direcionam-se para as políticas educacionais procurando resultados, porém não soluciona as causas e não supri as necessidades, com falta de investimentos e sem dificuldades sanadas. Por isso é fundamental a discussão das políticas educacionais em coletivo, e uma suprema atenção do sistema para um melhor investimento educacional.

A maioria das crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem, podem estar apenas respondendo ao que lhes são oferecidos, isto é, a insuficiência do

sistema educacional, o mau investimento na educação, a falta de informações de toda a equipe escolar, e com desigualdades enfrentadas no cotidiano que não são reparadas, apenas diagnosticadas.

Em virtude do fracasso que não é apenas escolar, buscam uniformizar os que não correspondem ao padrão na sociedade, e apenas executam o sistema, favorecendo a vida patologizante e consequentemente a vida medicalizante e a lógica capitalista. Essa questão individualiza o que na verdade são alterações produzidas pela ordem social, coletiva e política, e com isso fabricam-se remédios na existência do âmbito medicalizante, prejudicando as pessoas que estão diagnosticadas, não generalizando, apenas para atender ao padrão.

O discurso médico como uma verdade plena, precisa ser repensado e investigado no âmbito clínico e escolar, afinal a medicina tem o saber, mas que nem sempre é absoluto e fundamentado. É necessário ressaltar o quanto essa complexidade em torno do tema pesquisado favorece a medicalização, a indústria farmacêutica, os especialistas, portanto prejudicando os diagnosticados, porém cada caso é diferenciado, isto é, estas considerações não tem como objetivo universalizar todos os casos.

O consumo é um dos grandes causadores dos problemas enfrentados na sociedade, permitindo um ciclo que agrada às necessidades do corpo e de viver em sociedade, e então acontece o mesmo com a venda de medicamentos, consumos de remédios para responder à padronização social, o que facilita para as indústrias farmacêuticas. Por isso é necessário articular a discussão sobre a crítica medicalizante, fazer com que as informações cheguem à própria sociedade, e principalmente nos pais, nas crianças, nos professores, nas escolas e em todos os profissionais envolvidos, para que possam refletir e criticar em relação à essas questões.

Em suma, realçando a significativa importância para este tema, tendo como finalidade auxiliar essencialmente os professores que estão presentes nas escolas à obter conhecimento e buscarem informações, examinando esse debate biológico, comportamental, social acerca da dislexia e que consigam compreender com entendimento. Contudo, apesar de ser um assunto importante, existe uma grande defasagem em pesquisas que tem como base hipóteses e muitas sem confirmações, porém considera-se que este trabalho possa contribuir em mais pesquisas acerca do

tema e também possibilitar o cuidado com as informações e a atenção a respeito da diversificação dada à dislexia.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISLEXIA. Disponível em: <[http:// www. dislexia. org.br](http://www.dislexia.org.br)> Acesso em: 05 jun. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Tradução brasileira de Dayse Batista. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM IV. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5*. 2014. Disponível em <<http://www.dsm5.org/>>. Acesso em: 08 jul.2016.

BALLONE, G. J. *Linguagem*. 2001. Site PsiqWeb Psiquiatria Geral. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/cursos/linguag.html>> Acesso em: 15 mai.2016.

BLASI, H. F. *Contribuições da psicolinguística ao estudo da dislexia*. 2006. 177 f. Tese (Doutorado em Linguística)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CARVALHAIS, L. S. de A.; SILVA, C. Consequências sociais e emocionais da dislexia de desenvolvimento: um estudo de caso. *Pró-Fono Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, [S.l.], v.11, n. 1, p. 21-29, jan./jun. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v11n1/v11n1a03.pdf>> Acesso em: 15 jun.2016.

COLL, C. PALACIOS, J.; MARCHESI, Á. *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. v. 3.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Grupo Interinstitucional (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes. Conflitos silenciosos pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p.193-213.

CORREA, C. *Dislexia: Afinal de quem é o problema?* 2003. Disponível em: <http://www.webamigos.net/educaforum/dislexia2003marco.shtml>. Acesso em: 10 maio 2016.

CORREIA, L. M. *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora, 1999.

COUDRY, M. I. H. *Dislexia: um bem necessário*. In: XIV SEMINÁRIO DO GEL, 1987, Campinas. *Anais...* Campinas: UNICAMP, 1987, p. 150-157.

CRUZ, V. *Dificuldades de Aprendizagem: Fundamentos*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora, 1999.

CRUZ, V. *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, 2009.

DOCKRELL, J.; McSHANE, J. *Crianças com dificuldades de aprendizagem: uma abordagem cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DROUET, R. C. R. *Distúrbios de aprendizagem*. São Paulo: Editora Ática, 1995.

FIJALKOW, J.; RAGANO, S. Dyslexie: Le retour. *Análise Psicológica*, v.22, n.1, p. 175-185, 2004.

GUARIDO, R. *A medicalização do sofrimento psíquico: Considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação*. Ed. USP. Educação e Pesquisa, v.33, n.1, São Paulo, p. 151-161, jan/abr 2007.

GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. *O que não tem remédio, remediado está?* Educação em Revista. v.25, n.01, Belo Horizonte, p.239-263, abr. 2009.

GOMES, C. E.; JACOBY, N. *Dificuldade de Aprendizagem: percepções dos professores do Ensino Fundamental I da Escola Municipal de Educação Básica Figueira*. 2015. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-escolar/dificuldade-de-aprendizagem-percepcoes-dos-professores-do-ensino-fundamental-i-da-escola-municipal-de-educacao-basica-figueira>> Acesso em: 16 set. 2015.

ELLIS, A. W. *Leitura, escrita e dislexia: uma análise cognitiva*. Trad. Dayse Batista. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. (Org.). *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 231-249, 1995.

FONSECA, V. *Introdução às dificuldades de aprendizagem*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Grupo de Trabalho Educação e Saúde. *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de saúde e educação*. Ed. rev. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://medicalizacao.org.br/recomendacoes/>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Grupo de trabalho educação e saúde. *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*. Ed. Rev. São Paulo, 2015.

HENNIG, K. A. *Compreender a dislexia um guia para os pais e professores*. Porto Editora, 2003.

HOUT, A.V.; ESTIENNE, F. *Dislexias: descrição, avaliação, explicação e tratamento*. Tradução de Cláudia Schilling. Porto Alegre: Ed. ARTMED, 2001.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JOHNSON, D. J.; MYKLEBUST, H. R. *Distúrbios de aprendizagem: princípios e práticas educacionais*. São Paulo: Pioneira, 1991.

LÚRIA, A. R. O desenvolvimento da escrita na criança. In: VYGOTSKY, L. S.; LÚRIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. 2. ed. São Paulo: ícone, p. 143-189, 1988.

LUDKE, M., ANDRÉ, M.E.C.A de *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

LYON, G. R. Defining Dyslexia, Comorbidity, Teachers' Knowledge of Language and Reading A Definition of Dyslexia. *Annals of Dyslexia*, New York, v.53, p. 1-14, 2003.

MACHADO, A. M. Medicalização e escolarização: por que as crianças não aprendem a ler e escrever?. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). *Dislexia: subsídios para políticas públicas*. São Paulo, p. 24-29, 2010. (Caderno Temático, v.8).

MARTINS, V. *Dislexia e mau-leitor: as diferenças*. 20 out.2006. Disponível em: <<http://educarcultivarlibertar.blogspot.com.br/2006/10/dislexia-e-mau-leitor-as-diferenas.html>> Acesso em: 15 mai.2016.

MOYSÉS, M.A.A. Dislexia existe? Questionamento a partir de estudos científicos. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Dislexia: subsídios para políticas públicas*. São Paulo, 2010. (Caderno Temático, v. 8).

MOYSÉS, M.A.A.; COLLARES, C.A.L. A dislexia e tdah: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Grupo Interinstitucional Queixa Escolar, organizadores. *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 79-121, 2015.

OLIVEIRA, A. P. D. *A dislexia fator implicador na aprendizagem da linguagem na visão dos professores*. 2013.
<https://www.mch.ifsuldeminas.edu.br/~biblioteca/biblioteca_digital/Documentos/TC-C-da-Biologia2013/TCC-Paula.pdf> Acesso em: 20 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Coord.). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Tradução brasileira de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAÍN, S. *Diagnóstico e Tratamento dos problemas de Aprendizagem*. 3 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

PENNINGTON, B. F. *Diagnóstico de distúrbios de aprendizagem: um referencial neuropsicológico*. São Paulo: Pioneira. 1991.

PINHEIRO, S. M. L. S. R. *Dificuldades Específicas de Aprendizagem: A Dislexia*. Tese de Mestrado em Educação Especial. Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto, p. 129, 2009.

POPPOVIC, A. M. *Alfabetização: disfunções psiconeurológicas*. São Paulo: Vetor, 1968.

ROTTA, N.T.; PEDROSO, F.S. Transtorno da linguagem escrita: Dislexia. In: ROTTA, N.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R.S. (Org.). *Transtorno de aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. 2. ed. Artmed, 2016. p. 151-164.

SALLES, J. F.; PARENTE, M. A. M. P; MACHADO, S. S. As dislexias de desenvolvimento: aspetos neuropsicológicos e cognitivos. *Interacções*, Brasília, DF, v. 9, n. 17, 2004.

SOUZA, M.P.R. Medicalização. In: SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal de Educação. Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem. Coordenadoria Pedagógica. *Caderno de debates no naapa: questões do cotidiano escolar*. São Paulo, 2016. p. 59-80.

TOPCZEWSKI, A. *Dislexia: Como lidar?* São Paulo: All Print Editora, 2010.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.