



1290001947



FE

TCC/UNICAMP B486c

PATRÍCIA BIGNARDI TORRES
RA nº011629

**CONSIDERAÇÕES SOBRE O NÃO APRENDER NA ESCOLA: UM ENFOQUE
SOBRE DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM**

200505-272

UNICAMP-CAMPINAS
2004

PATRICIA BIGNARDI TORRES
RA nº011629

**CONSIDERAÇÕES SOBRE O NÃO APRENDER NA ESCOLA: UM ENFOQUE
SOBRE DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM**

**Trabalho apresentado como conclusão da disciplina Atividades Livres do curso de
Pedagogia da UNICAMP, sob a orientação da Professora Ângela Soligo**

AGRADECIMENTOS

EM PRIMEIRO LUGAR A PROF. ANGELA QUE FOI PACIENTE E SÁBIA EM
TODAS AS FASES DESTE TRABALHO.
AO MEU MARIDO POR TER SUPORTADO MINHA AUSENCIA NOS ANOS EM
QUE ME DEDIQUEI A FACULDADE.
A MINHA MELHOR E ÚNICA AMIGA CELIA, QUE TEM SIDO UMA IRMA
PARA MIM EM TODOS ESTES ANOS DE LUTA E TAMBEM POR TER
CUIDADO DE MEU FILHO NESTES DIAS TAO ATRIBULADOS DE
CONCLUSAO DO TRABALHO.
AO MEU FILHO, SEM PALAVRAS...

ÍNDICE

Apresentação	2
Agradecimentos	3
Introdução	5
Cap.1	6
Cap.2	14
Cap.3	25
Cap.4	33
Conclusão	35
Bibliografia	36

Introdução

Apos inúmeras indagações sobre a questão da aprendizagem, surgiu em minha a pergunta:
*O que leva uma criança à não conseguir aprender? Seriam dificuldades ou distúrbios de aprendizagem?

E como um questionamento leva a outro pois o pensar é problematizar, eu enquanto educadora de repente senti brotar dentro de mim uitos questionamentos tais como: O que leva uma criança a ter dificuldades de aprendizagem? Qual ou quais fatores influenciam para a que mesma não aconteça? As dificuldades são da própria criança ou são geradas pelo meio familiar? A dificuldade poderia passar também pela relação professor-aluno? Estes fatores e muitos outros são obstáculos que interferem na aprendizagem, em alguns casos, as crianças apontadas pela escola como "Problemáticas" precisariam de atendimento dentro, ou fora da escola, com apoio médico, psicológico, psicopedagógico, etc. Mas a duvida maior que permanecia era...

*Como identificar isto em sala de aula?

- Face a tudo isto este trabalho tem por finalidade tentar responder e ao mesmo tempo provocar novos olhares sobre a questão das *dificuldades de aprendizagem*.
- Discutir o surgimento das dificuldades de aprendizagem: origens, processos e dinâmica
- Refletir sobre as dificuldades de aprendizagem: o que são?, como identificá-las? o que fazer com o aluno com problemas para aprender?
- Aprender a identificar o aluno que necessita de encaminhamento profissional clínico e aquele que pode ser trabalhado em sala de aula
- Desenvolver estratégias de ação para o professor que lida com alunos com dificuldades de aprendizagem

Não atentarei para nenhuma dificuldade específica de aprendizagem, e sim no termo mais abrangente possível.

Espero que o presente trabalho possa traçar um caminho de esclarecimento para pais e educadores em relação à criança que eles tem a árdua tarefa de educar.

CAP.I O conceito historicamente

O uso formalizado do tema dificuldades de aprendizagem só aconteceu em 1963, no entanto o movimento de estudo desta população remonta o ano de 1800.

Fase de Fundação—1800 a 1930

Quem em primeiro lugar se interessou pelo tema: problema de aprendizagem foi a Medicina em especial a Neurologia (Casas, 1994, e Kirk & Chalfant, 1984).

A primeira se caracterizou pela observação clínica de pacientes de algum tipo de lesão cerebral, causada por acidentes, quedas ou doenças, sua relação com perdas ou distúrbios da linguagem, da fala e da aprendizagem (García, 1995; Casas, 1994, e Rebelo, 1993).

Francis Joseph Gall, em 1802, já apresentava interesse nas possíveis causas e consequências das diferenças individuais no funcionamento mental seu trabalho científico foi de fundamental relevância.

Este autor descreveu vários casos clínicos de adultos em que surgiram perdas específicas das funções mentais, como resultado de lesões cerebrais (Hamill, 1993, e Torgesen, 1991), assinalando deste modo a existência de relações entre as lesões cerebrais e as alterações da linguagem.

Baseado nestas observações e sublinhando que as faculdades mentais são funções fisiológicas e localizáveis. Gall tentou especificar a localização cerebral de funções mentais tais como a linguagem, a memória, a personalidade e a inteligência, o que deu origem à disciplina de frenologia.

Mais tarde, em 1860, Pierre Paul Broca, aceitando a localização das funções cerebrais propostas por Gall, realiza estudos “post mortem” em indivíduos que perderam a habilidade de falar como resultado de danos na cabeça tornando-se o pai do estudo da afasiologia.

Foi com base neste estudo que o autor postulou que:

- o lado esquerdo do cérebro funciona de modo diferente do lado direito;
 - as desordens da fala e da linguagem expressiva se devem a danos ou lesões na terceira circunvolução frontal do cérebro- área que ainda hoje é conhecida como área de Broca.
- Posteriormente, em 1908, Carl Wernicke, publica uma monografia clássica sobre a afasia “Der Aphasische Symptomencomplex”, neste trabalho ele assinala uma área no lóbulo temporal esquerdo do cérebro, que segundo ele esta diretamente implicado na compreensão verbal, na compreensão de sons e na associação de sons à linguagem escrita ‘a área de Wernicke’.

Sendo assim, enquanto a área de Broca se relaciona com a produção da fala, a área de Wernicke relaciona-se com a compreensão da fala.

Outro estudo importante foi o realizado por John Hughlings Jackson que utilizou suas investigações em adultos com lesões cerebrais e com epilepsia para, em 1915, referir que existem diferentes tipos de afasia, as quais incluem a perda da habilidade para falar, a perda

da habilidade para escrever e a perda da habilidade para ler. Jackson defendia que estas desordens eram desordens do pensamento simbólico.

Henry Head, neurologista, influenciado por Jackson, também estudou a afasia e tornou-se a autoridade mais notável a estudar o assunto. Head estudou soldados da 1ª Guerra Mundial que tinham sofrido danos na cabeça e tinham perdido a habilidade para entender a linguagem ou para falar. Com base em seus estudos ele postulou que lesões de diferentes áreas do cérebro produzem diferentes desordens e descobriu que lesões específicas da região posterior do giro angular tem como consequência a incapacidade para lembrar nomes e expressões.

No que se refere ao campo das dificuldades de aprendizagens, a relevância destes trabalhos relaciona-se com o fato de eles terem observado que certos tipos muito específicos de desordens mentais podem ocorrer como resultado de lesões de áreas isoladas do cérebro, dando uma contribuição relevante para o campo da afasia e suas localizações cerebrais.

No entanto o primeiro estudo clínico sistemático sobre dificuldades específicas da leitura remonta a 1917 e foi realizado por James Hinshelwood, que para tal utilizou tanto adultos como crianças, foi com base nesses estudos que este oftalmologista postulou que existiam localizações cerebrais distintas para a memória visual do tipo cotidiano, para a memória visual de letras e para a memória visual de palavras, localizando-se esta última no giro angular do hemisfério esquerdo.

Do seu trabalho com adultos, Hinshelwood descobriu que lesões nesta área levavam a perda da habilidade para ler, condição a que ele chamou de alexia ou cegueira verbal (Word blindness).

Posteriormente, postulou que as crianças que tinham dificuldades na aprendizagem da leitura e não apresentavam problemas visuais que justificassem tal dificuldade, também tinham uma lesão ou um desenvolvimento insuficiente do giro angular do hemisfério esquerdo, atribuindo a esta condição a denominação de dislexia.

Assim para ele os adultos que tinham perdido a habilidade de ler tinham cegueira verbal adquirida ou alexia e as crianças que eram incapazes ou tinham dificuldades em aprender a ler tinham cegueira verbal congênita ou dislexia.

Um outro investigador de grande destaque que realizou estudos clínicos com crianças com dificuldades de leitura foi o neurologista Samuel Orton que rejeitando a perspectiva estrutural da teoria sobre a localização cerebral das alterações da leitura proposta por Hinshelwood, adota em 1928 uma perspectiva funcional sobre o problema.

Deste modo, Orton sugere que todos os indivíduos tem um hemisfério cerebral dominante e que o hemisfério dominante nos destros é o esquerdo. Por outro lado ele postula que quando apenas um dos hemisférios é o dominante o indivíduo tem menos dificuldade para ler e menos tendência para trocar letras e palavras.

Se um dos hemisférios for dominante, a criança tende a gaguejar e a trocar letras e palavras, tendo portanto dificuldades em aprender a ler, condição que Orton denominou estereofossimbolia.

Assim, Orton acreditava que as dificuldades na leitura se deviam a uma falta de dominância cerebral, a qual originava gaguez e produzia dificuldades de leitura nas crianças.

Para além da dislexia ou alexia evolutiva, Orton descreveu cinco outros tipos de alterações que para ele se relacionavam com um fracasso da dominância do hemisfério esquerdo e que são a agrafia evolutiva, a surdez verbal evolutiva, a afasia motora evolutiva, a gaguez infantil e a apraxia evolutiva.

O trabalho e as teorias de Orton estimularam grandes controvérsias entre os especialistas das desordens da linguagem e da leitura.

Podemos dizer que a história das dificuldades de aprendizagem encontra as suas heranças nos estudos neuropsicológicos de adultos que perderam a habilidade para falar, ler, escrever e calcular depois de sofrerem uma lesão cerebral.

Tais investigações e teorias foram posteriormente alargadas às crianças que falhavam no normal desenvolvimento das habilidades da linguagem ou da leitura.

Fase de transição-1930 a 1963

Apoiando-se nos conhecimentos teóricos elaborados na fase anterior nesta segunda fase psicólogos e educadores desenvolveram instrumentos e programas úteis para o diagnóstico e a recuperação de distúrbios manifestados pelas crianças no processo de aprendizagem. Juntamente com esta transição dos princípios teóricos para a prática da recuperação educativa, verificou-se que a maioria das figuras a destaca-se já não procediam da Neurologia, passando a ter origem no campo da Psicologia e da Educação, o que justifica a proliferação e produção de testes e programas de recuperação verificadas nesta época (Casas, 1994).

Nesta fase não havia um campo de Dificuldades de Aprendizagem (DA), pois na realidade os investigadores observavam uma variedade de problemas presentes em crianças de inteligência normal, que pareciam interferir com a aprendizagem destas.

Deste modo, lesão cerebral minina, deficiências perceptivas, afasia e problemas neurológicos, foram algumas designações atribuídas às crianças que manifestavam dificuldades de aprendizagem.

Dentre os vários médicos, neurologistas e psiquiatras eminentes nesta fase, podemos destacar: Werner, Strauss, Cruickshank, Kephart, Frostig, Mykelbust, McGinnis e Kirk. Se, por um lado, os trabalhos descritos até agora fazem parte da história global das idéias relativas às dificuldades de aprendizagem específicas das crianças, por outro, a investigação e atividade clínica que mais diretamente levou ao estabelecimento de um campo das dificuldades de aprendizagem formalmente organizado foram conduzidas por Heinz Werner e Alfred Strauss por volta de 1942.

Werner e Strauss pretendiam descrever os próprios processos gerais de aprendizagem, que presumivelmente afetavam a aprendizagem em muitas situações.

Para esses autores, os processos de aprendizagem deficientes centravam-se muito naquilo que atualmente chamamos de distratibilidade, hiperatividade, problemas perceptivo-visuais e perceptivo-motores, e geralmente estavam presentes em crianças com lesões cerebrais.

É comparando o comportamento destas crianças com lesões cerebrais e o comportamento de crianças com deficiência mental, que Werner e Strauss concluíram que se podem encontrar dois tipos de deficiência mental:

- endógenas: consequência de características familiares ou herdadas;
- exógenas: produzidas por défices neurológicos ou lesões cerebrais, provocadas por problemas que ocorreram antes, durante ou depois do nascimento.

Este ultimo tipo de criança eram descritas como impulsivas, emocionalmente instáveis, com dificuldades perceptivas, com problemas de atenção e perseverantes, características que constituíam a síndrome conhecida posteriormente como síndrome de Strauss.

Com base nestas observações, Werner e Strauss concluíram que crianças com lesões cerebrais necessitavam de uma intervenção educativa especial, elaborada para ultrapassar as fragilidades identificadas na investigação realizada pelos autores naquelas crianças.

Apresentando diferenças importantes relativamente as aulas tradicionais, as orientações educativas propostas por esses autores estavam dirigidas para intervenções que focassem tanto a recuperação dos processos de aprendizagem deficitários(problemas de natureza perceptivas) como de ajustamento educativo(eliminar estímulos distratores de sala de aula)com o objetivo de minimizar o impacto destes processos deficitários.

Assim estes autores desenvolveram um conjunto de recomendações educativas que se tornaram muito influentes na educação de crianças com deficiência mental e de crianças com lesão cerebral.

Mais ainda, como nos referem Torgesen(1991) e Fonseca(1984), a influencia de Werner e Strauss no campo das dificuldades de aprendizagem foi profundo, não só porque eles desenvolveram recomendações educativas específicas que focavam um conjunto especial de habilidades de aprendizagens deficitárias,mas também porque eles forneceram uma orientação geral que se tornou muito influente na educação de crianças excepcionais. Os elementos desta orientação eram os seguintes:

1º—As diferenças individuais na aprendizagem devem ser entendidas através da observação dos diferentes modos que a criança utiliza para abordar uma tarefa de aprendizagem(os processos que ajudam ou interferem com a linguagem);

2º—Os procedimentos educativos devem ser concebidos tendo em conta os padrões de processamento fortes(possibilidades ou facilidades) e fracos(dificuldades) de cada criança individualmente;

3º—Crianças com processos de aprendizagens deficitários podem ser ajudadas a aprender normalmente se esses processos forem fortalecidos ou se métodos de ensino que não sublinhem as áreas fracas forem desenvolvidos .

Continuando e ampliando o trabalho de Werner e Strauss, Willian Cruickshank trabalhou no campo da neuropsicologia com crianças com paralisia cerebral e com lesões cerebrais, mostrando no seu trabalho publicado em 1957 que crianças com paralisia cerebral de inteligência normal apresentavam algumas das características intelectuais encontradas nas crianças com lesão cerebral.

No entanto, como nos refere Fonseca (1984:20), Cruickshank “suportou a idéia de que é necessário fazer uma transição conceitual entre as crianças com paralisia cerebral (que são lesadas cerebralmente) e as crianças com inteligência próximo do normal, exibindo características de comportamento, muitas vezes associadas a lesões cerebrais (brain damage), mas nas quais não se pode objetivamente assegurar que sofrem de lesão no sistema nervoso central”

Este grupo de crianças freqüentemente designadas por crianças com lesão cerebral mínima (minimal brain injured) são atualmente consideradas como crianças com dificuldades de aprendizagem.

Outro investigador que também revelou influências de Werner e Strauss no seu trabalho foi Newell C. Kephart, que acreditava que as habilidades sensório-motoras eram básicas para as habilidades visuo-perceptivas e que o desenvolvimento perceptivo-motor era a base para todo o desenvolvimento das funções mentais superiores, tal como a aprendizagem simbólica e conceitual.

Como refere Kephart no seu trabalho publicado em 1960 (cit. In Fonseca, 1984:21) “não podemos pensar em atividade perceptiva e em atividade motora, como dois aspectos diferentes, devemos pensar no termo hifenizado integrado de perceptivo-motricidade”. Em consequência, o autor refere que o treino das habilidades perceptivo-motoras será benéfico para muitas crianças que experimentam problemas de aprendizagem na escola.

Assim, construiu um conjunto de instrumentos de medida e elaborou vários materiais de recuperação, que serviam respectivamente para avaliar e tratar as deficiências perceptivo-motoras, e que grandemente orientaram o desenvolvimento de programas para crianças com dificuldades de aprendizagem de natureza perceptivo-motoras.

Outra figura de suma importância nesta fase foi Marianne Frostig, cujo trabalho se centrou inicialmente na percepção visual, mas que depois se foi orientando para o tratamento dos problemas auditivos, lingüísticos e cognitivos.

Frostig sustentava que o conhecimento era adquirido fundamentalmente por meio do canal visual e, em consequência, se o desenvolvimento desta capacidade sofresse alguma alteração apareceriam certas deficiências cognitivas.

Assim juntamente com Maslow, LeFever e Whittlesey esta autora desenvolveu o primeiro teste de percepção visual que tinha como objetivo fundamentalmente facilitar o diagnóstico precoce de deficiências na percepção visual, abrangendo cinco áreas ou capacidades visuo-perceptivas:

1. Coordenação visuo-motora ou coordenação olho-mão;
2. Discriminação figura-fundo
3. Constância da forma ou Constância perceptiva;
4. Posição no espaço;
5. Relações espaciais.

Paralelamente, Frostig e Horne desenvolveram um programa de recuperação que não só melhorava cada uma das cinco áreas de percepção visual medidas pelo teste referido, como

também incluía exercícios de treino para a coordenação muscular grossa e fina, o esquema corporal e outras habilidades básicas necessárias para as tarefas visomotoras que são requeridas no reconhecimento de palavras, na leitura, na escrita e em outras atividades escolares.

Deste modo, entendendo as aquisições viso-motoras como básicas e essenciais para todo sucesso escolar, Fröstig sugeria que era necessário considerar as seguintes aquisições viso-perceptivas:

1. Aquisições fundamentais para o sucesso escolar total;
2. Aquisições gerais necessárias do organismo total;
3. Aquisições das idades pré-escolares;
4. Aquisições prejudicadas em crianças com problemas neurológicos;
5. Aquisições alteradas em crianças com dificuldades de aprendizagem.

Em conjunto com as dificuldades de processamento perceptivo-motor, foram também estudadas uma variedade de desordens dos processos auditivos e da linguagem, área onde podemos encontrar o trabalho de Helmer Mykelbust, que tendo grande experiência com surdos, por volta de 1954 se interessou pelas crianças que revelavam problemas mais sutis de processamento auditivo e lingüístico.

Mykelbust, interessou-se pela relação entre surdez e o desenvolvimento da linguagem oral, o que o levou ao estudo da afasia e de outras desordens auditivas das crianças.

Assim, a partir do seu conhecimento sobre as patologias da fala e da linguagem com uma orientação eminentemente clínica, Mykelbust propôs uma teoria global das deficiências na aprendizagem ou “transtornos psiconeurológicos da aprendizagem”, pois considerava que as deficiências na aprendizagem tinha como causa uma disfunção neurológicas.

Para este autor, as referidas disfunções neurológicas afetam a fala, a leitura, a escrita, a aritmética e o funcionamento não verbal, referindo mesmo quatro tipos específicos de problemas que resultam de disfunções no sistema nervoso central e que eram a perturbação perceptiva, a perturbação da imaginação, os transtornos nos processos simbólicos e os transtornos na conceitualização.

Embora tenha sido criticado pela associação que estabeleceu entre dificuldades na aprendizagem e disfunção cerebral, os princípios básicos que guiavam a recuperação dos “transtornos psiconeurológicos da aprendizagem” proposto por Mykelbust derivaram em práticas e procedimentos corretivos específicos que, embora destacando a importância do sistema lingüístico-auditivo, também abordam a relação recíproca que mantém os canais visual, auditivo e gráfico no processo de aprendizagem.

Tal como Mykelbust, dedicando ao estudo dos problemas de comunicação em crianças diagnosticadas como afásicas, em 1963 Mildred McGinnis considera que as crianças com atrasos lingüísticos podiam ser classificadas como tendo:

1. **afasia expressiva ou motora**—aquelas crianças que podem compreender a fala dos outros, mas não conseguem elas próprias falar;
2. **afasia receptiva ou sensorial**—aquelas crianças que podem falar, mas não percebem a fala dos outros.

Para a recuperação destes meninos afásicos, McGinnis criou um método de associações cujo objetivo era fomentar e associar de maneira sistemática cada uma das distintas habilidades que devem coordenar-se para que se desenvolva a capacidade de compreensão e expressão verbal.

Assim o seu método de associação começa com uma aproximação elementar a comunicação, pois de princípio utiliza um método fonético de ensino de sons, depois os sons aprendidos são usados para formar palavras, para por fim se fazer o emparelhamento entre as palavras e os desenhos com o objetivo de derivar significados.

Esta sequência no programa baseia-se no fato de a produção das palavras preceder qualquer tentativa para estabelecer o reconhecimento dos seus significados e, conseqüentemente, uma criança com afasia receptiva não entendera nenhuma palavra a menos que antes produza por si mesma essa palavra.

A importância de McGinnis para a área das dificuldades de aprendizagens consiste no fato de este ter desenvolvido um método estruturado para fomentar a atividade lingüística, que para além de ter sido seguido e aplicado com êxito no ensino de crianças afásicas desde a sua elaboração, também inspirou o desenvolvimento de numerosos métodos de recuperação da linguagem que surgiram posteriormente.

As dificuldades na linguagem foram enfatizadas no trabalho de Samuel Kirk, uma figura já clássica na nossa história, que orientou seus esforços para a clarificação do problema das alterações da linguagem em crianças com alterações da aprendizagem.

Kirk acreditava que as habilidades psicolingüísticas eram indispensáveis para o entendimento e uso da linguagem falada e, em conseqüência, acreditava que as alterações da aprendizagem resultavam de atrasos evolutivos nos processos psicolingüísticos.

Assim, juntamente com McCarthy, elaborou em 1961 um teste de habilidades psicolingüísticas, o Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA) que tinha a função genérica de examinar as habilidades e dificuldades na área do processamento da linguagem. O ITPA continha assim os seguintes elementos:

1. canais de comunicação, incluindo inputs visuais e auditivos e respostas verbais (vocaís) e motoras;
2. processos psicolingüísticos, incluindo recepção, associação (organização) e expressão;
3. níveis de organização, incluindo os níveis automáticos e de representação; que ao nível organizacional estavam organizados para testar as funções lingüísticas de recepção visual e auditiva, e expressão verbal e motora; e ao nível automático estavam organizados para testar as funções da memória visual e auditiva e completamento visual e auditivo.

Com os resultados obtidos nos distintos subtestes que compunham a bateria era possível construir um perfil tanto das habilidades como das deficiências psicolingüísticas da criança, com o qual se podiam planificar programas concretos de recuperação.

Um dos vários aspectos positivos do trabalho de Kirk e especificamente da elaboração do ITPA é que este estimulou o desenvolvimento de um conjunto de programas de recuperação para melhorar várias habilidades desenvolvimentais, tais como as habilidades lingüísticas e perceptivas.

Por outro lado, embora a investigação tenha apenas oferecido um apoio parcial a fundamentação do ITPA, o seu esforço para captar as diferenças psicolingüísticas intra-individuais assim como o seu enfoque educativo (Casas, 1994) fazem com que a "sua

construção seja um acontecimento histórico extremamente importante para o campo dos transtornos da aprendizagem” (Hallahan & Kauffman, 1978, cit. in Casas, 1994:19)
Tendo consciência da existência de muitos outros investigadores e educadores que, devido ao seu trabalho com desordens de aprendizagens específicas, seriam dignos de relevância, pensamos ter abrangido as grandes individualidades e abordagens desta fase.

Fase de integração(1963 a 1980)

Como vimos, tanto ao longo da fase de fundação como da fase de transição foram-se adquirindo uma série de conhecimentos sobre as deficiências na aprendizagem, que posteriormente derivaram numa série de ganhos específicos no que se refere aos aspectos de diagnósticos e da recuperação.

Assim, Casas (1994) sugere que com este panorama estavam criadas as condições adequadas para que fosse reconhecido oficialmente no campo das dificuldades de aprendizagem como uma área específica, como um objeto de estudo e uma atividade própria, o que aconteceu na fase de integração.

Como refere Rebelo (1993), nesta fase deu-se nos Estados Unidos da América uma expansão rápida de programas que foram introduzidos nas escolas para ajudar crianças com distúrbios de aprendizagem, expansão essa que foi acompanhada por um enorme aumento do número de pessoal especializado e dos cursos para a formação de professores. Por outro lado, os métodos de diagnóstico e de tratamento diversificaram-se, fez-se muita investigação fundamental e aplicada, e os serviços de apoio (sob as mais diversas formas) aumentaram significativamente.

Esta terceira fase iniciou-se em 1963, ano em que Samuel Kirk popularizou o termo dificuldades de aprendizagem (learning disabilities) ao utilizá-lo numa comunicação apresentada na “Conference on Exploration into Problems of the Perceptually Handicapped Child”.

No entanto, Kirk já tinha utilizado o termo Learning disability no seu livro “ A criança excepcional” (The exceptional Child) publicada em 1962 em que definia dificuldades de aprendizagem como sendo:

“...um atraso, desordem ou imaturidade num ou mais processos da linguagem falada, da leitura, da ortografia, da caligrafia ou da aritmética, resultante de uma possível disfunção cerebral e ou distúrbios do comportamento e não dependentes de uma deficiência mental, de uma privação sensorial ou de um conjunto de fatores pedagógicos.”(Kirk, 1962, cit. in Correia, 1991:38)

Kirk voltou a utilizar o termo em 1963, na referida conferência, com as seguintes palavras:

“...eu usei o termo ‘dificuldades de aprendizagem’ para descrever um grupo de crianças que tem desordens no desenvolvimento da linguagem, da fala, da leitura, e das habilidades associadas à comunicação necessárias para a interação social. Neste grupo eu não incluo as crianças que tem deficiências sensoriais tais como a cegueira ou a surdez, porque temos métodos para lidar e treinar os surdos e os cegos, eu também excluo deste grupo as crianças que apresentam um atraso mental generalizado.”(Kirk, 1963, cit. in Garcia, 1995:27, cit. in Hammil, 1993:296, e cit. in Torgesen, 1991:14)

Este discurso serviu de catalisador para a criação, nesse mesmo dia, da Association for Children with Learning Disabilities.

Surgia assim o campo específico das dificuldades de aprendizagem, para qual contribuíram de forma associada os pais e os profissionais e para o qual foram desenvolvidos métodos de avaliação e diagnósticos, bem com programas de intervenção específicos.

Para que esta mudança tivesse lugar, foi de suma importância o fato de o termo dificuldades de aprendizagem, proposto por Kirk, ter sido desde logo bem aceito pelos investigadores, pois punha em relevo a componente educacional em detrimento da componente clínica.

Por outras palavras, o termo de dificuldades de aprendizagem denominava um grupo extenso de crianças que não podiam ser incluídos noutras categorias de crianças em desvantagens, mas apesar disso necessitavam de ajuda para adquirir as habilidades escolares.

Deste modo, Kirk restringia os critérios de classificação das crianças com dificuldades de aprendizagem e identificava estas com crianças:

1.º—que mostravam uma discrepância entre o seu potencial de aprendizagem e o de execução;

2.º—em que o atraso académico não se devia a outras deficiências sensoriais;

3.º— que não tinham aprendido pelos métodos usuais e que necessitavam de métodos especiais de instrução.

A partir do momento em que surge oficialmente o campo das dificuldades de aprendizagem e se concretiza a sua área de atividade própria, produz-se um aumento do interesse pelo possíveis problemas que podem surgir no processo ensino-aprendizagem, interesse esse que se manifestou de múltiplas formas através de: publicações, programas universitários para a formação de especialistas, associações de profissionais e disposições legais para dotar economicamente serviços adequados que subministram às crianças com dificuldades de aprendizagem específicos o treino para adquirirem as habilidades escolares.

Assim Torgensen(1991) caracteriza esta fase como a do nascimento formal do movimento das dificuldades de aprendizagem mas realça o fato de ter sido necessário ultrapassar três grandes desafios:

1.- O de estabelecer uma identidade clara no campo das dificuldades de aprendizagem relativamente às áreas de educação especial e corretiva já existentes;

2.-O de desenvolver uma base clara e ampla para a dotação de fundos públicos na provisão de programas educativos para as pessoas com dificuldades de aprendizagem;

3.- O de realizar um grande esforço na formação de profissionais provenientes de diversos campos para intervirem com pessoas com dificuldades de aprendizagem.

CAPII. Definições e Detecção

Agora que já nos situamos no tempo e na história da fundação e do movimento do termo dificuldades de aprendizagem, vamos procurar ver e conhecer mais detalhadamente as varias tentativas de definição que o termo teve, vamos buscar traçar uma base epistemológica do conhecimento em torno deste termo: dificuldades de aprendizagem.

Ainda que de uma maneira ou de outra as diversas definições convivam parcialmente nos escritos atuais e sobretudo nas praticas educativas, foram realizados intentos explicitos

para matizar e oferecer uma alternativa a cada uma das definições que colaboraram, ao longo dos anos, para que o campo das DA fosse se desenvolvendo. Assim podemos encontrar referências às definições iniciais e sucessivas para nos situar frente a elas numa parte da bibliografia anglofona. Uma síntese dessa situação histórica reflete-se muito bem em Hammill (1990), Hammill, Leigh, McNutt e Larsen (1987). A influência deste artigo foi enorme no mundo anglo-saxão e isso se reflete no fato de ter sido editado, inicialmente em 1981, em *Learning Disability Quarterly*, 4, 336-342; em 1987, na versão a que nos referimos, e, em 1988, em *Learning Disability Quarterly*, 11, 217-223, ainda que nesse caso, com algumas adaptações.

Vejamos agora onze definições, suas influências, suas pequenas histórias, modo e razões de suas apresentações e os elementos básicos das mesmas (cf. Hammill, 1990).

PRIMEIRA DEFINIÇÃO: A PROPOSTA POR KIRK

As dificuldades de aprendizagem centram-se em dificuldades nos processos implicados na linguagem e nos rendimentos académicos independentemente da idade das pessoas e cuja causa seria ou uma disfunção cerebral, ou uma alteração emocional-condutual, conforme mais adiante, a “definição descritiva”, proposta por Silver (1988), que se baseia no modelo de Kirk do ITPA. Parece que foi usada pela primeira vez, no Congresso de 1963 da *Association for Children with Learning Disabilities*, atualmente *Learning Disabilities Association of America*. Essa definição foi adaptada por Kirk, e suas ideias seriam melhor refletidas nas definições do *National Advisory on Handicapped Children* (NACHC, 1968) e na de *United States Office of Education* (USOE, 1977).

“Uma dificuldade de aprendizagem refere-se a um retardamento, transtorno, ou desenvolvimento lento em um ou mais processos da fala, linguagem, leitura, escrita, aritmética ou outras áreas escolares, resultantes de um Handicap causado por uma possível disfunção cerebral e/ou alteração emocional ou condutual. Não é o resultado de um retardamento mental, de privação sensorial ou fatores culturais e instrucionais.” (Kirk, 1962, p. 263).

SEGUNDA DEFINIÇÃO: A PROPOSTA POR BATEMAN

Em 1962, Kirk e Bateman haviam proposto uma definição que publicaram em *Exceptional Children* e que correspondia, significativamente, com a proposta por Kirk (1962). Bateman não estava satisfeito com a definição inicial de Kirk. Introduziu o conceito de discrepância aptidão-rendimento, além de não fazer referência à causa da dificuldade de aprendizagem e enfatizar o papel da criança, sem especificar o tipo de dificuldade de aprendizagem. As dificuldades de aprendizagem associam-se com dificuldades nos processos que produzem problemas inespecíficos de baixo rendimento. Quase não influi no campo, à diferença da de Kirk, e posteriormente revisou seus elementos, não os compartilhando na atualidade.

“As crianças que têm dificuldades de aprendizagem são as que manifestam uma discrepância educativa significativa entre seu potencial intelectual estimado e o nível atual de execução relacionado com os transtornos básicos nos processos de aprendizagem, que podem ou não vir acompanhados por disfunções demonstráveis no sistema nervoso central,

e que não são secundárias ao retardamento mental generalizado, deprivação cultural ou educativa, alteração emocional severa ou perda sensorial.”(Bateman,1965,p.220).

TERCEIRA DEFINIÇÃO: A PROPOSTA PELO NACHC

O *National Advisory Committee on Handicapped Children* foi criado pelo *Bureau of Education for Handicapped* dentro da *U.S. Office of Education* (USOE) e dirigido por Samuel Kirk. A definição foi proposta no informe de 31 de janeiro de 1968, com semelhanças conceituais com a de Kirk de 1962, exceto que:

- foram eliminadas as alterações emocionais como causa das dificuldades de aprendizagem,
- limitou-se a definição de dificuldade de aprendizagem às crianças,
- acrescentaram-se, como exemplificações de dificuldades de aprendizagem à linguagem e aos problemas academicos, os transtornos do pensamento(conceitualização).

Esta definição serviu de germe para a definição que seria incorporada à Lei Publica 94-142,em 1977, pela USOE.

“As crianças com dificuldades de aprendizagem especiais(específicas) manifestam um transtorno em um ou mais processos psicológicos básicos na compreensão ou no uso da linguagem falada ou escrita.Estes podem manifestar-se em transtornos da audição, do pensamento, da fala, da leitura, da escrita, da silabação ou da aritmética.Incluem condições que foram referidas como handicaps perceptivos, lesão cerebral, disfunção cerebral mínima, dislexia, afasia do desenvolvimento, etc. Não incluem problemas de aprendizagem devido a handicaps visuais, auditivos ou motores, ao retardamento mental, alteração emocional ou à desvantagem ambiental.”(NACHC,1968,p.34)

QUARTA DEFINIÇÃO: A PROPOSTA PELA NORTHWESTERN UNIVERSITY

Ante a diversidade de definições, era necessária uma que fosse útil em educação especial. Com esta finalidade a USOE constitui um *Institute for Advanced Study at Northwestern University* , sob a responsabilidade de 15 participantes coordenados por Myklebust, sendo suas conclusões recolhidas num artigo de Kass e Myklebust(1969). Os participantes foram: H. R. Myklebust(Chair), S. Ashcroft, F. X. Blair, J. C. Chalfant, E. Deno, L. Flieger, P. Hatlen, H. Heller, F. Hewett, C. Kass, S. Kirk, R. Ridgeway, H. Selznick, J. Taylor e W. Wolfe.

A definição distancia-se da do NACHC nos seguintes pontos:

- É reintroduzido o conceito de discrepância entre aptidão e rendimento.
- Não são sugeridas causas das dificuldades de aprendizagem.
- Foram excluídos os transtornos de pensamento (conceitualização) das dificuldades de aprendizagem.
- Foram incluídos os “ transtornos da orientação espacial” entre as dificuldades de aprendizagem.

A definição da USOE, de 1976, é muito similar a esta , exceto quanto à inclusão dos transtornos na orientação espacial. Ao mesmo tempo, especificou-se a fórmula de discrepância entre o QI e o rendimento na definição da USOE de 1976. O esforço da USOE, nesta definição , foi visto como “suspeito” pelos especialistas, o que condicionou sua influência , apesar do grande esforço desenvolvido.

“ Dificuldade de aprendizagem refere-se a um ou mais deficits significativos nos processos de aprendizagem essenciais que requerem técnicas de educação especial para a remediação:

- as crianças com dificuldades de aprendizagem demonstram geralmente uma discrepância entre o aproveitamento atual e o esperado em uma ou mais áreas , tais como a fala, a leitura, a linguagem escrita, a matemática, a orientação espacial;
- a dificuldade de aprendizagem referida não é primariamente o resultado de deficiências sensoriais, motoras, intelectuais ou emocionais, ou ausência de oportunidades para aprender;
- os deficits significativos se definem em termos de procedimentos aceitos de diagnósticos em educação e em psicologia;
- os processos de aprendizagem essenciais são os habitualmente referidos na ciência da conduta como implicando a percepção, a integração e a expressão, seja verbal ou não verbal;
- as técnicas de educação especial para a remediação referem-se ao planejamento educativo, baseadas em procedimentos e resultados diagnósticos.”(Kass e Myklebust, 1969, pp.378-379).

QUINTA DEFINIÇÃO: A PROPOSTA PELO CEC/DCLD

Siegel e Gold (1982, p. 14) recolhem a definição proposta por uma unidade da *Council for Exceptional Children* (CEC) no final dos anos sessenta, a *Division for Children with Learning Disabilities* (DCLD), não podendo as crianças com dificuldades de aprendizagem ser consideradas com diversos déficits, ou dentro de diagnósticos superpostos. Por definição, uma criança com dificuldades de aprendizagem, não pode apresentar, simultaneamente, problemas educativos, transtornos emocionais, deficiência mental, visual ou auditiva, etc. É a única definição que não permite a coexistência de uma dificuldade de aprendizagem e de outro ou outros déficits. O certo é que esta definição teve muito pouco uso e influência.

“Uma criança com dificuldade de aprendizagem é aquela com habilidade mental, processos sensoriais e estabilidade emocional adequados, que apresenta déficits específicos nos processos perceptivos, integrados ou expressivos, os quais alteram a eficiência da aprendizagem. Isto inclui as crianças com disfunção do sistema nervoso central, que se expressam primariamente com deficiência.” (Siegel e Gold, 1982, p. 14)

SEXTA DEFINIÇÃO: A PROPOSTA POR WEPMAN

Posto que o rótulo “dificuldades de aprendizagem” inclui tantas alterações, o *National Project on the Classification of Exceptional Children* propõe que só se considere tal rótulo quando se dá um déficit nos processos perceptivos que produzam problemas académicos (Wepman, Cruickshank, Deutsch, Morency e Strther, 1975). Isso teve como consequência seu escasso uso e aceitação.

“As dificuldades de aprendizagem específicas, tal como se definem aqui, fazem referência, às crianças de qualquer idade que demonstrem uma deficiência substancial num aspecto particular do aproveitamento académico por causa de handicaps motores ou perceptivo-

motores, sem considerar a etiologia de outros fatores contribuintes. O termo perceptual, tal como se utiliza aqui, refere-se aos processos mentais (neurológicos) através dos quais a criança adquire... as formas e sons básicos do alfabeto.” (Wepman et al., 1975, p.306)

SETIMA DEFINIÇÃO: A PROPOSTA POR USOE, EM 1976

Na busca de critérios operacionais, buscava-se melhorar a definição do NACHC (1968), para o qual a *U.S. Office of Education*, através do *Bureau of Education for the Handicapped*, propôs o seguinte, no *Federal Register* (USOE, 1976, p.52405):

“Uma dificuldade de aprendizagem específica pode ser encontrada se uma criança tem uma discrepância severa entre o aproveitamento e a habilidade intelectual em uma ou mais das diversas áreas: expressão oral, expressão escrita, compreensão escrita, habilidades de leituras básicas, cálculo matemático ou soletração. Uma “discrepância severa” é definida como existente quando o aproveitamento em uma ou mais áreas está em ou abaixo de 50% do nível de aproveitamento esperado da criança, quando a idade e as experiências educativas prévias são levadas em consideração.”

A ideia de discrepância severa implica o uso de formulas para sua determinação, o que já foi muito discutido e criticado tanto do ponto de vista puramente técnico como do ideológico. Por exemplo ante a pesquisa de opinião da USOE, de 1982, 982 foram recebidas, em grande parte contrárias ao emprego da formula de discrepância (Mercer, 1991a). Isto levou à supressão da citada formula da definição da USOE do ano seguinte, 1977, ainda que o desenvolvimento de diferentes formulas de discrepância estivesse apenas iniciando, posto que muitos estados continuaram com a ideia central da discrepância aptidão-aproveitamento, com suas próprias formulas, debate que continua na atualidade com múltiplos estudos.

Uma ilustração dos argumentos contrários ao emprego das formulas esta no manifesto do *Board of Trustees of the Council of Learning Disabilities* (1987). Trabalhamos sobre a versão de 1987. Contudo, foi publicado este manifesto no *Learning Disability Quarterly*, em 1986, vol. 9, p. 245.

OITAVA DEFINIÇÃO: A PROPOSTA PELA USOE, EM 1977

Posto que o Bureau of Education for Handicapped, foi mandatado para encontrar uma melhor definição, alcançou-se o consenso na proposta pelo NACHC, em 1968 (cf., Adelman e Taylor, 1986). Esta, com poucas modificações, foi incorporada, em 1969, à legislação federal, em 1975 à P.L. 94-142, na Education for All Handicapped Children Act, em 1986 na Reauthorization of the Education of the Handicapped Act e, em 1977, foi publicado no Federal Register:

“O termo ‘dificuldade de aprendizagem específica’ quer dizer um transtorno em um ou mais processos psicológicos básicos implicados na compreensão ou no uso da linguagem, falada ou escrita, que se pode manifestar numa habilidade imperfeita para escutar, falar, ler, escrever, soletrar, ou fazer cálculos matemáticos.

O termo não inclui condições tais como handicaps perceptivos, lesão cerebral, disfunção cerebral mínima, dislexia e afasia do desenvolvimento. O termo não inclui crianças que

apresentam problemas de aprendizagem que são primariamente o resultado de déficits visuais, auditivos ou motores ou retardamento mental, ou alterações emocionais, ou desvantagens ambientais, culturais ou econômicas.”USOE ,1977,p.65083).

No Registro Federal, foram incluídos, além da definição, uma série de critérios operacionais com a finalidade de orientar a detecção e diagnóstico das pessoas com dificuldade de aprendizagem. Contudo a incoerência entre a definição e os critérios é evidente.

1. Não se proporcionam critérios operacionais para os supostos processos e para os componentes de disfunção do SNC.
 2. Omite-se a dificuldade de aprendizagem do soletrar nos critérios.
 3. A definição de dificuldade de aprendizagem é aplicável a todo ciclo vital das pessoas, em contrapartida, os critérios referem-se apenas às crianças.
- Isto se explica em parte pela ênfase colocada na legislação escolar e na provisão de serviços educativos, vindo daí o esquecimento nos critérios, mas na definição das pessoas adultas. Não obstante, existe unanimidade em admitir que esta definição e a do NJCLD são as mais amplamente utilizadas e assumidas. A definição da USOE de 1977 foi assumida pela maioria dos Estados se convertendo assim no critério “legal” para a provisão de serviços educativos para as pessoas com dificuldades de aprendizagem.

NONA DEFINIÇÃO: A PROPOSTA PELO ICLD

O Interagency Committee on Learning Disabilities, em 1987, com representantes de 12 agências dentro do Department of Health and Human Services and the Department of Education, propôs uma definição que enviou ao Congresso, incluindo em sua definição a dificuldade de aprendizagem por déficit nas habilidades sociais, inclusão pela qual foi amplamente rejeitada. O fato de muitas pessoas com dificuldade de aprendizagem simultânea ou conseqüentemente problemas sociais, não é razão suficiente para considerar estes problemas como constitutivos, por si sós, de uma nova dificuldade de aprendizagem (Silver, 1988). Em termos parecidos expressam-se Gresham e Elliot (1989a) ao colocar em dúvida o acerto da inclusão das dificuldades nas habilidades sociais como uma dificuldade de aprendizagem específica, sem o apoio de pesquisa ou evidência empírica. A seguir trazemos a definição do ICLD:

“As dificuldades de aprendizagem são um termo genérico que se refere a um grupo heterogêneo de transtornos manifestados por dificuldades significativas na aquisição e uso da recepção, fala, leitura, escrita, raciocínio, ou habilidades matemáticas, ou habilidades sociais. Esses transtornos são intrínsecos ao indivíduo e presume-se que sejam devido à disfunção do sistema nervoso central. Inclusive, ainda que um problema de aprendizagem possa ocorrer concomitantemente com outras condições incapacitantes (p.ex., déficit sensorial, retardamento mental, transtorno emocional ou social), com influências sócio-ambientais (p.ex., diferenças culturais, instrução inadequada ou ineficiente, fatores psicogênicos), e, especialmente, transtornos por déficit de atenção, todos os quais podendo causar dificuldades de aprendizagem, uma dificuldade de aprendizagem não é o resultado direto destas influências ou condições.” (Interagency Committee on Learning Disabilities, 1987, p.222)

Apesar de que esta definição tenha sido desenvolvida por um comitê governamental, não teve aplicabilidade oficial, posto que razões pragmáticas assim aconselharam ao Departamento de Educação:

1. Deveria ser mudada a lei(P.L. 94-142) para incluir as dificuldades nas habilidades sociais.
2. Teria aumentado a confusão na seleção das dificuldades de aprendizagem.
3. Seria incrementado o numero de crianças classificadas como apresentando dificuldades de aprendizagem. Por tudo isso, seu uso e influencia foram escassos.

Hammill(1990) concluiu que na atualidade, somente quatro definições tem habilidade profissional: as da USOE de 1977, a do NJCLD, a do LDA, e a do ICLD, tendo o resto apenas valor histórico.

Ainda que tenhamos demarcado historicamente um pouco mais desta questão, neste momento apresentaremos uma definição bastante consensual sobre o que se entende por dificuldades de aprendizagem(LD), sobretudo nos EUA, como aplicação e desenvolvimento da lei federal de 1975. Trata-se da definição proposta pelo **National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD)**, composto por representantes das oito mais importantes organizações nacionais dos EUA implicadas no tema de dificuldades de aprendizagem:

“Dificuldade de Aprendizagem é um termo geral que se refere a um grupo heterogêneo de transtornos que se manifestam por dificuldades significativas na aquisição e no uso da escuta, fala, leitura, escrita, raciocínio ou habilidades matemáticas. Esses transtornos são intrínsecos ao indivíduo, supondo-se devido a disfunção do sistema nervoso central, e podem ocorrer ao longo do ciclo vital. Podem existir, junto com as dificuldades de aprendizagem, problemas na conduta de auto-regulação, percepção social e interação social, mas não constituem, por si próprias, uma dificuldade de aprendizagem. Ainda que as dificuldades de aprendizagem possam ocorrer concomitantemente com outras condições incapacitantes (por exemplo, deficiência sensorial, retardamento mental, transtornos emocionais graves) ou com influencias extrínsecas (tais como as diferenças culturais, instrução inapropriada ou insuficiente) não são o resultado dessas condições ou influencias.” (NJCLD, 1988, p.1)

Nesta condição, recolhe-se a essência daquilo que podemos entender por dificuldades de aprendizagem, a partir de um enfoque fundamentalmente educativo e para a tomada de decisões de provisão de serviços de educação especial.

Essa definição não governamental foi apoiada pela maioria das organizações de profissionais e científicas implicadas nos temas de Educação Especial na América do Norte, como a American Speech-Language-Hearing Association(ASHA), Council for Learning Disabilities(CLD), Division For Children with Communication Disorders (DCCD), Division for Learning Disabilities (DLD), International Reading Association(IRA), Learning Disabilities Association of América(LDA), National Association of School Psychologists(NASP) e Orton Dyslexia Society(ODS), compostas por mais de 225.000 membros.

Enfatizam-se vários aspectos que irão se desintrincando ao longo da exposição. As dificuldades de aprendizagem podem ser um fenômeno que afeta toda a vida das pessoas, motivo pelo qual não se pode falar somente de crianças com dificuldades de aprendizagem,

e que é preciso considerar para a provisão de serviços e apoios. Uma ilustração disso é a disponibilidade de serviços de atenção às pessoas com dificuldades de aprendizagem em diversas universidades (Martin e Gandy, 1990). Isso pode dar uma idéia da magnitude social do problema. Por exemplo, num boletim do Congresso dos EUA, de 1987, (Interagency Committee on Learning Disabilities, 1987), o Departamento de Educação dos EUA estabelecia que 4,73% de todos os serviços dirigidos a crianças em idade escolar durante o curso de 1985-86 eram referentes a alguma dificuldade de aprendizagem específico. Isto representaria 43% de todas as crianças em idade escolar com algum tipo de incapacidade (Martin e Gandy, 1990). A concepção de ciclo vital reflete-se claramente no nome de uma das associações de pais mais influentes nos EUA: Association For Children with Learning Disabilities (ACLD) que, em 1989, passou a denominar-se Learning Disabilities of América (LDA).

Outra questão levantada por esta definição consensual é que se precisa de dificuldades significativas frente a outros termos como o da discrepância entre a capacidade (inteligência) e o nível na linguagem, escrita ou matemática. O problema do uso de formulas de discrepância para definir as DA foi muito controvertido e deu lugar a muitas pesquisas.

A questão do termo exclusão (as dificuldades de aprendizagem não hão de ser fruto da deficiência mental ou da ausência de escolarização ou de problemas emocionais) fica muito matizada podendo dar-se o caso, como realmente ocorre, de co-ocorrência de dificuldades de aprendizagem e outros transtornos do desenvolvimento ou da personalidade ou da conduta. Entre as exclusões, estão as habilidades sociais, em oposição à inclusão das mesmas pela Interagency Committee on Learning Disabilities (1987).

São muitos os aspectos discutíveis no termo dificuldades de aprendizagem, termo este que foi proposto como mais aceitável do que os específicos de dislexia, disgrafia, discalculia, disfasia, etc. Uma questão problematizada termo é disability (em nosso país utiliza-se a de dificuldades de aprendizagem-DA).

Seguindo a Classificação Internacional de Definições, Incapacidades e Menos Valias, 1980, da Organização Mundial de Saúde, versão castelhana no INSERSO, em 1983, fala-se de três conceitos sucessivos e com implicações diversas: o de deficiência ou impairment referente a anormalidade orgânica, o de capacidade ou disability ou consequência da deficiência que afeta a pessoa, e o de menos valia ou handicap, que é a desvantagem social ou nas experiências com as pessoas como consequência das deficiências e incapacidades. Uma tradução literal do termo learning disabilities suporia traduzi-lo como incapacidades de aprendizagens, o qual implicaria uma base orgânica constatável ou "exteriorável" e como um transtorno funcional, objetivável e em nível da pessoa.

A CID.10 denomina essa situação, predominantemente no capítulo intitulado Transtorno do Desenvolvimento das Habilidades Escolares, descrevendo-os como *"transtornos nos quais as modalidades habituais de aprendizado estão alteradas desde as primeiras etapas do desenvolvimento. O comprometimento não é somente a consequência da falta de oportunidade de aprendizagem ou de um retardo mental, e ele não é devido a um traumatismo ou doença cerebrais"*.

As definições aqui comparadas, ainda que a maioria tenha apenas valor histórico, foram referidas sistematicamente, pelos 28 manuais revisados de Hammill (1990) para fazer estudo comparativo.

Se bem que a definição proposta pelo NJCLD seja a melhor, a de USOE de 1977 é a que esta na lei americana; portanto nunca poderá ser substituída. O que propõe Hammill é que

entre profissionais, pesquisadores e pais utilize-se um conceito claro e preciso, e isto é possível com uma definição como a do NJCLD.

Para facilitar existem outras classificações quanto à origem das DA, alguns autores dividem as DA em Primárias e Secundárias, de acordo com sua origem. As DA consideradas **Primárias**, seriam aquelas cuja causa não pode ainda ser atribuída a elementos psico-neurológicos bem estabelecidos ou esclarecidos.

Esses casos englobam, principalmente, as chamadas disfunções cerebrais e, dentro das dessas disfunções, teríamos os Transtorno da Leitura, Transtorno da Matemática e Transtorno da Expressão Escrita, bem como os transtornos da linguagem falada, os quais englobam o Transtorno da Linguagem Expressiva e o Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva.

As DA consideradas **Secundárias** seriam aquelas conseqüentes a alterações biológicas específicas e bem estabelecidas e alterações comportamentais e emocionais bem esclarecidas. Em relação às alterações **biológicas** (neurológicas) teríamos as lesões cerebrais, Paralisia Cerebral, Epilepsia e Deficiência Mental. Envolvem também os sistemas sensoriais, através da Deficiência Auditiva, hipoacusia, deficiência visual e ambliopia. Teríamos ainda, dentro das causas biológicas, as situações de DA conseqüentes a outros problemas perceptivos que afetam a discriminação, síntese, memória e relação espacial e visualização.

Em relação aos problemas de **comportamento**, um dos fatores mais marcantes para desenvolvimento de DA são os quadros classificados como Comportamento Destrutivo e, dentro deles, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e o Transtorno Desafiador e Opositivo.

Quanto ao **problemas emocionais** que favorecem as DA, principal item abordado por nós, temos a Depressão Infantil e a Ansiedade (de Separação) na Infância.

Assim sendo, existe uma variedade de classificações de DA, das quais Cruz (1999) refere as que são propostas por Quirós & Schrager (1978), Kirk & Chalfant (1984), Adelman & Taylor (1986), Lyon (1985), Rourke (1989), Rebelo (1993) e pelo DSM-IV (1996). Destas, mencionam-se apenas duas, a primeira (de Quirós & Schrager, cit. em Cruz, 1999) por se afigurar ilustrativa da falta de consenso nesta área, pois não se enquadra na definição de DA acima referida, e a segunda (de Kirk & Chalfant, cit. em Cruz, 1999) por ser mais frequentemente adotada em contextos educacionais:

À Quirós & Schrager dividem as DA em

Primárias: disfunções cerebrais (da linguagem falada – disnomia, disfasia e disartria –, da linguagem escrita – dislexia auditiva e visual, disgrafia e disortografia – e da linguagem quantitativa – discalculia); problemas perceptivos (no processo auditivo – discriminação, síntese, memória de curto termo e auditorização – ou no processo visual – discriminação, figura e fundo, completamento, constância da forma, posição e relação espacial e visualização); problemas psicomotores (ao nível do controlo vestibular e proprioceptivo, da lateralização, da imagem do corpo, da estruturação espacio-temporal, da praxia global e da praxia fina – visuomotricidade e dextralidade).

Secundárias: afecções biológicas (a nível do sistema nervoso central – lesões cerebrais, paralisia cerebral, epilepsia e deficiência mental – e ao nível dos sistemas sensoriais – deficiência auditiva, hipoacusia, deficiência visual e ambliopia); problemas de comportamento (de tipo reactivo, neurótico e psicótico); factores ecológicos e socioeconómicos (envolvimento afectivo, má nutrição, privação cultural e dispedagogia).

À Kirk & Chalfant agrupam-nas em

DA desenvolvimentais : primárias (atenção, memória e percepção) e secundárias (pensamento e linguagem oral).

DA académicas: leitura, escrita, soletração/expressão escrita e aritmética.

Segundo este modelo, «a avaliação dos indivíduos em idade pré-escolar orienta-se basicamente para o diagnóstico das DA desenvolvimentais, enquanto a dos indivíduos em idade escolar requer um diagnóstico centrado em matérias instrumentais académicas, sem, no entanto, excluir as de tipo desenvolvimental.» (Cruz, 1999, p.96).

Ressalta, destas classificações e da definição referida de DA, a importância atribuída à linguagem falada (oral ou auditiva) e à leitura, sub-nível receptivo da linguagem escrita (ou visual). Esta relevância justifica-se porque, segundo Defior Citolet (1996), as dificuldades de leitura são o transtorno mais frequente dentro das DA pois, aproximadamente, quatro de cada cinco crianças com DA manifestam problemas na leitura que, com frequência, se acompanham de dificuldades na escrita. Além disso, Fonseca considera «(...) é hoje inegável o papel da linguagem no desenvolvimento global da criança, como é indubitável a relevância das funções receptivas e expressivas da linguagem na compreensão das DA.» (1999, p.29), acrescentando que«(...) que os problemas de linguagem (compreensão auditiva, fala leitura e escrita) se encontram envolvidos, preferencialmente, no âmbito das DA.» (*idem*).

Ambas as linguagens - $\frac{3}{4}$ oral e escrita $\frac{1}{4}$ constituem sistemas simbólicos, com a particularidade de o segundo ter sido construído a partir do primeiro, o que, necessariamente, faz com que a aprendizagem da leitura decorra do desenvolvimento da linguagem, ou seja, «a linguagem auditiva foi (filogeneticamente) e é (ontogeneticamente) adquirida antes da visual.» (Cruz, 1999, p.138), pelo que «a leitura é deste modo um duplo e segundo sistema simbólico, constituindo a sua aprendizagem, por consequência, uma relação simbólica entre o que se ouve e diz e o que se vê e lê.» (*idem*, p.141).

A leitura e a escrita são a base de todas as aprendizagens escolares, o que implica que as dificuldades nestas áreas possam determinar o fracasso ou insucesso de um aluno, pelo que diversos autores são unânimes quanto à evidência da necessidade de uma identificação precoce: Defior Citolet (1996) declara ser imprescindível identificar as crianças através da recolha de informações pormenorizadas acerca delas, não com o fito de as rotular, mas, antes, a fim de utilizar essas informações na implementação de programas de intervenção dirigidos a essas crianças. Nielsen (1999) considera crucial que o diagnóstico das DA seja efectuado o mais precocemente possível, a fim de evitar os problemas que lhe são inerentes através de uma intervenção adequada.

Também Correia & Martins (1999) atribuem grande importância à necessidade de se identificar as DA o mais cedo possível, e apresentam uma lista de verificação de comportamentos, que podem ser indiciadores das mesmas e que incluem, entre outros, problemas em: articular, aprender vocabulário novo, encontrar as palavras certas, diferenciar palavras simples, rimar palavras, discriminar sons, seguir instruções, compreender ordens, contar histórias, responder a perguntas, compreender conceitos, etc. Estes comportamentos, essenciais para qualquer tipo de linguagem, porque se referem à forma (fonologia/grafologia, morfologia e sintaxe), conteúdo (semântica) e função (pragmática) da mesma (Cruz, 1999), estão também especificados em grelhas de observação da linguagem, nas sub-áreas expressão e compreensão, utilizadas pelas educadoras de infância no apoio educativo a crianças com NEE.

Quando se lida com crianças muito pequeninas com necessidades educativas especiais, não se utilizam expressões como deficiência ou problemas, antes se opta pela designação mais

alargada e abrangente Atraso no Desenvolvimento Global, que se utiliza para designar situações em que se verifique, relativamente aos padrões considerados normais, um atraso significativo em, pelo menos, uma das seguintes áreas: linguagem, cognição, socialização, motricidade e autonomia. Esta designação não é utilizada com o fim de discriminar negativamente ou rotular antecipadamente estas crianças, pretende-se apenas sinalizá-las para lhes ser proporcionada uma intervenção adequada às suas necessidades (ou DA desenvolvimentais).

Um atraso no desenvolvimento da linguagem pode ser detectado através de um conjunto de sinais dignos de especial atenção na pré-escola, que incluam os problemas de articulação, a aquisição lenta de vocabulário e a falta de interesse em ouvir histórias. Defior Citoler (1996) considera que os estudos efectuados por Ingram, Mason e Blackburn, em 1970, evidenciam que as crianças que apresentam um atraso na aquisição da linguagem experimentam dificuldades na leitura, com uma frequência seis vezes maior que a das crianças com um desenvolvimento normal. Refere, também, que outras investigações comprovaram que as crianças que são eficientes na análise da linguagem oral numa idade precoce têm grande probabilidade de serem melhores leitores mais tarde (Calero Guisado, Pérez González, Maldonado Rico & Sebastián Gascón, 1991). Menciona, ainda, a existência de um conjunto numeroso de investigações que, comparando maus leitores e leitores normais, mostram que os primeiros executam pior uma série de habilidades verbais que implicam a produção, percepção, compreensão, segmentação da linguagem ou a memória linguística. Por último, acrescenta que o treino em habilidades de análise da linguagem oral tem um efeito positivo no rendimento leitor. Todas estas observações apontam para a influência das habilidades linguísticas na leitura e originaram novas perspectivas, que situam fundamentalmente nestes aspectos a origem das dificuldades manifestadas nesta área académica. Não obstante, isto não quer dizer que se devam desconsiderar totalmente os problemas de processamento visual, ou que não intervenham nas DA factores neurológicos.

Verificando-se, então, a existência de uma relação entre o nível de desenvolvimento da linguagem oral e a aprendizagem da leitura, constata-se a necessidade de um despiste precoce de qualquer atraso naquela área, pois, segundo refere Cruz, relativamente à perturbação da leitura, «sendo uma perturbação que pode persistir durante a idade adulta, a identificação e prevenção precoces são fundamentais para evitar a cristalização da dificuldade e dos problemas associados a ela, pois num número significativo destes casos o prognóstico é bom.» (1999, p.103).

Parece ser consensual a necessidade de identificação e prevenção precoce das DA. A pergunta que se segue é: que forma de prevenção é eficaz, nomeadamente para a ocorrência de dificuldades de aprendizagem da leitura? Se essa prevenção se requer precoce, deverá ter lugar no jardim de infância?

Os trabalhos de Calero Guisado, Pérez González, Maldonado Rico & Sebastián Gascón, (1991) apontam nesse sentido, ao defenderem a aplicação, com crianças de idade pré-escolar, de um conjunto de 100 exercícios de reflexão sobre unidades da fala, em sessões diárias de 15 minutos, de forma a praticar em média 3/4 exercícios por semana. Estes autores referem que este programa pretende desenvolver nas crianças a consciência de que a fala não é um contínuo, mas um conjunto de segmentos que eles terão que redescobrir quando enfrentarem a aprendizagem formal da leitura. As tarefas dividem-se em três fases, de acordo com a evolução da consciência fonológica da criança: fase de desenvolvimento da consciência lexical, na qual se pretende que o aluno manipule palavras dentro do

contexto frase; fase de desenvolvimento da consciência silábica, na qual o aluno manipula as sílabas contando-as, invertendo-as, omitindo-as ou acrescentando-as dentro do contexto palavra; e fase do desenvolvimento da consciência fonémica, na qual o aluno conta, inverte, omite ou acrescenta fonemas. A manipulação destes segmentos é exclusivamente oral. Concluem que a consciência fonológica é facilitadora da aprendizagem da leitura e que deve ser estimulada ao nível do ensino pré-escolar, porque a maioria dos bons leitores evidencia níveis elevados de consciência linguística e os maus leitores (leia-se com DA académicas na área da leitura) demonstram possuir níveis baixos de consciência linguística. Defior Citoler (1996) acrescenta que nem todas as tarefas de manifestação fonológica evidenciam o mesmo grau de dificuldade, de maneira que umas podem efectuar-se antes, enquanto que outras emergem simultaneamente com a aprendizagem da leitura: as mais elementares, tais como as habilidades para segmentar em palavras e sílabas, para a produção e detecção de sílabas ou dos sons iniciais e finais das palavras, desenvolver-se-iam previamente à leitura e facilitariam a sua aprendizagem; outras, sobretudo a consciência de todos e de cada um dos sons de uma palavra, desenvolvem-se em conjunto com esta aprendizagem.

Assim sendo, tanto no Jardim de Infância como no 1º ciclo, deve prestar-se atenção ao desenvolvimento destas habilidades e, a fim de se proceder a uma efectiva detecção/prevenção das DA, é crucial a observância de alguns princípios básicos concernentes às práticas pedagógicas exercidas pelos profissionais destes graus de ensino: é fundamental efectuar uma observação sistemática de cada criança, individualmente e em grupo, com vista à detecção precoce de Dificuldades de Aprendizagem Desenvolvimentais, a fim de prever ou minimizar a ocorrência de Dificuldades de Aprendizagem Académicas; as actividades propostas às crianças devem ser planeadas a partir das observações feitas, de molde a permitirem uma resposta adequada às necessidades de cada uma; parece ser conveniente a introdução de actividades que especificamente visem estimular e desenvolver a consciência linguística ainda incipiente nas crianças em idade pré-escolar; sendo a consciência linguística facilitadora da aprendizagem da leitura, é de considerar a hipótese de se conseguir minimizar a ocorrência de DA académicas, submetendo os alunos sinalizados com atraso no desenvolvimento da linguagem a um programa de consciencialização linguística.

Vimos um panorama com vários autores acerca do que é uma dificuldade de aprendizagem, podemos afirmar que as definições são muitas, porem todo profissional deve saber qual dentre todas reflete melhor sua maneira de pensar e problematizar em educação.

A pratica se faz e refaz todos os dias através dos conhecimentos adquiridos, por ser algo extremamente complexo o profissional deve estar atualizado com autores que lhe possibilite novos olhares e novas praticas para que o aluno portador de dificuldade de aprendizagem possa ser compreendido e levado a se compreender melhor.

Cap.III Classificação das dificuldades de aprendizagem

Sempre em nossa historia houve pessoas, crianças, adolescentes ou adultos que tiveram dificuldades de aprendizagem, porem como vimos foi só recentemente que se cunha o termo e se conceitualiza tal como conhecemos agora.

Silver(1989) relembra como antes de 1940, se classificavam as crianças com dificuldades de aprendizagem como “transtornados emocionalmente”, como “ retardados mentais” ou como “desvantajados culturais”.

Esses transtornos podem produzir, e de fato produzem, dificuldades de aprendizagem, contudo é somente a partir dos anos 40 que se acolhe a possibilidade de causas neurológicas, sugerindo-se que as dificuldades ou problemas de aprendizagem fossem ocasionados por um dano cerebral, tal como sugerem em 1941, Werner e Strauss ou em 1947, Strauss e Lehtinen.

Ao tratar-se de criança de aparência normal, se sugeria que o dano cerebral deveria ser reduzido, com o que o termo da lesão cerebral mínima se impôs. Ao não ser possível a verificação do suposto dano hipotetizou-se que uma disfuncionalidade cerebral, sobretudo nas conexões cerebrais. É assim que em 1966, Clements propõe o termo disfunção cerebral mínima. Realizam-se múltiplos estudos interdisciplinares a partir de diversas disciplinas, na busca das possíveis disfunções de base. Afirmava-se terem sido identificadas essas supostas disfunções e ressaltava-se a área problema.

Se a dificuldade estivesse centrada na leitura, denominavam esses transtornos de dislexia; se a dificuldade estivesse na linguagem denominava-se disfasia, enquanto que se tratássemos da escrita denominava-se disgrafia, assim como, se a área problema fosse matemática, chamavam-se discalculias.

Inclusive hoje em dia há uma distinção muito importante com respeito aos nomes com o prefixo a- ou com o prefixo dis-. Quando se trata de um problema de desenvolvimento ou deficiência do mesmo, ou de não aprendizagem de uma habilidade ou área de habilidades utiliza-se o prefixo dis-.

Assim, se fala disfasia quando uma criança não desenvolve a linguagem adequadamente ou de dispraxia quando houver alguma dificuldade no desenvolvimento das praxias.

Ao contrário o prefixo a- refere-se quando se perde uma função uma vez adquirida ou em processo de aquisição. Assim falaríamos de afasia infantil quando uma criança perde a linguagem uma vez iniciado o processo de desenvolvimento da mesma, ou no adulto que a perde, ambos como fruto de uma lesão cerebral constatada. Assim se como consequência de um acidente, uma criança ou um adulto apresenta dificuldades na leitura ou na escrita, por lesão cerebral, falaríamos de alexia ou agrafia, respectivamente. Às vezes em determinados textos, utiliza-se a expressão afasia infantil para referir-se as disfasias, o que poderia levar a uma certa confusão.

Esta terminologia parece racional e favorece a comunicação, além de acarretar implicações etiológicas e inclusive de tratamento. Esta terminologia continua sendo utilizada, sobretudo na Europa e concretamente, na Espanha.

Contudo começa a surgir um novo termo proposto pelo Dr. Samuel Kirk, em 1962: o de dificuldades de aprendizagem-DA.

Este termo se generalizou sobremaneira e é hoje predominantemente nos EUA com base na publicação da Lei Pública de 1975, que adotou este nome e exige o diagnóstico de dificuldades de aprendizagem para oferecer educação especial ou determinados serviços ou apoio as crianças que sofrem de baixo rendimento. Este problema não se estabelece assim na Espanha, considerando que se passou de um modelo baseado no déficit para um modelo baseado nas necessidades educativas especiais. Se um aluno apresenta necessidades educativas especiais, poderá ser objeto da educação especial, caso contrário, não poderá ainda que necessite de certas adaptações que poderão ser realizadas com o apoio e concurso dos serviços e recursos de que disponha o centro, seja equipe psicopedagógica externa, seja orientador interno, seja professor de apoio, seja psicopedagogo, etc., mas, sempre ao não se tratar de um aluno com necessidades educativas especiais, deverá ser o professor ou professores de aula ordinária os que monitorizarão e realizarão as intervenções.

Com respeito aos modelos de classificação pode ser consultado Hooper(1992), que compara diversos enfoques ou marcos conceituais quando se tenta classificar os transtornos. A seguir, recolhemos os modelos de Skinner, de Cantwell e de Blashfield et al. O marco conceitual para a pesquisa classificatória de H. ^a Skinner, de 1981 (Hooper, 1992, pp. 7-8), poderia ser assim representado:

Formulação teórica	Validação interna	Validação externa
-Descrição do domínio do conteúdo(etiologia versus síndrome clínica).	-Eleição das técnicas estatísticas adequadas.	-Estudo da generalidade de tipos a outra populações.
-Definição do modelo de classificação e relação entre tipos.	→ -Replicação dos tipos em novas amostras.	-Avaliar: 1. Validade preditiva 2. Validade descritiva 3. Validade clínica
-Relações específicas com variações externas (exemplo: prognósticos de tratamento).	-Avaliar: 1. Confiabilidade 2. Homogeneidade 3. Alcance	

O modelo de Cantwell(Hooper, 1992) poderia ser simplificado na forma seguinte, sabendo-se que cada passo ou etapa influi e interatua com os outros, modificando-se e otimizando-se o processo:

- Etapa 1: Descrição da síndrome.
- Etapa 2: Fatores físicos e neurológicos.
- Etapa 3: Estudos de laboratório.
- Etapa 4: Estudos de história familiar
- Etapa 5: Estudos de história natural.
- Etapa 6: Estudos de tratamento.

A seguir, mostramos o “Guia para a inclusão ou a exclusão de categorias no DSM-IV”, de Blashfield, Sprock e Fuller (1980), Comprehensive Psychiatry, 31, 15-19:

Guias para a inclusão	Guias para a exclusão
1. Literatura adequada(aprox. 50 artigos)	1. Literatura inadequada
2. Critérios diagnósticos específicos.	2. Alcance extremamente baixo
3. Confiabilidade aceitável(K aprox. 0,70)	3. Sem indicação diagnóstica.
4. Evidência de uma síndrome.	
5. Diferenciação clínica.	

3.1 A classificação do DSM-IV

Se a definição do NJCLD (Hammill et al., 1988) estava centrada fundamentalmente na tomada de decisões educativas e para a provisão de serviços, a concepção da American Psychiatric Association (APA, 1987) é de caráter médico e inclui as dificuldades de aprendizagem entre os transtornos específicos do desenvolvimento, com o que se tratará de transtornos presentes em crianças e adolescentes que se reflitam em alguma área determinada, ainda que se trate de transtornos que afetem o desenvolvimento de maneira importante:

“Esta subclasse inclui transtornos caracterizados por um desenvolvimento inadequado de habilidades específicas relacionados com a linguagem, a coordenação motora e o rendimento acadêmico que não se devam a transtornos físicos ou neurológicos demonstráveis, a transtornos generalizados do desenvolvimento, a deficiência mental, nem a falta de oportunidades educativas. Por exemplo, uma deficiência importante no desenvolvimento da linguagem numa criança perfeitamente normal será classificada como transtorno específico do desenvolvimento. De forma similar, um atraso marcado na aprendizagem da leitura numa criança normal, com ótimas oportunidades educativas, seria classificado como transtorno específico do desenvolvimento, enquanto que um atraso na aprendizagem da leitura acompanhado de atrasos gerais no desenvolvimento seria contemplado como uma deficiência mental e não como um transtorno específico do desenvolvimento.”

O DSM-IV classifica esses transtornos específicos do desenvolvimento dentro do Eixo II, ou seja, no eixo dos transtornos do desenvolvimento e transtornos da personalidade. No eixo I situam-se síndromes clínicas e códigos V. No eixo III, estariam os transtornos e estados somáticos. No eixo IV estaria a intensidade do estresse psicossocial. Por último no eixo V, a avaliação global do sujeito.

3.2 As dificuldades de aprendizagem frente a outros transtornos

Uma das questões que neste momento, parece assumida de forma geral é a de que as dificuldades de aprendizagem devem ser diagnosticadas de forma diferenciada em relação a outros transtornos próximos, ainda que, frente a presença de uma pessoa com dificuldade de aprendizagem e outro transtorno, seja necessário classificar ambos os transtornos, sabendo que se trata de dois transtornos superpostos.

Alguns destes exemplos são:

- o transtorno por déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ;
- os transtornos da fala não classificados em outro lugar, como a gagueira e a linguagem confusa;
- outros transtornos da infância, meninice ou adolescência, como o mutismo eletivo ou o transtorno por déficit de atenção indiferenciado;
- a deficiência mental ou os transtornos generalizados do desenvolvimento.

Os TDAH não fazem parte das dificuldades de aprendizagem. Se bem que essas pessoas apresentem, em geral, algum tipo de problema escolar e acadêmico, esses aspectos poderiam ser encaixados entre as dificuldades de aprendizagem.

3.3 Transtornos por déficit de atenção e hiperatividade(TDAH)

O DSM-IV classifica os transtornos por déficit de atenção e hiperatividade entre os transtornos por condutas perturbadoras incluídas nos transtornos de início de infância, meninice, ou adolescência. Trata-se de um padrão de conduta que as crianças e adolescentes apresentam em relação a dificuldades no desenvolvimento da manutenção da atenção, controle de impulsos, assim como a regulação da conduta motriz em resposta as demandas da situação.

Historicamente, este tipo de criança foi classificado em categorias como:

- lesão cerebral mínima;
- crianças com hipercinesia;
- ou, no DSM-IV, transtorno por déficit de atenção com ou sem hiperatividade.

Um exemplo disso, dentro da grande profusão de livros relativos às crianças hipercinéticas, é obra de Velasco(1976), que a subtitula *As síndromes de disfunção cerebral*. Isso reflete a confusão com as dificuldades de aprendizagem, hoje, por sorte, superada, ao mesmo no nível conceitual.

Os diferentes nomes usados historicamente não fazem senão refletir mudanças em sua conceitualização.

Anastopolous e Barkley(1992) apresentam dados históricos a respeito. Parece haver concordância sobre os primeiros casos do tipo TDAH, na metade do século passado, ainda que as primeiras tentativas de demarcação teórica não apareçam até este século, em 1902, com Still, considerando-se problemas de “inibição voluntária” e originados por “dificuldades de controle moral”. Nos anos trinta recuperou-se o interesse com Childers ou Levin, mas centrando-se no componente da hiperatividade motora, considerando-se originados por alterações neurológicas, segundo apresentam Strauss e Lehtinen, em 1947. A idéia do componente motor como central ao transtorno, que persistiu durante os anos 50 e 60, considerava esses transtornos como originados por alterações neurológicas ou, inclusive, como o extremo ao longo de um contínuo dentro da variabilidade normal. Isto apontou para uma mudança de nome, de lesão cerebral mínima até a de disfunção cerebral mínima ou, inclusive, abandonando o aspecto causal e assumindo o aspecto da conduta de hiperatividade motora, nome que em 1968 foi apresentado pelo DSM-II(síndrome hipercinética infantil e reação hipercinética infantil).

Nos anos 70, reconheceu-se que o problema de atenção ou do controle dos impulsos era ainda mais importante que o de hiperatividade motora. Isso influi na mudança operada em 1980 no DSM-III ao propor o transtorno por déficit de atenção com ou sem hiperatividade. Mas como o debate sobre o fato do déficit de atenção ser o núcleo do transtorno continuou, sugeriram-se explicações alternativas, segundo as quais o núcleo do transtorno estava ou em dificuldades na regulação da conduta as demandas situacionais ou na autodireção de instruções, ou a auto-regulação do arousal as demandas do entorno ou da conduta governada por regras. Coincidiu, em geral na crença de que as funções executivas supõe um problema central, pelo qual a hiperatividade motora voltou a ser considerada um componente do transtorno, propondo ao DSM-IV o TDAH, sendo que casos em que não houvesse hiperatividade, seriam classificados nos transtornos por déficit de atenção indiferenciados. O debate, não obstante, continua.

Segundo Anastopoulos e Barkley (1992), os sintomas primários seriam a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade, além de outros sintomas, mas que não seriam tão amplamente aceitos como os déficits na conduta governada por regras ou a variabilidade nos processos executivos.

A prevalência estimada, com os critérios do DSM-IV, estaria entre 3 e 5%, sendo estável através de diferentes grupos sócio-econômicos e culturais, ainda que se costume encontrar seis meninos para cada menina diagnosticada de TDAH; contudo, em estudos com amostras baseadas em comunidades a média é de três meninos para cada menina.

Igualmente descrevera-se outros problemas secundários ou co-morbidos, tais como:

1. De conduta, que parece ser observado entre 40 e 60% dos casos, por exemplo, de transtornos oposicionais-desafiantes ou entre 20 e 40% de outras condutas, como vandalismo, etc.
2. Implicações emocionais, tais como hipersensibilidade, baixa auto-estima, baixa tolerância à frustração e, inclusive, sintomas de depressão e ansiedade.
3. Problemas de socialização.
4. Problemas familiares; dificuldades na execução acadêmica, apresentando rendimentos menores que os esperados pelo seu potencial estimado, sendo classificáveis entre 20 e 30 % também como disléxicos ou com outras dificuldades de aprendizagem, pelo que muitas crianças com TDAH deverão receber algum tipo de ajuda de programas de educação especial.
5. Habilidades cognitivas e linguísticas, apresentando muitos deles, dificuldades nas tarefas de resolução de problemas complexos ou nas habilidades organizativas, e inclusive, acontecendo frequentemente problemas de fala e de linguagem.
6. Dificuldades com a saúde, numa proporção maior do que as crianças normais ou, inclusive, uma maior incidência dos denominados "sinais neurológicos menores ou brandos".

Hoje, assume-se que se trata de um problema diferente das dificuldades de aprendizagem ainda que durante o curso do transtorno, apareçam baixos rendimentos acadêmicos, mas a falta de atenção, a impulsividade e a hiperatividade motora, ou inclusive, os problemas nos processos executivos ou nas condutas governadas por regras permitirão que se faça diagnóstico diferencial. No caso de superposição do transtorno com dificuldades de aprendizagem, deverá ser feito duplo diagnóstico. Estes problemas, os quais se tem enfrentado amplamente, não perdem sua intensidade com a chegada da adolescência ou idade adulta.

Contudo as dificuldades de aprendizagem que apresentam podem ser abordadas de forma específica, similarmente as dificuldades de aprendizagem, podendo assim beneficiar-se dos avanços na área das dificuldades de aprendizagem ao menos no aspecto acadêmico.

3.4 Transtornos da fala: A gagueira

Seria necessário delimitar as dificuldades de aprendizagem, segundo a concepção do DSM-IV de outros transtornos da fala como a gagueira e a linguagem confusa.

A gagueira é considerada como um transtorno caracterizado pela presença de repetições ou prolongamentos frequentes dos sons ou das sílabas, criando dificuldades na fluidez da fala.

Seria necessário diferenciá-la da falta de fluidez verbal em crianças pequenas de menos de dois ou três anos, da linguagem confusa posto que esta apresenta um ritmo rápido e ininteligível e não consciente, e da disfonia estática, que é parecida com a gagueira, mas de natureza neuromotora, com respiração anômala.

Ainda que seja diferente das dificuldades de aprendizagem, normalmente relaciona-se com o transtorno no desenvolvimento da articulação, com o transtorno do desenvolvimento da linguagem expressiva, com o transtorno por déficit de atenção com hiperatividade e com os transtornos da ansiedade.

O transtorno inicia como uma manifestação das excessivas repetições, dentro da normalidade, nas tentativas da criança para adquirir a linguagem expressiva e a articulação. Ao tornar-se consciente, começa a desenvolver um medo de falar e uma grande ansiedade nas situações que impliquem em fluidez verbal, o que leva a mecanismos compensatórios para não gaguejar, como os mecanismos lingüísticos de modificação do ritmo da linguagem, a evitar situações comunicativas, a rodeios ou circunlóquios verbais ou a evitar palavras ou sons; além disso aparecem movimentos corporais ante a fluidez verbal, com piscar, tiques, tremores labial ou facial, sacudir a cabeça, movimentos respiratórios, bater com o punho, etc.

O transtorno aparece entre os dois e os sete anos, e sobretudo aos cinco anos, apresentando-se em 98% dos casos, antes dos dez anos.

Por sorte, 80% dos casos se recuperam(60 % de forma espontânea). Pode acontecer uma alteração da vida social provocada pela ansiedade comunicativa, a frustração e a baixa auto-estima. Nos adultos pode limitar a escolha vocacional e a promoção profissional.

A prevalência é de 50% em crianças, e somente 1% em adultos. Dá-se numa proporção de três para um em crianças. Além disso, há um forte componente de incidência familiar(pode chegar até 50% nos familiares de primeiro grau).

O tratamento condutual parece ser o mais eficaz(Santacreu,1990; Santacreu e Froján,1993)

3.5 A linguagem confusa

O DSM-IV refere-se a linguagem confusa como uma alteração da fluidez verbal com alta frequência, ritmo verbal errático e pouca inteligibilidade, com padrões gramaticais alterados, explosões verbais ou grupos de palavras sem relação com a estrutura da frase. A pessoa não tem consciência de suas dificuldades.

Costumam dar-se, de forma associada, transtornos articulatórios, tais como omissão de partes da oração, dificuldades de aprendizagem escolar, transtornos por déficit de atenção com hiperatividade, além de alterações audioperceptivas e visual-motoras.

O transtorno inicia-se depois dos sete anos, ainda que apenas se tenha conhecimento do curso, deteriorização, complicações ou fatores pré-disponentes ou a prevalência ou a incidência em cada sexo.

Sabe-se que é mais frequente entre os familiares do que na população geral, tal como a presença de transtornos na linguagem oral e escrita.

O diagnóstico diferencial deve ser estabelecido com respeito à falta de fluidez normal nas crianças de menos de dois anos e da disfonia espática com gagueira de origem neuromotora e acompanhada de ansiedade, o que ocorre na linguagem confusa.

O DSM-IV descreve os seguintes critérios diagnósticos:

“Um transtorno da fluidez verbal que afeta a frequência e o ritmo da linguagem e que se caracteriza pela falta de inteligibilidade. A linguagem é errática e disrítmica, manifestando-se por uma explosão rápida e entrecortada que normalmente inclui padrões gramaticais errôneos (por exemplo, pausas alternantes e explosões verbais que produzem grupos de palavras não relacionados com a estrutura gramatical da frase).”

3.6 Outros transtornos da infância, da meninice ou da adolescência

O mutismo eletivo é claramente diferente das dificuldades de aprendizagem.

O DSM-IV classifica-o entre outros transtornos da infância , meninice e adolescência, incluindo também nessa categoria, entre outros, os transtornos por déficit de atenção indiferenciados. No DSM-IV haviam sido incluídos estes transtornos entre os déficits de atenção sem hiperatividade. Refere-se um tipo residual com predomínio de déficit atencional sem relação e não produzido pelo nível de desenvolvimento, pela deficiência mental, , por outros transtornos, por ambiente caótico e desorganizado.

O mutismo eletivo é de natureza emocional, consistindo- se num rechaço insuperável a falar com pessoas estranhas ou no ambiente escolar, mas não em casa. A criança com este transtorno não costuma apresentar dificuldades de compreensão nem de expressão verbal. A comunicação pode ser realizada por gestos, negando ou afirmando, ou empregando monossílabos ou frases curtas. Podem não obstante ser apresentadas algumas dificuldades na linguagem expressiva e na articulação da linguagem. Existe certa associação deste problema com respeito a dinâmicas familiares discutíveis com excessivo emprego do abuso físico sexual, ainda que esta questão seja problemática pelas implicações que possa ter da culpabilidade dos pais e, desde logo, isto não é descrito no DSM-IV. Sugerem-se também fatores de aprendizagem social pela proporção de meninas que o apresentam. Podem associar-se outros transtornos da linguagem tais como o desenvolvimento da articulação, o do desenvolvimento da linguagem expressiva ou receptiva, ou inclusive os transtornos orgânicos de articulação. Numa terminologia clássica, costuma-se falar das disglosiais para referir-se às dificuldades de articulação por efeito de alguma malformação ou defeito no aparelho fonador, tais como lábio leporino ou palato ogival. Em troca, se costuma empregar a terminologia das disartrias quando é de natureza neuromotora, como no caso da paralisia cerebral. Do mesmo modo, podem associar-se grande timidez isolamento social e retraimento, rechaço escolar, compulsões, negativismo, personalidade estável ou condutas de oposição no lar. Algumas destas características tornam necessário um diagnóstico diferencial com outros transtornos como o autismo. O transtorno inicia-se antes dos cinco anos ou ao entrar na escola, e dura um tempo mais ou menos longo, podendo chegar a anos. Quando perdura, pode alterar a atividade social e escolar, dando lugar ao fracasso escolar e a conversão em “bode expiatório” para os companheiros. Parecem ser fatores pré- disponentes a sobreproteção materna, a presença de transtornos de linguagem ou da deficiência mental, além de situações de imigração, hospitalização e trauma nos três primeiros anos de vida.

O transtorno é raro, parece acontecer com menos de 1% da população infantil em instituições clínicas e escolares. Para o DSM-IV se dá mais em meninos que em meninas, já em outros estudos refere-se o contrário (Garcia, 1992c).

Deve ser efetuado o diagnóstico diferencial da deficiência mental grave ou profunda, dos transtornos invasivos do desenvolvimento, como o autismo, e do transtorno do desenvolvimento da linguagem do tipo expressivo. Nestes casos, pode acontecer “ausência”

da fala, mas que aconteceria em “todas as situações”, não como no mutismo eletivo, que aconteceria nas situações “fora de casa” ou ante a presença de estranhos.

Os critérios, segundo o DSM-IV, seriam dois, um inclusivo e o outro exclusivo:

- rechaço persistente a falar nas situações sociais e na escola;
- desenvolvimento adequado na compreensão e expressão da linguagem.

O tratamento mais adequado é o condutual no ambiente natural(Echeburua e Espinet,1990).

3.7 Deficiência Mental e transtornos generalizados do desenvolvimento(TGD)

Ainda que a deficiência mental possa dar lugar a diversas dificuldades de aprendizagem, te devemos diferencia-la destas, anao ser que o rendimento esteja significativamente defasado do esperado por sua capacidade, situação em que deveriam ser classificados ambos os transtornos.

A deficiência mental,segundo o DSM-IV, caracteriza-se por uma capacidade intelectual geral significativamente abaixo da norma, ou seja, abaixo dos desvios típicos nos testes de nteligencia, ao mesmo tempo que apresenta dificuldades significativas na capacidade adaptativa, aparecendo antes dos 18 meses.Podem acontecer transtornos orgânicos ou não. Foram estabelecidos quatro níveis de gravidade: a deficiência mental leve (entre 50 e 70 de QI), a deficiência mental moderada (entre 34 e 50 de QI), a deficiência mental grave(entre 20 e 34 de QI), a deficiência mental profunda(menos de 20 de QI).Ao mesmo tempo quando se obtém entre 71 e 84 de QI(entre um e dois desvios típicos dos testes individuais de inteligência não se fala de deficiência mental e sim de capacidade intelectual limítrofe.Isto significa que é necessária uma avaliação pormenorizada para estabelecer o diagnostico diferencial com a deficiência mental leve(Zigler e Hodapp,1991).

A diferenciação das dificuldades de aprendizagem com os transtornos generalizados ou invasivos do desenvolvimento como o autismo, os TGD não especificados, não costuma oferecer dificuldades, como tanpouco com relação a deficiência mental.

Muitas vezes acontece nos limites extremos das dificuldades de aprendizagem mais graves, e dos TGD de menor nível, surgem dificuldades no diagnostico diferencial.Em qualquer caso, as dificuldades de aprendizagem costumam apresentar dificuldades numa area especifica , seja a linguagem, seja a leitura ou a escrita, ou seja a matemática, enquanto que isto não ocorre nos TGD não especificados, nem nos autistas.

Os autistas apresentam:

1. Uma deterioração qualitativa na interação social.
2. Na comunicação e atividades imaginativas.
3. Um repertorio muito restrito nas atividades e interesses.
4. Surgimento na infância ou meninice, além de outra sintomatologia associada que os converte em “pessoas estranhas”

Isso não ocorre com as dificuldades de aprendizagem, e , ainda que, no autismo, se dêem dificuldades de aprendizagem graves, são devido a outras causas, entre elas a associação do autismo com a deficiência mental.

Cap 4. Educação para todos

Acredito que os dois maiores objetivos da educação sejam dois: a aquisição de uma cultura e uma preparação para uma plena participação na vida, em todas as suas esferas.

Por isso devemos considerar as necessidades educativas de cada criança em função deste duplo objetivo: os objetivos são os mesmos para todos, mas a ajuda que as pessoas portadoras de dificuldades de aprendizagem necessitarão será diferente para atender a esses fins.

É necessário que se garanta a esta pessoa portadora de necessidades educativas especiais, sejam ela de que natureza, seu espaço no ambiente escolar, isto pode ser feito através de uma educação integrada entre professores e especialistas da educação e da área médica, permitindo um desenvolvimento total desta pessoa e superação de suas dificuldades dentro do seu limite clínico estabelecido.

4.1 O que é educação integrada?

Uma forma de mostrar o que é a integração escolar é descrevendo seus elementos e características (Birch, 1974). Podem ser considerados os seguintes aspectos:

1. Matrícula de deficientes em classes normais além da educação especial que requeiram;
 2. Os professores adequam seus conteúdos ao ritmo de aprendizagem da criança;
 3. Em todos os níveis educativos, dar-se-á a integração;
 4. Os alunos deficientes estão sob a supervisão do professor regular;
 5. Pelo menos meia jornada em classes normais;
 6. O professor de educação especial deve ter seu espaço reservado na escola para atender eventuais de alunos e professores e para que possa orientar a ambos;
- Para que tudo isto seja alcançado faz-se necessário buscar um princípio diretor de atuação, se a integração é o melhor caminho, é preciso planeja-la, é preciso que todas as ações sejam ordenadas de maneira adequada, é preciso primeiro acabar com velhos preconceitos e se deixar levar pela idéia de ser um professor integrador que respeita e conhece as diferenças.

É necessário que se cada educador se torne um profissional da educação atualizado e que seja também pesquisador-educador, que esteja aberto sempre a novas práticas. Porém, para que esta dinâmica dê realmente certo é preciso que haja também uma mudança na atitude dos pais, dos alunos, do pessoal não docente, dos diretores e dos especialistas.

Conclusão

Como vimos o termo dificuldades de aprendizagem ainda é muito controverso, e no Brasil ainda não temos legislação específica que trate do problema, nos EUA e em outros países a cada dia surgem novas ONG's preocupadas com o futuro desta parcela da população que tanto sofre, porém em nosso país a coisa ainda caminha a "passos de tartaruga", seria assunto para uma próxima pesquisa saber se hoje os próprios educadores tem conhecimento sobre o que são dificuldades de aprendizagem, como elas afetam a vida do portador deste

distúrbio e quais as suas conseqüências no cotidiano da pessoa. Esse dado seria de suma importância para mais avanços na área. Ao educador, cabe detectar as dificuldades de aprendizagem que aparecem em sua sala de aula, principalmente quando se tratar de escolas que atendem crianças mais carentes. O professor deverá investigar as causas de maneira mais ampla, que abranja os aspectos orgânicos, neurológicos, mentais, psicológicos, adicionados à problemática ambiental em que vive a criança. Essa postura facilita, seu encaminhamento a um especialista que, ao tratar da deficiência, tem condições de orientar o professor em como lidar com o aluno em salas normais, se considerar necessário, indicar sua transferência para salas especiais. O que podemos perceber e afirmar ao longo desta pesquisa é que hoje em dia a expectativa dos pais de crianças que sofrem de distúrbios na aprendizagem ainda é um misto de insegurança com desejo de obtenção de soluções a curto prazo e muitos querem uma poção mágica com rápido poder de cura, que nem médicos e/ou professores são capazes de dar. Cabe a nós, profissionais da educação, consola-los na sua angústia e fazê-los compreender que esta é uma situação difícil, é que o melhor remédio para ela é a integração de pais e profissionais no torno do problema que a criança apresenta.

Pois como já dizia Paulo Freire em seu livro "Pedagogia da Autonomia" "Ensinar não é só transferir conhecimento," Ensinar exige respeito à autonomia do ser, bom senso, saber escutar, disponibilidade para o diálogo, querer bem os educandos e outros... Que pais, mestres e familiares busquem acima de tudo assegurar a esta pessoa portadora de necessidades educativas especiais o pleno direito e exercício de cidadania.

Bibliografia

- Goulart, Janete Teresinha de Aquino. Aprendizagem(m) e não aprendizagem(agem): duas faces de um mesmo processo?. Ijuí: Ed. Unijui, 2001.
- Nunes, Terezinha, Buarque, Lair & Peter Bryant. Dificuldades na aprendizagem da leitura: teoria e prática. São Paulo. Editora Cortez, Editora Autores Associados, 1992.
- Dolle, Jean-Marie, Bellano, Denis. Essas crianças que não aprendem: diagnósticos e terapias cognitivas. Petrópolis, Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2002.
- Funayama, Rodrigues Araújo Carolina (org). Problemas de aprendizagem: um enfoque multidisciplinar. Campinas, SP, Editora Alínea, 2000.
- Mata, Salvador Francisco. Como prevenir as dificuldades na expressão escrita. Porto Alegre. Editora Artmed, 2003.
- Garcia, Jesus Nicasio. Manual de dificuldades de aprendizagem, Porto Alegre: Editora Artes Medicas, 1998.
- Cruz, Vitor. Dificuldades de Aprendizagem-Fundamentos, Porto, Editora Porto, 1999.

|

|

|