8

# Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas

CADERNOS TEMÁTICOS CRP SP

Conselho Regional
de Psicologia SP

cad_vol8_06.indd 1 04/03/2010 09:48:18

**Diretoria**
Presidente | Marilene Proença Rebello de Souza
Vice-presidente | Maria Ermínia Ciliberti
Secretária | Andréia De Conto Garbin
Tesoureira | Carla Biancha Angelucci

**Conselheiros efetivos**
Andréia De Conto Garbin, Carla Biancha Angelucci, Elda Varanda Dunley Guedes Machado, José Roberto Heloani, Lúcia Fonseca de Toledo, Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes, Maria Cristina Barros Maciel Pellini, Maria de Fátima Nassif, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Izabel do Nascimento Marques, Mariângela Aoki, Marilene Proença Rebello de Souza, Patrícia Garcia de Souza, Sandra Elena Sposito e Vera Lúcia Fasanella Pompílio.

**Conselheiros suplentes**
Adriana Eiko Matsumoto, Beatriz Belluzzo Brando Cunha, Carmem Silvia Rotondano Taverna, Fabio Silvestre da Silva, Fernanda Bastos Lavarello, Leandro Gabarra, Leonardo Lopes da Silva, Lilihan Martins da Silva, Luciana Mattos, Luiz Tadeu Pessutto, Lumena Celi Teixeira, Maria de Lima Salum e Morais, Oliver Zancul Prado, Silvia Maria do Nascimento e Sueli Ferreira Schiavo.

**Gerente-geral**
Diógenes Pepe

**Organização e Revisão dos textos**
Adolfo Barros Benevenuto, Carla Biancha Angelucci, Ligia Bovolenta e Waltair Martão

**Projetográfico e Editoração**
FonteDesign | www.fontedesign.com.br

Ficha catalográfica

C744p

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org).
Dislexia: subsídios para políticas públicas / Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – São Paulo: CRPSP, 2010.
46f.; 21cm, il.; fig.; (Caderno Temático 8).

Bibliografia
ISBN: 978-85-60405-12-1

1.Dislexia 2.Subsídios para Políticas Públicas 3. Psicologia I.Título.

CDD 616.8553

Elaborada por: Vera Lúcia Ribeiro dos Santos – Bibliotecária -
CRB 8ª Região 6198

# Cadernos Temáticos do CRP SP

A XII Plenária do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo incluiu, entre as suas ações permanentes de gestão, a continuidade da publicação da série CADERNOS TEMÁTICOS do CRP SP, visando registrar e divulgar os debates realizados no Conselho em diversos campos de atuação da Psicologia.

Essa iniciativa atende a diversos objetivos. O primeiro deles é concretizar um dos princípios que orienta as ações do CRP SP – o de produzir referências para o exercício profissional dos psicólogos; o segundo é o de identificar áreas que merecem atenção prioritária, em função da relevância social das questões que elas apontam e/ou da necessidade de consolidar práticas inovadoras e/ou reconhecer práticas tradicionais da Psicologia; o terceiro é o de, efetivamente, dar voz à categoria, para que apresente suas posições e questões, e reflita sobre elas, na direção da construção coletiva de um projeto para a Psicologia que garanta o reconhecimento social de sua importância como ciência e profissão.

Os três objetivos articulam-se e os Cadernos Temáticos apresentam os resultados de diferentes iniciativas realizadas pelo CRP SP que permitem contar com a experiência de pesquisadores e especialistas da Psicologia e de áreas afins para debater questões sobre as atuações da Psicologia, as existentes e as possíveis ou necessárias, relativamente a áreas ou temáticas diversas, apontando algumas diretrizes, respostas e desafios que impõem a necessidade de investigações e ações, trocas e reflexões contínuas.

A publicação dos Cadernos Temáticos é, nesse sentido, um convite à continuidade dos debates. Sua distribuição é dirigida aos psicólogos e aos parceiros diretamente envolvidos com cada temática, criando uma oportunidade para que provoque, em diferentes lugares e de diversas maneiras, uma discussão profícua sobre a prática profissional dos psicólogos.

Este é o oitavo Caderno da série. O seu tema é a DISLEXIA: Subsídios para Políticas Públicas. O primeiro Caderno tratou da Psicologia em relação ao preconceito racial, o segundo refletiu sobre o profissional frente a situações tortura. O terceiro Caderno, "A Psicologia promovendo o ECA", discutiu o sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. O quarto número teve como tema a inserção da Psicologia na Saúde Suplementar. O quinto número referiu-se à "Cidadania Ativa na Prática: Contribuições da Psicologia e da Animação Sociocultural". O sexto Caderno abordou "Psicologia e educação: contribuições para a atuação profissional". O Sétimo Caderno abordou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. A este, seguir-se-ão outros debates que trarão, para o espaço coletivo de reflexão, temas relevantes para a Psicologia e a sociedade apresentados de forma crítica.

Nossa proposta é a de que este material seja divulgado e discutido amplamente e que as questões decorrentes desse processo sejam colocadas em debate permanente, para o qual convidamos os psicólogos.

**Diretoria do CRP SP**
Gestão 2007-2010

cad_vol8_06.indd 3 04/03/2010 09:48:18

cad_vol8_06.indd 4 04/03/2010 09:48:18

# Sumário


**Apresentação**
Comissão Organizadora do Seminário "Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas"
7

Eliseu Gabriel
8

Juscelino Gadelha
9

Marilene Proença Rebello de Souza
10

Fábio de Souza
10

**Dislexia existe? – Questionamentos a partir de estudos científico**
Maria Aparecida Affonso Moysés
11

**Medicalização e escolarização: por que as crianças não aprendem a ler e escrever?**
Adriana Marcondes Machado
24

**O enfrentamento de dificuldades ou distúrbios de leitura e escrita no Município de São Paulo**
**Ações desenvolvidas pela SMS**
Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida
30

**Programa Aprendendo com Saúde**
Sandra Maria Monetti
33

**O que pensam as entidades da Psicologia sobre o tema: CRP e SinPsi**
**Abertura**
Beatriz de Paula Souza
35

**Posicionamento do CRP SP**
Marilene Proença Rebello de Souza
36

**Posicionamento do SinPsi**
Fábio de Souza
41

**Posição do Conselho Regional de Psicologia frente ao Projeto de Lei nº 86/2006 de 21/02/2006**
44

**Argumentos do CRP SP Contrários ao Projeto de Lei nº 86/2006**
45

cad_vol8_06.indd 6 04/03/2010 09:48:18

# Apresentação

A Dislexia tem sido introduzida no meio educacional como justificativa da dificuldade que certas crianças apresentam no processo de aprendizagem de leitura e escrita. Em decorrência disso, tem fomentado uma série de práticas, nos campos da Saúde e da Educação, de acompanhamento e de atendimento à infância e à adolescência.

Assim, tornou-se comum a escola orientar pais e responsáveis por alunos que apresentam dificuldades em seu processo de escolarização a procurar meios para diagnóstico e tratamento de supostos distúrbios de aprendizagem, entre eles, a dislexia.

Os legisladores, sensíveis às demandas sociais, passaram, então, a propor leis pra garantir a identificação precoce da Dislexia na rede pública e o encaminhamento das crianças ao sistema de Saúde. Pouco se conhece, entretanto, sobre os questionamentos a essas formas de conceber e intervir sobre as dificuldades de escolarização, que nos últimos vinte anos foram formulados em diversas áreas de conhecimento, tais como Medicina, Psiquiatria, Psicologia, Educação e Lingüística.

Os que buscam a construção de políticas públicas que de fato respondam às finalidades de uma escola democrática e de qualidade não podem ignorar esses questionamentos.

Com o objetivo de levar ao conhecimento do legislativo municipal e estadual paulista a polêmica que envolve o diagnóstico e o tratamento dos denominados transtornos ou distúrbios de aprendizagem, foi realizado, no dia 21 de setembro de 2009, na Câmara Municipal de São Paulo, o **Seminário Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas.** O debate foi estendido também aos profissionais das áreas de Educação, Saúde e Assistência Social e à população em geral.

O encontro foi uma iniciativa da Câmara Municipal de São Paulo, do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, do Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo e do Grupo Interinstitucional Queixa Escolar, com apoio das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação.

**Comissão Organizadora do Seminário "Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas"**



cad_vol8_06.indd 7 04/03/2010 09:48:18

Este é um tema bastante complexo e contraditório. Na verdade, existe um problema grave no Brasil e, particularmente, em São Paulo, que é a dificuldade de as crianças aprenderem.

Então, procura-se qual a razão disso: por que as crianças não aprendem? Uma das respostas aponta para a Dislexia, que é algo que já vem há muitos anos sendo discutido.

Por que o parlamento está promovendo esse evento? Porque a Dislexia passou a ser tema de vários projetos de lei apresentados aqui no legislativo. E estamos fazendo isso junto com o Sindicato dos Psicólogos, com o Conselho Regional de Psicologia e com o Grupo Interinstitucional Queixa Escolar e o apoio de outras entidades e as Secretarias de Educação e Saúde.

Na Câmara Municipal de São Paulo estão tramitando, pelo menos, quatro projetos de lei sobre essa temática. Esses projetos de lei falam sobre a necessidade de se realizar testes de dislexia em todas as crianças do ensino público municipal. Há os prós e contras, existem pessoas que são a favor e pessoas que são contra.

Este debate surgiu justamente para responder algumas perguntas. Vale a pena submeter as crianças, na própria escola, a testes para "descobrir" se elas não aprendem porque são disléxicas? O que é dislexia de fato? Será que, como alardeiam, realmente 20% sofrem desse distúrbio que impede a aprendizagem da leitura e, em suas supostas variações, dificulta a aprendizagem de matérias como matemática? Não seria uma forma de fugir do problema da péssima qualidade de nosso ensino e empurrar a culpa para o aluno? Se apontada como portadora desse suposto distúrbio a criança não ficaria estigmatizada pelo resto da vida?

Como presidente da Comissão de Educação aqui da Câmara Municipal de São Paulo é minha obrigação tratar desse assunto com toda atenção e cuidado. Vamos então ao debate desse assunto. Está presente ao meu lado o vereador Juscelino Gadelha, autor de um dos citados projetos, que, certamente, ajudará muito nas nossas reflexões sobre esse assunto.

**Eliseu Gabriel**
Vereador no Município de São Paulo e presidente da Comissão de Educação, Esportes e Cultura



cad_vol8_06.indd 8 04/03/2010 09:48:18

Eu sou disléxico, isso é importante colocar. Tenho uma irmã que também é disléxica. Tenho um assessor meu que também o é.

Em 2007, junto com a Associação Brasileira de Dislexia, ABD, nós propusemos, aqui nesta casa, um projeto de lei sobre a Dislexia, que debatemos intensamente com a sociedade, cujo fechamento foi coroado através da realização de um Seminário, realizado nesta casa no final do ano de 2008.

Quando nós aprovamos, em primeira instância, este projeto, fomos procurados pelo vereador Eliseu Gabriel e pelas as entidades de Psicologia que queriam debatê-lo, colocando sua posição contrária ao mesmo. O Conselho Regional de Psicologia e as entidades de Psicologia são contra a existência da Dislexia. Essa foi a nossa grande surpresa.

Em reunião, no meu gabinete com estas entidades, eu fiz o seguinte acordo: que nós não aprovaríamos a nossa lei em segunda instância sem antes fazermos um novo seminário que propiciasse um debate claro, aberto e democrático, para discutirmos melhor e mais aprofundadamente a questão da Dislexia.

No decorrer da preparação deste Seminário, cumprindo o acordo estabelecido, o que aconteceu? As entidades de Psicologia não reconhecem a existência da dislexia, ficando muito difícil discutir uma proposta, uma vez que estas entidades discordam de seu principal fundamento, ou seja, a existência da Dislexia, a qual é sabidamente reconhecida em instâncias estaduais, nacionais e internacionais.

Nós, a ABD e outras entidades, que viriam a somar no debate, dele nos retiramos, por isso, o que antes seria um debate acabou virando um seminário. Nesse sentido, eu fico um pouco triste. Primeiramente pelo seguinte: O nosso projeto de lei é muito simples. O que nós queremos fazer? Nós queremos que todas as crianças matriculadas na rede municipal de ensino, respondam a um questionário, cujas respostas serão avaliadas por profissionais da área, cujo objetivo será o de identificar se aquela criança, aquele menino ou aquela menina, têm algum problema de aprendizado. Depois de avaliadas estas respostas, caberia à Secretaria Municipal de Educação, a busca de uma solução para melhor trabalhar os problemas detectados, de forma conjunta ou separadamente.

Nosso projeto é muito simples, não tem nada de extraordinário, mas fica muito difícil, onde há entidades importantes como a dos psicólogos, que são contrárias ao reconhecimento e à existência da Dislexia.

No meu entendimento, a Dislexia não é uma doença, é um distúrbio.

Em todos os países do mundo existem vários trabalhos científicos, inúmeros especialistas falando sobre o assunto, além de vários livros publicados, mesmo aqui no Brasil. Fica aí uma situação constrangedora, porque que o Sindicato dos Psicólogos coloca como se a Dislexia não existisse.

Vamos colocar um pouco a mão na consciência. Ela tanto existe que nós estamos aqui debatendo essa questão. Esta é a realidade, estamos aqui debatendo esta questão porque ela existe.

E ela não só existe como é um problema muito sério. Aí, vou contar um pouco de quando eu era jovem e estava na escola: Eu sou disléxico e minha irmã mais nova era disléxica. Minha irmã tinha mais dificuldade do que eu e foi para aquelas classes especiais. Na escola, eu, particularmente, tinha vergonha de ficar perto da minha irmã porque ela era diferente das outras crianças. Havia aquelas salas especiais, em que se colocavam crianças que apresentavam vários tipos de problemas mentais. Dislexia era uma situação muito constrangedora. Eu, para terminar meus estudos, fui fazer supletivo porque não consegui me formar na escola pública. Só estou colocando isso porque é algo tão sério, de tanta responsabilidade, que não dá para simplesmente colocar assim: "Nos somos contra porque isso não existe".

Eu peço, de todo o coração, para que o Conselho Regional de Psicologia e demais entidades do setor, venham debater conosco a questão do nosso projeto de lei, porque nessa casa a relação política é diferente das relações institucionais. Eu só não aprovei este meu projeto em segunda instância porque eu fiz um acordo com vocês e cumpri a minha parte. Vai ter oposição? Vai ter oposição. Posso perder? Posso perder, mas também posso ganhar. Posso ter uma relação com o Executivo que vai sancionar ou não a minha lei. Também posso abrir um debate com a Secretaria Municipal de Educação e, se for o caso, com a Secretaria Municipal de Saúde, embora reconheçamos que Dislexia não é doença. A Secretaria de Saúde, portanto, no nosso entendimento, seria para outro tipo de discussão.

Eu só estou colocando isso, estou desabafando um pouco, pois, fiquei um tanto triste porque poderíamos estar aqui com o dobro de pessoas discutindo a questão da Dislexia, todos nós, juntos para solucionar o que a gente quer garantir através da aprovação do nosso projeto de lei.

**Juscelino Gadelha**
Vereador no Município de São Paulo e autor do PL 86/20006.



cad_vol8_06.indd 9 04/03/2010 09:48:18

É com muita satisfação que o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo encontra-se na tarde de hoje na Câmara Municipal de São Paulo, nossa casa como cidadãos do município de São Paulo, a partir da colaboração do gabinete do vereador Eliseu Gabriel, no Seminário "Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas", cuja origem se encontra na discussão de projeto de lei do vereador Juscelino Gadelha, com quem nós também iniciamos nossos debates e nossas discussões em 2007.

Poder hoje, nessa tarde, discutir essa questão da Dislexia e expor claramente qual é a posição ético-política do Conselho Regional de Psicologia, do Sindicato dos Psicólogos e de outros grupos que estão conosco participando desse debate, consideramos como um ganho social muito importante.

Este debate nasce da discussão de um projeto de lei. Desde fevereiro deste ano, nós nos reunimos várias vezes no gabinete do vereador Eliseu Gabriel, durante grande parte desse período, com a Associação Brasileira de Dislexia, que depois solicitou sua retirada da participação desse debate. De qualquer forma, este debate está sendo realizado hoje e nós temos aqui a presença de pessoas que estão de alguma forma ligadas ao tema e interessadas no tema.

Talvez este debate não se encerre aqui, ele seja o início de muitos outros debates que nós ainda teremos que fazer em prol da qualidade de ensino e da melhoria da qualidade de ensino no município de São Paulo e no Estado de São Paulo.

Este é realmente um grande momento e nós queremos agradecer essa oportunidade de darmos início desta forma a este debate. Esperamos que ele traga bastante luz a esta questão e que possibilite a ampliação também desta discussão em outros âmbitos, em outros momentos da nossa formação como educadores, como pessoas interessadas pela Educação.

**Marilene Proença Rebello de Souza**
Conselheira Presidente do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e Docente do Instituto de Psicologia da USP.

Gostaria que pudéssemos nos desarmar e pensar sobre políticas públicas. Pensar em que lugar alguns aspectos que nós tratamos, independentemente do seu mérito, ocupam na política pública e como podemos olhar para a política pública de Saúde e Educação. Pensar em como acolher a população nessas políticas públicas, nos serviços públicos, com os seus trabalhadores e a valorização destes.

Quero deixar explícito aqui que, em nenhum momento, somos ou seremos contra qualquer característica de alguma pessoa. Eu também sou pai e eu odeio quando tratam meu filho de alguma forma que lhe retire o direito de ser alguém, de ser ele mesmo.

Eu gostaria que pensássemos na interdisciplinaridade, na equipe multiprofissional e nos recursos públicos que serão utilizados.

Nesse sentido, o Sindicato está à disposição para o debate do conjunto dos trabalhadores, do conjunto dos movimentos sociais, e levaremos este debate para outros espaços, seja para o Conselho de Saúde, onde sou conselheiro, seja para os espaços das Conferências de Educação.

É preciso que pensemos  para além do dia de hoje, em como iremos defender a Educação Pública com qualidade, os serviços públicos de Saúde, para que sejam universais, onde caibam todos, que sejam integrais, que deem conta das especificidades, que sejam equânimes, que atendam às maiores necessidades, da forma mais urgente e resolutiva.

**Fábio de Souza**
Vice-presidente do Sindicato dos Psicólogos de São Paulo,
Conselheiro do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo
e Pesquisador em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde



cad_vol8_06.indd 10 04/03/2010 09:48:18

# Dislexia existe? Questionamentos a partir de estudos científicos[1]


## Maria Aparecida Affonso Moysés

Médica pediatra e Doutora em Medicina pela USP; Livre-Docente em Pediatria Social pela Unicamp; Professora Titular de Pediatria na Unicamp. Pesquisa as relações entre saúde, aprendizagem e desenvolvimento de crianças e adolescentes


Em primeiro lugar, preciso deixar claros alguns pontos, para que possamos focar a discussão em nosso tema.

Existem algumas doenças comprovadas, que podem comprometer muitos aspectos da vida da pessoa, com consequências claras, perceptíveis, facilmente detectadas e que podem dificultar também a aprendizagem. Não é isso que estamos discutindo aqui.

Também existem pessoas que aprendem com a maior facilidade e pessoas que aprendem com muita dificuldade e, entre esses extremos, um *continuum* de possibilidades infinitas. Também não estamos discutindo a existência dessa diversidade.

O que discutimos aqui é se essa diversidade e, mais especificamente, se o polo das pessoas que têm maior dificuldade para aprender são reflexo da diversidade dos seres humanos ou são consequência de uma doença neurológica chamada dislexia. É isso que estamos discutindo aqui, é para isso que fui convidada a discutir.

Para podermos discutir isso, fundamentalmente, precisamos ver o que existe de embasamento científico dentro do campo médico sobre essa entidade nosológica. Em outras palavras, quais as evidências científicas de que exista essa doença neurológica chamada dislexia?

### Dislexia: a definição oficial

"Dislexia é uma dificuldade de aprendizagem de origem neurológica. É caracterizada pela dificuldade com a fluência correta na leitura e por dificuldade na habilidade de decodificação e soletração. Essas dificuldades resultam tipicamente do déficit no componente fonológico da linguagem que é inesperado em relação a outras habilidades cognitivas consideradas na faixa etária."

Lyon, G.R., Shaywitz, S.E., & Shaywitz, B.A. (2003). Defining dyslexia, comorbidity, teachers' knowledge of language and reading. Annals of Dyslexia, 53, 1-14. 2003

www.interdys.org e www.dislexia.org.br, acesso em 15/09/2009

Para começar, é importante vermos qual é a definição oficial da dislexia. Oficial eu coloco aqui porque é a definição aceita pelos autores que defendem a existência da dislexia e pelas entidades que defendem a existência da dislexia. Essa definição, de 2003, aceita pela Associação Internacional de Dislexia (IDA) e pela Associação Brasileira de Dislexia (ABD), é a mais recente e é de autores - Lyon e Shaywitz - bastante conceituados entre os que defendem a dislexia. Claramente eles estabelecem que, para eles, a dislexia seria uma dificuldade ou um distúrbio de aprendizagem - o nome não muda o sentido - de origem neurológica. Portanto, é de uma doença neurológica que se trataria.

Em seguida, o que caracterizaria essa doença? Eu só quero chamar a atenção que o que está posto aí como características dessa doença neurológica são elementos detectáveis por meio da leitura e da escrita, exclusivamente, e são elementos que vão aparecer em toda pessoa que tiver dificuldade com leitura e escrita.

Toda pessoa mal alfabetizada vai ter isso, dificuldade de fluência, dificuldade de decodificação, tudo isso só adquirimos quando não aprendemos a ler bem, quem não sabe ler bem ou tem qualquer dificuldade para ler, vai se enquadrar nessas características.

Portanto, dizer que uma doença neurológica é caracterizada por essas questões é extremamente complicado dentro da racionalidade da ciência médica. Lembremos que estamos discutindo aqui as evidências científicas de que exista uma doença neurológica que comprometeria exclusivamente a linguagem escrita.

[1] Esta apresentação foi construída em conjunto com a Profª Drª Cecília Azevedo Lima Collares, Professora Livre-Docente da Faculdade de Educação da Unicamp (aposentada).



cad_vol8_06.indd 11 04/03/2010 09:48:19

Nico, MAN "Dislexia" (www.dislexia.org.br, acesso em 15/09/2009)

Ainda segundo as entidades que defendem a existência dessa doença, como é diagnosticada a dislexia? A ABD destaca, em sua página, um texto que afirma que o diagnóstico é feito dos seguintes modos: primeiro, por um processo de exclusão. Isto me preocupa muito: uma doença neurológica que só comprometeria leitura e escrita diagnosticada por processo de exclusão... Quero ressaltar que usar critérios de exclusão é bastante comum no raciocínio clínico; entretanto, fazer um diagnóstico por exclusão é algo muito diferente. No primeiro caso, vou excluindo hipóteses de modo a poder ir investigando um grupo cada vez mais restrito de possibilidades; no segundo caso, diagnosticar por exclusão significa que, por ter excluído todas as demais possibilidades, fico com a que restou, mesmo que ela não tenha sido comprovada e nem mesmo investigada. Isto é algo absolutamente estranho à racionalidade científica em medicina. Retornando aos modos de diagnósticos apresentados, o segundo seria indiretamente à base de elementos neurológicos. Isto me preocupa muito mais: uma doença neurológica diagnosticada indiretamente; não é assim que funciona a ciência em neurologia. E, por fim, o terceiro modo: diretamente, à base de frequência e persistência de erros na escrita e na leitura. Bem, voltamos ao ponto inicial: qualquer pessoa que tenha dificuldade de leitura e escrita vai ter persistência de erros até que aprenda a ler e escrever bem.

A mesma autora afirma, Elena Border, na continuação do texto: "Em todos os diagnósticos, o fato de a criança não ter sido alfabetizada por processo comum..." O que está posto aí? É a negação da diversidade do ser humano. Todos temos que aprender pelos métodos padronizados, métodos pedagógicos aceitos como padrões, como comuns. Todos temos que aprender assim. Nega-se a possibilidade de que alguns de nós aprendemos mais pela visão, outros mais pela audição, outros por meio de outros recursos mneumônicos. Cada um tem as suas estratégias de aprendizagem e de lidar com o já aprendido. Cada um de nós aprende por meio de processos mentais diversos, não somos todos absolutamente iguais, padronizados, robotizados. Quando digo que não ser alfabetizado pelos processos comuns é sinal de problema, estou negando a diversidade, estou padronizando, homogeneizando, quase que liquidificando a humanidade, todos temos que ser iguais. Não iguais no sentido de termos os mesmo direitos, ao contrário, pois a negação das diferenças elimina a equidade e os próprios direitos, conquistas da sociedade exatamente porque existem diferenças e desigualdades.

Continuemos acompanhando a lógica da autora citada em destaque na página da ABD: "... ou um histórico familiar com distúrbio de aprendizagem". Ora, eu só queria lembrar que, quando lidamos com questões ligadas ao comportamento e à aprendizagem, que são as áreas mais complexas e de maior dificuldade de avaliação no ser humano, exatamente por serem as mais sofisticadas, o componente familiar é extremamente importante. Porque é na nossa imersão na família, nos valores culturais, em como essa família lida com tudo, que nos constituimos sujeitos. Como bem disse Paulo Freire, somos "sujeitos datados e situados", nos constituímos em nosso tempo e espaços, social, cultural, histórico e até no geográfico. Então, sempre tem um componente familiar nesses elementos.

O que se diz é que de 10% a 20% da população mundial tem uma doença neurológica que comprometeria apenas leitura e escrita. Só quero lembrar que na área da Saúde não lidamos com porcentagens para falar de doenças de ordem biológica. Nós falamos em porcentagem para falar de desnutrição, anemia, verminose, que são doenças socialmente determinadas. Quando nos referimos a problemas constitucionais, biológicos, falamos em taxas como 1 por 10.000, um por cem mil, um por milhão. 10 ou 20% da população geral, tendo uma doença neurológica, inata, que comprometeria exclusivamente a aprendizagem, seria alarmante. Essas ta-

Pois bem, o desafio é o seguinte: como se identifica a criança que não consegue ler e escrever bem, por doença neurológica, no meio de outras cem que também não conseguem ler e escrever bem? Em outras palavras, como se faz o diagnóstico de uma doença neurológica cuja única manifestação é a dificuldade para lidar com a leitura e a escrita?



cad_vol8_06.indd 12 04/03/2010 09:48:19

xas, se reais, seriam a comprovação de involução da espécie humana ou a erradicação da normalidade!

Isso foge de toda a racionalidade médica, foge de tudo que se conhece como ciência, ainda mais se agregarmos a definição e como se diagnostica.

Aqui se coloca, então, o grande desafio, que tem sido feito desde que surgiu essa hipótese depois transformada em doença comprovada e inquestionável. Um desafio que permanece sem qualquer tentativa de resposta!

Admitamos que exista a dislexia, doença neurológica que comprometeria exclusivamente a leitura e a escrita. Admitamos, ainda, que nesta sala exista uma pessoa disléxica, assim como nessa transparência tem uma criança disléxica. Todas as outras e todos os outros desta sala – assim como todas as demais crianças na transparência – leem mal, pelos mais variados motivos: porque não foram à escola, entraram tarde na escola, não gostavam da professora, a escola tinha 50 alunos na sala de aula, não tinha lousa... Enfim, todos os motivos que podemos relacionar de ordem social, pedagógica, política, familiar. E tem um, apenas um, que é por ser disléxico.

Pois bem, o desafio é o seguinte: como se identifica a criança que não consegue ler e escrever bem, por doença neurológica, no meio de outras cem que também não conseguem ler e escrever bem? Em outras palavras, como se faz o diagnóstico de uma doença neurológica cuja única manifestação é a dificuldade para lidar com a leitura e a escrita?

Bem, parece meio óbvio que o diagnóstico não pode ser feito usando instrumentos de leitura e escrita. Se estou falando de problema no processo de alfabetização, o instrumento será, obrigatoriamente, a linguagem escrita, tarefas de leitura e escrita. Em contraste, uma doença neurológica não pode – e não deve – ser diagnosticada usando apenas leitura e escrita. Pois é, acontece que o diagnóstico é feito exclusivamente com base em elementos de leitura e escrita.

Os testes são feitos usando a linguagem escrita; o diagnóstico é feito usando apenas linguagem escrita, o que coloca um vício no instrumento, um viez enorme no diagnóstico, a tal ponto que não se pode falar em diagnóstico, pois afronta toda a racionalidade científica. Esse vício permeia todas as pesquisas, tudo que se divulga como pesquisa, colocando um viez metodológico, que é de raiz, e que expõe toda a fragilidade científica desse campo, dessa hipótese, ao mesmo tempo em que desvela seu carater estritamente ideológico.

Porque vejam, quando peço para uma pessoa que lê bem fazer determinada tarefa que envolve a linguagem escrita, ela usa determinados processos neurológicos, processos cognitivos.

Porém, ao pedir a mesma tarefa a uma pessoa mal alfabetizada, é outra coisa totalmente diferente, não comparável; ela usa outros processos cognitivos, outros processos mentais. Até mesmo o simples ato de copiar a letra ou palavra projetada envolve processos diferentes. Se projeto a palavra "faca"; quem sabe ler, lê e pensa: "Bom, 'faca' em letra de forma eu sei escrever" e escreve "faca". Porém, e quem não sabe ler? É exclusivamente memória da imagem, memória visual, é outro processo.

Então, eu não posso comparar pessoas que leem bem e pessoas que leem mal usando a leitura, e eu não posso fazer o diagnóstico de uma doença que compromete só a leitura, usando a leitura. É, no mínimo, meio estranho essa postura em ciência.

Existe um autor bastante conceituado e muito citado, até porque ele não critica diretamente a existência da dislexia. O nome dele é Velutino. Em pesquisa de 1979, considerou que a linguagem escrita introduzia um vício nos instrumentos usados para o diagnóstico, exatamente pelas considerações acima.

Ele realizou uma  pesquisa em 1979, trabalhando com adultos americanos, divididos em dois grupos,  um que tinha um diagnóstico anterior de "disléxicos" e outro que tinha o diagnóstico de "normais". Concordando com as considerações feitas sobre o vicio introduzido por instrumentos baseados em linguagem escrita, decidiu tirar a vantagem de quem sabia ler bem; para tanto, continuou usando os mesmos testes e instrumentos, apenas usou o alfabeto hebraico, que ninguém conhecia, no lugar do alfabeto ocidental, que apenas um grupo dominava.

Para nenhum espanto, encontrou que o desempenho foi exatamente o mesmo nos dois grupos e também, como era de se prever, foi muito inferior ao desempenho do grupo de judeus americanos que conheciam o alfabeto hebraico.

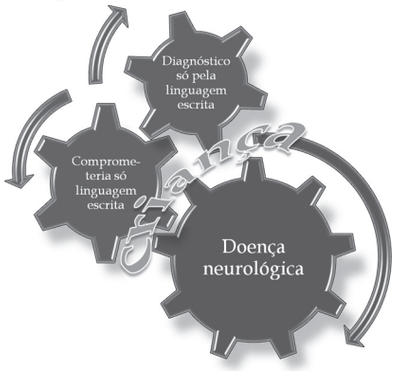
É disso que estamos falando. Eu não posso usar um instrumento feito para quem sabe ler, para avaliar quem não sabe ler e, dizer que quem não souber ler tem uma doença neurológica, um distúrbio. É esta a questão. Apenas isto.

Em síntese, a existência dessa doença chamada dislexia é muito questionada pela própria Medicina, desde o início; não é tranquilo nem inquestinável, e não é apenas no Brasil, é em todo o mundo; aliás, no Brasil é onde tem menor questionamento. A quantidade de publicações e de autores no mundo todo questionando é muito grande; trata-se de uma das questões mais controvertidas na medicina.



cad_vol8_06.indd 13 04/03/2010 09:48:20

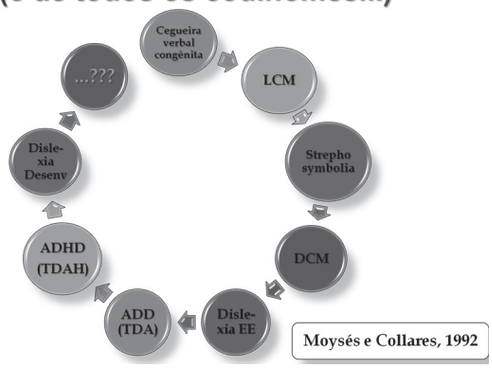
## O diagnóstico da *"Dislexia"*




Então, para sintetizar: preconiza-se que exista uma doença neurológica que comprometeria só a linguagem escrita e o diagnóstico é feito usando só a linguagem escrita. Desculpem, mas isso não é um diagnóstico, no sentido médico, isso é um processo de rotulação, em que a criança desaparece no processo; a criança e o adolescente deixam de ser um sujeito, com toda a complexidade que o constitui, e se tornam apenas um doente. De uma doença jamais comprovada!

Bom, como é que surge tudo isso? E porque essa polêmica tão grande? O que é que existe de comprovação científica a esse respeito? É importante conhecermos a história dessa invenção de doenças jamais comprovadas.

## A invenção da Dislexia, do TDAH (e de todos os codinomes...)




Essa história começa em 1896, quando um oftalmologista inglês chamado James Hinshelwood escreve um texto dizendo: "Eu acho que as crianças que não aprendem a ler e a escrever têm cegueira verbal congênita". Mas ele jamais comprovou e nenhum outro autor comprovou a existência dessa doença. Em 1918, Strauss especulou: "Isto é lesão cerebral mínima". Jamais foi provado que exista. Em 1925, Orton mudou o nome para strephosymbolia, afirmando que a leitura especular (em espelho) seria sinal patognomônico de doença neurológica, hipótese jamais comprovada. Aliás, todos os trabalhos sobre leitura especular mostram que todos nós fazemos leitura especular, especialmente quando estamos aprendendo.

Em 1962, reconhecendo que nada havia sido comprovado, mudaram o nome para disfunção cerebral mínima (DCM), que também jamais foi comprovada. Junto, surgiu a dislexia específica de evolução, que seria específica porque comprometeria só a aprendizagem da leitura e seria de evolução, porque desapareceria com a idade. Também não foi comprovada.

Em 1984, a Academia Americana de Psiquiatria, considerando que a DCM se baseava em conceitos inadequados pois o problema era decorrente de comprometimento da atenção e a ênfase em hiperatividade era inadequada e os critérios diagnósticos eram vagos e pouco científicos trocou para ADD (Attention Deficit Disorders), que no Brasil virou TDA (Transtornos de Deficit de Atenção). Poucos anos depois, a própria Academia Americana de Psiquiatria mudou para ADHD (Attention Deficit and Hiperactivity Disorders), em reconhecimento de que a hiperatividade era um componente importante; no Brasil, surgiu os TDA-H (Transtornos de Deficit de Atenção e Hiperatividade). Mais recentemente, a Dislexia Específica de Evolução virou Dislexia de Desenvolvimento. Tudo sempre sem qualquer comprovação... Aliás, pode-se supor que se houvesse um mínimo de evidência científica, os conceitos e os critérios teriam alguma racionalidade científica! O próximo passo dessa história já está em andamento, com um novo nome sendo gestado...

Mudam-se os nomes para que tudo permaneça igual!

Porém, não quero que vocês simplesmente acreditem em mim. Conhecimento científico não se constroi assim, mas com racionalidade, com evidências, argumentos consistentes e solidos do ponto de vista teórico e metodológico. A ciência não se enquadra no campo das crenças, da fé. O meu objetivo, como médica e professora é que vocês exerçam a crítica, aprendam a usar o raciocínio crítico e confiem nas evidências, estando sempre disponíveis e abertos a novas evidências e novos conhecimentos, mesmo que desbanquem os antigos. Afinal, duas das características da ciência são a historicidade e a transitoriedade. Somente o terreno da religião se apoia em fé inabalável e na eternidade.

Pois bem, quando digo que nunca conseguiram comprovar a existência dessas doenças neurológicas – dislexia e TDA-H – não acreditem simplesmente. Mas também não acreditem quando outros dizem que essas entidades são inquestionáveis, que existem há mais de 100 anos etc etc.

Vamos a algumas evidências.

Em 2008, a ABD realizou em São Paulo o 8° Simpósio Internacional de Dislexia. O evento recebe grande destaque na página da entidade. Em um dos links, ressaltam a palestra magna que abriu o simpósio, proferido pela psiquiatra Ana Beatriz Barbosa e Silva. Em um exercício de "corta e cola", encontramos que ao falar sobre os sintomas clínicos e neuroimagens do distúrbio por deficit de atenção e da dislexia, a palestrante afirmou: "mais do que ajudar no diagnóstico, a neuroimagem trouxe a certeza de que o TDA-H e a dislexia existem"



cad_vol8_06.indd 14 04/03/2010 09:48:21

Eu não posso usar um instrumento feito para quem sabe ler, para avaliar quem não sabe ler e, dizer que quem não souber ler tem uma doença neurológica, um distúrbio.

8º Simpósio Internacional de Dislexia — São Paulo, setembro 2008

A boa noticia, veio com a Dra. Ana Beatriz Barbosa e Silva, médica psiquiatra e escritora que apresentou a palestra magna do Simpósio – DDA e Dislexia: Sintomas Clínicos e Neuroimagens.

Segundo ela, **"mais do que ajudar no diagnostico, a neuroimagem trouxe a certeza que o TDAH (transtorno de déficit de atenção/hiperatividade) e a dislexia existem".**

(www.dislexia.org.br, acesso em 23/02/09)

Ora, o que disse a doutora? Simplesmente que, antes da neuroimagem não havia certeza! Então, ela concorda com o que estou falando, pelo menos até o advento da neuroimagem! E a ABD também concorda, pois caso contrário não a teria convidado para a conferência de abertura nem manteria sua fala em destaque na sua página.

Bem, quanto à parte de que a neuroimagem seria a comprovação da existência dessas doenças, veremos mais adiante se isso se sustenta cientificamente.

Hoje vivemos uma nova invasão, um recrudescimento dessas pretensas doenças, em patamares jamais imaginados. Apoiados na sofisticação tecnológica, essa nova onda vem revestida de justificadas recicladas.

Retornam afirmações, agora mais cientificizadas, sobre a inequívoca comprovação da existência de alterações anatômicas no cérebro; de alterações funcionais nos sistema nervoso; de alterações genéticas em pessoas portadoras de TDA-H e dislexia. E, em interessante inversão da razão, essas alterações passam a ser apresentadas como a comporvação final da existência dessas pretensas doenças.

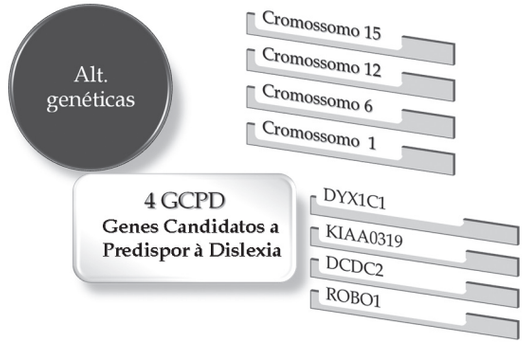
A questão que de fato interessa é analisar qual o rigor científico dessas novas justificativas.

É isto que vamos fazer agora com vocês.

Comecemos pelas alterações genéticas.

Afirma-se que os estudos em pessoas com dislexia comprovam a existência de mutações em vários cromossomas, sendo quatro os mais citados: 1, 6, 12 e 15.

**A invenção da Dislexia, do TDAH (e de todos os codinomes...)**




Bem, não se assustem, não é que todos esses cromossomas apresentem mutações. Não. Acontece que um grupo de autores afirma que o problema está no cromossoma 1; outro grupo defende que está no 12; um outro briga pelo cromossoma 15.

Afirmam ainda que há alguns genes em que as mutações já foram definitivamente provadas, sendo quatro os mais importantes: DYX1C1; KIAA0319; DCDC2; ROBO1. Também aqui a história é a mesma grupos de pesquisadores brigando pela hegemonia e pelo poder de terem descoberto qual o gen que causaria a dislexia.

Um axioma em medicina é que quando há causas demais aventadas, talvez se esteja longe do real.

Entretanto, há um dado estranho: quase todos os trabalhos que se referem a alterações genéticas como causadoras ou predisponentes a dislexia, usam a sigla GCPD para esses quatro genes, sem explicar o que significa.

Nesses trabalhos, os autores falam dos quatro GCPD, como comprovação de que a dislexia seria uma doença neurológica, de origem genética, provocada por esses genes.

Aí, surge a pergunta: afinal, o que é GCPD? A maior parte dos textos não diz o que é GCPD, e foi difícil achar. Por fim, em alguns textos aparece: Gene Candidato a Predispor a Dislexia. Não é nem causar, é predispor. Predispor? Tem um monte de coisas que predispõe. Cinquenta alunos na sala de aula também predispõe, muito mais. Aliás, isso não predispõe, determina. Professor mal pago também determina.

Vejam o que está posto aí, pelos próprios autores que defendem a existência da dislexia e sua predisposição genética: não existe a menor comprovação, nem mesmo de que esses genes sejam predisponentes à dislexia, eles ainda estão no mero campo de candidatos.

Definitivamente, não é assim que funciona a ciência da genética.



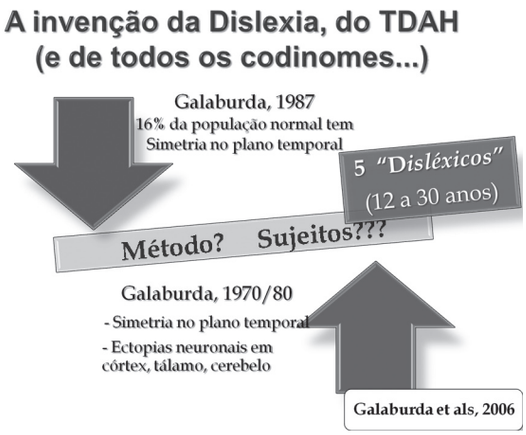
cad_vol8_06.indd 15 04/03/2010 09:48:22

Existem autores do campo que defende a dislexia que inclusive dizem: “Não, espera aí! O gene KIAA0319 não está nem sequer envolvido com o desenvolvimento cerebral, como podem dizer que ele está envolvido com a dislexia?”.

Então, quando digo que não existe embasamento científico, ao contrário de tudo que é divulgado, falo a partir de uma análise científica do que se publica como sendo pesquisa que comprovaria a existência da dislexia e do TDA-H.

Vejamos agora as alterações anatômicas causadoras da dislexia e do TDA-H.

Divulga-se que existam alterações anatômicas no corpo caloso, área occipital, parietal, temporal e cerebelo. Mas então é no cérebro inteiro? Não, não é que todas essas áreas estejam comprometidas, é a mesma coisa que já comentei em relação às pretensas alterações genéticas. Um grupo de autores diz que as alterações são plano temporal; outro diz que é no corpo caloso; outros dizem que é na área occipital. E eles brigam entre si. É essa a questão. Somente isso.




Existe um autor famoso nesta área, o Galaburda. É um tipo de guru, reconhecido por todos os autores quando falam de dislexia e TDA-H, é um dos autores mais citados e um dos que mais têm trabalhos em alterações anatômicas na dislexia.

Galaburda publicou uma série de trabalhos nas décadas de 1970 e 1980, e que são repetidamente citados por praticamente todos os outros autores, em que, presumidamente, teria comprovado que o problema da dislexia seria a assimetria de neurônios no plano temporal e ectopisas neuronais em córtex, tálamo e cerebelo.

Quer dizer, o lóbulo temporal esquerdo e o lóbulo temporal direito, ao invés de serem assimétricos, seriam simétricos e essa seria a causa da dislexia. Ectopia neuronal é o seguinte: é um neurônio que está em uma região onde não deveria estar, está fora de lugar.

Aí, você fala assim: “Mas espera aí, quantos de nós, ditos normais, temos ectopia neuronal?”. Não temos esse dado, não foi pesquisado na população em geral presença de ectopia neuronal, não sabemos quantos por cento da população geral tem ectopia. E a simetria temporal, como é? A esse respeito, existe um trabalho muito interessante, do próprio Galaburda, de 1987, em que estudou 100 cérebros, de pessoas normais. Segundo ele, eram pessoas que morreram e não tinham nenhuma queixa, não tinham nenhum diagnóstico. Ele encontrou que 16% da população normal tem simetria no plano temporal.

Então, como é que pode? Se 16% da população normal tem simetria no plano temporal, como é que simetria no plano temporal faz o diagnóstico de dislexia? Será que é por isso que dizem que em torno de 18% a 20% da população geral é disléxica?

São dados do mesmo autor e, aí, a gente pergunta: “Mas, espera aí, como é que foi feita essa pesquisa? Que método ele usou? Quantas pessoas foram pesquisadas?”.

O Galaburda estudou cinco pessoas que ele disse que eram disléxicas. Apenas cinco! Com idades variando de 12 a 30 anos! Além disso, como ele fez o diagnóstico de dislexia? Nenhuma palavra sobre isso; parece que esta questão, fundamental em pesquisa científica, nem se coloca; parece que não precisa dizer, são disléxicos e ponto. E este é o padrão recorrente do que se publica sobre o assunto: nenhuma palavra sobre os critérios de inclusão, sobre como foi feito o diagnóstico de dislexia e de TDA-H. No máximo, quando os autores citam o que consideram ser dislexia, definem como “extrema dificuldade para leitura” ou “dificuldade severa para leitura”. Ora, isso não é critério diagnóstico, isso não define um diagnóstico, muito menos uma doença. Cinco pessoas nas quais ele disse que fez o diagnóstico de dislexia, com idades variando de 12 a 30 anos. Esse é o autor mais citado, todos falam do Galaburda.

Em síntese, podemos afirmar que não há a menor evidência científica de que existam alterações na anatomia do sistema nervoso central que provoquem apenas um comprometimento de leitura e escrita ou de comportamento! Não há qualquer comprovação de que existam alterações na anatomia do SNC que causem dislexia ou TDA-H!!!

Vamos ver agora as alterações funcionais, que se referem especificamente à neuroimagem, aquela que trouxe a certeza de que a dislexia e o TDA-H existem, segundo divulga a página da ABD.

Também se diz que a neuroimagem mostraria alterações funcionais em diferentes regiões do cérebro: áreas occipital, temporais, parietais, cerebelo. Só falta o corpo caloso!

cad_vol8_06.indd 16 04/03/2010 09:48:22

Novamente não se trata de que o cérebro todo estaria comprometido; repete-se aqui a mesma coisa que já vimos em relação aos genes e à anatomia: alguns autores dizem que é em uma área, outros dizem que é em outra área e eles brigam entre si para saber quem tem o maior prestígio.

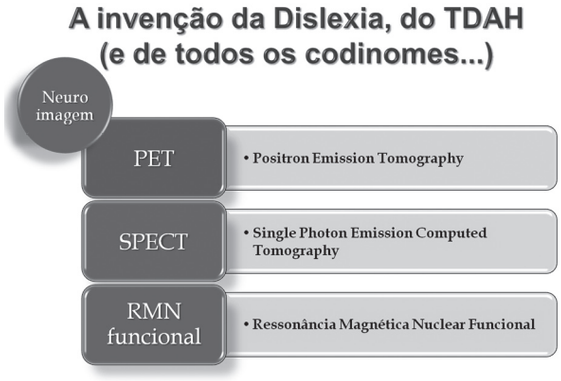
Porém, o que é a neuroimagem? É uma expressão para se referir a exames de imagem que são usados em todos os campos da medicina e que recebem esse nome quando aplicados à neurologia. Esses exames são feitos com aparelhos de imagem extremamente sofisticados e que, sem dúvida, trouxeram grandes avanços, embora sejam caríssimos e venham aumentando muito o custo da Medicina em todo o mundo.

São basicamente três exames:

Pet (*Positron Emission Tomograghy*), é o que tem a maior resolutividade e qualidade de imagem e é o mais caro. Para vocês terem uma ideia, o Hospital das Clínicas da Unicamp está em processo de compra de um aparelho desses.

Spect (*Single Photon Emission Computed Tomography*)

RMNf (Ressonância Magnética Nuclear Funcional)

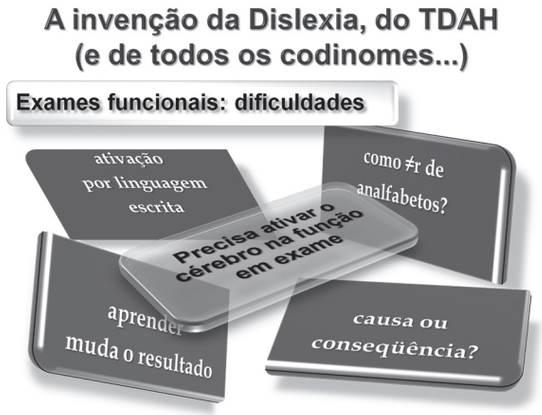



Precisamos entender a lógica desses exames, para que possamos analisar seus resultados.

Todos funcionam na mesma lógica, a diferença é qual a partícula atômica que eles vão captar, se é um próton, um fóton. Para nossa discussão, não há diferença. Eu sei que determinada célula do corpo, quando está funcionando, capta ou libera determinada partícula atômica e o aparelho vai captar isso. São exames capazes de detectar uma atividade de um grupo de células ou de um órgão. Para simplificar, façam um mix de ressonância magnética com mapeamento de tireoide, aquele exame antigo em que a gente dava uma substância que era captada pelas células da tireoide quando estavam funcionando.

Eu posso detectar, por exemplo, se a imagem de um osso é uma osteomelite, uma infecção ou se é um tumor, porque a atividade celular é diferente. Eu também posso fazer exames que ajuidam muito o diagnóstico em neurologia, que é a neuroimagem.

Porém. Há um ponto chave. Nesses exames, a intenção é captar a imagem das células em funcionamento. No caso específico da neurologia, particularmente no campo de processos mentais, processos cognitivos, é necessário ativar a área que se pretende estudar, certo?




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

> Divulga-se que existam alterações anatômicas no corpo caloso, área occipital, parietal, temporal e cerebelo. Mas então é no cérebro inteiro? Não, não é que todas essas áreas estejam comprometidas, é a mesma coisa que já comentei em relação às pretensas alterações genéticas. Um grupo de autores diz que as alterações são plano temporal; outro diz que é no corpo caloso; outros dizem que é na área occipital.

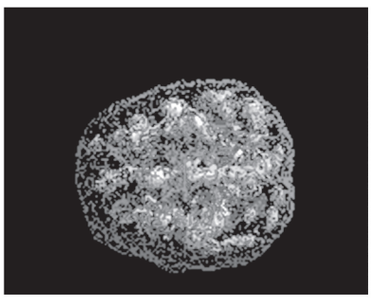


cad_vol8_06.indd 17 04/03/2010 09:48:23

prova que isso não era doença? Se quando eu aprendo muda o resultado, curou a doença?

A questão é: o exame detecta a causa de não saber ler ou detecta a consequência no cérebro de não saber ler? Porque, se eu não sei ler, quando me dão uma tarefa que usa a linguagem escrita, eu olho um pouco, e depois saudavelmente desligo e minha atenção diminui; aí, a atividade em minha área cerebral responsável pela leitura e escrita diminui, o que é muito saudável, não é? Porque seria um processo obsessivo-compulsivo ficar olhando aquilo lá sem saber decodificar... Está claro isso?

### A invenção da Dislexia, do TDAH (e de todos os codinomes...)



Coles, 1987

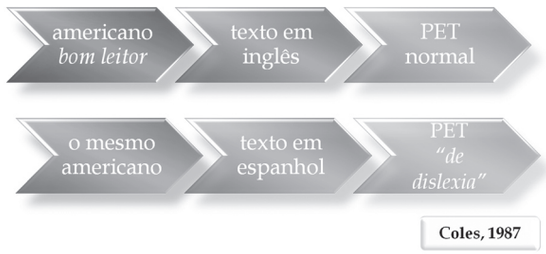
Vejam, essa é a imagem do Pet, realmente é uma imagem bonita, atraente, extremamente sofisticada, que avança muito as possibilidades de diagnóstico e de pesquisa em medicina.

Um detalhe: quando eu estava explicando, eu fui boazinha, eu dei um texto para vocês lerem no exame, não é? Porém, não é bem assim; o que se pede para ler são pseudopalavras. Pseudopalavra é uma palavra que não existe. Portanto, não vale a gestalt de quando você sabe ler. Você precisa ler decodificando letra a letra e juntando para formar sílabas, certo? Algo extremamente difícil para as pessoas que leem muito bem. Para quem tem dificuldade para leitura, quem é mal alfabetizado, é ainda mais difícil.

Outra prova usada é rima de pseudopalavras. Vocês fazem isso rotineiramente na vida? Eu nunca rimei pseudopalavra. Juízo de letras, eu não aprendi isso na escola, eu até faltei algumas vezes, mas nem tanto, eu não sei se uma letra rima com outra ou não, é um conceito que não é algo posto, difundido, não faz parte do aprendido, e mesmo que fizesse parte do aprendido, só valeria para quem aprendeu.

Então, é mais ou menos assim: aplico um exame, para o qual estabeleço um código secreto e quem não acertar o código secreto é doente. Há algo estranho nisso... Não é assim que a medicina funciona...

### A invenção da Dislexia, do TDAH (e de todos os codinomes...)




Coles, 1987

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

### Dislexia: doença neurológica?

Nós não podemos, de forma alguma, simplesmente dividir a população entre aqueles que são disléxicos e aqueles que não são; assim, parece pouco provável que exista qualquer sintoma ou sinal que irá distinguir quantitativamente disléxicos de disléxicos.

• Ellis AW. Reading, writing, and dyslexia: A cognitive analysis. London: Eribaum; 1984

Nossos resultados indicam que a dislexia não é fenômeno *tudo-ou-nada*, mas ocorre em diferentes graus de severidade. Embora as limitações de dados tornem necessário impor pontos de corte, os médicos devem reconhecer que eles podem não ter validade biológica.

• Shaywitz SE, Escobar MD, Shaywitz BA, Fletcher JM, Makuch R. Evidence that dyslexia may represent the lower tail of a normal distribution of reading ability. N Engl J Med. 1992; 326:145–50.

Um dos grandes problemas é que não existe nenhum exame de sangue específico ou resultado de imagens do cérebro que possa fornecer um diagnóstico. Fundamentalmente, o problema é que a leitura é medida em um "continuum", e não há nota de corte em um teste de leitura que claramente distinga indivíduos disléxicos e não disléxicos. A distinção entre dislexia e leitura normal é arbitrária; o ponto de corte varia de estudo para estudo. Exatamente onde está a linha entre disléxicos e não disléxicos é subjetivo e controverso.

• Siegel, LS Perspectives on dyslexia. Paediatr Child Health. 2006 November; 11(9): 581–587.

De novo, como eu não quero que acreditem em mim, mas que exerçam o raciocínio crítico, apresento trechos de artigos escritos por alguns autores, todos conceituados e reconhecidos pelos que defendem a existencia da dislexia e do TDA-H.

O primeiro, Ellis, em 1984, escreveu: "Não podemos de forma alguma simplesmente dividir a população entre aqueles que são disléxicos e aqueles que não o são. Assim, parece pouco provável que exista qualquer sintoma ou sinal que irá distinguir quantitativamente disléxicos de não-disléxicos".

Vejam, uma autora em um texto sobre dislexia, defendendo a existência da dislexia, reconhece que não temos elementos precisos para esse diagnóstico, e não se está falando de criança mal-educada, criança agressiva ou criança que não sabe ler,



cad_vol8_06.indd 18 04/03/2010 09:48:24

estamos falando de uma pretensa doença neurológica, portanto, temos que exigir critérios precisos e bem definidos.

Posteriormente, Shaywitz, o mesmo da definição oficialmente aceita de dislexia, diz: "Nossos resultados indicam que a dislexia não é fenômeno 'tudo ou nada', mas ocorre em diferentes graus de severidade. Embora as limitações de dados tornem necessários pontos de cortes, os médicos devem reconhecer que eles podem não ter validade biológica". Esse texto é de 1992, de uma revista bastante conceituada, a New England Journal of Medicine. Uma doença neurológica em que os pontos de corte podem não ter validade biológica? Mas então que tipo de validade têm? Ideológica?

Mais recentemente, em 2006, Siegel diz o seguinte: "Um dos grandes problemas é que não existe nenhum exame de sangue específico ou resultado de imagens do cérebro que possa fornecer um diagnóstico. Fundamentalmente, o problema é que a leitura é medida em um 'continuum', e não há nota de corte em um teste de leitura que claramente distinga indivíduos disléxicos e não disléxicos. A distinção entre dislexia e leitura normal é arbitrária; o ponto de corte varia de estudo para estudo. Exatamente onde está a linha entre disléxicos e não disléxicos é subjetivo e controverso."

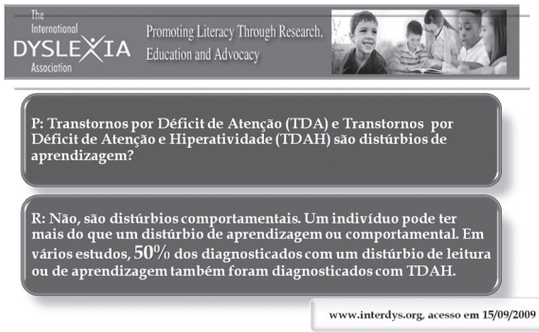
Ora, mas se pretende que seja uma doença neurológica! E para ela não há critérios com um mínimo de objetividade?

Cabe a pergunta: existe essa linha que separaria disléxicos e não disléxicos? Existe a dislexia doença neurológica? Tudo indica que não!

Bom, agora entramos então no terreno do tratamento da dislexia, que é sempre um tratamento longo, caro, sofrido, multidisciplinar, multiprofissional, envolvendo vários profissionais. Isso tudo nós já sabemos, o que não se fala muito é que, por trás do tratamento da dislexia e do TDA-H, tem escondida a indústria farmacêutica.

Eu sei que dizem que "dislexia é uma coisa, TDA-H é outra, dislexia não se trata com medicamento, é TDA-H que é tratada e estamos aqui discutindo só a dislexia".

**Tratamento da Dislexia, do TDAH (e de todos os codinomes...)**




No Brasil, um dado bastante difícil de achar e que só é garimpado pelo Idum, que é um Instituto de Defesa dos Usuários de Medicamentos, é o número de caixas de Ritalina® vendidas nas farmácias. As vendas das farmácias de manipulação não estão aqui; entre 2000 e 2008 o aumento foi de 1.615%.

Entretanto, na página da Associação Internacional de Dislexia, que congrega todas as associações regionais, inclusive a Associação Brasileira de Dislexia, há uma seção de "Perguntas e Respostas" e lá há uma pergunta: "TDA-H e TDA são distúrbios de aprendizagem?" e a resposta é: "Não, são distúrbios comportamentais. Um indivíduo pode ter mais do que um distúrbio de aprendizagem ou comportamental. Em vários estudos, 50% dos diagnosticados com distúrbio de leitura e aprendizagem também foram diagnosticados com TDA-H".

Então, em torno de metade das pessoas que têm o diagnóstico de dislexia acaba tendo um diagnóstico também de TDA-H, embora sejam coisas um pouco diferentes.

E temos que perguntar, então, como é feito o diagnóstico de TDA-H? Eu estou colocando aqui, rapidamente em um "corta e cola", o que está na página da Associação Brasileira de Déficit de Atenção, como sendo o principal instrumento diagnóstico de TDA-H, que é o questionário SNAP IV.

Na verdade, ele é o único instrumento, os outros pretensos critérios rodam em torno dele, tautologicamente. São 18 perguntas, as primeiras nove falam de atenção e as outras nove falam de hiperatividade.

Aliás, têm orientações na página, do tipo ""você pode imprimir e levar para o pai ou para o professor responder", e as respostas são 'bastante', 'demais', 'pouco', 'raramente', assim, bem fluido. Com perguntas do tipo: "Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele".

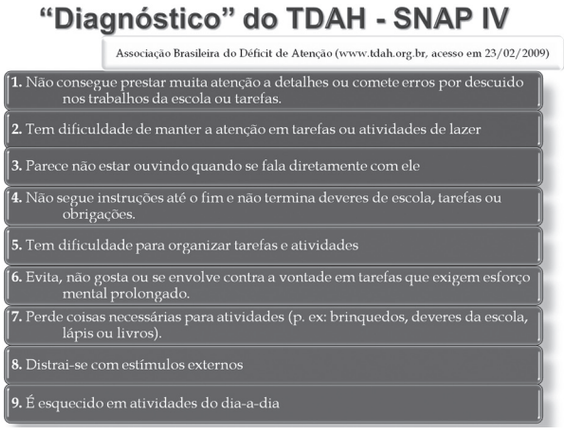
Gente, a primeira coisa que eu discuto com meus alunos de pediatria, quando uma mãe diz que "Eu acho que meu filho não escuta", é "pergunta para ela o que ele não escuta,



cad_vol8_06.indd 19 04/03/2010 09:48:25

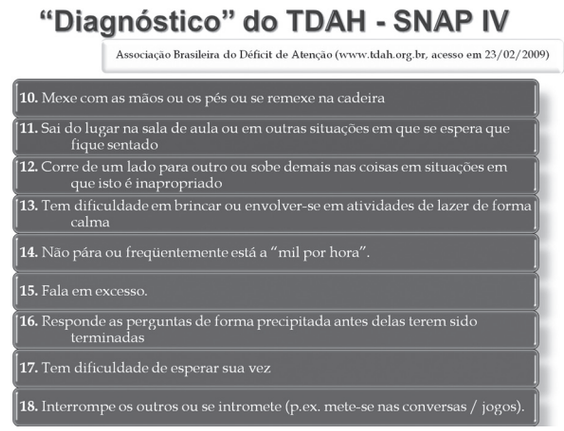
se é quando ela chama para tomar sorvete ou para arrumar o quarto".

Não há modulação, esse questionário é aplicado a qualquer idade sem modulação, basta ter seis respostas preenchidas como 'bastante' ou 'demais' em nove, para ser rotulado. Perguntas como "distrai-se com estímulos externos", tanto para uma criança de 5 anos, um jovem ou um adulto de 60 anos, o questionário é exatamente o mesmo.Aliás, distrair-se com estímulos externos, é saudável, faz parte da vida e é, inclusive, um elemento de defesa frente a perigos externos. Então, essas primeiras nove perguntas fazem o diagnóstico de déficit de atenção.




Depois vocês podem entrar na página e olhar com mais detalhe porque são todas do mesmo teor, de absoluta ausência de cientificidade.

As outras nove falam de hiperatividade, com perguntas do tipo: "Responde perguntas de forma precipitada antes de serem terminadas". Depende... Se for o primeiro aluno da classe, ele é muito inteligente, se é o que dá problema, ele é hiperativo, tem TDA-H.




Eu devo dizer que eu tenho um xodó particular com a de numero 13: "Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma?". Gente, o que é brincar de forma calma? Uma criança ou um adolescente? Quem brinca de forma calma somos nós por limitações físicas, nossas articulações nos limitam.

Tem outras pérolas também, tipo a 11: "Sai do lugar na sala de aula ou em situações em que se espera que fique sentado"; aqui está posto o problema básico, que é o seguinte: quem espera que ele fique sentado? Quem disse que é normal uma criança de 5 anos ficar sentada na sala de aula? Quem disse que é normal um adolescente ficar sentado enquanto a gente espera que ele fique sentado? É o peso da autoridade de quem define o que o outro deve fazer e não o que é normal; é importante frisar que aqui estamos falando não do ponto de vista da Educação, mas do ponto de vista biológico, pois o que está em discussão é se existem doenças neurológicas que comprometeriam exclusivamente a aprendizagem e o comportamento.

Bom, desse modo o que se tem feito é apenas pretenso diagnóstico, pois na verdade trata-se de rótulos, de estigmas.

Então, eu quero voltar à questão do tratamento e lembrar que a questão da indústria farmacêutica e suas relações com a sociedade têm sido muito divulgadas, constantemente saem reportagens na mídia.

Tem um site americano (www.methylphenidate.net) que foi construído e até hoje é mantido por familiares de crianças e adolescentes que morreram pelo uso do metilfenidato, droga produzida no Brasil por 2 grandes laboratórios, e que é a principal droga ainda usada para TDA-H nos Estados Unidos. Lá há um relatório do DEA (Drug Enforcement Administration), do US Departament of Justice, de 1995; todo o relatório versa sobre as relações promíscuas entre as indústrias farmacêuticas produtoras do Metilfenidato e entidades de profissionais e familiares envolvidos com TDA-H. A principal entidade é a Chadd, que é a sigla para "Children with hiperactivity and attention deficit disorders": no período de 1991 a 1994, quando ainda as coisas se mediam em milhares de dólares, a Chadd recebeu 748 mil dólares de uma das indústrias.

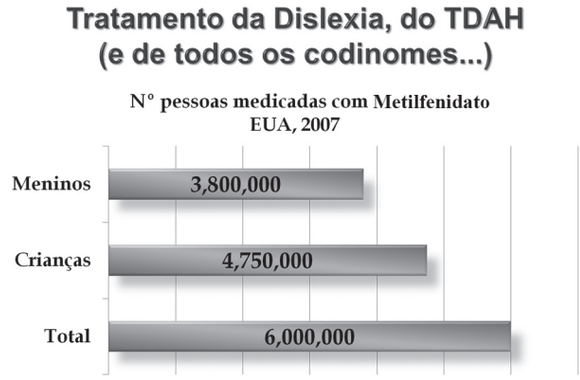
Não temos esse tipo de dado no Brasil, infelizmente não temos acesso, só temos acesso a dados indiretos, como a reportagem que saiu na última Veja, em que 11% dos médicos paulistanos reconhecem já terem recebido brindes valiosos de indústrias farmacêuticas.

Um outro indicador indireto, é a própria página da Associação Brasileira de Déficit de Atenção. Trata-se de uma entidade de familiares que defendem os direitos das crianças e adolescentes com TDA-H. Na página principal, há um link que convida a pessoa a conhecer as empresas parceiras, produtoras do Metilfenidato.

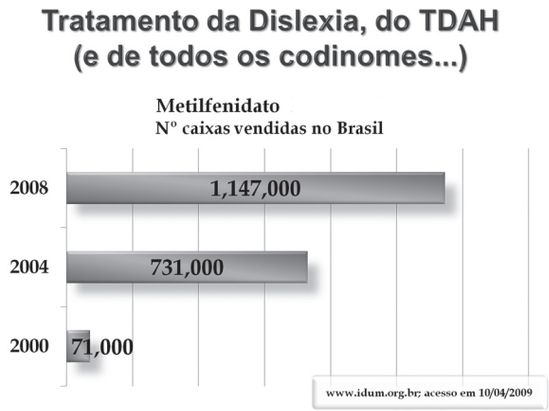
Bem, vejamos rapidamente alguns dados numéricos, como a evolução do número de diagnósticos de TDA-H nos EUA, de 500 mil para 7 milhões em apenas 14 anos, de 1985 a 1999.



cad_vol8_06.indd 20 04/03/2010 09:48:26




Em 2007, o número de pessoas medicadas com a droga de referência do Metilfenidato - vejam que estou falando somente da apresentação de referência, há ainda a apresentação de outra indústria e as fórmulas manipuladas, sendo que nos Estados Unidos também usam a dextro-anfetamina e outras substâncias - seis milhões de pessoas nos EUA, em 2007, tomando essa apresentação de referência. Sendo, como era de se esperar, a imensa maioria crianças e a imensa maioria das crianças, lógico, meninos, porque sempre que o problema é de comportamento, os meninos são maioria.




No Brasil, um dado bastante difícil de achar e que só é garimpado pelo Idum, que é um Instituto de Defesa dos Usuários de Medicamentos, é o número de caixas de Metilfenidato vendidas nas farmácias. As vendas das farmácias de manipulação não estão aqui; entre 2000 e 2008 o aumento foi de 1.615%.

Qual é o mecanismo de ação do Metilfenidato? Exatamente o mesmo que o da anfetamina e cocaína: aumenta a concentração de dopamina nas sinapses.

Quando aumenta a concentração de dopamina, que, lembrem-se, é um dos neurotransmissores do prazer, a sensibilidade a todos os prazeres da vida que liberam um pouquinho de dopamina diminui bastante e, por isso, vai-se em busca de mais e mais estímulos que deem o prazer que só a droga é capaz de fazer.

Discute-se qual é a consequência para a anatomia do sistema nervoso central em crianças com esse aumento absurdo de dopamina. Existem dados de que, quando se retira o Metilfenidato em adultos, aumenta a incidência de drogadição às cocaínas.

Outro dado, que é pouco falado, é que nas clínicas de tratamento de drogadição - esqueçam dislexia e TDA-H -, entre os jovens em tratamento de drogadição no mundotodo, 30 a 50% relatam que começaram a sua drogadição usando Metilfenidato e indagam: "Mas vocês não diziam que era seguro? Não é um remédio prescrito por médicos e que se diz ser seguro?".

Quais são as reações adversas desse remédio pretensamente seguro? Só no sistema nervoso tem essas, as mais frequentes, não são todas. Tudo o que está com um asterisco é porque, segundo a bula do Metilfenidato, acomete de 1% a 10% das pessoas; dois asteriscos atinge 10%.

Um remédio para tratar crianças e adolescentes que apresentam apenas problemas de comportamento e aprendizagem, com esses efeitos e nessa incidência? Com certeza o remédio é muito pior do que a pretensa doença.

Vejam que ele provoca coisas que deveria estar tratando: 10% têm irritabilidade, tontura, cefaléia e, um efeito bastante importante é o "zumbi-like", que consiste em agir como um zumbi, é ficar contido, amarrado em si mesmo.

cad_vol8_06.indd 21 04/03/2010 09:48:27

Nos outros sistemas, as reações adversas são tão importantes quanto no sistema nervoso, e não é por acaso... Vejam: arritmia, taquicardia, palpitação e hipertensão, de 1% a 10% das crianças e adolescentes, crianças que não tinham problemas cardíacos.

Não é por acaso que a Associação Americana de Cardiologia preconiza que, antes de dar Metilfenidato, seja feita uma avaliação cardiológica nas crianças e adolescentes, o que não acontece.

**NA BULA DO METILFENIDATO**

- METILFENIDATO pode causar tontura e sonolência. Aconselha-se tomar os devidos cuidados ao dirigir, operar máquinas ou envolver-se em outras atividades de risco.
- Os pacientes agitados, tensos ou ansiosos não devem ser tratados com METILFENIDATO.
- O produto não deve ser utilizado em crianças menores de 6 anos de idade.
- O abuso de METILFENIDATO pode levar à tolerância acentuada e à dependência.
- Devem ser feitos exames de sangue periódicos durante os tratamentos prolongados.

Na bula do Metilfenidato, alguns alertas, inclusive um interessante: que não deve ser usado em paciente agitado, tenso e ansioso. Mas o remédio não foi dado para isso? E nem em crianças menores de seis anos. A recomendação de exames de sangue periódicos tem uma explicação bastante simples: a droga pode provoca uma queda, muitas vezes irreversível, de todas as células do sangue, hemácias, leucócitos e plaquetas. Então, precisa controlar. Os exames periódicos também devem avaliar as funções hepáticas, pois a droga pode alterar o funcionamento de células hepáticas, e se a droga não for suspensa pode levar a coma hepático. É somente por esses "probleminhas" que precisa fazer exames de sangue periódicos. A bula avisa que precisa fazer, só não explica o porquê; e os controles não são feitos e tudo contiinua como se nada de grave houvesse...

Por que esta discussão toda aqui na Câmara de Vereadores de São Paulo? O que nós estamos discutindo? Fundamentalmente, o que está em jogo são os direitos da criança e do adolescente, algo que foi construído e conquistado pela sociedade brasileira ao longo de décadas, com muito sofrimento e muita morte para a gente poder chegar ao Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. E que coloca que a criança e o adolescente têm alguns direitos inalienáveis.

O primeiro deles é o direito à vida, que implica inclusive no direito de não tomar um remédio que pode matar, por exemplo. O direito à liberdade, respeito e dignidade.

## Direitos da criança e do adolescente

O direito à saúde. No ECA está escrito: "Atenção integral à saúde pelo SUS", que é outra conquista da sociedade brasileira. Um dos princípios fundamentais do SUS é que todo atendimento à saúde deve ser feito na rede de saúde, evitando duplicação e desperdício de recursos humanos e materiais. Lógico que falta recurso, ainda falta gente, mas o SUS está fazendo e tem que assumir mais.

Direito à educação de qualidade para todos. Esta é a nossa luta. O direito de toda criança e todo adolescente a aprender, ao acesso a uma educação de qualidade, publica, gratuita e socialmente referenciada.

Entretanto, o que estamos vivendo hoje é uma luta declarada contra o ECA, em todos os sentidos: precisamos acabar com o ECA, o ECA dá liberdade ao infrator... Enfim, todo um discurso que eu não vou repetir.

Estamos assitindo ao surgimento de outro discurso que também destrói o ECA, que é colocar como direito isso que está aí.

Vejam, é uma absoluta e absurda inversão do que é direito e da nossa construção histórica na sociedade brasileira, da nossa conquista. Colocar que a criança tem o direito a um diagnóstico e um tratamento dentro da escola de uma doen-



cad_vol8_06.indd 22 04/03/2010 09:48:28

ça que nem sequer foi comprovada. Mas, vamos admitir que fosse, por que dentro da escola? E por que triar todo mundo se isso não é feito, por exemplo, nem para a acuidade visual? Por quê?

Direito? Não é direito. Direito a um diagnóstico que me torna doente e incapaz? Porque é isso, sim. Ao ser diagnosticado como portador de dislexia e TDA-H, está posto que não sou capaz de aprender, e que eu preciso ter acesso a outras coisas, como não poder ser reprovado. Direito a um tratamento que me contém quimicamente e que pode me levar a uma drogadição.

Gente, eu não quero que o meu filho tenha o direito de não ser reprovado, eu quero que ele tenha o direito de aprender, este é o direito que defendo para todos, é por isto que eu luto, pelo direito a uma educação pública de qualidade para todos.

Esse é o direito que temos que defender, que as crianças possam aprender e que a escola seja capaz de identificar como são as crianças, quais os processos cognitivos que elas usam para aprender. Que a escola e as professoras sejam capazes de avaliar as possibilidades e as necessidades de cada criança, acolher e ajudá-las a superar os seus próprios limites.

Isto é o direito que cada um de nós deve ter; este é o direito que temos que defender.

Todos nós temos que estar sempre fazendo opções em nossas vidas.

Neste momento, nos defrontamos com mais uma, fundamental: ou nos deixamos ser cooptados (pois não somos cooptados, nos deixamos cooptar) ou ficamos do lado da vida, do lado das crianças.

Discute-se qual é a consequência para a anatomia do sistema nervoso central em crianças com esse aumento absurdo de dopamina. Existem dados de que, quando se retira a Ritalina® em adultos, aumenta a incidência de drogadição às cocaínas.



cad_vol8_06.indd 23 04/03/2010 09:48:28

# Medicalização e escolarização: por que as crianças não aprendem a ler e escrever?

**Adriana Marcondes Machado**
Psicóloga do Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Crianças com dificuldades na leitura e na escrita: de quem falamos? A discussão que pretendo apresentar se baseia em minhas experiências como psicóloga do Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da USP[1].

Psicólogos, psicopedagogos e médicos têm recebido crianças e jovens encaminhados pelas escolas por terem problemas de comportamento e de aprendizagem. Não falaremos aqui das histórias de crianças e jovens com transtornos globais do desenvolvimento que estão passando por intensa situação de sofrimento psíquico. Também não focaremos a necessidade de atendimentos especializados – fonoaudiologia, psicoterapia, consultas de várias ordens –, que devem ser exercidas pela Saúde, área que também precisa de nossa luta para implementar muitas ações.

Nosso foco serão as crianças que apresentam dificuldades em seu processo de aquisição da leitura e da escrita, sendo que isso surpreende a pais e educadores, que reconhecem, nessas mesmas crianças, muitas capacidades para aprender. Precisamos pensar: como a escola e a psicologia se inserem nessa produção?

Parece estranho e é mesmo. Somos psicólogos, agentes da Saúde, contra a existência de profissionais da Saúde alocados nas escolas. Existem práticas escolares e práticas psicológicas (entendemos a psicopedagogia como campo de atuação de psicólogos e de pedagogos) que produzem efeitos adoecedores. Que mal fazemos? Para responder a essa questão, precisamos discutir duas coisas. Primeiro, que práticas estão presentes na produção de dificuldades na aquisição da leitura e da escrita? Segundo, quais os perigos no trabalho em relação às crianças que apresentam essas dificuldades?

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

Sabemos que nos tornamos certos tipos de pessoas (certas formas de ser e viver) conforme as relações e experiências que vivemos. Essas experiências e relações vão se produzindo juntamente com os sujeitos que vão se constituindo, isto é, mudamos as práticas, mudamos também as produções subjetivas. Por exemplo: há 50 anos, crianças com síndrome de Down não eram tidas como pessoas que poderiam aprender a ler e a escrever, mas alguém ousou ensinar essas crianças e hoje elas lêem, escrevem, aprendem, estão circulando pelas escolas regulares.

Essas colocações visam intensificar a seguinte discussão: estamos produzindo sintomas perigosos, estamos produzindo sujeitos que nos mostram que se tornou necessário, em nossa sociedade, ser doente. Ao fazermos certas escolhas, fortalecemos a produção desses sintomas, desses problemas, se entendermos que são eles que precisam de intervenção e, assim, não agirmos naquilo que os fez serem dessa forma (a forma doente). Poderíamos entender a dislexia como um sintoma social.

1 Trabalho como psicóloga em um serviço público (Serviço de Psicologia Escolar) na Universidade de São Paulo, desde 1985. Nós, psicólogos desse serviço, atendemos escolas públicas e outros equipamentos educativos públicos. Nesses trabalhos surge, muitas vezes, a demanda de atendimento a crianças e jovens. Trabalhamos com os educadores e com os alunos que estão em uma situação na qual a aprendizagem e a vida escolar estão comprometidas. Realizamos este trabalho tendo como concepção que a construção dessa demanda, desse tipo de encaminhamento, se constitui nas relações (nas práticas e nos saberes) institucionais, isto é, essa demanda nos mostra como a escola funciona e, também, fala de nós, psicólogos.



cad_vol8_06.indd 24 04/03/2010 09:48:28

Explicarei essa situação sobre o perigo de se intensificar a produção dos sintomas entrando um pouco na vida escolar. Temos, em São Paulo, muitas escolas com crianças ainda não alfabetizadas nas quartas séries do Ensino Fundamental I, alunos que freqüentam a escola há quatro anos, sendo que muitos deles cursaram a Educação Infantil. Esses alunos são efeitos do projeto educacional que defende a progressão continuada. Esse projeto defende que a aprendizagem se dá de maneira contínua. As crianças vão passando de série escolar mesmo sem estarem alfabetizadas, embora as condições da escola, para alfabetizá-las em séries avançadas, sejam restritas.

Talvez muitas dessas crianças sejam aquelas que há algum tempo ficariam muitos anos na primeira série, até desistirem da escola. Seriam os alunos repetentes e os alunos evadidos. Da forma como as coisas estão, essa política acelera o fluxo de alunos de uma série para outra, mesmo sem se atingir um nível de aprendizagem satisfatório. Devido a esse problema (tantos alunos não alfabetizados nas quartas séries) inventou-se um projeto em São Paulo denominado PIC, Projeto de Intensificação de Ciclo, uma quarta série para crianças que não foram alfabetizadas. A maioria delas consegue ser alfabetizada na sala PIC. As diferenças entre essa sala e as outras são o número de alunos e a proposta pedagógica. Vejam bem, muitos alunos são alfabetizados depois de quatro anos de escola e, depois disso, estando recém-alfabetizados, freqüentarão o Ensino Fundamental II, a quinta série, com cerca de nove professores e dez disciplinas. Muitas dessas crianças, animadas por terem aprendido em uma quarta série o que nunca haviam aprendido em vários anos, mal sabem que isso não será suficiente para serem consideradas capazes em uma quinta série. O projeto PIC, assim como tantos outros já criados na rede de ensino, por exemplo, as Classes de Aceleração, nos mostra que: primeiro, a maioria dessas crianças teria condições de aprender aquilo que não pôde ser aprendido antes; segundo, rapidamente ocorre a naturalização das questões, sendo possível ouvir pelos corredores: "Adriana, essa criança de primeira série talvez venha a ser um aluno PIC porque não está aprendendo a ler e a escrever conforme o que se espera na série, embora entenda as coisas que digo, participe das conversas, faça perguntas adequadas". Portanto, nos falam de crianças que são inteligentes, mas que não estão aprendendo as coisas da escola.

Então podemos afirmar que a maioria das crianças com problemas de aprendizagem na leitura e na escrita é efeito do que ocorre na relação entre o funcionamento dessas crianças (as formas de aprender) e o que é oferecido a elas: problemas do ensino que interferem na aprendizagem.

Como queríamos exemplificar, esses projetos não intervêm na produção do fracasso escolar instaurado desde a primeira até a quarta série. Apenas aliviam sintomas e, mesmo assim, muito mal aliviados, pois, com grande luta dos professores, muitas dessas crianças serão alfabetizadas, mas, como dissemos, não aprenderão o que será necessário para cursar uma quinta série.

Então podemos afirmar que a maioria das crianças com problemas de aprendizagem na leitura e na escrita é efeito do que ocorre na relação entre o funcionamento dessas crianças (as formas de aprender) e o que é oferecido a elas: problemas do ensino que interferem na aprendizagem.

Quando vamos às escolas realizar discussões com as professoras sobre as dificuldades que surgem no dia-a-dia do seu trabalho é comum participarmos um pouco de algumas aulas para depois podermos conversar com essas professoras. Assim, vamos conhecendo situações de vida muito sofridas. Muitos professores ressaltam que não podem contar com o apoio familiar para as algumas práticas escolares, como as lições de casa. Outro dia, uma professora nos contou: "Foi muito bom ter ido visitar a família desse aluno. Depois disso, mudei a forma de pedir as lições de casa, pois sempre imaginava poder haver um momento de tranqüilidade na vida dessa criança no qual ela poderia fazer as lições e ler, mas percebi que a rotina não é assim, muita gente mora na mesma casa, não há espaço, sempre muito barulho. Essa criança precisa se esforçar muito para conseguir fazer lição de casa, não é má vontade dela quando isso não é possível".

Na estrutura do cotidiano escolar, também há problemas de espaço e tempo: 35 alunos com 6 anos de idade no primeiro ano, sendo algumas crianças com necessidades educacionais especiais que requerem cuidados de toda ordem (físicos também) e apenas um professor por sala, um coordenador por período, para atender 700 alunos. Muitos imprevistos, acidentes, questões educacionais a serem agidas, conversas com familiares e falta de tempo para as discussões pedagógicas. Nas reuniões de professores é muito difícil se debruçar sobre uma história, levantar hipóteses, avaliar as ações. Muitos professores trabalham em duas escolas ou têm contratos que não prevêem a participação nas reuniões de professores.

Jenifer, 7 anos, está com muita dificuldade na leitura e na escrita, entende bem as coisas verbalmente, discute os conteúdos, mas, para progredir na aquisição da leitura e da escrita, precisa, segundo a professora, ser acompanhada individualmente. Assim, ela aprende. Mas o que preocupa a todos



cad_vol8_06.indd 25 04/03/2010 09:48:28

é que Jenifer tem ficado cada vez mais alheia. A professora nos conta que ela fica o tempo todo se dedicando a copiar o cabeçalho. A cópia serve para camuflar, dando a impressão de que isso seria o suficiente para ambos, professor e aluno. A professora reconhece que suas dificuldades estão nessa passagem do pensamento para a escrita e Jenifer está cada vez mais desanimada, sente-se "burra", fica com vergonha. Ela participa de uma primeira série. Um dia, as crianças dessa sala estavam lendo uma lista, escrita na lousa, com nomes de animais. Muitas estavam animadamente tentando descobri-los ao reconhecer a letras iniciais dos nomes. Jenifer nem olhava para a lousa, ficava rasurando algo em seu caderno. A professora tentava animá-la para a atividade, mas sem efeitos. Jenifer precisa de algo já, de um tempo e de um espaço nos quais possa exercitar, aprender, entrar em contato com esses desafios de modo a poder agir neles.

A professora se propôs a ensiná-la durante as aulas de Educação Física. Jenifer aceitou, embora insatisfeita por perder a aula de educação física. Entusiasma-se quando está nesses momentos com sua professora, aprendeu a ler, gosta de mostrar sua produção a outros professores. Tudo isso ocorreu no mês de maio de 2009. Em junho, houve a contratação de professores que haviam passado no concurso no ano anterior, a professora de Jenifer não era efetiva, saiu então dessa escola. Primeiro dia de aula com a nova professora: Jenifer está lá, sentada em uma cadeira, com vergonha das perguntas que estão sendo formuladas pela nova professora para que esta consiga avaliar em que estágio da leitura e da escrita as crianças estão.

Mais um exemplo: Tiago não faz as lições, nem na classe, nem em casa, e a professora pergunta: "Você promete que fará?". Ele responde: "Prometo". E não faz. Brigas, conversas: "Você promete?" "Prometo" – e ele não faz.

Está na segunda série e não lê, parece escapar de tudo e de todos, se liga em futebol, videogame e aulas de computador, mas é diferente de Jenifer, está sem aliados na escola, as professoras estão cansadas e insatisfeitas com uma forma agressiva de ele agir. Uma das possibilidades seria que ele pudesse participar da SAP, Sala de Apoio, cujo trabalho é realizado no período contrário ao da sala regular. Durante a manhã, ele iria à classe regular; durante a tarde, iria ter aula de apoio. Mas ocorre que não há vagas, pois a escola precisou priorizar os alunos de quinta a oitava séries que estão com grandes dificuldades na leitura e na escrita, para participarem da SAP. E são muitos. O tempo vai passando e sabemos que a cada dia as dificuldades em relação à escrita e à leitura se somam a efeitos no que chamamos de processos de subjetivação, na maneira de viver e sentir. Tiago sente que não serve para as coisas da escola, valoriza a malandragem, mente, sempre fala que já fez as coisas, esconde a dificuldade como quem esconde um defeito, não se sente no direito de aprender e nem no direto de ser quem não aprendeu.

Essas crianças que apresentam dificuldades na leitura e na escrita revelam, em sua maioria, um funcionamento das escolas nas quais as diferenças se tornam desigualdades. Podemos dizer que existem crianças que apresentaram dificuldades desde o início de sua escolarização, podemos dizer que muitas delas foram apresentando suas dificuldades conforme as necessidades não foram sendo sanadas.

Essas crianças que apresentam dificuldades na leitura e na escrita revelam, em sua maioria, um funcionamento das escolas nas quais as diferenças se tornam desigualdades. Podemos dizer que existem crianças que apresentaram dificuldades desde o início de sua escolarização, podemos dizer que muitas delas foram apresentando suas dificuldades conforme as necessidades não foram sendo sanadas.

Muitas dessas crianças recebem o diagnóstico de dislexia por parte de um profissional da Saúde ou da Educação e vivem o seguinte: parece que as hipóteses de preguiça, má vontade, falta de esforço, falta de motivação são finalmente alteradas quando recebem esses diagnósticos. É como se fosse rompida uma maneira de se relacionar com o funcionamento dessa criança, outra forma se estabelece: passa-se a afirmar que essas crianças estão precisando de ajuda, pois têm um problema. Seus professores procuram, então, outras formas de ensiná-las. É um alívio quando param de serem tratadas como pessoas preguiçosas e com atitudes inadequadas.

Outras crianças, entretanto, com esses diagnósticos recebem o golpe fatal. A sensação é de que não há condições de aprenderem se não tiverem um profissional especializado, se não tiverem um tratamento. Nessas situações, os professores entendem que uma criança com necessidades diferenciadas não poderá ser bem atendida em um sistema educacional que não tem dado conta de ensinar mesmo aqueles que apresentam facilidades para os aprendizados de leitura e escrita.

Mas com ou sem diagnóstico, quando essas crianças das quais falamos passam a ter tempos e espaços para aprender, com aulas diferenciadas, estratégias que retomem o processo de ensino e aprendizagem, tempo para pensar e tempo para exercitar, ela aprendem. Muitos professores da rede pública



cad_vol8_06.indd 26 04/03/2010 09:48:28

comprometem o tempo de preparação de aula para ensinarem esses alunos. Como a professora de André nos disse: "Eu não sei muito bem o que acontece com ele, eu não sei bem como se cruzam as questões cognitivas com as questões emocionais, mas eu sei muito bem do que ele precisa para aprender".

Não é falta de saber do professor, a professora de André inventou algumas estratégias para ele exercitar interpretação de textos. Ela lia uma história, ele recontava o que ela havia lido, ele lia, ela recontava; discutiam sobre frases com diferentes sentidos, conforme o lugar da vírgula; trabalhavam no computador com jogos para exercitar a ortografia. Ela percebeu que ele, pela primeira vez, com tudo isso, passou a aprender o que ela ensinava. Mas para ele se tornar aquele que aprendia, ele precisava, primeiro, por mais estranho que isso possa parecer, aprender. Como explicar uma ação que precisa, para poder ocorrer, dela mesma? Talvez tenha facilitado esse trabalho o fato de ele ter sido realizado longe dos outros alunos da sala de aula em relação aos quais André se sentia muito envergonhado. O ânimo mudou. A professora criou algumas atividades que antecipavam o conteúdo que seria ministrado por ela na sala de aula e André foi mudando sua forma de lutar. Forma de lutar, sim, pois André nos parece ser daqueles meninos que, para acompanhar o conteúdo da escola, da forma como a escola está organizada, precisará se esforçar bastante. Cabe aqui ressaltar que os educadores têm tido intensas discussões sobre a questão do conteúdo a ser ministrado em cada série, o que tem produzido mudanças sobre o que se considera um conteúdo significativo. Digo isso pois essas dificuldades exigem que pensemos nos currículos. André decora textos muito bem, gosta de teatro, é extrovertido, tem o teatro como uma experiência potencializadora. Seu professor de teatro é voluntário. Ao mesmo tempo em que ministra as aulas de teatro, tem buscado outros trabalhos com melhores condições.

A escola funciona no atacado e assim deve ser, no coletivo, no para todos. Como nos disse uma diretora muito comprometida com o aprendizado dos seus alunos: "A escola fica cara para que possamos dar certo para todos. É caro, sim, precisa de mais professores, precisa de melhores condições de trabalho, precisa de tempo para pensar e planejar". Senão, o que se torna necessário é que os pais busquem profissionais fora da escola, aulas particulares e atendimentos e, assim, a engrenagem de produção dos problemas se alimenta. As escolas que apresentam boas condições de trabalho também têm se debatido com esse problema: como trabalhar com crianças que apresentam dificuldades tão diferentes umas das outras? Algumas têm inventado períodos extras nos quais os alunos terão assessoria pedagógica e esse trabalho estará incluído na mensalidade paga pelos pais. Algumas discutem como avaliar os conteúdos, afinal, uma criança com dificuldade para ler e escrever e com boa capacidade no raciocínio matemático pode ser prejudicada em uma prova de matemática na qual tenha dificuldades para entender os problemas. Algumas atestam que esses alunos têm problemas individuais sem relação com o que a escola oferece, revelando o funcionamento segregador presente em nossa sociedade.

**Duas intervenções:**

1 - Intervir nas condições de trabalho: nos salários, na autonomia das escolas, no número de alunos por sala de aula. O professor precisa de tempo para estudar e preparar suas aulas. Isso é impossível em um contrato de trabalho cujo salário exige que ele busque várias escolas para dar aula. Falar dessas questões não é falar de administração escolar, é falar da forma de conceber e fazer Educação.

2 - Acreditamos que os psicólogos podem ajudar a escola quando escutam os problemas trazidos pelos professores e ajudam a ampliar o campo de análise desses problemas, para que se pense em formas de intervir na dimensão educativa. Nessa ampliação do campo de análise, percebemos, por exemplo, a necessidade de pensar o trabalho em sala de aula em relação às práticas que lá se apresentam. A vergonha de André e o incômodo por tirar notas baixas são produzidos na relação entre os alunos de uma certa escola. As crianças aprendem a agir assim. O currículo nos ensina isso: A é melhor que B. B é melhor que C. Não dá para uma criança que tira C se sentir potente na relação com as outras que tiram A. Mudar os critérios de avaliação para essa criança? Talvez. Refletir com ela que suas dificuldades existem e a nota deverá ser dada conforme os critérios para todos, pois ela tem condições de acompanhar? Talvez. Permitir que ela seja avaliada oralmente em alguma disciplina? Talvez. Fazer alguma adaptação curricular? Talvez. Para considerar os cuidados necessários para que as decisões sejam tomadas (e isso sempre vai depender de como está o processo de aprendizagem de cada uma dessas crianças) precisa-se, como dissemos, de tempo para discussão da equipe pedagógica. Portanto, essa segunda intervenção necessita de mudanças no funcionamento institucional.

Sabemos que muitas pessoas que apresentaram dificuldades no processo de aprendizagem, e algumas foram diagnosticadas como tendo dislexia, tornaram-se bons profissionais. Essas pessoas sofreram preconceito e, hoje, sabemos que desenvolveram seus saberes de uma maneira que não é a que dominantemente se espera que as pessoas desenvolvam. E elas nos ensinaram que saíram desse lugar quando passaram a receber propostas educacionais que as ajudaram a aprender. Hoje, algumas estão mais fortalecidas em relação a essas dificuldades e, aproveitando-se das possibilidades tecnológicas, escutam aulas e livros gravados, escrevem com corretor de texto, pedem ajuda para a leitura. Outras fogem da palavra escrita e se justificam como se a questão fosse apenas pessoal: "a questão é que eu não gosto de ler". Outras não tiveram



cad_vol8_06.indd 27 04/03/2010 09:48:29

Ser contratado como psicólogo em uma Secretaria de Educação para agir nas relações estabelecidas na escola, trabalhar com as representações dos professores e somar, com os saberes da psicologia, no levantamento de hipóteses em relação à produção das dificuldades de leitura e escrita e das questões atitudinais pode ampliar o campo de análise e, portanto, as possibilidades de intervenção em relação aos problemas presentes no processo de escolarização.

a oportunidade de aprender e se convenceram de que "não são boas para as coisas da escola". Mas todas nos relatam situações de humilhação e de vergonha na infância.

Muitos pais e mães nos contam as várias vezes em que foram chamados pelos profissionais da escola e ouviram que, apesar das tentativas, seus filhos não conseguiam aprender e que talvez houvesse uma falta de esforço e atenção por parte deles. As cenas narradas aqui, de Jenifer, de Tiago e de André, nos mostram que as crianças aprenderam a se afastar, aprenderam a desistir. Dizemos isso pois, quando foi inventado outro dispositivo de ensino para essas crianças, elas puderam viver outras coisas. As crianças que apresentam dificuldades no processo de aquisição da leitura e da escrita se esforçam. Se não fazem as coisas pedidas não é por falta de vontade, não é por falta de alguma coisa, é por um excesso de situações que produzem constrangimento e que fazem com que essas crianças insistam, muitas vezes, em não ocupar novamente o lugar de quem não sabe. Para a maioria delas não é preguiça, não é porque gostam de futebol e de brincar. É porque estudar se tornou demasiado sofrido.

Essas histórias produzem a seguinte indagação: por que, perante funcionamentos que não condizem com o que se espera, acreditamos que a falha, o defeito, está na engrenagem individual, no cérebro ou na personalidade da pessoa? Como se as oportunidades fossem as mesmas, como se as instituições fossem as ideais. E quando não cabemos nela, de forma adequada, fica parecendo que é por falha individual. Por exemplo, a responsabilidade de vermos bons programas na televisão se torna individual, fica dependendo de cada um de nós, e, enquanto isso, os programas podem exibir tudo o que quiserem. Esse funcionamento culpabiliza o indivíduo e opera um sistema de controle no qual está presente a medicalização (no qual as questões sociais se tornam questões médicas). Um sistema de controle com uma certa artimanha: ele produz a sensação de existirem problemas intrínsecos e pessoais. Talvez por isso tantas crianças nos relatem sensações de incompetência e doença.

Volto então ao início: que mal nós, psicólogos, podemos fazer?[2] Em nossa formação, aprendemos que as práticas construídas na relação psicologia/sociedade isentam o sistema social pela produção da desigualdade. Portanto, isentam o funcionamento das escolas e das práticas psicológicas (ou de outros especialistas) da responsabilidade na produção daquilo que denominamos problema educacional. Assim surgem as idéias de que essas crianças têm problemas pessoais a serem sanados por especialistas específicos e de que esses problemas não teriam relação com o funcionamento da educação e da saúde.

Atendimentos de especialistas a crianças com dificuldades na aprendizagem da leitura e da escrita intensificam, ao mesmo tempo em que pretendem ensinar e ajudar essas crianças, nossa desresponsabilização em relação à escola que temos construído. O preço, quem paga, são as crianças, que primeiro precisam passar por situações constrangedoras, depois, devem se tornar pessoas com alguma doença/deficiência, para então poderem, em algumas histórias, ser ouvidas e aprender.

Ser um psicólogo contratado para diagnosticar alunos com problemas de aprendizagem em uma unidade escolar intensifica a culpabilização individual (o que a criança tem?). Como dissemos, muitos professores sabem do que esses alunos precisam. Muitos professores sabem que algumas crianças apresentam dificuldades. Muitos professores sabem que essas crianças têm necessidade de um ensino com mais tempo, de uma escola com estratégias diferenciadas para ensinar. Sabemos que existem professores mais dispostos a ensinar certas crianças, outros menos. Sabemos que as crianças aprendem diferentemente conforme essas relações e, assim mesmo, mantemos a hipótese da existência de uma doença "em si"?

Quando a função do psicólogo é outra, outras coisas podem se produzir. As políticas públicas podem intensificar produções muito diferentes conforme as definições das funções e dos espaços. Ser contratado como psicólogo em uma Secretaria de Educação para agir nas relações estabelecidas

[2] Poderíamos problematizar essa pergunta pensando em seu avesso: por que não produziríamos tudo isso que percebemos acontecer no social?



cad_vol8_06.indd 28 04/03/2010 09:48:29

na escola, trabalhar com as representações dos professores e somar, com os saberes da psicologia, no levantamento de hipóteses em relação à produção das dificuldades de leitura e escrita e das questões atitudinais pode ampliar o campo de análise e, portanto, as possibilidades de intervenção em relação aos problemas presentes no processo de escolarização.

Aprendemos com o grande número de crianças e jovens que têm recebido o diagnóstico de dislexia, hiperatividade, déficit de atenção e outros que existem muitas formas de agir e aprender que não cabem naquilo que está instituído. Aprendemos que o que essas crianças e jovens precisam é de investimento para que as escolas se tornem um espaço que permita que os professores inventem formas, com tempo e proposta. Não caber no instituído não é estranho, assim mesmo é que as coisas vão se dando. O instituído é apenas um pedaço da vida. Como dissemos, uma criança com Síndrome de Down não cabia como aluno que aprendia a ler e a escrever anos atrás.

Para romper a generalização presente em uma certa relação professor-aluno, ou especialista-paciente ("esse menino tem dislexia"), precisamos buscar os funcionamentos singulares: O que ele sabe? O que faz? O que não faz? Como faz as tarefas pedidas? O que já foi proposto como percurso pedagógico? Quem já trabalhou com essa criança? O que se aprendeu com essas tentativas? Como esses aprendizados mudaram as estratégias? Quais maneiras de afirmar as necessidades diferenciadas foram feitas? E os colegas, reagem como? Que hipóteses o professor tem? Quais as ações possíveis para que ele aprenda nessa escola? Mas consideremos a limitação das perguntas acima, pois qualquer uma delas pode incorrer em uma nova generalização. Pretender quebrar a produção de uma generalização para fazer advir um funcionamento singular não depende de boas perguntas, mas sim de uma atitude de criação de formas de fazer aparecer esses funcionamentos singulares. Para isso, é necessário que essas perguntas direcionem, sirvam de guia comum no trabalho do especialista com o educador. Portanto, criar esse guia comum, na relação com o educador, me parece o primeiro passo no trabalho dos psicólogos.

Aprendemos com o grande número de crianças e jovens que têm recebido o diagnóstico de dislexia, hiperatividade, déficit de atenção e outros que existem muitas formas de agir e aprender que não cabem naquilo que está instituído. Aprendemos que o que essas crianças e jovens precisam é de investimento para que as escolas se tornem um espaço que permita que os professores inventem formas, com tempo e proposta. Não caber no instituído não é estranho, assim mesmo é que as coisas vão se dando. O instituído é apenas um pedaço da vida. Como dissemos, uma criança com Síndrome de Down não cabia como aluno que aprendia a ler e a escrever anos atrás.

Ocorre que aquilo que não cabe, que fica fora, articulado com a existência de hipóteses que transformam os problemas em questões médicas e generalizadas, é um encontro perigoso.

Esse debate é um dos momentos para esclarecer as escolhas que fazemos sobre as interpretações em relação àquilo que não cabe, pois, conforme nossas interpretações, defenderemos ações muito diferentes.



cad_vol8_06.indd 29 04/03/2010 09:48:29

# O enfrentamento de dificuldades ou distúrbios de leitura e escrita no Município de São Paulo

## Ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS

**Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida**
Integra a Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência da Secretaria Municipal de Saúde

É um prazer estar aqui representando a Secretaria Municipal de Saúde. Eu gostaria de parabenizar a organização do evento e dizer que é muito bom ver uma sala com tantas pessoas para a discussão deste tema.

Vamos falar um pouco como a dificuldade de leitura e escrita está inserida em ações que estão sendo realizadas na Saúde, integradas a políticas públicas existentes e articuladas com a Secretaria da Educação.

**AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA SMS**
- Organização das ações tendo a atenção básica como porta de entrada
- A partir das necessidades, pessoa é referenciada para redes de cuidado
- As dificuldades de leitura e escrita são objeto de olhar:
  - da atenção básica - território de moradia
  - de ações específicas no âmbito da escola
  - e também de serviços de referência em reabilitação

Todas as ações que temos desenvolvido na Saúde partem da atenção básica como porta de entrada do Sistema, e, a partir das necessidades da pessoa, ela é referenciada para serviços especializados, de forma a implementar o cuidado. Desta forma, as pessoas com dificuldade de leitura e escrita são atendidas na atenção básica e, dependendo do caso, em serviços de referência em reabilitação. Contam, ainda, com ações específicas, desenvolvidas na escola pelo Programa "Aprendendo com Saúde".

**ATENÇÃO BÁSICA**
- Ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, voltadas a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde
- UBS e ESF / NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família)

A atenção básica está relacionada a ações de Saúde no âmbito individual e coletivo, voltadas à promoção e à proteção da saúde, à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde como um todo.

No caso das pessoas com dificuldades na leitura e escrita, quando precisam do olhar da Saúde, são encaminhadas ou orientadas pela escola para procurar Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família. Nestas últimas atuam as equipes de Saúde da Família, que atualmente contam com suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os NASF.

**ESF E NASF**
- 45 % do Município de São Paulo tem cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (1.224 ESF)
- As ESF tem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família como suporte, seguindo as diretrizes da Portaria Ministerial nº 154/08
- No Município de São Paulo, 79/86 equipes de NASF
- Composição da equipe a partir de necessidades locais identificadas
- Todas as equipes foram planejadas para ter pelo menos 1 profissional de saúde mental e 1 de reabilitação
- 61/70 tem psicólogos e 57/66 tem fonoaudiólogos



cad_vol8_06.indd 30 04/03/2010 09:48:29

Em relação à Atenção Básica, vou trazer informações sobre as equipes da Saúde da Família -ESF e NASF. Hoje, 45% do município de São Paulo está coberto pela estratégia Saúde da Família, sendo que até o final do ano, vamos ter 1.224 equipes na cidade.

Essas equipes têm os Núcleos de Apoio à Saúde da Família como suporte, seguindo as diretrizes da Portaria Ministerial 154/2008. Temos hoje 79 Núcleos de Apoio à Saúde da Família em São Paulo, com a meta de chegar a 86 equipes até o final do ano.

Essas equipes são responsáveis por território onde atuam 8 a 20 equipes de saúde da família. São compostas por no mínimo 5 profissionais diferentes, conforme o estabelecido na Portaria Ministerial, entre eles médicos psiquiatra e pediatra, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Estes são definidos regionalmente, a partir da necessidade identificada no território.

Em função desta necessidade, todas as equipes do município de São Paulo foram planejadas de forma a ter pelo menos um profissional de reabilitação e um profissional de saúde mental.

Até agora, das 79 equipes já contratadas, temos 61 psicólogos e 57 fonoaudiólogos. Nas 86 equipes previstas até o final do ano, teremos 70 psicólogos e 66 fonoaudiólogos fazendo parte dos NASF.

**NASF**

Objetivo:

- Ampliar a abrangência, escopo e resolubilidade das ações
- Da atenção básica
- Apoio à inserção da ESF na rede de serviços
- Apoio ao processo de regionalização e territorialização

Atuação:

- Compartilhar práticas de saúde no território: apoio as ESF e
- Atuação na unidade na qual o NASF está cadastrado
- Responsabilização compartilhada pelo território: encaminhamento X acompanhamento longitudinal

As equipes de NASF têm como objetivo ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações na atenção básica, fornecer o apoio à inserção da Equipe de Saúde da Família – ESF na rede de serviços, contribuir para a articulação em rede dos serviços, e desta forma para o processo de regionalização e territorialização.

Compete a essas equipes compartilhar com as ESF as práticas de Saúde no território, dando suporte ou realizando ações de forma integrada.

Neste processo, as equipes NASF devem corresponsabilizar-se pelo território, acompanhando com as ESF as pessoas e famílias que nele vivem. Isto implica em continuidade do olhar e cuidado, inclusive nas situações de encaminhamento para avaliações ou intervenções específicas.

É atribuição destas equipes o desenvolvimento de ações educativas, a discussão de casos, a elaboração de projetos terapêuticos individuais, a articulação intersetorial e a realização das diversas ações colocadas na Portaria, dentre elas, de reabilitação.

**DENTRE AS AÇÕES DE REABILITAÇÃO:**

- Realizar levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação
- Desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado
- Desenvolver ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil

Dentre as ações de reabilitação, a Portaria refere o levantamento dos problemas de saúde que requerem ações de prevenção de deficiências e reabilitação. Aponta, ainda, para o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as equipes de Saúde da Família, relativas aos aspectos físicos, de comunicação, consciência e cuidados com o corpo, a postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, alimentação, controle do ruído, sempre visando o autocuidado. Uma outra ação proposta é o subsídio às ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil.

**DENTRE AS AÇÕES DE REABILITAÇÃO:**

- Desenvolver ações conjuntas com as ESF visando o acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento
- Acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento em grupo, seguimento e encaminhamentos, de acordo com a necessidade e capacidade das ESF
- Desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos
- Desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros
- Realizar, em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares

Também está colocado entre as ações de reabilitação, o desenvolvimento de ações compartilhadas visando o acompanhamento de crianças que apresentam riscos para alterações no desenvolvimento, o acolhimento de usuários que precisam de reabilitação, seguido de orientações, atendimento em grupo, seguimento e quando for necessário o encaminhamento, respeitando a necessidade de cada pessoa e a capacidade das equipes. A Portaria reforça que os atendimentos de reabilitação devem ser prioritariamente coletivos. Aponta, ainda, para a importância do desenvolvimento de ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros, e das discussões de caso e definição conjunta de condutas terapêuticas.

Desta forma, o trabalho relativo ao acompanhamento do desenvolvimento da criança que reside no território de abrangência é atribuição das ESF, com suporte dos NASF.



cad_vol8_06.indd 31 04/03/2010 09:48:29

Neste território, estão presentes instituições educacionais e residem as crianças que estudam nas escolas. Compete as ESF e NASFs, portanto, o desenvolvimento de diferentes estratégias, preferencialmente coletivas, voltadas às escolas, famílias, e crianças, inclusive as com possíveis distúrbios de leitura e escrita. Estas ações vão desde a promoção e proteção de saúde nas escolas, até a avaliação, orientação, atendimento em grupo, articulação intersetorial, encaminhamentos e acompanhamento. Então, a criança que tem uma alteração de leitura e escrita, que mora no território de abrangência de uma ESF, onde está ou pode estar localizada sua escola, tem nas ESF e NASF o suporte para as intervenções necessárias, no âmbito escolar, familiar ou individual.

**NIR**

- Serviços de referência no território para atendimento a pessoas com deficiência que requerem cuidados de reabilitação
- Integrados com a rede de reabilitação física habilitada pelo MS
- Constituem referência para reabilitação física, e também intelectual e auditiva
- 1 NIR/supervisão de saúde, inseridos em UBS e AE

Quando as equipes de saúde da família e NASF identificam necessidade de avaliação ou intervenção por serviço especializado, tem nos NIRs, os Núcleos Integrados de Reabilitação, uma alternativa.

Os NIRs são núcleos de referência para atendimento em reabilitação às pessoas com deficiência. Eles integram uma rede de reabilitação física, habilitada pelo Ministério da Saúde, e também acolhem pessoas com deficiência intelectual ou auditiva.

O enfoque principal destes núcleos é a atenção à pessoa com deficiência, sendo dada especial atenção para os RN de risco ou com deficiência estabelecida, a criança com deficiência, a intervenção nos casos pós alta hospitalar, e até um ano pós acidente vascular encefálico e traumatismo crânio-encefálico.

Possuem equipe multiprofissional e realizam avaliação clínica e funcional, atendimento individual e em grupo orientações aos familiares, oficinas terapêuticas. Realizam, ainda, avaliação e prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

Cabe ressaltar, que além de pessoas com deficiências, estes núcleos também atendem outras pessoas que precisam de reabilitação, entre elas as que apresentam distúrbios de leitura e escrita.

O trabalho da Secretaria foi de constituição de um NIR por supervisão de saúde, inseridos em Unidades Básicas de Saúde ou em ambulatórios de especialidades.

Em 2004, haviam três unidades habilitadas pelo Ministério da Saúde como serviços de reabilitação física e alguns profissionais dispersos em determinadas regiões atuando isoladamente; atualmente temos 32 NIRs na cidade de São Paulo com equipe multiprofissional para esse atendimento.

**LEI 14.671 (01/2008)**
Programa Municipal de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física e Auditiva

Este é um mapa que mostra a distribuição dos NIRs na cidade e o trabalho da área técnica para que cada supervisão de Saúde tenha, pelo menos, um Núcleo Integrado de Reabilitação. Este trabalho foi transformado em Lei Municipal, a Lei n° 14.671/08.

Desta forma, os NIRs também se constituem como referência em reabilitação no território, mas este território é a Supervisão Técnica de Saúde. Realizam ações de reabilitação em diversas áreas, muitas em grupo, e entre os grupos realizados, cabe o de leitura e escrita.

**FLUXO DE ACESSO AO NIR**

ESF ⇄ NASF ⇄
UBS ⟶ NIR

O acesso para o NIR ocorre a partir de agendamento pela Unidade de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde, sendo que no caso de regiões com ESF, este trabalho precisa estar articulado aos NASF.

Bom, uma outra ação realizada na Secretaria Municipal de Saúde, como eu falei no início, é o "Programa Aprendendo com Saúde", que será abordado pela Sandra Monetti, coordenadora deste programa.



cad_vol8_06.indd 32 04/03/2010 09:48:29

# Programa Aprendendo com Saúde

**Sandra Maria Monetti**
Coordenadora do Programa Aprendendo com Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Sou pediatra de formação. Coordeno um programa na Secretaria Municipal de Saúde junto à atenção básica, desenvolvido numa parceria entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação e SPDM.

- DECRETO 48.704 de 11/09/07 dá nova Regulamentação para a Atenção à Saúde do Escolar.
- "...otimizar ações governamentais voltadas à prevenção e recuperação da saúde dos alunos da Rede Municipal de Ensino".
- Projeto piloto em 2007, com 05 equipes volantes de pediatras, atendendo a 15.201 alunos de 0 a 7 anos em 65 escolas municipais.

É um programa que foi criado por decreto do prefeito em 11 de setembro de 2007. Ele dá uma nova regulamentação para a Atenção à Saúde do Escolar. Tem como principal objetivo otimizar as ações governamentais voltadas para a prevenção e recuperação de saúde de alunos da Rede Municipal de Saúde.

Foi feito inicialmente um projeto piloto em 2007, onde atuaram cinco equipes volantes com pediatras, atendendo a 15.201 crianças de zero a sete anos em 65 escolas municipais.

**OBJETIVOS**
- Diagnóstico precoce e intervenção em agravos que possam comprometer o desempenho escolar da cidade de São Paulo.
- Realizar ações/práticas de promoção de saúde, estimular a mudança de comportamentos e aquisição de hábitos saudáveis.
- Incorporar a família no processo de acompanhamento de saúde das crianças.

O objetivo deste programa é um diagnóstico precoce, com intervenção em agravos que possam comprometer o desempenho do escolar do município de São Paulo, realizar ações e práticas de promoções em Saúde, estimulando a mudança de comportamento e a aquisição de hábitos saudáveis. E com um terceiro objetivo, tão importante quanto os outros, que é incorporar a família no processo de acompanhamento da saúde de seus filhos.

Em 2008, esse programa ampliou suas equipes de Saúde, incluindo equipes de Saúde Bucal e outras especialidades médicas, entre elas, otorrinolaringologia, neurologia, ortopedia, dermatologia, endocrinologia e cardiologia. Então, são seis especialidades.

A partir do segundo semestre, com a avaliação do programa e da demanda dessas crianças, foram incluídos fonoaudiólogos e psicólogos nas equipes de pediatria. Eles acompanhavam essas equipes para a avaliação das crianças dentro do ambiente escolar, em todas as regiões do município próximo.

Foram feitas inicialmente as integrações que foram importantes, a apresentação do programa à Rede Municipal de Saúde, todos os serviços de Saúde conheceram o programa, a maneira como eles iriam atuar e como iriam interagir. Foram apresentados também os serviços de saúde da rede básica para as equipes do programa e foram apresentadas as diretrizes de SMS e SME.

**INTEGRAÇÕES**
- Apresentação do Programa à Rede Municipal de Saúde – Coordenações/UBS e às Direções Regionais de Educação – DRE (visitas precursoras)
- Apresentação dos Serviços de Saúde da Rede Básica às Equipes
- Apresentação de Diretrizes de SMS/SME
- População Escolar: CEI / EMEI
  CEI – 332 escolas com 48.457 alunos
  EMEI – 468 escolas com 255.839 alunos

O programa, inicialmente em 2008, atendeu crianças de seis Escolas Municipais de Educação Especial – EMEEs – de 0 a 7 anos; 332 Centros de Educação Infantil – CEIs – com 48.457 alunos matriculados; e 468 Escolas Municipais de Educação Infantil – EMEIs –, com mais de 255 mil alunos matriculados.

No atendimento de 2008, as equipes de pediatria visitaram 569 escolas, onde estavam matriculados 143 mil alunos. As equipes de saúde bucal visitaram 365 escolas, onde estavam matriculados 116.466 alunos.

Essas crianças são avaliadas com pediatras. Tem equipe de apoio, uma equipe de auxiliar de enfermagem. É feita uma avaliação biométrica, uma ficha dessas crianças, que têm prontuários, um registro. O importante é a participação dos pais durante essa avaliação.



cad_vol8_06.indd 33 04/03/2010 09:48:29

**ATENDIMENTO EM 2008 : CEI E EMEI**

| Equipe | Triados | Encaminhados |
|---|---|---|
| Fonoaudiologia | 5.511 | 1.849 (34%) |
| Psicologia | 3.311 | 1.362 (40%) |

*Fonte: Atenção Básica – SMS-G*

PRINCIPAIS QUEIXAS - Fonoaudiologia

| | |
|---|---|
| 1. Transtorno de fala e linguagem | 51% |
| 2. Hábitos orais/respiração oral | 32% |
| 3. Gagueira | 5% |
| 4. Disfonia | 5% |
| 5. Perda de audição | 2% |
| 6. Outros | 5% |

É feito um levantamento a partir do momento que é detectado algum tipo de problema com essa criança ou se ela tem um histórico de saúde. A ficha de saúde dessa criança também vem acompanhada com a avaliação e, se ela tem alguma demanda, alguma dificuldade observada, ela vai ser encaminhada para a Unidade Básica de Saúde, para fazer o acompanhamento do seu desenvolvimento e crescimento. Ou ela é encaminhada para algum tipo de especialidade, se tem necessidade de um diagnóstico ou de um seguimento prolongado.

Entre os encaminhamentos mais encontrados, temos os problemas fonoaudiológicos. Em segundo lugar, a otorrinolaringologia, depois endocrinologia, cirurgias eletivas, ou seja, cirurgias não de urgência, oftalmologia, alergia, dermatologia e, em nono lugar, a psicologia. Além disso, há casos de problemas respiratórios.

Bom, com relação a essa avaliação do Programa, porque nós pensamos em incluir fonoaudiólogos e psicólogos? Principalmente porque era um número muito grande de queixas de problemas fonoaudiológicos. Os problemas e as queixas psicológicas eram de difícil abordagem.

Tanto a equipe médica como a equipe da Educação não estavam preparadas para enfrentar alguns problemas psicológicos e muitas vezes para as situações de violência que são enfrentadas pelas crianças fora da escola.

Em 2008, repetindo, foram 6 EMEEs, com crianças de 0 a 7 anos. Na equipe de fonoaudiologia, a partir de setembro até dezembro de 2008, foram atendidas 5.511 crianças, que eram encaminhadas por pais, uma solicitação do pai com relação ao programa, ou após a avaliação do pediatra, ou após a avaliação e uma solicitação do próprio educador, que reconhecia algum problema e gostaria de algum tipo de triagem para essa criança, para avaliar e saber como abordar o problema.

Trinta e quatro por cento dessas crianças avaliadas foram dirigidas para diagnósticos ou para um encaminhamento mais detalhado na UBS, onde se tem como referência um profissional da área, um fonoaudiólogo, ou com o NASF.

Em relação aos atendimentos em psicologia, 3.311 crianças foram avaliadas, sendo 40% dessas crianças encaminhadas para um acompanhamento ou um diagnóstico.

**PRINCIPAIS QUEIXAS CEI E EMEI - PSICOLOGIA**

- Hiperatividade e problemas de atenção
- Dificuldade de aprendizagem
- Agressividade
- Enurese/Encoprese
- Obesidade
- Hábitos Orais
- Dificuldade de relacionamento

Entre as principais queixas em fonoaudiologia, nós encontramos os transtornos da fala e da linguagem com 51% dos casos, hábitos orais de respiração oral com 32%, seguidos da gagueira, distonia, perda de audição e outras queixas.

Em relação à psicologia, as principais queixas foram a hiperatividade e problemas de atenção, as dificuldades de aprendizagem, a agressividade em alguns casos, como reflexo de problemas próprios e dos familiares, enurese e encoprese, obesidade, hábitos orais e dificuldade de relacionamento.

O interessante é a aceitação da avaliação dessas crianças no ambiente escolar. É muito importante a integração da criança com o profissional médico, da Educação e da Saúde. É uma parceria muito interessante. Os pais estavam sempre acompanhando esse tipo de avaliação, o que foi muito importante para o programa.

**FLUXO DE ATENDIMENTO**

- Os alunos com necessidade de acompanhamento e diagnóstico nas diferentes especialidades são encaminhados à UBS/USF de Residência para agendamento ou atendimento.
- Durante o atendimento nas escolas são feitas orientações a pais e professoras.
- Em desenvolvimento plano piloto com a participação de fonoaudiólogos e psicólogos em Reuniões de pais e professores.

Este é o fluxo de atendimento dos alunos com necessidades de acompanhamento e de diagnóstico, nas diferentes especialidades. Eles são encaminhados para as UBSs, ou a unidade de equipe do PSF, ou de residência para serem agendados e atendidos, ou o tratamento, durante o atendimento na escola.

Enquanto é preparado todo o tipo de atendimento, essas profissionais, as fonoaudiólogas, psicólogas e pediatras, desenvolveram ações educativas. Como isso funciona? Existe algum tema que estes pais solicitam, o pai ou o professor, uma abordagem como acidente, como escabiose, como troca de letra. Esse tema, então, é falado, discutido com os professores.

Estamos iniciando um plano piloto com a participação do fonoaudiólogos e psicólogos em reunião de pais e mestres, tanto para fazer, como para discutir sobre esses problemas encontrados na rede durante o atendimento.

Existe muita integração entre as crianças e os professores. Acredito que seja uma troca muito importante para a Educação.



cad_vol8_06.indd 34 04/03/2010 09:48:29

# O que pensam as entidades da psicologia sobre o tema: CRP SP e SinPsi

## Abertura

**Beatriz de Paula Souza**
Psicóloga e representante do Grupo Institucional Queixa Escolar

Represento uma das entidades que participou da organização e da concepção desse debate, que é o Grupo Institucional Queixa Escolar. Esse grupo é um coletivo de psicólogos autogestionado, preocupado em criar e disseminar maneiras de fazer atendimentos psicológicos às queixas escolares que levem em conta a realidade das escolas, que dialoguem com as escolas, no sentido de auxiliá-las a superar as dificuldades dos seus alunos.

É algo que os atendimentos tradicionais em Psicologia não costumam fazer, imputando, geralmente, todas as dificuldades escolares que as crianças têm às próprias crianças ou às suas famílias, sem um olhar para o que acontece na realidade das nossas escolas e sem dialogar com elas. Propondo-se a contribuir para melhorar o dia-a-dia das escolas, no qual muitas dificuldades escolares poderiam ser superadas.

Convido quem se interessar a visitar nosso site: www.queixaescolar.com.br.

Esta mesa tem o objetivo de apresentar os principais questionamentos feitos por entidades representativas dos psicólogos, propostas de atuação desses profissionais na Educação e reflexões sobre o lugar da medicalização na constituição de propostas de políticas públicas no campo da Educação Básica.

Pretende-se, ainda, apontar para possibilidades de superação da medicalização, a partir de contribuições da Psicologia e do psicólogo na compreensão das queixas escolares.

Agradecemos aos representantes das entidades dos psicólogos, que puderam manifestar suas posições, mostrando que não são entidades que estão apenas contra alguma coisa, mas que têm uma série de propostas a implementar. Propostas que têm o objetivo de contemplar, de maneira ampla, problemas cujos enfrentamentos previstos nos Projetos de Lei questionados são pontuais, localizados, apenas para algumas dificuldades específicas.



cad_vol8_06.indd 35 04/03/2010 09:48:29

# Posicionamento do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo - CRP SP

**Marilene Proença Rebello de Souza**
Conselheira Presidente do Conselho Regional de Psicologiade São Paulo e Docente do Instituto de Psicologia da USP.

É com muita satisfação que o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo encontra-se na tarde de hoje na Câmara Municipal de São Paulo, nossa casa como cidadãos do município de São Paulo, a partir da colaboração do gabinete do vereador Eliseu Gabriel, no Seminário "Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas", cuja origem se encontra na discussão de projeto de lei do vereador Juscelino Gadelha, com quem nós também iniciamos nossos debates e nossas discussões em 2007.

Poder hoje, nessa tarde, discutir essa questão da Dislexia e expor claramente qual é a posição ético-política do Conselho Regional de Psicologia, do Sindicato dos Psicólogos e de outros grupos que estão conosco participando desse debate, consideramos como um ganho social muito importante.

Este debate nasce da discussão de um projeto de lei. Desde fevereiro deste ano, nós nos reunimos várias vezes no gabinete do vereador Eliseu Gabriel, durante grande parte desse período, com a Associação Brasileira de Dislexia, que depois solicitou sua retirada da participação desse debate. De qualquer forma, este debate está sendo realizado hoje e nós temos aqui a presença de pessoas que estão de alguma forma ligadas ao tema e interessadas no tema.

Talvez este debate não se encerre aqui, ele seja o início de muitos outros debates que nós ainda teremos que fazer em prol da qualidade de ensino e da melhoria da qualidade de ensino no município de São Paulo e no Estado de São Paulo.

Este é realmente um grande momento e nós queremos agradecer essa oportunidade de darmos início desta forma a este debate. Esperamos que ele traga bastante luz a esta questão e que possibilite a ampliação também desta discussão em outros âmbitos, em outros momentos da nossa formação como educadores, como pessoas interessadas pela Educação.

Neste momento, eu represento o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, na condição de Conselheira Presidente. Mas, sem dúvida, a discussão que eu trago aqui não é uma discussão apenas do CRP SP, mas é uma discussão que vem sendo realizada nacionalmente. Como Conselho de Classe temos a responsabilidade de acompanhar no âmbito do Município e no âmbito do Estado, processos legislativos, projetos de lei que se referem à questão da Educação como uma das formas, como uma das áreas em que a Psicologia tem atuado.

Intitulamos este evento de "Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas" porque a nossa intenção, quando nós procuramos esta casa e fomos acolhidos, em um primeiro momento para a elaboração desse debate, por meio do vereador Juscelino Gadelha e, em seguida, pelo gabinete do vereador Eliseu Gabriel, tivemos a intenção de realmente pensar quais contribuições a Psicologia pode oferecer para o campo da Educação na sua interface com a Saúde e, ao mesmo tempo, que políticas públicas nós poderíamos construir de forma a responder às finalidades da Educação no nosso país e em nosso Estado.

Então, essa foi a nossa grande preocupação quando o Sindicato dos Psicólogos, o Grupo Interinstitucional de Orientação à Queixa Escolar e o CRP SP se articularam na participação e na proposição deste evento.

Eu vou iniciar minha apresentação, explicando a estrutura do Conselho de Psicologia, para podermos entender em que contexto nós nos inserimos como profissionais e como o tema dos projetos de lei no campo da educação passou a ser nosso foco de interesse.

**CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO – CRP SP**
Entidade dotada de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira, nos termos da Lei Nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971.

São funções do CRP SP:

- Garantir à sociedade a qualidade técnica e ética dos serviços prestados pelos profissionais da Psicologia;
- Orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de psicólogo, além de contribuir para o desenvolvimento da psicologia como ciência e profissão.



cad_vol8_06.indd 36 04/03/2010 09:48:29

O Conselho Regional de Psicologia é uma autarquia pública criada na década de 1970, pela Lei N.º 5.766/71 que tem a função de garantir à sociedade a qualidade técnica e ética dos serviços prestados pelos profissionais de Psicologia e também função de orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício profissional do psicólogo, além de contribuir no desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão. Esses dois grandes eixos norteiam a nossa função como conselho regional em São Paulo.

Nós temos como missão, como finalidade maior de trabalho, ampliar a inserção da Psicologia na sociedade como campo de conhecimento e profissão, zelando pela qualidade do exercício profissional do psicólogo e contribuindo para a emancipação humana nas suas dimensões subjetivas, social e ético-política.

Hoje contamos com 68 mil psicólogos cadastrados no CRP SP. Somos praticamente 45% dos psicólogos brasileiros. Portanto, o Estado de São Paulo tem uma grande importância na organização e na elaboração das propostas que leva ao Conselho Federal e ao Sistema Conselhos de Psicologia.

Temos ainda 1.700 pessoas jurídicas, que são clínicas, Centros de Atendimento em Psicologia cadastrados no CRP SP.

**PARA SUA ORGANIZAÇÃO COM SEDE NA CIDADE DE SÃO PAULO E JURISDIÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO, POSSUI 8 (OITO) SUBSEDES NAS REGIÕES DE:**

Temos uma sede na Capital, em São Paulo e oito subsedes no interior paulista: São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, Campinas, Vale do Paraíba e Litoral Norte, Grande ABC, Baixada Santista e Vale do Ribeira, Assis e Bauru.

É importante dizer que a discussão que trazemos aqui vem sendo gestada dentro do Sistema Conselhos de Psicologia. Hoje não existe mais cada Conselho individualmente realizando a sua tarefa e o seu trabalho, mas nós nos constituímos como um sistema formado pelo Conselho Federal de Psicologia e pelos 17 Conselhos Regionais do Brasil. Organizamo-nos em duas grandes instâncias: o Congresso Nacional de Psicologia, que é uma instância trienal que discute quais políticas que os Conselhos brasileiros devem tomar como princípio nas suas gestões, e as Assembléias de Política Administrativas e de Finanças que são realizadas semestralmente, as quais também reúnem delegados de todo o Brasil, dos 17 CRP's e do Conselho Federal.

Implementamos uma articulação política na qual cada uma das gestões eleitas, como aquela em que participo, eleita em 2007, no Dia do Psicólogo, para assumir o triênio, assume também o compromisso com as diretrizes do Congresso Nacional de Psicologia.

Nós não falamos apenas como Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, mas falamos com base em teses que foram aprovadas no Congresso Nacional e que foram definidas como ações para a gestão que estamos assumindo dentro do CRP SP.

O Conselho trabalha em torno de finalidades emancipatórias, de se organizar com os movimentos sociais, de participar na constituição de um Estado democrático e de centrar as suas questões no âmbito da ética, no âmbito da Saúde, da Educação e dos direitos da criança e do adolescente e dos direitos humanos.

E por que nós passamos a nos interessar pelos projetos de lei? Por que o CRP SP e os demais Conselhos têm discutido os projetos de lei? Porque nós verificamos que todo psicólogo está atuando, de alguma forma, dentro de uma determinada instituição, e que essa instituição está atrelada a uma determinada política pública, que foi constituída para que esse profissional estivesse inserido nessa instituição.

**POR QUE A PREOCUPAÇÃO COM OS PROJETOS DE LEI?**
Discussão da importância da participação dos psicólogos nas várias áreas, todas elas constituídas pelas políticas públicas, com destaque para as áreas de Saúde e Educação.

Ações se deram em 3 (três) frentes:

1. Criação do CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas;
2. Elaboração de referências de atuação do psicólogo;
3. Acompanhamento e contribuição na construção de projetos legislativos.

Então, se estamos inseridos no interior de políticas públicas, sejam elas da área da Saúde, da Educação, da Assistência Social ou em quaisquer outras áreas, então nós, como psicólogos, precisamos nos inteirar dessas políticas públicas. Ao mesmo tempo, a política pública é construída a partir dos projetos de lei, a partir das discussões que a sociedade faz em tornos de determinadas diretrizes.

Passamos tanto a nos preocupar com as políticas públicas, como Conselho, quanto também a acompanhar, discutir e contribuir na construção de projetos de lei, visando o aprimoramento e a melhoria dessas políticas públicas.



cad_vol8_06.indd 37 04/03/2010 09:48:30

Então, se estamos inseridos no interior de políticas públicas, sejam elas da área da Saúde, da Educação, da Assistência Social ou em quaisquer outras áreas, então nós, como psicólogos, vamos precisar, de alguma forma, nos inteirar dessas políticas públicas. Ao mesmo tempo, a política pública é construída a partir dos projetos de lei, a partir das discussões que a sociedade faz em tornos de determinadas diretrizes.

**PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO**

O Sistema Conselhos tem recebido várias demandas do campo da Educação:

1. Psicologia no Ensino Médio (década de 70/80);
2. Atuação do psicólogo na Educação (década de 70/80);
3. Diagnósticos para as classes especiais (década de 90);
4. Atuação do psicólogo nas políticas públicas (2000).

Tem gerado, em vários momentos, ações e grupos de trabalho no CRP SP.

Nessa direção, uma das áreas que temos trabalhado muito diretamente é a área da Educação. Resgatando a história do CRP SP, a atuação na educação se inicia nos anos 1970, com a discussão da Psicologia no Ensino Médio, passando pelos departamentos de assistência escolar; em seguida, os diagnósticos para as classes especiais na década de 1990 e, mais recentemente, discutindo referências para a atuação do psicólogo no campo da Educação, a partir do ano 2000.

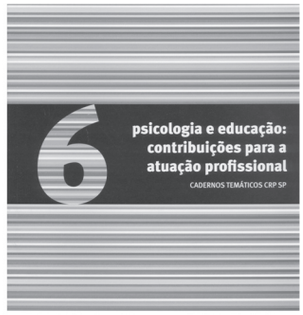
Essas articulações no campo da Educação não têm ficado somente no âmbito regional, mas tem também se ampliado para o âmbito nacional. O Conselho Federal de Psicologia tem trabalhado de forma nacional se fazendo presente no Forum Nacional em Defesa da Escola Pública. É uma articulação que organiza e discute o papel da Educação na sociedade brasileira e o CRP SP tem participado, no Estado de São Paulo, do Fórum Estadual em Defesa da Escola Pública. Além disso, o Conselho Federal também participou da organização e da sistematização de teses do CONED, que é o Congresso Nacional de Educação.

Isso é só para mostrarmos que a nossa participação no campo da Educação tem se efetivado também no âmbito da organização política.

**I, II E III MOSTRA DE PRÁTICAS DE PSICOLOGIA NA EDUCAÇÃO E IV, V E VI ENCONTRO DE PSICÓLOGOS DA ÁREA DA EDUCAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Aqui temos uma ideia das discussões no Estado de São Paulo. A partir do ano 2000, incentivamos essas discussões e conseguimos fazer três mostras de práticas de Psicologia e Educação e encontros de psicólogos na área da Educação que geraram uma série de discussões que fortaleceram essa participação, no campo das políticas públicas de Educação.

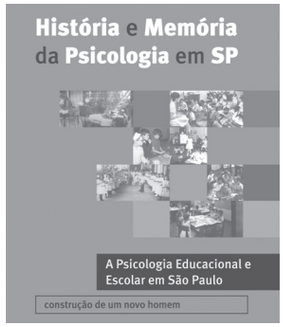
**CADERNO TEMÁTICO Nº 6 – PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL**




Esse foi um *Caderno Temático* construído sobre essas contribuições.

**HISTÓRIA E MEMÓRIA DA PSICOLOGIA EM SP**

A Psicologia Educacional e Escolar em São Paulo - Construção de um novo homem






cad_vol8_06.indd 38 04/03/2010 09:48:30

Este é um vídeo produzido recentemente e que conta a história da Psicologia Escolar e Educacional no estado de São Paulo.

Durante todo o ano passado, ocorreram eventos em prol do Ano Temático da Educação, em que todo o Sistema, todos os psicólogos que atuam no campo da Educação no Brasil puderam discutir quais são as suas diretrizes para essa área. Essa discussão se estruturou em torno de quatro eixos. Um dos eixos são as políticas educacionais e o processo legislativo, que é o que hoje nós estamos aprofundando neste debate.

**ACOMPANHAMENTO DOS PROJETOS LEGISLATIVOS NO CRP SP**

- Levantamento dos projetos de lei;
- Constatação: projetos relativos a tratamento e diagnóstico;
- Problematizar / debater o teor dos projetos;
- Construir projetos de lei que respondam aos princípios defendidos pela Psicologia enquanto Ciência e Profissão

A partir desse eixo de acompanhamento dos projetos legislativos, o Conselho Regional de Psicologia inseriu, dentro da sua forma de organização a participação, o acompanhamento de projetos de lei. Então, começamos a levantar quais são os projetos de leis vigentes e pudemos constatar que grande parte deles, tanto nessa casa quanto no Legislativo paulista, estão muito focados em criar, no âmbito da Educação, projetos, programas de serviços que visem o tratamento e o diagnóstico de determinados distúrbios no campo da aprendizagem e do desenvolvimento.

Isso nos chamou muito a atenção porque as vivências desses Centros de Tratamento vêm na contramão de tudo que a Psicologia tem defendido e discutido como forma de atuação dessa ciência, dessa profissão no campo da Educação.

Passamos, então, a problematizar e a debater o teor desses projetos e também trabalhar na construção de projetos de lei que visem dar conta dos princípios que nós defendemos como princípios para o campo das políticas públicas.

**PROJETOS DE LEI DO LEGISLATIVO ESTADUAL PAULISTA**

PL 321/2004
Dispõe sobre a criação do Programa Estadual para Identificação e Tratamento da Dislexia na Rede Oficial de Educação

PL 642/2004
Dispõe sobre a implantação de assistência psicológica e psicopedagógica nos estabelecimentos educacionais da rede pública estadual.

PL 172/2005
Cria Programa de Acompanhamento para Alunos do Ensino Fundamental da Rede Pública Estadual, com transtorno do Déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e com transtorno no déficit de atenção sem hiperatividade (TDA), no âmbito do Estado de São Paulo.

PL 512/ 2005
Dispõe sobre a criação do programa integrado de saúde e higiene nas escolas da rede estadual de educação, ensino fundamental e médio e dá outras providências.

Esses são os projetos de lei que listamos no Legislativo Paulista, em 2004 e 2005; existem outros mais recentes que não estão aqui, mas que são semelhantes.

Criar programas de acompanhamento de alunos na rede estadual, com o déficit de atenção e TDA-H, com o Transtorno de Atenção sem hiperatividade ou com hiperatividade, enfim, ilustrando que esses projetos todos vão em direção da criação de Centros de Atendimentos e Diagnósticos na área de Educação.

**PROJETOS DE LEI DO LEGISLATIVO MUNICIPAL**

PL 074/2007
Determina ao Executivo Municipal realizar nas escolas públicas do município através de equipe multidisciplinar diagnóstico de dislexia e dá outras providências

PL 609/2001
Dispõe sobre a obrigatoriedade de exame psico - diagnóstico infantil em todas as escolas públicas de ensino fundamental, da Rede Municipal de Ensino de São Paulo.

PL 146/2003
Dispõe sobre a obrigatoriedade de instituir avaliação vocacional nos alunos da 8ª serie nas escolas municipais de São Paulo

PL 0086/2006
Dispõe sobre Programa de Apoio ao Aluno Portador de Distúrbios Específicos de aprendizagem diagnosticado como dislexia

No município também temos dois projetos recentes, um do vereador Juscelino Gadelha e outro de 2007, que também quem determina é o Executivo, de realizar nas escolas públicas, por meio de uma equipe multidisciplinar, o diagnóstico de Dislexia e dar outras providências.

O que os psicólogos estão propondo como alternativa à política pública no campo da Educação? Propomos primeiro que tenhamos muito claro para nós, quando discutimos política pública, que não podemos perder de vista qual é a finalidade da Educação. Para que educamos, para que temos hoje na nossa Constituição que o ensino é obrigatório? Temos que trabalhar sempre com a perspectiva da universalização, do acesso e da educação com qualidade. Quer dizer, nós não podemos nunca perder esse foco em qualquer política pública que vamos construir.

**QUAIS OS PRINCÍPIOS PARA ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NA EDUCAÇÃO?**

- Universalização, acesso e escolarização com qualidade
- Contribuições da Psicologia na educação devem acontecer no interior do processo educativo
- Participação da atuação de psicólogos deve privilegiar a Educação Básica
- A atuação do psicólogo deve acontecer em equipes multiprofissionais e por meio de redes de apoio
- Os serviços de psicologia deverão atender às necessidades e prioridades definidas pelas políticas de educação



cad_vol8_06.indd 39 04/03/2010 09:48:30

Consideramos que a Psicologia tem como contribuir para a Educação, no interior do processo educativo e não realizado psico-diagnóstico ou tratamento psicológico, mas, sim, contribuindo no campo dos processos educativos da promoção da aprendizagem e do desenvolvimento. Então, como os nossos conhecimentos na área da Educação estariam a serviço desse processo educativo?

A proposta que apresentamos centra-se em poder atuar principalmente na Educação Básica, porque é nela que temos os maiores índices de encaminhamento de crianças para a área da Saúde. Todas as nossas pesquisas mostram isso: grande parte das crianças de 7 a 14 anos é encaminhada para a Saúde para ser atendida por apresentar supostos problemas na escola. Temos que discutir, trabalhar para privilegiar essa ação na Educação Básica.

A proposta da Psicologia é que a atuação deva acontecer em equipes multiprofissionais e por meio de redes de apoio. Não é possível pensar no processo educativo a partir somente de um único conhecimento e de uma única ciência.

Propomos que os Serviços de Psicologia atendam às necessidades e prioridades definidas pelas políticas de Educação, pois temos hoje um grande avanço na discussão dessas políticas. Faremos, em 2010, uma Conferência Nacional de Educação; temos um Plano Nacional de Educação, e uma Legislação bastante discutida no campo da Educação. Portanto, os serviços devem trabalhar articuladamente com as políticas de Educação.

Propomos que os Serviços de Psicologia atendam às necessidades e prioridades definidas pelas políticas de Educação, pois temos hoje um grande avanço na discussão dessas políticas. Faremos, em 2010, uma Conferência Nacional de Educação; temos um Plano Nacional de Educação e uma Legislação bastante discutida no campo da Educação. Portanto, os serviços devem trabalhar articuladamente com as políticas de Educação.

**QUAIS OS PRINCÍPIOS PARA ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NA EDUCAÇÃO?**

- As equipes multiprofissionais deverão desenvolver ações voltadas para a melhoria da qualidade do processo de ensino-aprendizagem, com a participação da comunidade escolar, atuando na mediação das relações sociais e institucionais
- O trabalho da equipe multiprofissional deverá considerar o projeto político-pedagógico das redes públicas de educação básica e dos seus estabelecimentos de ensino.
- Necessidades específicas de desenvolvimento por parte do educando serão atendidas pelas equipes multiprofissionais da escola e, quando necessário, em parceria com os profissionais do SUS.

As equipes multiprofissionais devem desenvolver ações que sejam voltadas para a melhoria da qualidade do processo de ensino e aprendizagem, com a participação da comunidade escolar e atuando na mediação entre as relações sociais e as relações institucionais.

Portanto, a Psicologia tem como contribuir nesse espaço de constituição dos processos de ensino e de aprendizagem. Esse trabalho, nessa equipe multiprofissional, deve considerar sempre o projeto político-pedagógico da escola, o projeto político-pedagógico que for estabelecido pela Secretaria de Educação e trabalhar na direção da promoção dessa criança no interior da Educação.

Por último, as necessidades específicas de desenvolvimento por parte do educando serão atendidas, deverão ser atendidas, no nosso ponto de vista, também com essa parceria com o Sistema Único de Saúde – S.U.S., sabendo que hoje temos as políticas intersetoriais, passíveis de serem implantadas. Então, há casos de crianças que, embora estejam na escola e que tiveram todo esse cuidado anterior, venham a ter necessidade de algum acompanhamento psicológico. Nesse sentido, a intersetorialidade daria conta dessa finalidade.

Esses são os princípios que estamos defendendo no interior do Sistema Conselhos de Psicologia de São Paulo, no interior do Conselho Regional de Psicologia por meio da sua Comissão de Educação, dos trabalhos que temos realizado e das discussões que temos feito nacionalmente com os psicólogos que atuam na Educação.



cad_vol8_06.indd 40 04/03/2010 09:48:31

# Posicionamento do Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo – SinPsi

**Fábio de Souza**

Vice-presidente do Sindicato dos Psicólogos de São Paulo, Conselheiro do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo e Pesquisador em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde.

Para além de psicólogo, para além de conselheiro municipal, eu gostaria que os senhores e senhoras também me escutassem como um pai. Pai de um menino de seis anos, lindo e que também já teve seu processo de rotulação. Em seguida, também vou falar o quanto foi importante ter o serviço público aberto e acessível a ele.

Também fico preocupado que, nesta discussão, a gente não caminhe, não construa outros processos entendendo que cada patologia, cada distúrbio, cada característica do ser humano tenha uma ação específica.

Falo isso, por exemplo, com alguma propriedade em relação à Saúde Mental, com o avanço da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial. O conjunto do sofrimento psíquico hoje é olhado pelo S.U.S., tentando-se ao máximo ter o acolhimento pelos profissionais de Saúde, assim como todas as necessidades de Educação.

Não tenho dúvida de que cada professor aqui dá seu máximo de empenho, faz o impossível para possibilitar aos nossos filhos, aos seus filhos, uma Educação de qualidade. Eu não tenho dúvida de que muitos professores aqui passam horas trabalhando, não têm a valorização profissional devida e, mesmo assim, estão ali no dia-a-dia, vão à Unidade de Básica de Saúde para tentar garantir atendimento, às vezes brigam, chamam o Conselho Tutelar... É mentira? Eu não tenho dúvida disso.

Nesse sentido, eu apresento a posição do Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo, que não é um sindicato isolado, é um sindicato criado e ligado à maior central sindical da América Latina, a Central Única dos Trabalhadores, e é filiada ao ramo da seguridade social.

Uma opção política por congregar os trabalhadores à seguridade, à assistência e à previdência, como também temos ações estratégicas com apoio a atores da Educação: a Apeoesp e outros Sindicatos e Associações que quiserem ser parceiros nessa luta. Como, por exemplo, o Fórum de Educação Inclusiva, o Fórum em Defesa da Escola Pública, o Fórum Municipal em Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes.

O Sindicato, além de ter seus 36 anos e representar o conjunto dos trabalhadores psicólogos, também apoia os movimentos sociais. Assim, eu aproveito para convidá-los a participar desses movimentos sociais.

O Movimento em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS, as Conferências Municipais, Estaduais, Nacional de Educação, os Conselhos Gestores de Unidades Básicas de Saúde, os Conselhos de Escola, que são tão ricos para nós, pais, professores, especialistas, e que devem ser fortalecidos no seu dia-a-dia com esta e com outras discussões, em defesa do serviço público, em defesa dos trabalhadores e em defesa da qualidade de ensino que nós esperamos.

Assim, gostaria de falar primeiramente do S.U.S., aproveitar que há diversos municípios aqui e contar que ele não nasceu somente a partir da Constituição Federal, que garante a saúde pública gratuita, universal, a todos e todas. Apesar das dificuldades, o S.U.S. é um ganho democrático de fato da população brasileira, dos meus pais, dos nossos pais, que lutaram na década de 1970, das senhoras lá da Zona Leste, que fizeram "panelaço" para que nós, hoje, tenhamos acesso minimamente à Saúde.

Quero lembrar também a Lei 8.142/1990, que visa a participação popular, da participação de nós, usuários e trabalhadores, na avaliação, acompanhamento e controle das políticas públicas e, ultimamente, em relação ao pacto pela Saúde, que tem três esferas: o pacto em defesa do S.U.S., o pacto pela vida e o pacto de gestão. Aos municípios, cabe a gestão solidária permanente, o cofinanciamento e a hierarquização e integralidade.

O que quer dizer isso? Quer dizer que um município de 3 mil habitantes não precisa ter todo o Sistema, mas o município maior de 10 mil habitantes tem que atender àquela necessidade e ser referência no município. E não é de graça,



cad_vol8_06.indd 41 04/03/2010 09:48:31

não, o município pequeno paga. Cabe ao Estado também apoiar os municípios.

Eu falo isso porque é muito importante que os vereadores e a população dos outros municípios, tenham conhecimento disso e que cobrem, para que o município vizinho consiga atender bem a sua população.

Queria destacar que o único município que ainda não compactuou é o município de São Paulo, que, afinal de contas, é um município muito grande, dá muito trabalho mesmo. Estamos tentando, junto ao poder público, pactuar a capital paulista.

Queria destacar também o processo de educação permanente. Educação permanente é o processo de formação continuada dos trabalhadores que podem incluir desde esta discussão, como eu já vi como Conselheiro de Saúde o poder público fazer e contemplar, como nos dois programas apresentados aqui, ou iniciativas do próprio servidor público ou da população.

Assim que eu me formei, trabalhei em um projeto chamado TEIA, no qual sentavam à mesma mesa Saúde, Educação, Assistência Social e Cultura, buscando ali ajudar os próprios equipamentos a resolver alguns problemas, tirar algumas dúvidas.

Eu gostaria de contar um pouco sobre essas ferramentas para que a gente possa se apropriar delas e fortalecer os serviços públicos. Tem uma ferramenta muito importante. Este ano é um ano estratégico, independentemente da cor da bandeira política, da legenda. O poder público este ano, no final deste mês de setembro, apresentará o Plano Plurianual. É nele que nós descrevemos quais são as necessidades, quais as propostas e orçamentos, do que será gasto, do que será alterado nos próximos três anos de gestão e o primeiro ano de gestão do próximo prefeito.

Isso quer dizer que é a tentativa de garantir a continuidade das políticas públicas, como as que as representantes da Saúde apresentaram aqui. Por isso, é importante que a população paulistana e paulista, dos demais municípios também, acompanhem seus poderes legislativos, participem junto aos seus conselhos e junto às comissões de Saúde e Educação, apontem o que seria importante e, principalmente, participem desses processos cotidianos.

Eu estou surpreso. Geralmente estou aqui toda quarta-feira e é a primeira vez que vejo esta sala abarrotada, isto é muito bom. Quer dizer que o debate democrático funciona.

Eu já falei um pouco da Educação, então, eu queria falar um pouco da intersetorialidade. É uma palavra até difícil de falar. Eu fiz oito anos de fonoaudiologia, nasci com lábio leporino, fui atendido quando ainda não existia o SUS – hoje, graças a Deus, existe o SUS e outras crianças têm acesso a esse sistema. Assim como eu, hoje elas têm outros problemas de aprendizagem e têm o direito ao acesso à Saúde. Mas a intersetorialidade, embora seja uma palavra difícil de falar, tem que ser fácil e prática. Fácil e prática, com investimento público nos serviços públicos. Iniciativas como as apresentadas pelo poder público daqui de São Paulo ou como iniciativas do Programa Saúde na Escola, independentemente do mérito, elas devem ser fortalecidas.

Acho importante que nós transformemos o debate de hoje em propostas concretas para além da nossa posição. “Não, porque você não sei o quê, blábláblá”. Não, vamos fazer propostas, este sindicato tem proposta: fortalecer o S.U.S..

Vamos colocar mais recursos em programas intersetoriais e que possibilitem aos professores que o processo de formação continue, que a rede de Saúde também entenda esse problema e possa trabalhar com ele, independentemente do tipo de problema.

É importante dizer que esse processo de educação permanente tem que ser permanente. Não pode ser oito horas, um ano, tem que ser um processo construído inclusive com os próprios trabalhadores e os próprios usuários a partir da avaliação dos conselhos, assim como aquele em que eu represento uma parte dos trabalhadores.

Também gostaria de destacar a importância da Educação em Saúde, da aproximação da Educação com a Saúde no sentido de prevenção e promoção da Saúde pública em geral. Contar à população quais são as estratégias e métodos em que ela possa ter melhor qualidade de vida.

Como trabalhador e representante de uma parte do conjunto dos trabalhadores, me preocupa muito o quanto temos que estar desarmados para poder olhar o todo. Olhar com cuidado para o processo de medicalização crescente na so-

> Quero lembrar também a Lei 8.142/1990, que visa a participação popular, da participação de nós, usuários e trabalhadores, na avaliação, acompanhamento e controle das políticas públicas e, ultimamente, em relação ao pacto pela Saúde, que tem três esferas: o pacto em defesa do SUS, o pacto pela vida e o pacto de gestão. Aos municípios, cabe a gestão solidária permanente, o cofinanciamento e a hierarquização e integralidade.



cad_vol8_06.indd 42 04/03/2010 09:48:31

> Queria destacar também o processo de educação permanente. Educação permanente é o processo de formação continuada dos trabalhadores que podem incluir desde esta discussão, como eu já vi como Conselheiro de Saúde o poder público fazer e contemplar, como nos dois programas apresentados aqui, ou iniciativas do próprio servidor público ou da população.

ciedade brasileira, e considerando os interesses da indústria farmacêutica.

Temos hoje iniciativas diversas de combate às drogas, de buscar auxiliar a população usuária de álcool e drogas, por exemplo. É importante que a gente se utilize, pois já há tecnologia não bruta, não aquela concreta, mas uma tecnologia leve de ferramentas de trabalho, seja do psicólogo, seja dos fonoaudiólogos, seja dos assistentes sociais, que já dão conta.

Foi importante ouvir o poder público, e olha que eu tenho posição em relação a esse poder público vigente, mas é importante ouvir o que já é feito. E fortalecer o que já é feito, ampliando.

É importante fortalecer os trabalhadores, porque eles estão ali no dia-a-dia. Não precisa criar um convênio específico. Supondo que isso seja verdade, vamos formar os trabalhadores para não termos esse problema. Eu não tenho nenhuma dúvida de que aqui não haja um professor que não goste de fazer curso, que não goste de se aperfeiçoar. Não tenho dúvidas.

Assim, eu quero encerrar convidando a todos e a todas para a XV Conferência Municipal de Saúde a ser realizada. Se der tudo certo e deixarem, a gente vai realizá-la. E quero lembrar que está em processo de discussão um Plano Municipal de Educação e está em processo de execução a Conferência Nacional de Educação. É um espaço construído por todos, não só pelo grupo de psicólogos, não só pelo grupo de educadores ou pelo grupo de pais, mas pelo todo.

É nesse diálogo que nós temos aprendido, inclusive, a ajudar a definir os locais de alguns profissionais: "onde eu posso entrar e onde eu não posso entrar". Eu costumo dizer que a gente não pode entrar onde não é convidado.

Eu fiquei muito surpreso na etapa paulista da Conferência Nacional ao saber que a própria Educação requereu um profissional específico na escola. Surpreso porque, quando a gente propôs que não fosse na escola, por exemplo, que fosse na Educação, esperaram a posição das próprias entidades, demonstrando a importância de se estar nesses espaços.

Assim, eu convido a todos e a todas a estarem nesses eventos, nessa agenda política, como também nos conselhos. Convido inclusive a própria Associação Brasileira de Dislexia, a ABD. Eu falei isso para eles na reunião em que tentamos organizar conjuntamente um evento: venham junto, aqui cabem todos os mundos!

Eu acredito em uma sociedade em que caibam todos os mundos e, para caber todos os mundos, esses mundos não precisam ser iguais, eles têm que ser diferentes mesmo, e serem respeitadas essas diferenças.

Concluo convidando, não só a ABD, mas todos a fortalecerem os Conselhos Municipais de Saúde e de Educação. Eu espero que possamos construir juntos, de verdade.

Espero que a gente saia daqui com propostas. Inclusive eu gostaria, falando ao vereador, que este debate fosse comunicado às demais Câmaras, aos demais espaços dos Poderes Executivo e Legislativo, demonstrando que, por mais que sejamos vencidos, nunca deixaremos de ser lutadores.



cad_vol8_06.indd 43 04/03/2010 09:48:31

# Posição do Conselho Regional de Psicologia frente ao Projeto de Lei nº 86/2006 de 21/02/2006

Apresentamos o projeto de lei nº 86/2006 que tramita na Câmara Municipal de São Paulo bem como argumentos contrários ao referido projeto, apresentados pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

O Projeto de Lei nº 86/2006 de 21/02/20006:

DISPÕE SOBRE O PROGRAMA DE APOIO AO ALUNO PORTADOR DE DISTÚRBIOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM DIAGNOSTICADO COMO DISLEXIA.

Autor(es): JUSCELINO GADELHA

Fase da tramitação: Envio-> Área: SGP15 Data: 09/10/2007 | Recebimento-> Área: EDUC Data: 09/10/2007

Texto na íntegra:

PL : 86/06

Autor: Juscelino Gadelha

Sessão : 118-SO

D.O.M. de : 23/2/2006

Descrição:

Dispõe sobre o Programa de Apoio ao Aluno Portador de Distúrbios Específicos de Aprendizagem diagnosticado como Dislexia.

A Câmara Municipal Decreta:

Art. 1º Fica criado no Município de São Paulo o Programa de Apoio ao Aluno Portador de Distúrbios Específicos de Aprendizagem diagnosticado como Dislexia.

Art. 2º A Municipalidade garantirá a participação de especialistas e representantes de Associações de Pais de Alunos portadores de Distúrbios Específicos de Aprendizagem diagnosticado como Dislexia.

Parágrafo Único A Municipalidade firmará parcerias e convênios com instituições especializadas e associações afins.

Art. 3º Fica assegurado o exame diagnóstico da Dislexia em toda a rede municipal de ensino.

Art. 4º A Prefeitura desenvolverá sistema de informação e acompanhamento dos alunos que apresentarem sintomas da Dislexia, por meio de cadastro específico.

Art. 5º A Prefeitura organizará seminários, cursos e atividades pedagógicas visando a capacitação de profissionais da rede pública municipal de ensino.

Art. 6º No Programa criado por esta Lei, deverão constar:

I – Campanhas educativas de combate ao preconceito para com o Aluno Portador de Distúrbios Específicos de Aprendizagem diagnosticado como Dislexia.

II – Elaboração de cadernos específicos para profissionais da Rede Pública Municipal de Ensino.

III – Campanhas específicas em locais públicos de grande circulação.

Art. 7º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por dotação orçamentária própria.

Art. 8º Esta Lei será regulamentada no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 9º Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, fevereiro de 2006. Às Comissões competentes.



cad_vol8_06.indd 44 04/03/2010 09:48:31

# Argumentos do CRP SP contrários ao Projeto de Lei nº 86/2006

O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, apoiado por várias entidades, tais como o Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo e o Grupo Interinstitucional Queixa Escolar, compreende que Projetos de Lei que propõem diagnóstico e tratamento, em instituições escolares, de distúrbios de aprendizagem estão em desacordo com três princípios fundamentais para a garantia de uma política pública educacional de qualidade para Todos, quais sejam:

**a) Reconhecimento e Valorização do S.U.S. como responsável pelas políticas de saúde:**

O Sistema Único de Saúde - S.U.S., em sua criação, por intermédio da lei 8080/1990, preconiza que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício". A lei 8080/90 estabelece, ainda, que as ações e serviços públicos de saúde devem obedecer, dentre outros, aos seguintes princípios:

- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A lei prevê, também, a organização regionalizada dos serviços, de forma que o S.U.S. deve integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Determina-se que as ações coletivas de saúde devem ser intersetoriais e organizadas em base territorial. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional ... que terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Cabe à Atenção Básica – o primeiro e mais imediato nível de atenção, responsável por atender a cerca de 80% dos problemas de saúde – realizar um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida... sob forma de trabalho em equipe, por meio de práticas dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social"(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Deste modo, fica claro que cabe ao S.U.S. a assistência integral à saúde, a articulação intersetorial de programas de interesse para a saúde e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

**b) Compreensão da Produção Social dos Problemas Escolares:**

Há mais de 40 anos, as produções científicas das áreas da Educação, Saúde, Ciências Sociais, Psicologia e Medicina, entre outras, apontam o caráter excludente da Educação e a recorrente culpabilização de determinados indivíduos ou grupos sociais por seus maus desempenhos escolares.

Tais estudos reconhecem a presença de inúmeros desafios a serem superados frente à diversidade de condições orgânicas, comportamentais, culturais, étnicas, religiosas, etc. Entretanto, esclarecem que a consecução de um projeto de Educação de qualidade para TODOS não deve estar submetida a supostos diagnósticos em saúde, sob o risco de patologizar os processos ensino-aprendizagem, estigmatizar os alunos e reduzir os propósitos da Educação, reforçando seu aspecto excludente.

**c) Objetivos da Intervenção Psicológica no Campo Educacional:**

A construção do conhecimento científico na área da Psicologia, fruto da articulação profunda entre discussões teóricas e experiências profissionais, afirma a especificidade do psicólogo na Educação, a partir da articulação entre Política Pública Educacional, vida diária escolar, relações indivíduo-sociedade e condições individuais – sejam elas orgânicas ou não.



cad_vol8_06.indd 45 04/03/2010 09:48:31

Portanto, os psicólogos escolares/educacionais reconhecem a importância do diagnóstico e do tratamento de questões individuais, mas entendem que se trata de uma área de competência da Saúde.

A especificidade da contribuição da Psicologia na Educação está na mediação entre os inúmeros aspectos que constituem a vida humana e os processos educacionais, a fim de garantir a apropriação crítica dos saberes acumulados historicamente ao longo de nossa história.

Diferentemente da direção apontada em Projetos de Lei como os citados acima, em que predominam a visão dos processos educacionais e a proposição de soluções com caráter individual e patologizante, servimo-nos dos conhecimentos da Ciência Psicológica e dos profundos debates acerca da intervenção do Psicólogo junto às questões educacionais, para reiterar a posição de que não se trata de criar dispositivos de diagnóstico e atendimento de possíveis distúrbios de aprendizagem.

O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, em acordo com os princípios do Sistema Conselhos de Psicologia, reafirma o compromisso em cooperar com a construção de projetos como Campanhas de Esclarecimento do público em geral e dos educadores com relação à identificação dos problemas de escolarização e Construção de Formas de Superação desse fenômeno tão presente em nossas escolas, sem, no entanto, depositar sobre o alunado a culpa pelas dificuldades escolares, tal como ocorre comumente quando do diagnóstico de déficits e distúrbios como a dislexia e a hiperatividade.

Por fim, reiteramos a necessidade de se garantir os princípios de integralidade, universalidade e equidade preconizados pelo SUS, assim como destacamos a especificidade da atuação do psicólogo na Educação, cujo objetivo está sempre referido à dimensão educacional do processo formativo dos sujeitos e coletividades, devendo, para tanto, necessariamente contemplar a compreensão do contexto sócio-político a partir do qual se organiza a Educação; a dinâmica institucional do equipamento educacional e as relações entre alunos, familiares e profissionais da educação naquele determinado território.

A especificidade da contribuição da Psicologia na Educação está na mediação entre os inúmeros aspectos que constituem a vida humana e os processos educacionais, a fim de garantir a apropriação crítica dos saberes acumulados historicamente ao longo de nossa história.



cad_vol8_06.indd 46 04/03/2010 09:48:31

cad_vol8_06.indd 47 04/03/2010 09:48:31

Conselho Regional
de Psicologia SP

cad_vol8_06.indd 48 04/03/2010 09:48:31