

# CONTRIBUIÇÕES DA NEUROLINGÜÍSTICA DISCURSIVA PARA A FORMAÇÃO DE PROFESSORES<sup>1</sup>

## CONTRIBUTIONS FROM DISCURSIVE NEUROLINGUISTICS TO TEACHER TRAINING

Isabella de Cássia Netto Moutinho<sup>2</sup>

**Resumo:** Um dos principais objetivos deste artigo é contextualizar a forma pela qual patologias relacionadas ao aprendizado, como a dislexia, têm sido equivocadamente atribuídas às crianças que apresentam dificuldades resultantes de questões pedagógicas, políticas e sociais, o que caracteriza o processo de patologização de dificuldades normais. A partir deste contexto, buscarei abordar o papel de triagem atribuído ao professor neste processo e as contribuições que a Neurolinguística de orientação discursiva pode dar aos cursos de formação de professores a fim de evitar este processo de patologização que tanto prejudica as crianças.

**Palavras-chave:** Currículo; Patologização; Formação de Professores; Estudos Linguísticos.

**Abstract:** One of the main goals of this article is to contextualize the way in which pathologies related to learning, such as dyslexia, have been mistakenly attributed to children who show difficulties resulting from pedagogical, political and social issues, which characterizes the pathologization process of normal difficulties. From this context, I will approach the role given to the teachers in this process and the contributions that the Neurolinguistics of discursive orientation can give to the courses of teacher training in order to avoid this process of pathologization that compromises many children.

**Keywords:** Curriculum; Pathologization; Teacher Training; Linguistic Studies.

### 1 Introdução

É cada vez mais frequente o uso e a discussão dos termos *patologização* da educação e *medicalização* da infância em congressos acadêmicos nas áreas da Educação e da Linguística no contexto brasileiro. A recorrência das discussões se deve ao crescente excesso de diagnósticos (COUDRY, 1987) relacionados à aprendizagem - especialmente de leitura e de escrita - que se verifica no Brasil desde meados da década de 80. Diagnósticos de patologias como a Dislexia e o Distúrbio/Dificuldade de Aprendizado são emitidos por profissionais da área da saúde (médicos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, psicólogos) a partir de testes padronizados que são aplicados para todas as crianças, independentemente de sua idade e de seu contexto socioeconômico e cultural.

---

<sup>1</sup> Este artigo é uma versão estendida ampliada do artigo *Empoderamento do professor diante do discurso médico patologizante: uma questão curricular*, de minha autoria, publicado nos anais do 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, em agosto de 2016.

<sup>2</sup> Doutoranda e mestra em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: isabella.bel@gmail.com

A quantidade de erros das crianças nestes testes aponta para a presença ou não de uma patologia do aprendizado, sem levar em conta quais tipos de erro elas cometem, se as dificuldades que enfrentam para ler e escrever são as mesmas ou se as características de sua escrita são recorrentes.

É possível afirmar, portanto, que a aplicação destes testes padronizados e o seu resultado não levam em conta a subjetividade das crianças: o contexto familiar, histórico e social nos quais estão inseridas e, principalmente, as hipóteses de leitura e escrita (ABAURRE, 1997) comuns e até mesmo esperadas construídas pelas crianças na fase inicial de aprendizado de leitura e escrita. Desta forma, muitos diagnósticos se revelam equivocados e se tornam o marco inicial de um processo de patologização/medicalização que afeta negativamente todo o percurso escolar da vida das crianças e, inclusive, sua vida afetiva e profissional. Há a crença de que estas crianças nunca irão aprender, a separação delas do resto da turma, o estigma de portador de patologia, e, principalmente, o fato de que seu percurso escolar é facilitado: é como se essas crianças fossem *café-com-leite*, ou seja, não precisam ser ensinadas como as outras, estão livres do aprofundamento de conteúdos e usam o laudo como uma muleta no qual se apoiam para finalizar as etapas escolares sem necessariamente aprender o que era esperado. A seguir, este processo será detalhado a partir de uma breve retomada do conceito *medicalização* e sua relação com a Linguística e a formação de professores.

## **2 Patologização de processos normais de aprendizagem**

Para compreender melhor este processo que atualmente caracteriza o cenário educacional brasileiro, faz-se necessário aqui uma breve retomada do conceito *medicalização* ou *patologização*. O termo *medicalização* foi inserido nos estudos das Ciências Sociais por Irving Zola (1972). Para este autor, a *medicalização* pode ser definida como uma jurisprudência da profissão médica a outras esferas sociais, categorizando problemas desta ordem como pertencentes ao campo médico, podendo ser supervisionados e analisados apenas por um médico.

Ampliando a reflexão iniciada por Zola, convém tratar brevemente da teorização de Foucault (2008) sobre este tema. Segundo o autor, o maior perigo da *medicalização* vai muito além da interpretação dos problemas sociais como orgânicos: ele reside no fato de que o espaço médico passa a penetrar completamente o espaço social, possibilitando que os médicos exerçam em todos os lugares e a qualquer momento, através de sua

presença generalizada e de seus olhares cruzados, “uma vigilância constante, móvel e diferenciada”. O autor insere, assim, a medicalização no conjunto de poderes disciplinares por ele estabelecidos. Foucault demonstra preocupação com uma tendência por ele reconhecida nas pessoas ao final do século XX: a crença de que a vida não pode mais ser pensada e cuidada na ausência de profissionais da área médica. Estas reflexões trazidas por Foucault se alinham às de Conrad (1992). Este autor postula que o comportamento passou a ser tratado como problema médico ou como doença e que isso possibilita que a área médica dispense tratamentos por ela julgados adequados e inquestionáveis ao mais diversos desvios.

Para mostrar como a medicalização acontece e se revela nas ações cotidianas de qualquer pessoa, o autor afirma que há um processo sociocultural que ocorre em três níveis e que atingem a todos: primeiramente, o nível linguístico/conceitual, que nos revela como o léxico envolvido na área médica por si só daria conta de definir os problemas apresentados e excluiriam então o envolvimento de profissionais das demais áreas (Educação, Linguística, etc.) no processo de encontrar uma solução para as queixas indicadas. O segundo nível elencado pelo autor é o nível institucional: todas as organizações passaram a adotar abordagem médica para tratar problemas de diversas esferas. Por fim, o nível interacional: segundo o autor, neste nível, o médico tem papel principal, uma vez que envolve o momento no qual interage com o paciente, nomeia seus problemas e prescreve tratamento médico para um problema pertencente à ordem do social.

Este trabalho, desenvolvido no interior da Linguística, assume uma postura contrária ao recorrente processo de medicalização instituído no Brasil, principalmente nas escolas e nas clínicas de diversas especialidades (Psicopedagogia, Psicologia, Fonoaudiologia, Medicina) quando se trata das patologias relacionadas à aprendizagem e embasa sua argumentação a partir de uma teoria histórico-cultural (VYGOTSKY 2007) que articula autores como Freud (1981), Luria (1988) e Vygostky (2007). Cada vez mais, professores, coordenadores e orientadores pedagógicos, são capturados pelo discurso médico patologizante e sentem a obrigação de encaminhar para uma avaliação clínica qualquer questão relacionada ao aprendizado apresentada por crianças e adolescentes, principalmente quando se tratam de problemas de leitura e escrita. Diante deste quadro, uma das questões principais que proponho discutir neste artigo é a forma pela qual as hipóteses de escrita construídas pelas crianças em fase de alfabetização passaram, dentro de um contexto patologizante, a ser interpretadas como erro/desvio ou sintoma de uma

patologia como a Dislexia ou o Distúrbio de Aprendizagem e o papel do professor e do currículo dos cursos de formação de professores neste contexto. Para tal, desenvolverei a exposição teórica em três itens centrais: (a) a pré-história da escrita na criança, (b) as características da língua escrita e a escrita inicial das crianças e (c) a organização curricular que inclui (ou exclui) os estudos linguísticos dos cursos de formação de professores.

### **3 Patologização de dificuldades de leitura e escrita**

A primeira questão a ser debatida acerca do percurso de aprendizagem de leitura e escrita é formulada no interior de uma teoria histórico-cultural (VYGOTSKY, 2007) do desenvolvimento. De acordo com Luria (1988), é essencial ao educador conhecer as peculiaridades de um momento anterior à entrada da criança na escola, porém determinante do sucesso ou do fracasso de seu aprendizado de leitura e escrita. Esta fase foi nomeada por Luria de pré-história da escrita. Segundo o autor, ela envolve os primeiros anos de vida, nos quais a criança vivencia um conjunto de experiências simbólico-cognitivas materializadas principalmente nos jogos, brincadeiras e brinquedos infantis, nos rabiscos e desenhos. Para o autor, os gestos de representação simbólica presentes em cada uma dessas atividades devem ser vistos como momentos diferentes de um processo essencialmente unificado de desenvolvimento em direção à linguagem escrita, juntamente com todas as outras situações nas quais a leitura e a escrita estão envolvidas no cotidiano familiar e através das quais a criança possa perceber as funções sociais de ler e escrever: a observação do momento em que os pais se dedicam a escrever/ler ou ler para a criança, os livros disponíveis na casa, os textos escritos por familiares, etc. Tais vivências simbólico-cognitivas que envolvem o desenho, o brinquedo e o contato com a língua escrita mediado pelos adultos são fatores constitutivos do processo de letramento da criança e preparam para o trabalho escolar sistemático com a escrita.

Podemos afirmar que a pré-história da escrita é fundamental para a ampliação que acontece no uso da linguagem quando as crianças começam a ser alfabetizadas: o contato com a linguagem que antes era inconsciente, prático, situado no eixo familiar passa a ser analítico, consciente e objetivado no ambiente escolar. Diante desta definição, vemos que algumas crianças já estão em desvantagem em relação às outras: a falta destas

experiências<sup>3</sup> nos anos que antecedem a entrada na escola – muito comum no contexto brasileiro, especialmente na vida das crianças inseridas em segmentos sociais pouco letrados (pais analfabetos, sem condições financeiras para comprar brinquedos, sem papéis, sem desenhar, etc.) e que estudam nas escolas públicas, afeta negativamente o processo de alfabetização.

Este efeito negativo gera diversas dificuldades para a criança quando começa a aprender a ler e escrever. Essas dificuldades surgem principalmente no processo de alfabetização e a principal delas é a chamada *troca*<sup>4</sup> de letras na escrita, um dos principais sintomas descritos pelo DSM V na caracterização da Dislexia e do Transtorno Específico de Aprendizagem (popularmente chamado de Distúrbio ou Dificuldade de Aprendizado). Este diagnóstico é comumente atribuído no Brasil a crianças de faixa etária entre sete a doze anos e, por isso, traz alguns questionamentos: o que é trocar letras? Quais letras são trocadas? São trocas aleatórias, arbitrárias? Quando acontecem e com que frequência acontecem? A seguir, tentaremos responder a estas perguntas abordando o segundo item central a ser debatido neste artigo: as características da língua e a escrita inicial das crianças a partir da perspectiva da Neurolinguística Discursiva

Para entender o motivo pelo qual dificuldades normais de aprendizado de leitura e de escrita têm sido interpretadas como sintomas de patologias, a ND parte das reflexões pré-psicanalíticas de Freud (1891) sobre a afasia em que analisa como se dá o aprendizado da fala, da leitura e da escrita no desenvolvimento infantil.

Em *La afasia*, a preocupação de Freud (1891) é confrontar a tendência localizacionista dos estudos cerebrais que permeavam a pesquisa neurológica da época. Para a desconstrução desse modelo, propõe um aparelho de linguagem que é marcado pela possibilidade de fazer associações. É com esse modelo de aparelho de linguagem que Freud explora questões relacionadas à afasia.

Freud descreve o funcionamento cerebral do sujeito afásico como aquele que, devido a lesões neurológicas, pode perder registros mais complexos e mais recentes (por serem superassociados com os mais antigos) e conservar os mais simples e mais antigos: “Freud relata que estuda o aparelho de linguagem nas afasias como um aparelho de

---

<sup>3</sup> Não podemos dizer que estas crianças não vivenciam nenhuma experiência de letramento, nem mesmo entender que um ambiente pouco letrado seja um ambiente sem práticas culturais (letradas ou não) ou com práticas culturais ruins: neste trabalho, entende-se por ambiente pouco letrado um ambiente em que as práticas sociais e culturais pouco se relacionam com as práticas escolares e que, portanto, não colaboram muito para que as expectativas da escola em relação aos alunos sejam atendidas.

<sup>4</sup> A estas chamadas trocas soma-se o ato de inserir ou omitir letras, conforme o DSM V (2013).

memória, sujeito a um rearranjo segundo novas circunstâncias – a uma retranscrição, um rearranjo funcional que tem efeitos sobre o estrutural/anatômico” (COUDRY; BORDIN, 2012, p. 136). Nos estudos que realiza com os afásicos, Freud traça um paralelo entre a desorganização que o afásico passa a experimentar no campo da leitura e da escrita, após a lesão cerebral, com a entrada das crianças nesses mesmos processos: “ambos precisam criar, em um primeiro momento, registros que os possibilitem (re)fazer associações e superassociações no que toca à fala, à leitura e à escrita”. (COUDRY; BORDIN, 2012).

São breves, mas cruciais para esta pesquisa, os momentos, na referida obra, em que Freud aborda o processo de leitura e escrita. E ele o faz a partir do que define como o *conceito de palavra* como unidade de sentido:

un concepto complejo construido a partir de distintas impresiones; es decir, corresponde a un intrincado proceso de asociación en el cual intervienen elementos de origen visual, acústico y cinestésico. Sin embargo, la palabra adquiere su significado mediante su asociación con la “idea (concepto) del objeto”, o por lo menos esto es lo que sucede si consideramos exclusivamente los sustantivos. La idea, o concepto, del objeto es ella misma otro complejo de asociaciones integrado por las más diversas impresiones visuales, auditivas, táctiles, cinestésicas y otras (FREUD, 1973, p. 90).

Para Freud, a palavra só adquire significado quando associada a um sentido que circula na língua, recuperado pela criança pela possibilidade de ouvir (reconhecimento sensorio-acústico) e repetir (ato motor, na tentativa de aproximação do som ouvido).

Aprendemos el lenguaje de los otros mediante el esfuerzo por adecuar todo lo posible la imagen sonora producida por nosotros a la que ha servido de estímulo para el acto de inervación de nuestros músculos del lenguaje: es decir, aprendemos a ‘repetir’ (FREUD, 1973, p. 91).

Assim, para o autor, a entrada da criança na linguagem se dá pela repetição que incorpora tanto a face acústica quanto motora da palavra e permite, via sentido da palavra na língua, retomar o que foi dito, fazer reajustes e correções. Para ele, a questão do sentido está na base da relação entre fala e escrita:

aprendemos a delettrar asociando las imágenes visuales de las letras con nuevas imágenes sonoras que inevitablemente recuerdan sonidos de palabras ya conocidos. Inmediatamente repetimos el sonido verbal característico de la letra (FREUD, 1973, p.88).

De tal modo, aprender uma letra significa reconhecer, em novas imagens sonoras, visuais e motoras, os sons de palavras já conhecidas. Tal reconhecimento advém de duas impressões: impressão sonora e motora da fala que nomeia a letra e impressão sonora e motora do som da letra. Desse modo, o desenvolvimento de tais competências não se mostra autônomo e, para que uma criança fale, leia e escreva é necessária a presença do outro em relação de sentido com ela (BORDIN, 2010). A

entrada da criança na fala, na leitura e na escrita se dá, então, pela relação com o outro e com outros tipos de interlocutores: a escola, a mídia, as políticas educacionais, os médicos, etc.

Assim, a Neurolinguística Discursiva abarca tais estudos pré-psicanalíticos de Freud e destaca, no interior das formulações do autor, o importante papel da fala para o aprendizado da leitura e da escrita: como a criança já fala, quando está entrando na leitura e na escrita, tudo o que para ela já foi dito pelo outro em uma relação de sentido passa a ser o que já foi ouvido, e nesse processo se dão novas cadeias associativas, que colocam em relação o que é, segundo Coudry (2010), com base em Freud (1891), o que é velho e o que é novo da língua. Ou seja, os novos aprendizados acontecem a partir de associações entre aquilo que se conhece pela fala e aquilo que se passa a conhecer da língua na aquisição dos processos de leitura e de escrita<sup>5</sup>.

Para o Freud, um único pilar sustenta a entrada da criança na fala, na leitura e na escrita: o sentido que norteia e guia tais instâncias. Aprender uma letra não envolve apenas o movimento motor de desenhá-la: “ela aprende um novo som acompanhado de uma imagem visual nova, a qual só ganha existência se ancorada no sentido da imagem sonora da palavra antiga, já conhecida, ou seja, presente na língua falada” (BORDIN, 2010). O que está imbricado no processo de ler com compreensão, portanto, é o reconhecimento de uma imagem visual nova (a letra) e sua associação a uma imagem sonora antiga, que circula na fala do próprio sujeito e é resgatada no momento da leitura. A fala, desta forma, se torna objeto de pesquisa central quando se pretende estudar o processo de aquisição da leitura e da escrita: sendo apoio para escrever, é muito comum que as crianças escrevam como falam, o que resulta na ortografia não convencional, porém reveladora das hipóteses das crianças sobre a representação do velho (fala) como novo (escrita). Como a teorização de Freud sobre a relação entre fala, leitura e escrita nos leva a pensar sobre patologias relacionadas ao aprendizado, como a dislexia? Com esta teorização se alinha aos estudos linguísticos sobre a escrita da criança?

Para entender o que são e porque essas chamadas trocas acontecem, é preciso compreender algumas características da representação escrita da língua portuguesa elencadas por Faraco (2012). O autor enfatiza a importância de os professores alfabetizadores e dos anos iniciais do ensino fundamental saberem que a língua portuguesa tem uma representação gráfica alfabética e com memória etimológica. Essa

---

<sup>5</sup> Essa relação se modifica e se amplia no caso do leitor e escrevente experiente.

afirmação pode ser desdobrada em duas: a) a escrita alfabética tem, em tese, um princípio de que cada unidade sonora funcional (fonema) é representada por uma determinada letra (grafema) e de que cada letra representará uma unidade sonora funcional; b) o princípio da memória etimológica nos mostra que o critério para fixar as formas das palavras não envolve apenas as unidades sonoras funcionais que a compõem, mas também sua origem.

Desta forma, a relação fonema/grafema nem sempre será regular e poderá envolver arbitrariedades. Um exemplo retomado pelo autor é o fato de que escrevemos *excelente* com *xc* e *essência* com *ss*, embora o fonema seja o mesmo nas duas palavras. É este tipo de arbitrariedade que representará dificuldades não só para o aprendiz de leitura e de escrita, mas também para os já alfabetizados. Quando uma criança escreve *passarinho* com *ç* e não com *ss*, percebe-se uma hipótese de representação gráfica de um mesmo fonema que pode ser representado de várias formas na escrita (*ss*, *c*, *s*, *sc*). A escolha, neste caso, não é aleatória: envolve raciocínio e memória, é um processo refletido. Essa memória é construída diante da exposição da criança às palavras e textos e motivada pela complexidade dos processos simbólico-cognitivos da pré-história da escrita. Infelizmente, esse tipo de representação, que depende de que a criança tenha oportunidades de memorização das regras ortográficas e de um ensino pedagógico eficiente, tem sido interpretada como sintoma de patologia.

Ademais, a memória etimológica presente na ortografia não é o único fator a ser considerado pelo educador ao longo do processo de alfabetização: deve-se refletir também sobre a relativa neutralidade em relação à pronúncia. É um grande equívoco dizer que pronunciamos as palavras tais quais as escrevemos. Além das questões próprias de variedade linguística comuns às diversas regiões do Brasil, há também as questões relacionadas ao ambiente fonológico. Sabemos que os sons tendem a ser modificados pelo ambiente (sons vizinhos – precedentes ou seguintes -, fronteiras silábicas, morfemas, palavras fonológicas e sentenças e a posição do som em relação ao acento) em que se encontram.

Estas questões estão fortemente ligadas à omissão ou adição de letras, bem como às chamadas trocas. É muito comum que crianças construam a hipótese de que devem representar a nasalidade em final de sílaba ou palavra acrescentando as letras *m* ou *n* ao final de palavras como *maçã*. Na escrita da palavra *banana*, por exemplo, sabemos que a pronúncia da vogal *a* é influenciada pelo acento e pela nasalidade. Assim, a pronúncia da vogal *a* nas palavras *maçã* e *banana* não é a mesma, o que gera dúvida e construção de hipóteses que nem sempre correspondem à forma ortográfica convencional. A criança



toma a fala como apoio para organizar sua escrita, conforme apontado anteriormente a partir dos escritos de Freud: fala para escrever, escuta o que diz, formula uma hipótese de representação gráfica e escreve as palavras tal qual fala. Nesse percurso, fica às voltas com a arbitrariedade da ortografia e com a relatividade da pronúncia. É neste intervalo de construção de hipóteses que acontecem as *chamadas* trocas ou o erro ortográfico, comuns e esperados no processo de alfabetização.

É importante trazer para esta reflexão considerações sobre o ambiente em que a criança escreve. É muito comum que nas escolas as crianças não possam falar em voz alta para escrever, comprometendo assim a dinâmica silenciosa nas quais os professores preferem que a sala de aula se mantenha. Desta forma, muitas crianças sussurram para escrever, o que pode colaborar para gerar as chamadas trocas de *b* por *p*, *f* por *v*, *q* por *g* etc. Sussurrando, acabam por ensurdecer as consoantes sonoras e representam graficamente exatamente aquilo que falam, sem o traço de sonoridade (CAGLIARI, 2005).

Cabe, diante desta reflexão, problematizar o uso do termo *troca*. Vemos que as hipóteses construídas pelas crianças têm embasamento, seja em sua própria fala, seja nas diversas maneiras possíveis de representar graficamente o mesmo fonema. Assim, fica claro que há um raciocínio lógico no qual se assenta a escrita e não um processo irrefletido, no qual as crianças optam por uma letra qualquer, aleatoriamente, como sugere a palavra *troca*, no contexto dos critérios diagnóstico da ABD, por exemplo.

Como nomear, então, este processo? A teorização proposta por Vygotsky (2007) nos ajuda a estabelecer um termo. De acordo com o autor, o processo de aprendizado de leitura e de escrita não é linear: é composto por idas e vindas, picos e platôs e hipóteses com diferentes embasamentos, o que faz da escrita das crianças algo singular, heterogêneo, recheado de hipóteses previsíveis que podem aparecer em momentos imprevisíveis, ou seja, em diversas fases do aprendizado. Assim, para a ND, este período é caracterizado não por *trocas*, mas por *instabilidades* ortográficas, que, à medida que a criança passa a ler mais e fica exposta às palavras, às frases e aos textos escritos, desaparecem e dão lugar à ortografia convencional. Tal característica do processo de escrita das crianças não é considerada também nos manuais de psiquiatria<sup>6</sup> que as avaliam, para os quais as trocas são sintomas. Por fim, é preciso reforçar que o

---

<sup>6</sup> Sobre os sintomas, vale conferir no DSM V, versão mais atual do Manual de diagnóstico de doenças mentais, a sessão sobre o Transtorno Específico de Aprendizagem, popularmente chamado no Brasil de Distúrbio ou Dificuldade de aprendizado.

aprendizado da ortografia das palavras envolve mais questões de memorização da imagem visual das palavras (FREUD, 1891) que a memorização das regras ortográficas. O que não seria nem possível, dada a arbitrariedade resultante da memória etimológica característica da ortografia da língua portuguesa e a necessidade de um saber gramatical e morfológico que as crianças não têm nesse momento do percurso escolar. Portanto, memorizar a forma pela qual as palavras são escritas envolve a exposição às palavras, a leitura diária e o contato com a língua escrita, o que são, evidentemente, uma questão de oportunidade social, tema relevante para tratar da questão do aprendizado da leitura e da escrita no Brasil.

Tendo em vista o sistema de disparidades sociais e os níveis de letramento e analfabetismo da população, sabemos que muitas crianças enfrentam um contexto familiar no qual a família não lê e nem escreve, não tem material escrito em casa (livros, revistas, jornais, etc), fato que tem uma relação direta com o aprendizado, pelo papel que representam, conforme explicitado, o contato constante com a língua escrita para a automatização das regras ortográficas. Desta forma, conforme já tratado neste trabalho, se mesmo as crianças que têm tais oportunidades de contato com a língua escrita ao longo do processo de alfabetização já estão sujeitas a encontrar dificuldades com a representação ortográfica, mais sujeitas ainda estão as crianças de ambientes socioculturais menos letrados, que correm, então, mais risco de ter sua escrita patologizada. É neste contexto teórico aqui brevemente exposto que a ND entende que dificuldades normais de leitura e escrita (sejam aquelas já previstas a partir da dificuldade da representação ortográfica da língua portuguesa, sejam as que emergem em contextos sociais onde a língua escrita não circula socialmente na vida das crianças) têm sido interpretadas como sintomas de patologia e que laudos têm sido equivocadamente atribuídos.

Desse modo, se faz necessário tratar da terceira questão central colocada para este trabalho: como este processo de patologização acontece e qual é o papel do currículo dos cursos de formação de professores neste percurso. Trago para este trabalho alguns depoimentos de professores para enriquecer a discussão aqui proposta. Esses depoimentos foram consentidos por professores do 3º ano do Ensino Fundamental I das redes pública e privada de escolas localizadas no interior de São Paulo. Esses depoimentos foram consentidos por professores do 3º ano do Ensino Fundamental I das redes pública e privada de escolas localizadas no interior de São Paulo. A pergunta direcionada a elas foi: *Quais questões relacionadas às dificuldades de leitura e escrita dos alunos fazem*

*com que você considere um encaminhamento a um profissional da área clínica, seja ele médico, fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo, etc? Veja-se algumas das respostas:*

“Chega no terceiro ano, primeiro bimestre e a coordenadora já me manda ver quem está lendo e escrevendo ou não. Aí ela já fala que eu tenho que marcar reunião com essas famílias pra mandar para avaliação médica antes da recuperação, que é pra escola já ficar documentada. Peraí, então agora sobrou pra mim resolver isso? Eu vou ser lembrada na vida dele pra sempre como a professora que mandou para o médico? E se não for nada? Mas eu prefiro ser lembrada como a professora que mandou para o médico do que do que a professora que negligenciou a criança, que podia ter ajudando e não ajudou (KF, 38 anos, professora de escola privada)

“Eu não sei mais o que fazer. A criança troca várias letras. É t/d, p/b, f/v. Eu sinto que se eu não encaminhar para o médico ou para a psicopedagoga, estou sendo negligente. Vai que é alguma coisa séria, que precisa de profissional? Eu não tenho como adivinhar se a criança vai melhorar ou não. Depois o menino chega com dificuldade no fundamental II –porque você sabe, tem hora que a escola não tem mais como reprovar, aí fica empurrando – e os professores falam: mas onde estavam as professoras do fundamental I que não viram que ele tinha problema? Ou pior, a família põe a culpa na gente, que deixou passar. Já teve mãe que chegou aqui com uma revista que tinha uma lista de sintoma de Dislexia. Ela veio super agressiva, dizendo que ia esfregar a lista na minha cara, porque até ela tinha percebido o que o menino tinha e eu não. Eu levei sermão da coordenação, fui supervisionada mais de perto, acho que até cogitaram me mandar embora. Agora, acho que quanto mais cedo levar, melhor. Às vezes não é nada, mas por via das dúvidas, eu prefiro avisar a família, aí já faz a avaliação e todo mundo fica livre disso logo” (JA, 30 anos, professora de escola privada).

“Olha eu nem sei mais o que falar disso. Em cada curso ou palestra que a gente vai, falam uma coisa diferente sobre o Montessori, sobre o método fônico, sobre o tal do Capovilla. Esse Capovilla, pra mim, fala grego. Isso cansa, sabe? E é tudo no final de semana ou à noite. Se fosse pra aprender alguma coisa legal, cada uma falar um pouco dos seus alunos, do que faz com eles, vá lá... É muita informação, mas ao mesmo tempo não tem informação nenhuma sobre como ajudar essas crianças. Acho engraçado que nesses cursos, quando a gente pergunta alguma coisa sobre o que fazer com essas crianças, eles sempre falam: “na dúvida, manda para uma clínica especializada, ou manda para o posto de saúde” e não mostram nenhuma estratégia para o professor. Acho que é muita vontade de ganhar dinheiro pra pouca vontade de ajudar a criança. Ainda bem que é a escola que banca esses cursos, porque eu não pagaria isso de jeito nenhum” (MM, 36 anos, professora de escola privada).

“Depois que a gente pede uma avaliação, tem criança que volta do médico com um laudo e nenhuma orientação. Esse laudo não me trouxe resposta nenhuma, só me trouxe mais perguntas. O que eu tenho que fazer agora é o que a escola manda: provas ridículas. Isso quando eu ainda não tenho que ajudar o aluno a fazer a prova ridícula. Aí se eu não faço, se eu forço, eu to agindo contra a lei, porque é direito deles, né? Queria saber se na hora de arrumar emprego vão facilitar as perguntas da entrevista pra eles também” (LA, 35 anos, professora de escola privada).

“Tem criança que troca ou não coloca letras. Eu não sei resolver esse problema. Tem psicopedagoga que já fala que é dislexia e já manda para o neurologista. Quando eu era criança, eu também fazia isso. Então eu era disléxica? Só se minha professora era médica, porque ela mesma conseguiu me curar. Se eu não tivesse tanto aluno acho que eu até podia ajudar, porque, no fim, a gente olha o caderno da psicopedagoga e as atividades que ela faz são as mesmas que a gente faz. Ou você acha que muda muito o jeito de ensinar? Muda nada! A

diferença é que ela fica um tempo sozinha com o aluno. Se é questão de tempo, dava pra fazer aqui também, com menos gente” (MM, 39 anos, professora de escola pública).

“Eu acho que é importante levar sim no médico. Não dá para ficar esperando. Se a criança tem alguma coisa já tem que tratar logo. Já que sobrou pra gente falar se é pra ir pra avaliação médica, melhor ir logo, não custa nada. O duro é que quase todos tem alguma coisa, aí eu penso: ainda bem que eu avisei a família, senão, coitada da criança, ia ficar sofrendo sem ajuda extra. O duro é que a gente fica meio de mão atada, porque vem pouca orientação clínica. Só vem alguma coisa falando que a prova tem que ser mais fácil, com menos exercício, mais tempo, ou se a gente tem que fazer com eles. Se bem que, mesmo que viesse, não dou conta de sentar com os que tem problema e de ajudar os outros 25, 30 alunos” (FR, 37 anos, professora de escola privada).

“Eu tenho dó e não tenho, mas quando eu vejo alguma dificuldade, eu já aviso a mãe pra levar no postinho, pra ver se tem uma fono ou um neuro que pode ajudar. Não custa nada ir no postinho, mas também tem outro lado... Muita gente com dificuldade se virou no passado, quando não tinham descoberto essas doenças, muito menos os tratamentos. O problema é que agora não tem pai e mãe em casa pra ajudar e a professora tem essa criançada com dificuldade, mais umas cinco com dificuldade e mais uns 30 normais. Agora, já me falaram que tem umas doenças inventadas, pra ganharem dinheiro com remédio e tratamento. Não sei se é meio teoria da conspiração, parece que é. Mas eu não duvido de nada. Pode ser que os caras querem sim ganhar dinheiro em cima da criança que tem dificuldade normal, que antes a gente resolvia na sala com pouco aluno. Também pode ser sim teoria de conspiração, uma teoria esquerdista, e no fim tem doença sim. Você não estuda isso, né? Se sim, me ferrei!” (KD, 47 anos, professora de escola pública).

“Aqui na particular ainda tudo bem, porque os pais pagam os testes, pagam tratamento. Aqui a gente é obrigada a fazer atividade e prova adaptada e isso é anexado no histórico do aluno, aí alguma coisinha eles aprendem. E os pobrezinhos da escola estadual que eu dou aula? Eu morro de dó! Os pais não tem dinheiro pra levar em psico, às vezes não tem reforço na escola, ninguém vê se a gente tá fazendo atividade adaptada. Tem professor que não faz nada nem para os alunos normais, vai fazer para os que tem dificuldade? Eles ficam lá. Alguns ficam quietos, com vergonha, outros entram pra zoeira, pra baderna. Depois mais tarde acabam usando droga” (JF, 32 anos, professora de escola privada e pública).

É possível perceber, aqui, um quadro diverso: os professores do ensino privado recebem muitas informações de diferentes linhas teóricas sobre o processo de alfabetização e patologias do aprendizado através da mídia, dos cursos de formação continuada e dos profissionais da área clínica que acompanham seus alunos. Este excesso de informações gera dúvidas e confusões com relação à como realmente ensinar leitura e escrita para as crianças. Muitos relatam, também, que a constante presença de reportagens e da temática das patologias da aprendizagem em programas de televisão, jornais e revistas também faz com que se sintam no dever de pelo menos encaminhar as crianças para uma avaliação, já que podem ter um sério problema cognitivo.

Os professores do ensino público relatam que vivem em um contexto de poucas informações sobre alfabetização e as patologias que envolvem o aprendizado e que,

quando têm alguma dúvida, preferem encaminhar os alunos a um profissional da área clínica com medo de negligenciarem um problema de saúde que pode ser sério. Como podemos perceber, o que é comum aos cotidianos dos professores das duas redes de ensino é o medo de estar negligenciando os alunos caso não encaminhem ao médico. Tanto professores da rede pública como da privada relatam, ainda, a pressão que existe da família e da hierarquia escolar para encaminhar os alunos com dificuldades aos profissionais da área clínica: espera-se que o professor identifique quais dificuldades podem ser sintomas de patologias e sugira o encaminhamento ao médico. Fica evidente, então, a responsabilidade do professor no processo de patologização: é como se a primeira palavra sobre a gravidade das dificuldades e sobre a capacidade do aluno de superá-las com ou sem intervenção clínica fosse dele. Esta fala se revela crucial para que possamos compreender como discurso médico captura o sujeito e, principalmente, os professores, atuando como um dispositivo (AGAMBEN, 2010) de normatização e padronização.

#### **4 Patologização no Brasil: retomando questões históricas**

Para compreender como o discurso médico se tornou um dispositivo, cabe aqui fazer uma breve retrospectiva histórica guiada por Foucault (2006) e Barbarini (2011). Estes autores nos relatam e analisam quais acontecimentos históricos deram à medicina o estatuto de ciência absoluta, inquestionável e detentora da verdade. No Brasil, este processo de legitimação teve início no início do século XIX, com a proliferação da lepra. A lepra, paralelamente às revoltas populares internas e às ações dos jesuítas, representava perigo ao Estado, que encontrou no planejamento urbano e, principalmente, na atuação médica, uma maneira de controlar e afastar tais incômodos: as doenças passam a ser fortemente vinculadas à pobreza, aos vícios, ao crime e à ociosidade.

Para solidificar este novo discurso e o efetivo afastamento das pessoas indesejadas nos centros urbanos, foi fundamental que a concepção de como deve ser um hospital fosse reformulada: não mais uma instituição assistencialista, no qual as pessoas já chegam enfermas, mas um “espaço de cura e aprendizado, produção do saber médico, identificação, classificação e controle dos indivíduos, observação individual, registro, vigilância constante, enfim, de disciplina” (BARBARINI, 2011. P. 61). Com a recente e constante ênfase no discurso oficial do Estado na associação entre pobreza, sujeira e doença, viu-se a necessidade emergente de um novo planejamento urbano: a urbanização foi vista como a única solução para afastar um conjunto de doenças que ameaçava os

brasileiros e isso conferiu aos médicos certa legitimidade para administrar e influenciar em decisões médicas e políticas.

A medicina, então, tornou-se mais poderosa quando organizada racionalmente e formada por um corpo de médicos legitimamente habilitados a exercer a cura, a prevenção e a luta pela saúde do Estado e da população. Tornou-se poderosa também porque mostrou seu conhecimento – científico e racional – como capaz de promover o progresso do país por meio da saúde. (...) Tendo em vista uma população ignorante - as famílias que abandonavam as características do período colonial (o pai como líder social, a convivência de inúmeras pessoas dentro da casa, entre elas escravos e parentelas políticas e espirituais, a ausência de hábitos “civilizados”, como comer com talheres, vestir-se com recato e pudor) e começavam a adotar hábitos europeizados, porém eram ignorantes em termos de higiene, criação dos recém-nascidos, educação dos filhos etc. -, o movimento higienista estabeleceu normas que orientavam as experiências familiares, adotou o saber da ciência e sua racionalidade como mediadores entre a periculosidade do mundo e a família indefesa em sua ignorância e garantiu ao médico o papel de orientador social da família (BARBARINI, 2011. p. 62).

Paralelamente ao novo conceito de ambiente hospitalar, surge também um novo conceito de espaço urbano, também orientado pela medicina, que sugere novas estratégias de urbanização: a parcela mais pobre da população foi forçada se deslocar para as margens do perímetro urbano. O pretexto era a necessidade de se manter a limpeza, a ordem, de eliminar a sujeira e de afastar os vícios, reduzindo, assim, as possibilidades de contaminação. Esses eram os princípios do movimento higienista brasileiro, iniciado na transição do século XIX para o século XX. Neste contexto, a medicina, ciência na qual se fundamenta o discurso do médico, o novo orientador social da família, passa a ser instrumento de vigilância e de manutenção da disciplina (FOUCAULT, 2006, p. 191). O tratamento dispensado pelos médicos às famílias dos grandes centros urbanos e às famílias marginalizadas era diferente e fundamentado na distância social, linguística e intelectual que existia entre médicos e a parcela mais pobre da população, justificada pelas práticas de cura consideradas extra-medicinais recorrentemente utilizadas por elas: mistura de ervas, simpatias, benzedadeiras etc.

Ao contrário da abordagem feita às classes altas e médias, que recebiam recomendações e mantinham um contato mais próximo e menos hierarquizado com os médicos de família, às classes populares – distantes sociais, linguística e intelectualmente dos médicos – eram impostas ordens. Os saberes populares relacionados à saúde e à criação dos filhos eram considerados “pré-científicos” ou “não-científicos”, baseados nas tradições transmitidas de geração a geração e, por isso, representaram aos saberes racionais dos médicos puericultores saberes concorrentes. Dessa forma, a prática puericultora tentou combater seu inimigo (o ‘leigo’) desqualificando-o e substituindo-o por conhecimentos modernos (BARBARINI, 2011, p. 64).

Neste processo, a intervenção da medicina não se restringiu somente às doenças contagiosas, mas se estendeu também às doenças mentais, representadas principalmente

pela loucura, que, contrariamente às doenças vinculadas à pobreza, não demandava prevenção, mas sim intervenção de uma área específica da medicina: a psiquiatria. “A loucura passou a ser um perigo em potencial e um atentado à moral pública, o que exigiu medidas específicas: tirar o louco do contato com os sãos, do convívio na cidade, isolá-lo em um local adequado (o hospício) e tratá-lo” (BARBARINI, 2011, p. 65). Para Foucault, a necessidade de disciplinar o louco fez com que nascesse um novo poder, o poder psiquiátrico, pautado na disciplina. O conceito de disciplina tal qual discutido pelo autor se faz essencial para compreender a patologização/medicalização tão presente no ambiente escolar brasileiro atualmente, já que, em sua análise, a estruturação das escolas, seja no nível arquitetônico, seja na organização interna, está diretamente relacionada às mudanças no papel da medicina e dos hospitais.

Segundo Foucault (2006), o poder disciplinador exercido pela medicina e pelos médicos se expandiu para o ambiente escolar. A cultura de cura vigente se definia como uma cultura da marginalização da parcela mais pobre da população e da negação de seus próprios hábitos de curar, falar, trabalhar, morar, comer – todos vinculados à proliferação e contágio das doenças. Desta maneira, a relação entre médico e as pessoas marginalizadas se caracterizava pela imposição do saber médico legitimado pelo Estado e pela exclusão das práticas sociais e culturais dos mais pobres fundamentadas sempre no argumento da manutenção da boa saúde. Nas palavras de Foucault, esse era um processo disciplinatório, que inseria a disciplina dentre as demais técnicas de poder, definidas pelo autor como “um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade” (FOUCAULT, 2006, p. 58). O autor amplia esta reflexão apontando que a principal maneira de coerção das singularidades dos sujeitos reside na disciplinarização de seu corpo a partir de um perfil pré-estabelecido de como todos devem se apresentar fisicamente e se comportar social e psicologicamente.

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento das suas habilidades, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil é. Forma-se então, uma política de coerções que consiste num trabalho sobre o corpo, numa manipulação calculada dos seus elementos, dos seus gestos, dos seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, os chamados "corpos dóceis". A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças. Ela dissocia o poder do corpo faz dele por um lado uma "aptidão", uma "capacidade" que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita (FOUCAULT, 1997, p. 119).

O autor aponta convergências entre este processo disciplinar social pautado na medicina e o processo disciplinar escolar, também por ela orientado. O espaço escolar foi estruturado em nome da possibilidade de vigiar, punir, disciplinar e controlar os alunos: a separação em classes, fileiras, dispostas de modo a ficarem de frente para o centro de poder (exercido pelo professor), a categorização dos alunos baseada no critério das capacidades e do perfil de cada um etc.

Haverá em todas as salas de aula lugares determinados para todos os alunos, de maneira que todos os da mesma classe sejam colocados num mesmo lugar e sempre fixos. Os alunos das lições mais adiantadas serão colocados nos bancos mais próximos da parede e em seguida os outros segundo a ordem das lições avançadas para o meio da sala. Cada um dos alunos terá o seu lugar marcado e nenhum o deixará nem trocará sem a ordem e o consentimento do professor. [Será preciso fazer com que] aqueles cujos pais são negligentes e têm piolhos fiquem separados dos que são limpos e não os têm, que um aluno leviano e distraído seja colocado entre dois bem comportados e ajuizados, que o libertino ou fique sozinho ou entre dois piedosos (FOUCAULT, 1997, p. 126).

O autor afirma ainda que a possibilidade de aprender, nas escolas, e a possibilidade de se curar, nos hospitais, também passaram a ser determinados e controlados pela economia do exame, presente em quase todas as técnicas disciplinares. O exame é, para o autor, a técnica de poder que reúne a vigilância, o poder, a sanção, o controle do tempo e do espaço; por isso, se tornou uma das formas mais legítimas de classificar, de punir e de disciplinar.

A divisão segundo as classificações ou os graus tem um duplo papel: marcar os desvios, hierarquizar as qualidades, as competências e as aptidões; mas também castigar e recompensar. A disciplina recompensa unicamente pelo jogo das promoções que permitem hierarquias e lugares; pune rebaixando e degradando. O próprio sistema de classificação vale como recompensa ou punição (FOUCAULT, 1997, p. 151).

O exame se revela, então, como um importante mecanismo de homogeneização: os resultados que não são esperados são marcados como desvio. Neste contexto, a discussão sobre o que é normal e o que é patológico se instaurou também nas escolas, como uma estratégia de dispersão do poder disciplinar. A partir do momento em que é possível classificar os resultados e os comportamentos, é possível classificar, também, os sujeitos como normais ou anormais. Os normais, segundo o autor, não precisariam de intervenção de acompanhamentos especiais, enquanto os anormais devem procurar instituições ou estratégias nas quais e pelas quais possam ser corrigidos para poderem, só então, passar a fazer parte do grupo dos normais.

Neste contexto de avaliação e classificação dos resultados dos alunos, há uma clara expansão do saber médico para o espaço pedagógico, no qual, a partir da lógica da



classificação do que é normal e do que é anormal, passou a ser deliberar para o professor o papel de detectar e prevenir os desvios infantis e juvenis.

Médicos higienistas, demandados e demandantes do projeto de modernização da sociedade e conseqüentemente da educação higiênica das crianças, formularam teorias a respeito das diferenças individuais dos alunos quanto às capacidades físicas, sensoriais e psicológicas. Interferiam nas decisões sobre as instalações, os mobiliários, a alimentação, os horários da rotina, a separação por faixa etária na escola e acima de tudo interferiam no processo de aprendizagem. As instituições educativas passaram a constituir um dos focos higienistas como lugar privilegiado de detecção, prevenção e correção dos desvios infantis e juvenis. A medicina preventiva praticada nas escolas fornecia ao médico a intervenção mais constante e eficaz: o exame do desenvolvimento físico da criança. A anamnese passou a ser amplamente utilizada pelos professores, colaborando, assim, para um longo processo de fichamento dos alunos. Tais fichas e suas detalhadas informações a respeito do aluno permitiram recolher informações sobre as crianças e suas respectivas famílias, de modo que todos, médicos, psicólogos e professores, pudessem fazer previsões dos resultados escolares e comportamentos futuros (MONTEIRO, 2015, p.191).

O professor passou a ser, portanto, agente de diagnóstico ao lado dos profissionais da área clínica. Assim, aos cursos de formação de professores primários, incorporou-se uma série de disciplinas correlatas ao campo médico, conforme aponta Hora (2011). De acordo com a autora, a disciplina Biologia Educacional - parte do currículo dos cursos Normais na década de 30, tinha a racionalidade médica como matriz e “estratégia de hegemonia, utilizada pelo Estado objetivando o controle social” (HORA, 2011, p. 39) - foi responsável por inserir a formação de professores no projeto político higienista então em curso no Brasil.

Na promoção dos objetivos pedagógicos e utilitários, a Biologia Educacional ofereceu os instrumentos necessários à formação do professor dotado de um “olhar clínico” para auxiliar no diagnóstico de “problemas da criança”, um fiscal incansável das condições físicas e mentais da crianças, coadjuvante do trabalho médico e psicológico, trabalho largamente desempenhado pelos órgãos de atendimento à saúde física e mental que se alocavam desde a Instrução Pública no Instituto de Pesquisas educacionais e, mais tarde, no Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais (HORA, 2011, p. 45).

É preciso ressaltar que, à primeira vista, o projeto político permitindo que uma disciplina como a Biologia Educacional emergisse e se consolidasse como parte integrante dos cursos de formação de professores parece ter boas intenções: aumentar as possibilidades de diagnóstico precoce e encaminhar à criança a um profissional capacitado que pudesse trabalhar em parceria com escola e família para criar as condições ideais de tratamento clínico para as crianças. Entretanto, Hora desvela a pretensão higienista do projeto:

Talvez o mais importante seja compreender não somente a razão médica impondo atos e práticas médicas, mas, também, o valor dessas práticas para a formação do professor primário, como moralizantes da prática social,

viabilizadores de uma tecnologia disciplinar com espectro de maior alcance. Os pioneiros pretenderam edificar uma sociedade “harmoniosa” de homens saudáveis (saúde física e social), uma visão durkeimiana de adaptação e de integração. Para tanto, desenvolveram uma educação cujo objetivo fosse a reconstrução social, a estratégia de moralização das “classes perigosas”. (HORA, 2011, p. 53)

Neste contexto de construção de um olhar clínico do professor, voltado para questões orgânicas, biológicas, naturais e hereditárias, o debate sobre o fracasso escolar passou a perder seu caráter político e social: as dificuldades escolares dos alunos passam a ser analisadas a partir da racionalidade médica, que, atribuindo sempre ao corpo da criança a origem de todos os problemas, passa a encobrir as graves disparidades sociais que assolam o Brasil e que são reproduzidas dentro da sala de aula, além de questões afetivas e, principalmente, pedagógicas. Hora aponta que, apesar da disciplina Biologia Educacional ter saído dos cursos de formação de professores, o conteúdo continua a ser transmitido nos cursos de pedagogia com o intuito de construir o olhar clínico do professor. Isso acontece a partir de sua dissolução em outras disciplinas que fazem parte do currículo, tais quais: Psicologia escolar, Educação e saúde, Psicopedagogia, Neuropsicologia, dentre outras.

“Na medida em que o comportamento humano começou a ser discutido à luz da medicina, aspectos inerentes ao ser humano, como os diferentes modos de ser e de aprender, passaram a ser entendidos na dicotomia médica do normal-patológico. Busca-se no corpo explicações para variações no comportamento e/ou aprendizagem que fogem da norma estabelecida e aceita. Em outras palavras variações no comportamento e dificuldades de aprendizagem são entendidas como resultado de um corpo doente, mesmo que as variações sejam pautadas em critérios subjetivos e não orgânicos” (MARTZ, TEIXEIRA; GOMES, 2015, p. 176).

Para Moysés e Collares (2014), o aprendizado da leitura e da escrita e o funcionamento do sistema de atenção das crianças dentro e fora da escola têm sido o principal alvo do processo de medicalização: dificuldades normais do processo de aprendizado de leitura e da escrita são interpretadas como sintomas de dislexia e questões comportamentais socialmente construídas são interpretadas como Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade. Não é objetivo deste artigo abordar de forma minuciosa a maneira pela qual o comportamento das crianças tem sido frequentemente interpretado como sintoma de TDAH. Para esta questão, é essencial a leitura de Moysés e Collares (2011).

## **5 O papel da formação de professores no combate à patologização**

Fica evidente, diante deste contexto, que as hipóteses de leitura e escrita apresentadas pelas crianças no espaço escolar foram apropriadas pela medicina como

sintoma de patologia que separa, exclui, segrega alunos que estão em desvantagem cultural imposta por um sistema de desigualdades sociais. Esse processo, porém só foi consolidado pela impossibilidade dos professores de se posicionarem diante desta questão: faltam argumentos que refutem a tendência patologizante instaurada pelo discurso médico historicamente legitimado. As questões relacionadas à pré-história da escrita e da leitura das crianças, à arbitrariedade da representação ortográfica e à noção de hipótese (substituída pela noção de erro ortográfico ou sintoma) têm perdido espaço nos cursos de pedagogia (em muitos, esse espaço nunca existiu) para uma abordagem clínica, que se limita a listar sintomas e que tem como foco apenas o que as crianças não sabem fazer/escrever, apagando sua história de vida e o contexto simbólico no qual estava inserida antes de iniciar o período de alfabetização. A abordagem clínica, portanto, ignora as disparidades sociais historicamente estruturantes da sociedade brasileira que resultam em uma drástica desigualdade de oportunidades de vivências simbólico-cognitivas e patologizam sujeitos vítimas de contextos pouco letrados. Conhecer todos esses aspectos cruciais listados no início deste trabalho sobre o desenvolvimento e sobre as hipóteses de escrita construídas pela criança (a saber, este estudo envolve diversas áreas da Linguística, tais quais: Fonética e Fonologia, Semântica, Aquisição da Linguagem, Neurolinguística, Sociolinguística) se faz essencial na formação do professor alfabetizador.

Diante deste conhecimento teórico-metodológico, o professor dificilmente será capturado pelo discurso médico e poderá argumentar com profissionais da saúde que assumem a tendência patologizante diante de uma criança que não apresenta uma patologia. Desta forma, incluir nos cursos de pedagogia disciplinas que abordem o desenvolvimento diante de uma perspectiva histórico-cultural, questões próprias da língua e de seu aprendizado, o estudo das hipóteses formuladas pelas crianças – abandonando da cultura do erro - é munir o professor de recursos para que ele possa ressignificar o percurso de aprendizagem de leitura e escrita. Assim, deixará de tentar encaixá-las em um padrão, com prazos e momentos estipulados para a aprendizagem das palavras e passará a vê-lo como único, singular e, portanto, nunca patológico.

Este tipo de recurso teórico resgata o conceito de alfabetização delineado por Soares (2014): aprender a ler e a escrever, para a escola, não pode significar apenas a aquisição de um instrumento para a futura obtenção de conhecimentos. A alfabetização deve ser reconhecida como processo de construção do saber e meio de conquista de poder político, processo no qual a figura do professor é determinante, já que, como vimos,

recebeu a ingrata tarefa de determinar quais alunos entram no campo dos normais e dos anormais. Assim, elaborar um currículo que contemple os estudos da língua e da linguagem não é apenas apresentar ao professor novas práticas para a alfabetização em sala de aula, mas sim uma forma de empoderá-lo diante do discurso médico patologizante. Insisto no termo empoderamento, recentemente adotado em diversos âmbitos das ciências sociais. Kleba e Wendausen (2009) propõem uma definição para este termo que se alinha à perspectiva deste artigo:

definimos empoderamento como um processo dinâmico que envolve aspectos cognitivos, afetivos e condutuais. Significa aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos à relações de opressão, discriminação e dominação social. Dá-se num contexto de mudança social e desenvolvimento político, que promove equidade e qualidade de vida através de suporte mútuo, cooperação, autogestão e participação em movimentos sociais autônomos. Envolve práticas não tradicionais de aprendizagem e ensino que desenvolvam uma consciência crítica (KLEBA; WENDAUSEN, 2009, p. 736).

Adaptar o currículo dos cursos de pedagogia para incluir disciplinas que tenham como foco as contribuições que a Linguística pode dar para a teoria e a metodologia da alfabetização é mais do que revolucionar práticas em sala de aula. É empoderar o professor de modo a fornecer recursos teóricos para que ele atue como um contradispositivo diante da tendência preocupante e hegemônica de patologização das singularidades das crianças e torná-lo agente de mudança e enfrentamento das desigualdades sociais, levando-o a assumir uma postura política diante do discurso médico e impedindo que este afete negativamente a vida de tantas crianças.

## Referências

ABAURRE, M. B.; FIAD, R. S.; MAYRINK-SABINSON, M. L. **Cenas de aquisição da escrita. O sujeito e o trabalho com o texto.** Campinas: Mercado de Letras, 1997.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5** (5. ed). Washington: American Psychiatric Association, 2013

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? In: AGAMBEN, G. **O que é contemporâneo?** E outros ensaios. Chapecó: Argos, 2010

BARBARINI, T. **O controle da infância:** Caminhos da medicalização. 2011, 192 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

BORDIN, S, M, S. **Fala, leitura e escrita: encontro entre sujeitos.** 2010. 137 f. Tese (Doutorado em Linguística) - Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

- CAGLIARI, L. C. **Alfabetização e linguística**. São Paulo: Scipione, 2005.
- COUDRY, M. I. H. Dislexia: um bem necessário. **Caderno de Estudos Linguísticos**, Campinas, n. XIV, p. 112 – 135, 1987.
- COUDRY, M. I. H.; BORDIN, S. Afasia e infância: registro do (in)esquecível. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, Campinas, v. 54, n. 1, p. 135-154, 2012.
- CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v. 18, p. 209-232, 1992.
- FARACO, C. A. **Linguagem escrita e alfabetização**. São Paulo: Contexto, 2012.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008
- FREUD, S. **La afasia**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1891.
- HORA, D. **O olho clínico do professor**: um estudo sobre conteúdos e práticas medicalizantes no currículo escolar. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011
- KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n.4, p. 733-743, 2009
- LURIA, A. R. O desenvolvimento da escrita na criança. In: VYGOTSKY, L. et al. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizado**. São Paulo: Ícone/Edusp, 1988.
- MARTZ, L. TEIXEIRA, V. GOMES, J. “Determinismo biológico: a necessidade da desconstrução desse olhar no contexto atual”. In: BARROS, R. MASSINI, L. (Orgs). **Sociedade e Medicalização**. Campinas: Pontes Editores, 2015, p. 175-184.
- MONTEIRO, H. R. Olhar-professor em reprodução: construções de verdade, jogos de poder e processos de medicalização. In: BARROS, R. MASSINI, L. (Orgs). **Sociedade e Medicalização**. Campinas: Pontes Editores, 2015, p. 185-198.
- MOYSÉS, M.; COLLARES, C. “Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo”. In: VIÉGAS, L. RIBEIRO, M. OLIVEIRA, E. TELES, L. (Orgs). **Medicalização da ciência e da sociedade**: ciência ou mito? Salvador: EDUFBA, 2014, p. 21-46.
- MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. “O lado escuro da Dislexia e do TDAH?”. In: FACCI, M. G. D.; MEIRA, M. E. M.; TULESKI, S. C. (Orgs.) **A exclusão dos incluídos**: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos. Maringá: EDUEM, 2011, p. 103-153.
- SOARES, M. **Alfabetização e letramento**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2014.
- VYGOTSKY, L. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ZOLA, I. Medicine as an Institution of Social Control. **The Sociological Review**, Malden, v. 20, n 4, p.487-504, 1972.