

**Luciana Bozzi de Andrade**

*Faculdade Anhanguera de Campinas  
unidade 4*

luciana\_bz@yahoo.com.br

## PSICOPEDAGOGIA E DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM: UMA VISÃO DIAGNÓSTICA

---

### RESUMO

O presente trabalho busca fazer uma revisão de literatura nos conceitos que envolvem a aprendizagem e seus distúrbios dando enfoque no papel do profissional em Psicopedagogia no momento avaliativo. Neste contexto a avaliação psicopedagógica é discutida de maneira mais aprofundada com relação às avaliações neurológica, neuropsicológica e cognitiva também mencionadas a título de se destacar a importância de o profissional ampliar o seu campo de conhecimento diagnóstico com o intuito de trazer, para seus elementos de análise, a intersecção de outras áreas de conhecimento.

**Palavras-Chave:** aprendizagem; distúrbios de aprendizagem; diagnóstico psicopedagógico.

---

### ABSTRACT

This study aims to review the literature on concepts that involve learning and its disorders by focusing on the role of business in Educational Psychology at the time for assessment. In this context, psycho educational assessment is discussed more thoroughly with neuropsychological and cognitive also mentioned with the purpose of emphasizing the importance of the professional to expand their field of diagnostic knowledge in order to bring to the elements of their analysis, the intersection of other disciplines.

**Keywords:** learning; learning disorders; diagnosis psychic.

Anhanguera Educacional Ltda.

Correspondência/Contato  
Alameda Maria Tereza, 2000  
Valinhos, São Paulo  
CEP 13.278-181  
rc.ipade@aesapar.com

Coordenação  
Instituto de Pesquisas Aplicadas e  
Desenvolvimento Educacional - IPADE

Artigo Original  
Recebido em: 16/5/2011  
Avaliado em: 30/8/2011

Publicação: 18 de outubro de 2011

## 1. INTRODUÇÃO

Como uma breve contextualização histórica, a aprendizagem ganhou certa credibilidade por parte da ciência no último século, porém foram nas décadas de 1950 e 1970 que a mesma ganhou mais enfoque dos estudos científicos. Tal avanço trouxe controvérsias quanto à maneira com a qual a aprendizagem acontece ou se estrutura, causando discussões quanto à elaboração de uma definição do termo. Ao mesmo tempo, o surgimento de um conceito trouxe ainda, questionamentos sobre as causas e finalidade do aprender e, atualmente, a aprendizagem aparece constantemente no vocabulário de diversas pessoas e profissionais, porém ainda percebe-se a ausência de uma definição padrão ou pronta (CIASCA, 2008).

Desta maneira, antes da discussão de termos e definições que contemplam os Distúrbios de Aprendizagem, faz-se necessário discorrer sobre algumas definições e conceitos sobre Aprendizagem.

Segundo Ross e Traivers (1979; 1977 *apud* CIASCA, 2008), a aprendizagem implica em uma modificação comportamental como consequência da exposição do ser humano ao meio ambiente; assim sendo, a aprendizagem não se vincula ao comportamento propriamente dito, mas uma alteração do mesmo através de eventos relacionados entre si, constituindo-se em “processo especializado” de aquisição de conhecimento. Poppovic (1968 *apud* CIASCA, 2008) acredita que a aprendizagem envolve uma relação entre o indivíduo e o meio através de uma adequação comportamental constante:

[...] pode-se definir a aprendizagem como um processo evolutivo e constante, que implica uma sequência de modificações observáveis e reais no comportamento do indivíduo, de forma global (físico e biológico), e do meio que o rodeia (atuante e atuado), onde esse processo se traduz pelo aparecimento de formas realmente novas compromissadas com o comportamento. (POPPOVIC, 1968 *apud* CIASCA, 2008, p. 20).

Diante destes conceitos e de outros que não se julga necessária a exaustiva citação, surgiu posteriormente um interesse pela fisiologia da aprendizagem como uma necessidade de responder outros aspectos até então não abordados pelo conteúdo das primeiras definições. Assim sendo, os processos neurais passaram a ser valorizados e investigados cada vez mais com o intuito de clarificar o processo da aprendizagem e seus mecanismos fundamentais. De acordo com Ciasca (2008), o cérebro humano constitui-se a partir de uma funcionalidade que promove a todo o momento, um intercâmbio de informações entre o meio interno e externo através de estruturas específicas; tal processo é de grande relevância para a aprendizagem:

O cérebro humano é um sistema complexo que estabelece relações com o mundo que o rodeia por meio de fatores significativos como: a especificidade das vias neuronais, que

da periferia levam ao córtex informações do mundo exterior; e, a especificidade dos neurônios, que permitem determinar áreas motoras, sensoriais, auditivas, ópticas olfativas, etc., estabelecendo inter-relações funcionais exatas e ricas que são de extrema importância para o aprendizado. (CIASCA, 2008, p. 20-21).

Segundo Azcoaga (1972 *apud* CIASCA, 2008), a aprendizagem está caracterizada pela integridade básica de três níveis:

- a) **Funções psicodinâmicas:** implicam na assimilação hierárquica pelo organismo das informações que vem do meio externo. Para tanto, é necessária integridade psicoemocional para que a aprendizagem ocorra.
- b) **Funções do sistema nervoso periférico:** promove a aprendizagem através de vias sensoriais, assim sendo, pouca estimulação sensorial prejudica o cérebro quanto à estimulação básica e necessária para o amadurecimento dos processos psicológicos.
- c) **Funções do sistema nervoso central:** armazena, elabora e processa informações quando o organismo responde de maneira apropriada.

Para Rapin (1982 *apud* CIASCA, 2008) a aprendizagem constitui-se em um processamento de informações no qual ocorrem modificações e combinações nas estruturas cognitivas; o ser que aprende é responsável e ativo pela busca e organização de informações a fim de ajustá-las às essas estruturas. A informação internalizada é elaborada e processada desde o momento em que é vivenciada sensorialmente para depois se transformar em resposta:

Prestar atenção, compreender, aceitar, reter, transferir e agir são alguns dos componentes principais da aprendizagem. Assim, a informação captada é submetida a contínuo processamento e elaboração, que funciona em níveis cada vez mais complexos e profundos, desde a extração das características sensoriais, a interpretação do significado até, finalmente a emissão da resposta. (CIASCA, 2008, p. 22).

Desta maneira, a aprendizagem é uma busca constante pela evolução, poder e independência. Constitui-se em um processo intrínseco ao indivíduo influenciado por questões maturacionais, biológicas e ambientais. Segundo Pfromm (1987 *apud* CIASCA, 2008) a aprendizagem constitui-se em uma busca interminável de poder e independência sendo constantemente impulsionada por questões maturacionais, biológicas e ambientais. Neste contexto, a quantidade de informações ou nível de abstração do indivíduo desenvolve-se gradualmente e paralelamente a sofisticação do seu desenvolvimento como um todo.

Paín (1973 *apud* ROTTA, 2006) descreve que para que, para aprender, é necessário que o indivíduo seja dotado de estruturas internas e externas funcionando adequadamente, ou seja, as primeiras quanto à integridade anatômica e funcional para organização cognitiva dos estímulos enquanto que as outras estariam relacionadas com o campo onde se dá a receptividade dos estímulos. Partindo-se deste ponto de vista, pode-se chegar a uma hipótese diagnóstica de que a cada momento a maneira de se abordar o indivíduo poderá ser ajustada; pode-se citar um exemplo da mesma autora com relação a

uma criança com problema neurológico congênito que possivelmente não terá problemas com a aprendizagem se a mesma souber lidar com suas limitações ao passo que as exigências externas sejam colocadas levando em consideração seus potenciais e limites.

Observa-se grande preocupação proveniente de diversas fontes teóricas voltadas ao futuro da criança que não apresente condições para a aprendizagem quando parte-se do ponto de vista que a mesma possa desenvolver problemas afetivo-emocionais e de conduta com relação ao cumprimento moral básico para ser um adulto bem resolvido pessoalmente e profissionalmente. Heyer (1914 *apud* ROTTA, 2006), discute a instabilidade infato-juvenil a partir do comportamento e características psicomotoras. Um indivíduo muito “agitado”, além de trazer comprometimentos ao seu rendimento escolar, poderá no futuro apresentar fortes tendências à delinquência. Por outro lado, frequentar a escola é fazer com que a criança se adapte progressivamente ao meio social o que é considerado muito saudável, pois se inicia a contenção dos instintos e desenvolvimento do comportamento moral.

Tais considerações foram feitas com o intuito de clarificar o ato de aprender e as possíveis variáveis que o implicam. Desta maneira ainda reflete-se sobre a questão e o significado do “não - aprender” antes da abordagem diagnóstica neste contexto.

### 1.1. Distúrbios e Dificuldades de Aprendizagem - Nomenclatura

A utilização do termo “Distúrbios de Aprendizagem” (DA) tem sido amplamente utilizado para se referir a uma perturbação ou déficit na capacidade de adquirir e assimilar informações para a solução de problemas, por vias internas ou externas ao indivíduo (VALLET, 1977 *apud* CIASCA, 2008). Foi na literatura inglesa, no século passado, que surgiram os primeiros relatos médicos de problemas acadêmicos na leitura e na escrita, em especial na caligrafia, caracterizado por distorções, substituições e omissões das palavras, podendo-se considerar hoje como um quadro de “disgrafia”. Em seguida, estudiosos que encontravam peculiaridades na visão, audição e raciocínio abstrato, sugeriram o uso do termo Lesão Cerebral Mínima para se referir a crianças com problemas na aprendizagem (STRAUSS, 1947 *apud* CIASCA, 2008).

Depois de algum tempo o termo Lesão Cerebral Mínima começou a ser questionado propondo-se a utilização de “Disfunção Cerebral” quando não houvesse evidências de lesão orgânica, porém, caracterizado em linhas gerais por um quadro de hiperatividade, falta de concentração e irritabilidade. Com o tempo, chegou-se ao termo “Disfunção Cerebral Mínima” que envolvia distúrbios de atenção, organização, memória e comportamento, basicamente (LEVY, 1989 *apud* CIASCA, 2008). No Brasil o termo

aparece como sendo uma síndrome caracterizada por nível de inteligência mediano ou superior à média de crianças com problemas de aprendizagem e comportamentais, estando associada a certo desvio no Sistema Nervoso Central e caracterizada por comprometimentos combinados na percepção, linguagem, memória, atenção e aspectos motores (LEFRÈVE, 1975 *apud* CIASCA, 2008).

Para Nutti (2002), a expressão *distúrbios de aprendizagem* constitui-se em uma anormalidade ou patologia que prejudica de maneira violenta o processo ou curso normal da aprendizagem, na qual se vincula o problema ou doença ao ponto de vista orgânico, individual. A autora faz ainda uma análise etimológica da palavra *distúrbio*:

Etimologicamente, a palavra *distúrbio* compõem-se do radical *turbare* e do prefixo *dis*. O radical *turbare* significa “alteração violenta na ordem natural” e pode ser identificado também nas palavras *turvo*, *turbilhão*, *perturbar* e *conturbar*. O prefixo *dis* tem como significado “alteração com sentido anormal, patológico” e possui valor negativo. O prefixo *dis* é muito utilizado na terminologia médica (por exemplo: *distensão*, *distrofia*). Em síntese, do ponto de vista etimológico, a palavra *distúrbio* pode ser traduzida como “anormalidade patológica por alteração violenta na ordem natural. (NUTTI, 2002, p.2).

Nos meados do século passado, aumentou-se a quantidade de investigações científicas no campo dos Distúrbios de Aprendizagem e, com isso, houve grande quantidade de instituições que se organizaram para dar respaldo ao indivíduo com problemas de aprendizagem. Logo mais, Hammill (1981 *apud* CIASCA, 2008) propôs uma definição ratificada em 1988 e 1991 pelo *National Joint Committee of Learning Disabilities*:

Distúrbio de Aprendizagem (DA) como um grupo heterogêneo de transtornos que se manifesta por dificuldades significativas na aquisição e uso da escrita, fala, leitura, raciocínio ou habilidade matemática. Estes transtornos são intrínsecos ao indivíduo, supondo-se ocorrerem devido à disfunção do sistema nervoso central, e que podem ocorrer ao longo do ciclo vital. Podem existir, junto com as dificuldades de aprendizagem, problemas nas condutas de auto-regulação, percepção e interação social, mas não constituem, por si só um distúrbio de aprendizagem. Podem ocorrer concomitantemente com outras condições incapacitantes ou com influências, extrínsecas porém não são os resultados dessa condição. (HAMMILL, 1988/1991 *apud* CIASCA, 2008, p. 24).

Ciasca (2008) aponta ainda que a definição acima, por sua complexidade, tenha passado por revisões e, portanto, consta no DSM-IV como *transtornos de aprendizagem*, ou seja, aqueles diagnosticados a partir de resultados de testes padronizados realizados individualmente em indivíduos cujo resultado e desempenho na leitura, matemática e ou expressão escrita se encontra abaixo do esperado para a idade ou nível intelectual.

França (1996 *apud* NUTTI, 2002) faz uma válida diferenciação entre os termos *dificuldade* e *distúrbios de aprendizagem*: o primeiro estaria associado a questões psicopedagógicas ou sócio-culturais, não centrados apenas no aluno e usado de maneira preventiva; já o segundo estaria vinculado mais diretamente ao aluno uma vez que supõe a existência de comprometimentos orgânicos e, desta maneira, mais utilizado no contexto clínico ou remediativo.

A maioria das definições sobre DA refere-se a um comprometimento em habilidades que envolvem a linguagem oral, leitura, escrita, matemática bem como na inter-relação das mesmas e, além disso, são de certa maneira homogêneas quanto à existência das deficiências na aprendizagem, porém ainda fazem-se heterogêneas quanto às diferenças na qualidade e quantidade do desempenho escolar, ainda considerando-se aspectos sociais, ausência ou presença de sintomas físicos ou emocionais. O mais relevante, diante da revolução teórica do termo/tema, é a possibilidade de reformulação e revisão de conceitos o que, de certa maneira, permite a não fixação de antigos rótulos ou interposição de outros novos, buscando-se sempre a ampliação conceitual que focaliza, além do indivíduo, o sistema no qual o mesmo encontra-se inserido (CIASCA, 2008).

## 1.2. Psicopedagogia e Diagnóstico

A Psicopedagogia é uma área que apresenta, enquanto objetivo central, o estudo de como se dá a aprendizagem bem como os problemas ou dificuldades que possam interferir no curso normal na mesma. Seus estudos tiveram início na Europa e se efetivaram no Brasil ainda no século passado com o surgimento dos cursos de especialização. Enquanto profissão, a Psicopedagogia não foi regulamentada, isto é, não existe no Brasil a profissão “psicopedagogo”, porém há um projeto de lei ainda em tramitação para que isto ocorra. Por outro lado, várias faculdades e universidades conferem a formação de especialista em cursos *latu senso*; para tanto, o curso deve atender o mínimo exigido pelo Conselho Federal de Educação no que se refere ao número de horas, formação do corpo docente e sistema de avaliação basicamente.

Quanto aos aspectos históricos da profissão, Bossa (2000) coloca que a Psicopedagogia surgiu da união da Psicologia, Psicanálise e Pedagogia; fazia-a necessário conhecer o indivíduo e sua sociedade para que suas patologias associadas a um problema de aprendizagem fossem sanadas de maneira mais conjunta e completa. Neste contexto, era necessário detectar aqueles que aprendiam e os outros que não aprendiam envolvendo os alunos que inteligência normal até os que possuíam algum tipo de deficiência sendo ela mental ou física. Desta maneira, é válido recapitular que a Psicopedagogia teve inicialmente um perfil médico e pedagógico e, portanto, era comum a existências de centros psicopedagógicos compostos por médicos, psicólogos, psicanalistas e pedagogos, pois se detectava, além dos problemas de aprendizagem, distúrbios psíquico-emocionais.

Segundo Ciasca (2008), a Psicopedagogia era direcionada somente ao indivíduo e origem de suas dificuldades de aprendizagem; com o passar do tempo e ampliação dos estudos na área, passou-se a considerar o ambiente: constituição do lar, detalhes escolares

tais como: formação dos professores, avaliação e grade curricular. Considera-se até então, que a compreensão dos processos de aprendizagem envolve a análise de uma amplitude de fatores que possam influenciá-los direta ou indiretamente; o psicopedagogo pode desenvolver seu trabalho com base na prevenção ou intervenção. Na primeira, suas atividades são direcionadas a orientação para com a metodologia de ensino, didático, estrutura curricular como anteriormente citado dentre outros fatores associados à qualidade do ensino. A segunda acontece quando há a presença de dificuldades de aprendizagem fazendo-se preceder à mesma o processo diagnóstico, cabido de procedimentos que podem variar de acordo com a formação do profissional que o executa:

[...] Esses procedimentos compreendem: anamnese, análise do material escolar, relacionamento com a escola, observação do desempenho em situação de aprendizagem, aplicações de testes psicopedagógicos específicos e solicitação de exames complementares (psicológico, neurológico, oftalmológico, audiométrico, fonológico e outros). Diante disso, observa-se que a intervenção psicopedagógica, **quando necessária**, é desenvolvida de formas variadas, ficando os procedimentos a serem executados a critérios do profissional que está atuando, geralmente influenciado pela sua formação. (CIASCA, 2008, p. 166-167).

O diagnóstico psicopedagógico é uma busca por fatores que possam estar influenciando o fracasso escolar do indivíduo: em quais aspectos ele não se enquadra ao nível de aprendizagem esperado para sua idade, como se dá o não - aprender ou onde se instala a dificuldade ou a não-dificuldade. Implica, antes de tudo, em averiguar como a aprendizagem ocorre para aquele indivíduo envolvendo suas características mais particulares ou singularidades de evolução, desenvolvimento ou não assimilação (WEISS, 2007; BOSSA, 2000).

Segundo Scoz (1991 *apud* CIASCA, 2008) a Psicopedagogia, dentro de uma perspectiva de atuação profissional, deve procurar integrar conhecimentos de outras áreas com o intuito de melhor compreender o processo do aprender e suas dificuldades. Assim sendo, cita-se que toda vez que um psicólogo atua na área da Psicopedagogia há de considerar aspectos pedagógicos da mesma maneira que o profissional na área da Pedagogia leva em consideração aspectos psicológicos quando atua como psicopedagogo. O profissional que atua através da Psicopedagogia deve, constantemente, procurar relacionar outras áreas de conhecimento para a realização de um trabalho multidisciplinar zelando também pela não rotulação, esclarecimento ou desmistificação dos termos correlacionados aos distúrbios de aprendizagem já mencionados.

Desta maneira, observa-se que muitas vezes crianças são encaminhadas para avaliações com vários profissionais desnecessariamente pelo fato de os professores ou até familiares desconhecerem o que pode estar causando uma dificuldade de aprendizagem; a maioria das causas é relacionada a “problemas de ensinagem” cujo contexto é o escolar

ou aquelas de ordem afetivo-emocional proveniente do ambiente familiar. Ainda há falta de esclarecimento entre condições de aprendizagem que levam ao fracasso escolar e as dificuldades de aprendizagem propriamente ditas. A criança é identificada enquanto portadora de um problema sendo que o mesmo encontra-se no próprio sistema de ensino (MASINI, 1986 *apud* CIASCA, 2008).

Muitas queixas escolares baseiam-se na manifestação ou alterações comportamentais e quase sempre são atribuídas a uma possível “anormalidade” quando na verdade desconsideram-se fatores emocionais vivenciados pelo indivíduo fora da escola. É intrigante perceber que, mesmo com o passar do tempo, o conceito de anormalidade ainda ganha espaço no contexto escolar no sentido de atribuir-se tais fatores às dificuldades de aprendizagem. Talvez seja porque ainda insiste-se em trazer objetividade para algo subjetivo que é a condição humana, buscando-se uma resolução mais prática e rápida para algum problema.

Quando Chamat (2004) cita Piaget (1970), esta se refere aos esquemas de assimilação e acomodação enquanto aqueles que envolvem o processo de aprendizagem. Para o sucesso de aquisição destes processos, o aluno deve já ter construído esquemas anteriores que serão a base para a aquisição de outros novos. Neste contexto o indivíduo deve desejar vincular-se ao que é novo dentro do contexto das relações vinculares inicialmente familiares e, para tanto, deve ter prontidão para tolerar o que é inconstante ou o desequilíbrio trazido por novas informações. Tais aspectos irão depender da capacidade de administrar e superar conflitos provenientes de frustrações e contradições que podem estar tanto no ambiente familiar quanto no escolar. O profissional que lida com a prática diagnóstica deve procurar sempre levar em consideração esta capacidade do indivíduo de “prontidão para o novo” e como a mesma se desenvolve ou está relacionada a diversos âmbitos:

O profissional que diagnostica, necessita ampliar sua visão para além do momento em que se encontra, o que requer esmero e conscientização quanto à responsabilidade de sua atuação na Psicopedagogia, pois o diagnóstico psicopedagógico por ele realizado das dificuldades do aprendiz sempre se encontra vinculado ao âmbito clínico, institucional e familiar. Essa vinculação refere-se a uma necessidade de mudança e transformação das metodologias pedagógicas institucionais e familiares. (CHAMAT, 2004, p. 26).

Além disso, quando o processo diagnóstico é concluído com êxito, o mesmo deve possibilitar que o profissional trace diretrizes para uma intervenção que envolva sujeito, família e escola, promovendo a autonomia, auto-estima e motivação para a aprendizagem. Para tanto, o profissional deve detectar os tipos de dificuldades, disfunções ou problemas de aprendizagem através de um diagnóstico que o possibilite ter uma visão ampla do sujeito, permitindo-lhe fazer encaminhamentos a outros



profissionais, quando necessário. Uma visão ampla implica de o profissional fazer uma leitura de como se dá o processo de aprendizagem no aluno; a procedência de suas dificuldades ou incoerências no sistema de ensino considerando-se, ao mesmo tempo, a visão que o indivíduo tem do real voltado para suas relações vinculares e aquisição de novos conhecimentos (CHAMAT, 2004).

O diagnóstico é fundamental tanto para a identificação de causas das dificuldades de aprendizagem quanto para uma possível intervenção. O diagnóstico psicopedagógico avalia a situação do aluno no contexto escolar, levando em consideração a influência de fatores internos e externos sobre a aprendizagem permitindo que a dificuldade seja identificada; neste processo o professor, a escola e a família devem estar envolvidos (MORAIS, 1988; BASSEDAS, 1996 *apud* CIASCA, 2008). O objetivo é identificar o indivíduo com dificuldades de aprendizagem em processos psicológicos que envolvam a compreensão da língua falada e escrita em um trabalho conjunto de especialistas. Tal processo subsidiará qualquer tipo de julgamento que se faça necessário para uma futura intervenção vinculada à construção da aprendizagem no indivíduo (GUZZO, 1990; LERNER, 1988 *apud* CIASCA, 2008).

De acordo com Weiss (1992 *apud* CIASCA, 2008) o sucesso do diagnóstico não depende um seguimento sistemático da parte do profissional para com o cumprimento de uma bateria de testes ou técnicas de avaliação, ao contrário, o curso de todo o processo deve ser guiado pelo perfil do aluno avaliado havendo uma flexibilidade para com a seleção e aplicação do material. Neste contexto torna-se válido destacar que pelo fato de o profissional especializado em Psicopedagogia não apresentar formação específica, não lhe cabe a aplicação ou uso de certos instrumentos da Psicologia. De acordo com o caso, se necessário, o profissional deve solicitar um profissional habilitado para a aplicação de determinado instrumento para que complementar o diagnóstico.

O principal objetivo do profissional de Psicopedagogia é integrar o aluno no cotidiano escolar, oferecendo-lhe novas opções de interação com este meio tendo em vista que seu processo de desenvolvimento deve ser retomado, melhorando a qualidade e propiciando uma evolução normal. O profissional deve intervir como aquele que busca a maior quantidade de informações possíveis para a compreensão do processo da aprendizagem bem como o da dificuldade instalada; deve-se iniciar o processo diagnóstico fazendo perguntas sobre quando, como e por que o sujeito adquiriu o problema (SISTO, 1996 *apud* CIASCA, 2008). O processo do diagnóstico psicopedagógico deve envolver, da parte do profissional, a proposição de várias atividades com o intuito de as mesmas serem acompanhadas detalhadamente na sua execução e verbalização no

que refere às reações que o aluno possa apresentar tais como: lapsos, bloqueios, repetições, sentimentos positivos ou negativos, entre outras (SARGO, 1994 *apud* CIASCA, 2008).

Ainda é válido ressaltar o ponto de vista de Ciasca (2008) quando esta se refere às bases pioneiras da Psicopedagogia, as quais envolvem a atuação da Medicina e Pedagogia enquanto o princípio de evolução de estudos no campo das dificuldades de aprendizagem. Neste contexto, discute-se o papel do psicopedagogo enquanto aquele que deve desenvolver atividade investigativa quanto à origem de tais dificuldades buscando alternativas para que as mesmas sejam superadas a fim de outras possíveis serem evitadas; para tanto, torna-se imprescindível o conhecimento do ser humano e seu ciclo vital, quais os recursos dos quais o mesmo se dispõe para a produção de conhecimento e aprendizagem. Torna-se fundamental que o profissional tenha conhecimento do que é ensinar e o que é aprender considerando a maneira com a qual sistemas e metodologias de ensino podem interferir positivamente ou negativamente neste processo.

Objetiva-se, com o presente artigo, fazer uma discussão e apresentação de como proceder em um diagnóstico psicopedagógico que esteja apto a avaliar aspectos cognitivos das dificuldades de aprendizagem permitindo-se aprofundar no conceito de distúrbios de aprendizagem.

## 2. DESENVOLVIMENTO

A definição de distúrbios de aprendizagem (DA) envolve uma série de desordens que partem do indivíduo e, especificamente, com origem no sistema nervoso central. Portanto, para o diagnóstico de um DA cujo processo não é uma tarefa simples, deve-se recorrer a uma equipe multidisciplinar bem como instrumentos de avaliação variados. Assim sendo, inicia-se na presente etapa uma discussão sobre os aspectos fundamentais vinculados ao processo do diagnóstico do DA, destacando-se a atuação do profissional de Psicopedagogia neste contexto.

O próprio conceito de diagnóstico implica em um conhecimento ampliado sobre a origem de determinada doença ou manifestação de seu sintoma. No caso do DA, o sintoma manifesta-se com maior facilidade quando a criança é inserida no contexto escolar e, portanto, uma vez identificada alguma dificuldade, a equipe deve agir em conjunto para averiguar as causas através de ampla utilização de materiais que subsidiem o diagnóstico (CIASCA, 2008). Neste contexto, o profissional deve ter cautela para que a avaliação não seja feita de forma muito abrangente ou irrestrita uma vez que o processo

diagnóstico tem sido realizado de maneira a oferecer informações insuficientes sobre o DA, transmitindo a outros profissionais uma idéia superficial sobre o caso. Esta idéia por sua vez é transmitida para os professores e pais da criança causando situações conflituosas entre o que é transmitido e o que é observado de fato; neste sentido, há de se ter cautela quanto à realização do processo diagnóstico para que o mesmo não se torne algo que rotula pela falta de especificidade (CHRISTOPHER, 1989 *apud* CIASCA, 2008).

Paralelamente ao que geralmente acontece no Brasil, países mais desenvolvidos em termos de política educacional possuem equipes multidisciplinares que visam desenvolver o diagnóstico de maneira mais completa buscando respostas de aspectos particulares a cada criança. Lerner (1988 *apud* CIASCA, 2008) aponta pontos investigativos realizados por essas equipes mediante queixa de DA:

(a) que criança apresenta distúrbio de aprendizagem; (b) qual a base para fazer-se tal determinação; (c) qual o comportamento significativo notado na avaliação; (d) qual a relação entre o comportamento da criança e sua performance acadêmica; (e) quais os achados médicos relevantes para a educação, se houverem; (f) quais os efeitos ambientais, culturais e sociais que influem nesta desvantagem. (LERNER, 1988 *apud* CIASCA, 2008, p. 69).

Infelizmente no Brasil não é raro encontrar um “diagnóstico” de DA feito na própria sala de aula pelo professor e, depois, por outros profissionais cada qual com sua abordagem ou técnicas de avaliação, longe de uma situação em que procedimentos investigativos e instrumentos são padronizados para tal fim. Este contexto mostra a crescente necessidade do estabelecimento de pontos comuns provenientes das avaliações realizadas por profissionais diversos com o intuito de fazer com que o sujeito avaliado seja considerado em sua totalidade (CIASCA, 2008). Desta necessidade, serão apresentadas as abordagens principais que devem estar presentes no diagnóstico do DA, isto é, aconselha-se que as mesmas sejam realizadas em conjunto e não eleitas separadamente para tal fim.

## 2.1. Distúrbios Específicos de Aprendizagem

Estes distúrbios são classificados enquanto relacionados às limitações ou incapacidades do aluno, geralmente nos primeiros anos escolares, onde se inicia a aprendizagem da leitura, escrita e raciocínio lógico-matemático; são associados, neste sentido, a uma falha na aquisição e desenvolvimento dessas habilidades (CIASCA, 2008).

### *Dislexia*

Antes da definição propriamente dita deste distúrbio, faz-se necessário definir o que é leitura que é, em linhas gerais, a interpretação de sinais através dos órgãos dos sentidos sendo que, por meio deles, o pensamento é conduzido à outra situação ou contexto

(ROTTA, 2006). Outra definição se refere à leitura como a interpretação de sinais gráficos que foram convencionados socialmente a substituírem os sinais lingüísticos falados com o intuito de dar sentido ao que está escrito e não apenas de fazer a decodificação da palavra em sons (SMITH, 1989 *apud* ROTTA, 2006).

De acordo com Ciasca (2008) a leitura abrange muitas associações entre símbolos auditivos, visuais e significados e, apesar se tornar automatizada com certa rapidez, é uma das habilidades de maior complexidade realizada pelo ser humano, pois envolve estruturas neuropsicológicas e linguísticas de alta complexidade. Para que a leitura oral seja realizada é necessário o processamento visual dos sinais gráficos através da decodificação, depois é feita uma seleção e identificação de seus sons por um processo analítico de síntese e comparação. Qualquer alteração neste processo causa um prejuízo no desenvolvimento e, em específico, na capacidade de realização da leitura (FONSECA, 1995 *apud* CIASCA, 2008).

A leitura é um processo complexo de aprendizagem simbólica no qual qualquer mudança em uma letra de uma palavra pode alterar a entonação da voz, pronúncia e significado; envolve-se nesta estrutura a linguagem escrita, atenção, habilidade motora, tipos de memória, organização textual e imagem mental. Este processo é individual e varia de acordo com a idade, maturação, aspectos sócio-culturais e integridade do Sistema Nervos Central e Periférico (ROTTA, 2006; CIASCA, 2008). As causas para as dificuldades no ato de ler e, conseqüentemente escrever são variadas e podem estar associadas a problemas visuais, auditivos, dificuldades na fala, aspectos emocionais, culturais, genéticos, estruturais (lateralização cerebral), diferenças de gênero, pedagógicos, entre outros. Porém, pesquisas indicam que a criança com distúrbio na leitura e escrita, na maioria das vezes, não apresenta nenhum desses problemas visto que o mesmo associa-se ao nível de inteligência normal, ausência de déficit sensorial e outros comprometimentos de natureza física e/ou emocional (CIASCA, 2008).

Giacheti e Capellini (2000 *apud* ROTTA, 2006) definem a dislexia é um distúrbio neurológico e congênito que afeta crianças com aspecto intelectual normal, com ausências de problemas sensoriais, inseridas a princípio em um contexto pedagógico-educacional satisfatório, porém, que não realizam adequadamente tarefas ou atividades que envolvam a leitura e a escrita. A *World Federation of Neurology* citada por Frith (1985 *apud* CIASCA, 2008) faz as seguintes definições:

A dislexia compreende a dificuldade de aprendizagem de leitura, independente de instrução convencional e outros fatores citado, mas depende de dificuldades cognitivas, que são de origem constitucional e funcional (*WORLD FEDERATION OF NEUROLOGY apud* CIASCA, 2008, p. 56-57). A dislexia seria uma diminuição na sequência normal de aquisição dos diferentes processos de identificação da palavra. (FRITH, 1985 *apud* CIASCA, 2008, p. 57).

Pinheiro (1994 *apud* CIASCA, 2008) classifica a dislexia em três tipos:

(1) *Dislexia Disfonética ou Fonológica*: caracterizada por uma dificuldade na leitura oral de palavras pouco familiares. A dificuldade encontra-se na conversão letra-som. Normalmente associada a uma disfunção do lóbulo temporal. 2) *Dislexia Diseidética*: é uma dificuldade na leitura caracterizada por um problema de ordem visual, ou seja, o processo visual é deficiente. O leitor lê por meio de um processo extremamente elaborado de análise e síntese fonética que está associada a disfunções no lóbulo occipital. 3) *Dislexia Mista*: caracterizada por leitores que apresentam problemas dos dois subtipos disfonéticos e diseidéticos, sendo associadas às disfunções dos lóbulos pré-frontal, frontal, occipital e temporal. (PINHEIRO, 1994 *apud* CIASCA, 2008, p. 59).

Para Nico (2000 *apud* ROTTA, 2006) a dislexia torna-se mais evidente quando na idade dos 6 aos 7 anos pais e professores de crianças com inteligência normal ou acima da média observam dificuldades na leitura, escrita e soletração. A leitura do disléxico é vagarosa, palavra por palavra, dificultando a compreensão; há dificuldade de transformação do que é lido em som e tal situação pode ocorrer até mesmo quando a compreensão da língua falada é normal. Assim sendo, déficits fonológicos podem ser observados como fortes indicativos de dificuldades na leitura e escrita posteriormente; é válido observar se a criança apresenta atraso no desenvolvimento da fala, dificuldade de acompanhar rimas de canções simples ou vocabulário limitado para sua idade.

### *Disgrafia*

Pesquisas apontaram na década de 80 que os problemas específicos da escrita eram comuns em indivíduos com dificuldades na leitura; observou-se, portanto, que a dislexia do desenvolvimento estava presente em crianças com comprometimentos fonológicos e lexicais na leitura e escrita, apresentando alterações ortográficas e de pronúncia. O DSM-IV (1995 *apud* CIASCA, 2008) classifica o transtorno da expressão enquanto caracterizado por uma escrita de baixa qualidade esperada para a idade, inteligência e escolaridade do indivíduo. Encontra-se em literatura especializada, a expressão “disgrafia” para se referir a alterações na caligrafia, na capacidade para fazer cópias e realizar a seqüencição das letras na construção de palavras.

A criança é considerada portadora de disgrafia quando apresenta dificuldades na escrita ao produzir letras e palavras com pouca legibilidade no que se refere à caligrafia e distribuição espacial. A disgrafia é conhecida também como “letra feia” devido à dificuldade de memorização da grafia correta das letras; a escrita é lenta, visto que a dificuldade de recordar o correto faz com que o aluno produza uma aglutinação inadequada das letras o que acarreta a escrita ilegível. Basicamente, este distúrbio está relacionado a dificuldades na parte motora e espacial, envolvendo a coordenação global e fina, distúrbio viso motor, temporoespacial, lateralidade e, também, erros pedagógicos. Neste sentido o professor deve, durante o processo de aquisição da escrita pelos alunos,

orientá-los quanto à caligrafia correta a fim de ser evitada a permanência de traços incorretos e irregulares (CINEL, 2003; SAMPAIO, 2010).

Apesar destas definições ainda há pouca informação e pesquisa sobre este distúrbio uma vez que os estudos que foram feitos a respeito tendem dar maior ênfase a **disortografia**, caracterizada enquanto um quadro de disgrafia no qual se encontra um déficit na organização, disposição em plano e seqüenciamento do conteúdo escrito. Dos estudos realizados sobre o assunto, cita-se o de Rourke (1995 *apud* CIASCA, 2008) que classificou a disgrafia em três tipos:

1) *Disgrafia baseada na linguagem*: consiste na dificuldade para construir corretamente a palavra escrita. Para escrever é necessário que se estabeleça a relação fonema-grafema e quando isto não ocorre se estabelece erros de ortografia que são mais frequentes em grafemas ambíguos ou pouco diferenciados, que oferecem uma maior dificuldade para sua discriminação. 2) *Disgrafia de execução motora*: referente à capacidade de precisão motora para escrita, portanto esta disgrafia está relacionada a um problema puramente motor, prático e não está relacionada diretamente ao comprometimento da leitura. 3) *Disgrafia visuoespacial*: está relacionada com uma baixa capacidade visuoespacial. É uma dificuldade para distribuir a escrita no espaço gráfico e a correta separação de palavras. (ROURKE, 1995 *apud* CIASCA, 2008, p. 60-61).

Lofiego (1995 *apud* CIASCA, 2008) observou que o indivíduo portador de disgrafia apresenta comprometimentos tanto na simbolização quanto na forma da letra sendo que os quadros de **disgrafia funcional** estão presentes naqueles com inteligência normal ou acima da média, além de apresentar ausência de déficits sensoriais e lesões neurológicas sendo que, tais condições caracterizam a **disgrafia orgânica**. Em outras palavras, na **disgrafia funcional** há ausência de lesão neurológica, déficits sensoriais e motores, porém, pode vir associada a disfunções neurológicas e aspectos emocionais. Na **disgrafia orgânica** ocorre quando há a presença de lesões neurológicas e déficits motores. Vários estudos citados por Ciasca (2008) apontam que o quadro de **disgrafia funcional** é caracterizado por:

[...] - dificuldade para escrever; - mistura de letras maiúsculas na palavra ou uso de letra de forma cursiva; - traçado de letra ininteligível; - traçado de letra incompleto; - dificuldade para realizar cópia e falta de respeito à margem do caderno. (CIASCA, 2008, p. 61-62).

A autora aponta ainda que haja maior risco de apresentar disgrafia a criança que apresenta dificuldades quanto o domínio da lateralidade (ex: canhotas que foram ensinadas a escrever com a mão direita, idade motora inferior a cronológica) o que acarreta inabilidade na execução de tarefas que exijam certa rapidez, equilíbrio e coordenação motora além de dificuldades em perceber as especificidades que compõem as diferenças entre as letras acompanhadas de problemas emocionais e lesões ou traumas visuais. Vale ressaltar que o quadro de disgrafia não é uma comorbidade da dislexia sendo que ambos os distúrbios podem aparecer ao mesmo tempo ou de maneira independente na criança.

## *Discalculia*

De acordo com a Academia Americana de Psiquiatria, a discalculia é um comprometimento na aprendizagem da matemática que impede o indivíduo atingir o nível de proficiência ou domínio cognitivo adequado nesta área, considerando-se a inteligência normal, oportunidade escolar, estabilidade emocional e motivação necessária. Na discalculia, a dificuldade com a matemática não é vinculada a não habilidade para a contagem, mas com a capacidade de o indivíduo aplicar os conhecimentos matemáticos à vida prática; há um déficit na habilidade de realização de cálculos básicos que envolvem a resolução de exercícios aritméticos de soma e subtração. No DSM-IV pode-se encontrar uma definição sobre uma alteração na capacidade para realizar cálculos matemáticos abaixo do que é esperado para a idade, nível intelectual e escolaridade, estando ausentes alterações neurológicas ou déficits sensoriais e motores (ROTTA, 2006; CIASCA, 2008).

Rotta (2006) cita os sintomas encontrados com maior frequência na discalculia:

- 1) erro na formação de números, que frequentemente ficam invertidos; 2) dislexia; 3) inabilidade para efetuar somas simples; 4) inabilidade para reconhecer sinais operacionais e para usar separações lineares; 5) dificuldade para ler corretamente o valor de números com multidígitos; 6) memória pobre para fatos numéricos básicos; 7) dificuldade de transportar números para o local adequado na realização de cálculos; 8) ordenação e espaçamento inapropriado dos números em multiplicação e divisões. (ROTTA, 2006, p. 202-203).

A mesma autora menciona estudos realizados sobre os quadros clínicos da discalculia em termos neurológicos referindo-se ao comprometimento dos hemisférios direito e esquerdo; no primeiro, há uma inabilidade quanto à conceituação de quantidades numéricas, mas preserva-se o reconhecimento e produção de símbolos numéricos, podendo estar associado com a falta de coordenação da mão esquerda, dispraxia, orientação espacial irregular e prejuízo ao ritmo normal da fala. No segundo, ocorre a falta de habilidade na produção de números e símbolos aritméticos, porém o conceito sobre quantidade numérica se mantém; há ainda um comprometimento no cálculo mental decorrente da inabilidade de montar sequências numéricas, prejuízo na memória auditiva de curto prazo, podendo haver ainda, a presença de desorientação direita-esquerda e dislexia.

Ciasca (2008) comenta que a discalculia pode estar vinculada a dificuldades nos procedimentos básicos da contagem (adição e subtração) ou na compreensão do enunciado de um problema, isto é, quando as bases principais que determinam o desempenho do aluno estão vinculadas a uma dificuldade tanto operacional quanto interpretativa. Quando o aluno não apresenta capacidade adequada para entender o que pede o problema pode-se supor que haja um comprometimento nas habilidades da linguagem, no planejamento e na própria execução do que está sendo pedido no

enunciado. Desta maneira, a discalculia pode vir associada a algum transtorno de aprendizagem e, para tal constatação, faz-se necessária a avaliação específica das habilidades matemáticas para se verificar a existência ou não de comprometimentos na linguagem que podem estar interferindo em procedimentos de interpretação e cálculo. Desta maneira vale observar que as habilidades cognitivas envolvidas no aprendizado da leitura e aritmética estão inter - relacionadas o que não se permite descartar da discalculia a presença de comorbidade com a dislexia e o déficit de atenção. Sendo assim, os profissionais envolvidos no processo diagnóstico devem levar em consideração os processos que implicam o desenvolvimento da linguagem bem como se procedem as operações lógicas do aluno em nível elementar e complexo.

Atualmente há vários estudos sobre o uso de tecnologias no tratamento de crianças com discalculia, porém, aconselha-se que a evolução do caso seja feita também por intermédio do professor no oferecimento de melhores condições de ensino. Primeiramente os professores devem ser conscientizados e qualificados quanto à percepção do problema evitando a “rotulagem” e observando a necessidade de um diagnóstico adequado. Se possível, uma equipe de profissionais deve ser requisitada a fim de fazer uso adequado de instrumentos na ausência de protocolo válido para tanto. Deve-se também descartar quadros clínicos acompanhados de dificuldades na matemática, deficiência mental, problemas emocionais, entre outros (ROTTA, 2006).

## 2.2. Avaliação Psicopedagógica

Entende-se por este tipo de avaliação que a criança será compreendida como um todo envolvendo a investigação dos diversos aspectos que possam estar relacionados à queixa sobre a aprendizagem (sócio-culturais, pedagógicos, psicológicos, fonoaudiológicos, entre outros). A partir da entrevista inicial deve-se perceber que o conteúdo da mesma não diz respeito somente ao sintoma ou conteúdo manifesto, mas também apontam alternativas para o início da investigação diagnóstica; estudos comprovam que os pais quanto à queixa inicial não discorrem somente a respeito das dificuldades de aprendizagem, mas também de outros possíveis problemas orgânicos, comportamentais ou de atenção (CIASCA, 2008).

Para Fonseca (2009), a avaliação psicopedagógica deve buscar uma interação ativa com o sujeito avaliado, na qual o observador deve delimitar o seu papel enquanto aquele que observa algo de extrema complexidade: o ser humano em situação interativa com a aprendizagem. Desta maneira faz-se necessário que o profissional averigüe em todo o processo diagnóstico as bases da queixa apresentada inicialmente visto que os pais e/ou responsáveis tendem a repetir o que foi formulado pelo profissional que encaminhou a



criança, pois estudos realizados em um Ambulatório de Neuro-Distúrbio de Aprendizagem que mais de 50% da amostra de sujeitos avaliados apresentavam problemas de natureza pedagógica que poderiam ter sido resolvidos no próprio contexto escolar (ROSSINI, 1997 *apud* CIASCA, 2008).

De acordo com a queixa e caso apresentado é que se delimitarão o número de sessões necessárias para a avaliação psicopedagógica; o profissional deve procurar realizar a mesma de maneira o mais ampla possível dentro de um espaço de tempo não muito estendido, pois é válido ressaltar que nem todos os indivíduos que estão diante de um processo avaliativo necessitam de fato serem submetidos a ele (COSTA, 2002 *apud* ROTTA, 2006). Quando a avaliação torna-se necessária, o número de atendimentos deve variar de acordo com a experiência do profissional e as particularidades de cada caso; Rotta (2006) aponta que as entrevistas com o paciente não devem exceder a três para que o processo da avaliação não se torne demasiadamente lento, prejudicando em seguida, o tempo considerado ideal para o início de uma intervenção.

Para a mesma autora faz-se fundamental a presença de ambos os progenitores para que estejam cientes a respeito de possíveis avaliações complementares e/ou encaminhamentos terapêuticos. Pode-se solicitar também, já neste primeiro momento, que os pais levem material e boletins escolares desde o início da vida acadêmica do filho junto (se houver) de um histórico de evolução mesmo comum à anamneses realizadas anteriormente com o intuito de agrupar o maior número de informações possíveis a respeito de como a família e o aluno a ser avaliado concebem e desenvolvem o conceito da aprendizagem e rendimento. Após a primeira sessão com o paciente, o psicopedagogo poderá ainda fazer contato com a escola com o intuito de obter maiores informações sobre as dificuldades e habilidades do aluno; é válido observar a postura dos professores ao longo da sua vida escolar e também outras características tais como: organização, caligrafia, qualidade de produção textual, tipos de erros ortográficos e matemáticos.

Pain (1985 *apud* CHAMAT, 2004) a “escuta psicopedagógica” deve estar atenta a todas as nuances da queixa apresentada, observando o tipo de vínculo que o paciente tende a estabelecer com o profissional através do tipo de envolvimento familiar com os problemas da criança desde a detecção do mesmo por eles ou se foi encaminhado pela escola. Percebe-se, no levantamento de expectativas, o nível de comprometimento dos pais bem como o depósito ou transferência da responsabilidade ao psicopedagogo, como se este estivesse munido de algum poder curativo. Chamat (2004) observa ainda que o profissional deva, no final da entrevista inicial, realizar um enquadramento e informar os pais sobre o que consiste o processo diagnóstico, duração e número de sessões com os

pais, com a criança, outros familiares (quando necessário), professores bem como os honorários. Assim sendo, a autora reforça a importância do enquadramento e também de “denúncias” que devem ser feitas aos pais a fim de evitar que todo o “poder” do processo seja colocado no profissional:

Para que haja vinculação ao compromisso e para que este se consolide, torna-se relevante, no enquadramento, ‘denunciar’ aos pais o tipo de vínculo que desejam estabelecer com o terapeuta, evidenciado em suas falas, por exemplo: as fantasias de ‘poder’ acerca da atuação do profissional, ao lado de suas próprias isenções do processo. A falta de comprometimento com as dificuldades de aprendizagem da criança, ao lado da não-percepção de outras dificuldades de aprendizagem reveladas pelas queixas secundárias, revela que os genitores percebem o problema centrado na criança, enfatizando suas deficiências que, posteriormente, podem ser transferidas para o terapeuta. (CHAMAT, 2004, p. 49).

De acordo com a mesma autora, as queixas secundárias também devem ser pontuadas com o objetivo de mostrar outros desajustes de comportamento que podem vir associados à dificuldade de aprendizagem evidenciando a responsabilidade dos pais neste contexto; deve-se deixar claro que o andamento do processo diagnóstico tem como base a criança na família, como a mesma foi ensinada ou como “aprendeu a aprender”. O diagnóstico, desta maneira, deve ser colocado enquanto algo que não é focado só na criança, porém, envolve um sentido coletivo e de cooperação dos envolvidos; o terapeuta realizará uma investigação das causas que envolvem o problema e, posteriormente, fará a devolutiva aos pais sobre o andamento do caso a partir do que possível detectar. Esta postura traz da parte dos pais com relação profissional uma confiabilidade maior uma vez que ajuda a desmistificar certas fantasias que podem interferir inadequadamente no processo diagnóstico.

No caso de o paciente ter sido encaminhado por outro profissional, recomenda-se realizar a devolutiva primeiramente para o mesmo, mas, se o psicopedagogo for o primeiro profissional a ser procurado este fará a discussão da sua avaliação junto daquelas concluídas por outros profissionais. Dependendo do caso, o psicopedagogo poderá realizar esta entrevista na presença de outro profissional, porém, ainda é válido ressaltar que a presença de ambos os progenitores é indispensável levando-se em consideração também que nem sempre tal exigência se torna possível. Neste momento, o psicopedagogo deve apresentar um relatório com suas hipóteses diagnósticas, fazendo explicações e indicações sobre as mesmas e, além disso, quando autorizada pelos pais o profissional deve fazer a devolutiva da sua avaliação também para a escola se, principalmente, a mesma fez a solicitação para o diagnóstico (ROTTA, 2006).

É também nesta fase inicial que o profissional deve detectar todos os fatores que possam estar interferindo na aprendizagem. Em determinadas situações, o fracasso escolar pode estar associado a problemas sócio-culturais, de relacionamento no âmbito

familiar, distúrbios psiquiátricos ou orgânicos envolvendo a visão, audição, síndromes neurológicas, entre outros. Quando há a presença de um ou mais desses aspectos deve-se fazer o encaminhamento a outros profissionais para que investigações sejam feitas a respeito do caso a fim de nortear intervenções futuras. Porém, ainda há a existência de casos nos quais a criança apresenta dificuldade exclusivamente no contexto escolar sem apresentar qualquer outro tipo de problema que subsidie a dificuldade apresentada, isto é, possui desenvolvimento neuropsicomotor normal, condição cognitiva e intelectual de acordo com seu nível de desenvolvimento, habilidade funcional auditiva e visual normal e ausência de problemas afetivo-emocionais. Neste caso, a interação e intercâmbio de informações de uma equipe interdisciplinar é fundamental para a fidedignidade do diagnóstico (CIASCA, 2008).

Rotta (2006) considera que os transtornos de aprendizagem devem ser considerados, no momento da avaliação, como estando presente desde os primeiros anos de vida permanecendo com certa persistência até o presente. Além disso, o profissional deve estar atento quanto ao uso de testes padronizados, e considerar o resultado à média de dois anos abaixo do desempenho esperado para um sujeito da mesma idade, nível intelectual e escolar. Neste sentido a autora sugere, para a detecção mais específica de um DA, além de exames neurológicos e realização de testagens, a consideração de vários aspectos inerentes ao desenvolvimento e histórico familiar da criança:

O grau de comprometimento deve estar substancialmente abaixo do esperado para uma criança com a mesma idade, nível mental e de escolarização; O transtorno deve estar presente desde os primeiros anos de escolaridade; O transtorno persiste, apesar do atendimento específico adequado; A avaliação cognitiva afastou retardo mental; foram afastadas causas como dificuldades de percurso e/ou secundárias; Existe história de antecedentes familiares com dificuldade de aprendizagem. (ROTTA, 2006, p. 128-129).

A mesma autora classifica os transtornos em duas categorias: as **dificuldades primárias (naturais)** e as **secundárias**. As primeiras ocorrem quando se apresenta alguma dificuldade em determinada matéria em algum momento da vida escolar, incluindo também e principalmente, as séries iniciais. Os fatores relacionados a esta dificuldade são decorrentes da transição entre os estágios do desenvolvimento ou problemas na proposta pedagógica e/ou nível de exigência da escola, frequência irregular do aluno nas aulas e/ou conflitos familiares. Essas dificuldades tendem a desaparecer naturalmente no decorrer do desenvolvimento normal com esforço do próprio aluno ou com ajuda do professor. Já as secundárias se referem aos transtornos que interferem diretamente sobre o desenvolvimento normal e nas aprendizagens específicas. Incluem-se nesta categoria, os portadores de deficiência mental, sensorial, quadros neurológicos graves, transtornos emocionais significativos. Essas dificuldades podem apresentar-se enquanto comorbidade

dos transtornos de aprendizagem, tornando mais complexo o diagnóstico psicopedagógico.

### *Instrumentos e Técnicas*

Após a entrevista inicial seguida das devidas interpretações, o psicopedagogo deve fazer o levantamento dos modelos de aprendizagem inseridos pelos pais, levantar hipóteses e delinear o ponto de partida das suas investigações bem como a escolha dos instrumentos e técnicas que irá utilizar durante o processo diagnóstico.

O uso de instrumentos para a avaliação psicopedagógica é um assunto polêmico, pois alguns profissionais acreditam que os mesmos “rotulam”, outros defendem que o uso adequado do material é um excelente recurso para compreender o funcionamento cognitivo do paciente e planejar uma futura intervenção (COSTA, 2003 *apud* ROTTA, 2006). Os instrumentos auxiliam a investigação, porém, devem ser complementados com observações feitas sobre o paciente de acordo com a sensibilidade do profissional; a avaliação psicopedagógica deve envolver tanto aspectos quantitativos quanto qualitativos. O resultado de uma testagem indica o produto da dificuldade de aprendizagem do aluno comparado a indivíduos da mesma idade em determinada tarefa ou conjunto de tarefas; é possível também, em outro momento, a retestagem para a confirmação e validação dos resultados além da verificação do andamento e evolução do acompanhamento psicopedagógico (DOCKRELL, 2000 *apud* ROTTA, 2006).

Os aspectos qualitativos relacionam-se às habilidades necessárias para a realização de uma atividade ou conjunto de atividades; analisa-se o desempenho do paciente com o intuito de se compreender suas dificuldades. Os erros ou acertos realizados são interpretados de acordo com o que cada tarefa exige permitindo que se tenha uma visão sobre como o indivíduo processa informações sendo possível a partir de então, fazer adequações ao processo diagnóstico. Neste sentido, aponta-se a importância da observação de variáveis quantitativas tais como persistência, impulsividade, cansaço, desmotivação, desconforto ou incômodo, reflexão, necessidade constante de feedback (ROTTA, 2006).

Como já mencionado anteriormente, no Brasil há poucos testes padronizados o que exige do profissional o uso de instrumentos junto de outras técnicas para a complementação dos resultados em uma avaliação. Assim sendo, apresenta-se como parte da avaliação psicopedagógica, alguns instrumentos já padronizados e publicados e outros em fase de padronização. Em seguida, será feita a apresentação de técnicas também de grande utilidade para o diagnóstico psicopedagógico.

Para a **avaliação das habilidades para alfabetização**, cita-se o *CONFIAS* (MOOJEN, 2003 *apud* ROTTA, 2006) que significa “Consciência fonológica: instrumento de avaliação seqüencial” – verifica a consciência silábica e fonêmica (síntese, segmentação, identificação, produção e exclusão). Foi padronizado em correlação com a hipótese da escrita de acordo com Ferrero e Teberosky (1991 *apud* ROTTA, 2006). Para a **avaliação da leitura** é citado o *Protocolo de decodificação de sílabas complexas* (MOOJEN, 2003 *apud* ROTTA, 2006) que avalia a automatização da conversão grafema/fonema bem como os tipos de alterações (substituições, omissões, retificações, acréscimos e transposições). Encontra-se em processo de padronização. Do mesmo autor provém o *Protocolo de decodificação de palavras e pseudopalavras* que se propõe avaliar o nível de compreensão no que se refere ao reconhecimento, construção e integração. Vale observar que a tarefa de compreensão de texto não é padronizável, pois a avaliação é mais subjetiva. Quanto à **avaliação da escrita**, há o *Ditado de alfabéticos* (REGO, 1995 *apud* ROTTA, 2006) já padronizado, que avalia frequência e tipo de erro na conversão grafema/fonema, erros contextuais e arbitrários. Há também o *Ditado balanceado de 3ª a 8ª série* e o *Ditado de adultos (8ª série em diante)* por Kiguel (1985 *apud* ROTTA, 2006) também padronizados, avaliam o desenvolvimento de idéias, coesão e coerência.

Para a **avaliação da matemática**, há dois instrumentos padronizados - o *TDE: Subteste de aritmética* por Stein (1994 *apud* ROTTA, 2006) que avalia a habilidade de realização de cálculos aritméticos de complexidade crescente e o instrumento *Solução de problemas*, que verifica o entendimento, identificação de operações básicas e estratégias de resolução. Também é válido mencionar as *Provas Piagetianas* que avaliam as estruturas de conservação, classificação e seriação, caracterizando um tipo de avaliação processual e qualitativa.

Estes instrumentos de testagem foram mencionados para que o leitor tenha uma referência ou ponto de partida para uma avaliação quantitativa visto que há uma variedade de materiais sendo utilizados já padronizados ou em processo de padronização conforme menção anterior. Além dos instrumentos de testagem também é de grande utilidade para o diagnóstico psicopedagógico algumas **técnicas padronizadas e provas pedagógicas específicas** que caracterizam uma avaliação mais abrangente e qualitativa do contexto ensino-aprendizagem.

Chamat (2004) menciona técnicas de grande importância para o diagnóstico psicopedagógico: **A hora do jogo, Par educativo, Par educativo familiar, Coleção Papel de Carta (CPC), Técnica do “eu” ideal e real**. A mesma autora sugere ainda, como complemento ao processo de avaliação, a aplicação de **provas pedagógicas específicas**:

- **Exame do caderno:** permite observar aspectos gerais e específicos vinculados à estruturação, identidade e aprendizagem do sujeito. Deve-se analisar um caderno usado em sala de aula e outro para os deveres de casa, verificando se o conteúdo está de acordo com o método de ensino levando em consideração o nível de pensamento da criança.
- **Análise da escrita:** podem ser utilizados os conteúdos obtidos nas técnicas acima descritas cuidando para que a interpretação de trechos isolados seja adequadamente interpretada quanto a possíveis medos e ansiedades. Além disso, pode-se ainda, solicitar três produções escritas espontâneas observando a estruturação do texto e possíveis erros; a tendência natural é que com a diminuição das resistências, a quantidade de erros nas produções diminua da primeira à terceira. Também devem ser consideradas possíveis resistências ou falta de vinculação do sujeito com a tarefa.
- **Provas interpretativas:** consistem em textos falados ou lidos pelo sujeito (dois da série anterior, dois da série atual, dois da série posterior). Deve-se solicitar a leitura e depois a narração do que foi lido, incluindo os momentos importantes. Caso o sujeito não saiba ler, deve fazer a leitura e explorar da melhor maneira possível o que foi lido para o sujeito.
- **Raciocínio matemático:** devem ser utilizados jogos diversos tais como: pega varetas ou dominó comum ou numérico que trabalhe as operações básicas; pode-se sugerir ao sujeito manipular fichas ou grãos para encontrar o resultado da peça correspondente. É recomendado que o exercício se inicie da adição para a subtração e depois da multiplicação para a divisão. Neste contexto, sugere-se também a aplicação das **provas piagetianas** (conservação de números, conservação da matéria, conservação de líquidos, conservação de área, seriação de palitos e inclusão de classes).

É válido observar que durante todo o processo diagnóstico o avaliador deve direcionar suas hipóteses levando em consideração sobre o que é proveniente da escola, família e/ou do próprio sujeito de modo que este não seja depositário de problemas e bloqueado para o conhecimento (CHAMAT, 2004).

Segundo Rotta (2006) ao final de uma avaliação psicopedagógica o profissional deve nortear hipóteses diagnósticas com base em dificuldade natural, secundária e/ou transtorno específico de aprendizagem:

- 1) Dificuldade natural, evolutiva e, portanto, transitória; 2) Dificuldade secundária a outras patologias (indicar qual/quais); 3) Transtorno específico da aprendizagem na leitura e/ou na escrita e/ou na matemática (especificar o grau de comprometimento: leve, moderado ou grave). (ROTTA, 2006, p. 105).

A mesma autora salienta ainda que a complementação do diagnóstico quase sempre requer avaliações complementares tais como: neurológica, fonoaudiológica, oftalmológica, neuropsicológica e cognitiva de acordo com as particularidades de cada caso. Dentro da abordagem do presente trabalho, já incluindo a avaliação psicopedagógica discutida anteriormente, será feita a apresentação das avaliações neurológica, neuropsicológica e cognitiva a seguir.

### 2.3. Avaliação Neurológica

Baseia-se no princípio de que a aprendizagem só ocorre quando há a integridade anatômica e funcional do sistema nervoso central; esta avaliação limita-se em verificar tal integridade e funcionalidade. A equipe escolar e os familiares da criança com DA quase sempre não compreendem a importância desta avaliação que se caracteriza principalmente por permitir apresentar o “status” da aprendizagem e descobrir possíveis disfunções através de sinais motores, deficiência no desenvolvimento cortical e sensorial do SNC (LERNER, 1988 *apud* CIASCA, 2008). Tais aspectos captados no exame neurológico geram controvérsias e discussões de diversas fontes teóricas visto que os mesmos ainda ocorrem em crianças com aprendizagem satisfatória ou com alguma etapa do desenvolvimento a concluir. Nesta situação, quando o sistema neurológico da criança ainda está se desenvolvendo, o exame pode diagnosticar disfunção no SNC, ou seja, mediante um resultado é necessário refletir sobre nível maturacional do sujeito.

O processo do diagnóstico neurológico é composto por fases distintas que envolvem o histórico clínico do paciente, exame físico, neurológico e exames complementares tais como: a Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM), Ressonância Magnética Funcional (RMF), Tomografia por emissão de Fóton Único (SPECT) e a Tomografia de emissão de Pósitrons (PET). A TC e a RM investigam a anatomia cerebral e a integridade dos tecidos, a RMF, o SPECT e o PET avaliam o aspecto funcional do cérebro (KANDELL, 1995 *apud* CIASCA, 2008). Esses últimos em especial, têm trazido resultados importantes para os casos de DA, pois permitem associar a funcionalidade cerebral à manifestação comportamental:

A RMF permite realizar o mapeamento do fluxo sanguíneo do indivíduo em diferentes situações (repouso, durante atividades cognitivas e/ou motoras). Com o SPECT, por outro lado, tem-se a quantificação do metabolismo por meio da mensuração do fluxo sanguíneo cerebral. Entretanto, o PET é, sem dúvida, o exame de neuroimagem mais eficiente, uma vez que com ele pode-se visualizar em tempo real as imagens do funcionamento cerebral. Isso é possível porque o PET não só identifica a intensidade do metabolismo da glicose no cérebro, como também localiza estruturas que estão ativas durante o comportamento. (KANDELL et al., 1995 *apud* CIASCA, 2008, p.73).

É válido também observar um estudo realizado por Ciasca (1994 *apud* Id., 2008) que comprova a utilização do SPECT com relação a outros métodos diagnósticos; este exame de imagem permitiu observar variações do fluxo sanguíneo no hemisfério direito entre um grupo de crianças com DA e outro grupo de crianças com aprendizagem escolar satisfatória. A mesma autora cita que a ação principal do diagnóstico neurológico é voltada para a etiologia dos sintomas podendo-se encontrar, nas avaliações, crianças com bom desempenho escolar e falhas no exame ou outras com exame normal e dificuldade escolar. Porém não descarta que a importância dos exames de neuroimagem no diagnóstico do DA devem ser interpretados no contexto de todos os demais dados.

## 2.4. Avaliação Neuropsicológica

A Neuropsicologia possibilita uma compreensão abrangente do DA, pois busca em diferentes campos (neurologia, psicologia, lingüística etc.) o estudo das funções corticais complexas e de como elas se relacionam com a estrutura cerebral, mostrando a relação das mesmas com o comportamento (CIASCA, 2008).

De acordo com Luria (1997 *apud* FONSECA, 2009) o cérebro opera apenas com uma quantidade limitada de estruturas na produção de determinado comportamento. O sistema funcional compreende uma cadeia de transmissão na qual cada ligação ou elo representa uma área em particular. Cada elo compõe a totalidade funcional de cada cadeia, porém, na presença de alguma disfunção neste sistema o comportamento é diretamente afetado. O autor ainda propõe o conceito de sistemas funcionais alternativos caracterizados quando um determinado comportamento ou processo de aprendizagem é produzido por mais de um sistema funcional referindo-se ao cérebro quanto a sua plasticidade por não realizar sistemas funcionais fixos ou imutáveis. As várias áreas cerebrais não trabalham isoladas, pois determinado comportamento só ocorre quando as mesmas se integram de maneira harmoniosa e minuciosa.

Luria (1981 *apud* CIASCA, 2008) descreve o cérebro através de um modelo teórico organizado em três unidades funcionais que se integram na produção de toda e qualquer atividade mental:

[...] A primeira unidade regula o tono e a vigília; a segunda é responsável por obter, processar, armazenar as informações que chegam do mundo exterior; a terceira unidade programa, regula e verifica a atividade mental. Essas unidades apresentam uma estrutura hierarquizada que consiste em três áreas corticais: primária, secundária e terciária. (LURIA, 1981 *apud* CIASCA, 2008, p. 75).

A integridade das três unidades funcionais é mantida quando há um desenvolvimento embrionário adequado visto que, mesmo após o nascimento, tais estruturas continuam em desenvolvimento e, de acordo com o contato do indivíduo com o meio externo, ocorre uma evolução do comportamento de simples a simbólico. Neste contexto há períodos críticos no desenvolvimento humano que favorecem a aprendizagem, portanto a privação de estímulos em determinadas etapas do desenvolvimento humano podem levar a déficits permanentes. Do mesmo modo, o excesso de estimulação não garante o desenvolvimento precoce visto que as condições maturacionais devem ser respeitadas (CIASCA, 2008).

Foi necessária a menção desses aspectos para mostrar que a análise e observação dos mesmos são imprescindíveis para a avaliação neuropsicológica visto que, em crianças, deve-se sempre considerar que as funções mentais alcançam a maturação ao passo que as estruturas cerebrais vão se tornando aptas. De acordo com a mesma autora, o exame



neuropsicológico permite investigar as funções mentais superiores (atenção, memória, motricidade, linguagem, leitura, escrita, aritmética, percepções visuais, auditivas e sinestésicas, função intelectual e aspectos emocionais) quando as suas integridades e/ou possíveis falhas, permitindo que o profissional desenvolva futuros planos de intervenção.

Para a avaliação neuropsicológica, apesar da pouca padronização de instrumentos, há o uso de baterias de testes psicométricos mencionados por Lefèvre; Antunha (1989; 1994 *apud* CIASCA, 2008) tais como o Teste de Raven - Matrizes Coloridas, Provas gráficas de organização perceptiva - Bender, Teste de imitação de gestos de Berges e Lézine, Teste de inteligência de Stanford - Binet, Columbia, Método clínico piagetiano, Provas de coordenação motora de Zazzo, Roschach, Desenho da figura humana de Goodenough, A figura complexa de Rey, o TAT (teste de apercepção temática) e a Escala Wescheler de inteligência para crianças (WISC).

É válido destacar que, além das baterias específicas para a avaliação neuropsicológica, devem-se incluir a anamnese, as informações obtidas a respeito da criança no ambiente escolar bem como outros resultados de investigação. Faz-se necessário somar informações para a definição mais abrangente do perfil neuropsicológico de cada caso.

## 2.5. Avaliação Cognitiva

Para a discussão desta avaliação será feita uma breve abordagem da teoria piagetiana devido a sua vasta importância e contribuição ao diagnóstico das estruturas cognitivas.

Várias teorias foram fundadas com o propósito de investigar a construção do conhecimento. Piaget (1998 *apud* CIASCA, 2008) apresentou uma inovação neste campo propondo-se a responder o que era o conhecimento e como o mesmo transitava de um estado menor para outro maior, baseando-se na psicogênese para explicar o pensamento de um adulto que atinge o máximo de suas possibilidades cognitivas ao final da adolescência. Para esse autor, o cérebro humano comporta as estruturas mentais responsáveis pelo ato de conhecer, porém tal aspecto somente não explica o funcionamento intelectual. Em outras palavras, cada indivíduo herda um aparato biológico que possibilita a princípio os primeiros exercícios reflexos, porém, os processos intelectuais só são desencadeados do contato com o meio externo. A construção do conhecimento em níveis superiores ocorre via uma necessidade de o organismo adaptar-se às exigências do meio com o intuito de recompor seu equilíbrio.

Desta maneira, a teoria piagetiana reforça a idéia de que o desenvolvimento cognitivo é uma construção contínua proveniente da interação do indivíduo com o meio

(físico e social) com o intuito de formar estruturas cognitivas cada vez mais elaboradas. Apesar desse desenvolvimento não permitir observação direta, o mesmo pode ser diagnosticado através do Método clínico de Piaget o qual permite avaliar noções de número, conservação, classificação, seriação, tempo, velocidade, espaço e acaso. O mesmo autor fez uma classificação do desenvolvimento da criança nos estágios: **sensório-motor (de 0 a 2 anos)** caracterizado pelos reflexos, atos motores e avanços da parte instintiva e emocional; **pré-operatório (2 a 4-6 anos)** caracteriza-se pelo desenvolvimento do simbolismo, egocentrismo e submissão a relações sociais com adultos; **operatório-concreto (de 7/8 a 11/12 anos)** apresenta o desenvolvimento do pensamento lógico e do comportamento moral e cooperativo; **operações formais (de 11/12 a 16 anos)** característico pelo pensamento abstrato e inserção do indivíduo no universo adulto (PIAGET, 1998 *apud* CIASCA, 2008).

Será dada ênfase ao diagnóstico das provas operatórias que avaliam o raciocínio da criança no **estágio operatório-concreto**, pois no Brasil, constatou-se que a criança só apresenta anormalidades na aprendizagem acadêmica quando começa a frequentar o ensino formal; a maioria delas possui entre 7 e 9 anos de idade (CIASCA; ROSSINI, 2000 *apud* Id., 2008). As provas operatórias utilizadas para crianças entre 6 e 12 anos de idade são: conservação de quantidades contínuas (número), conservação da substância (massa e líquido), inclusão de classes (flores e frutos) e a prova de seriação (ASSIS, 1996 *apud* CIASCA, 2008). Para Piaget (1998 *apud* CIASCA, 2008) uma criança de 7 ou 8 anos de idade deve ser capaz de realizar operacionalmente a reversibilidade:

A operação é uma ação interiorizada que se torna reversível e que se coordena com outras em estruturas operatórias de conjunto fazendo com que uma criança de 7/8 anos de idade seja capaz de demonstrar sua capacidade de reverter mentalmente uma ação. (PIAGET, 1998 *apud* CIASCA, 2008, p. 83).

Como exemplo de construção de conservação verifica-se a prova de conservação das quantidades contínuas; entre 4 e 5 anos é esperado que a criança faça correspondência termo a termo, isto é, que ela consiga através de um modelo de fichas vermelhas exposto pelo examinador, fazer o mesmo com a quantidade igual dada ela de fichas de outra cor. Já no final do período pré-operatório e início do operatório-concreto, a criança em fase de transição uma vez que se o examinador modificou a disposição de uma das fileiras de fichas ela saberá dizer que a quantidade ou “tanto” é o mesmo porém não saberá justificar sua resposta. Dos 7 anos em diante, espera-se que a criança faça correspondência operatória justificando sua resposta ao dizer que a quantidade é a mesma nas duas fileiras mas que as fichas de uma das fileiras estão mais agrupadas (ou espaçadas) do que a outra. Tal aspecto caracteriza a reversibilidade do pensamento presente a partir do período

operatório concreto; este tipo de raciocínio é também percebido em outras provas tais como as de conservação de substância (CIASCA, 2008).

Assim sendo, as provas operatórias são um instrumento de grande valia para o diagnóstico cognitivo de uma criança com DA e também por possibilitarem alternativas para a intervenção psicopedagógica o que permite ao profissional o desenvolvimento do potencial da criança mediante a confirmação ou não de uma hipótese de DA. Da mesma maneira, como discutido anteriormente no contexto das avaliações, Dolle & Bellano (1998 *apud* CIASCA, 2008) reforçam que o resultado da avaliação cognitiva necessita ser integrado àqueles obtidos por outros profissionais responsáveis por avaliarem a criança com o intuito de se obter maior coerência e precisão diagnóstica:

[...] O diagnóstico resulta das reflexões precedentes e necessita de equipe pluridisciplinar, em que cada membro intervém em função de sua especialidade e, além disso, que é a busca pela convergência e pelos pontos comuns que impulsionam a pesquisa e a coerência do diagnóstico. (DOLLE; BELLANO, 1998 *apud* CIASCA, 2008, p.85).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho surgiu da necessidade de ampliação e aprofundamento do processo que implica a avaliação psicopedagógica de alunos com dificuldades na aprendizagem. Neste contexto, mediante a exigência e prática de uma avaliação coerente e fidedigna, fez-se necessário distinguir tais dificuldades no que se pode classificar enquanto distúrbio e/ou transtorno específico da aprendizagem envolvendo a importância do exercício da avaliação multidisciplinar. Assim sendo, o profissional especializado em Psicopedagogia deve buscar sempre o máximo de conhecimento em áreas convergentes com o intuito de buscar a integração de conhecimentos e resultados para o melhor andamento de cada caso.

Chamat (2004) destaca que o profissional deve estar bem preparado para detectar as particularidades das dificuldades, disfunções bem como outras problemáticas de aprendizagem através de um diagnóstico diferencial do comportamento do indivíduo o que facilita o encaminhamento a outros especialistas quando necessário. Segundo a mesma autora, o processo do diagnóstico psicopedagógico deve permitir ao final do seu processo que o profissional trace diretrizes para uma intervenção global (sujeito, família e escola) buscando a promoção da autonomia, desenvolvimento das funções mentais superiores, auto-estima e motivação para a aprendizagem considerando a contextualização dos aspectos afetivo-sociais do aprendiz:

O profissional que diagnostica, necessita ampliar sua visão para além do momento em que se encontra, o que requer esmero e conscientização quanto à responsabilidade de sua atuação na Psicopedagogia, pois o diagnóstico psicopedagógico por ele realizado

das dificuldades do aprendiz sempre se encontra vinculado ao âmbito clínico, institucional e familiar. Essa vinculação refere-se a uma necessidade de mudança e transformação das metodologias pedagógicas institucionais e familiares. (CHAMAT, 2004, p.26).

Fonseca (2009) coloca a importância da identificação precoce das dificuldades de aprendizagem considerando-se as características particulares de cada indivíduo quanto ao seu perfil de desenvolvimento e de aprendizagem através das hipóteses levantadas para o diagnóstico; todo o processo de interação da criança ou adolescente desde o nascimento até o momento do ingresso escolar é determinante para a localização de sinais de risco que interferem em todo o desenvolvimento maturacional, podendo potencializar a emergência dessas dificuldades ao longo dos anos escolares. Neste contexto, Ciasca (2008) salienta que o profissional deve cuidar para que o diagnóstico das dificuldades e/ou distúrbios de aprendizagem não seja realizado de maneira arbitrária ao desconsiderar a existência de condições essenciais para o aprendizado; deve-se pensar que a criança em seu desenvolvimento amadurece progressivamente sua estrutura cerebral, o que a faz adquirir e aprimorar seu repertório de informações por intermédio das influências socioculturais que agem constantemente nas estruturas herdadas geneticamente.

Por fim, a elaboração do presente trabalho possibilitou ampliar os conceitos que envolvem as dificuldades e os distúrbios de aprendizagem principalmente no que se refere à necessidade constante de o profissional especializado em Psicopedagogia buscar conhecer e compreender todos os campos e abordagens que envolvem o seu trabalho diagnóstico para que a sua análise seja mais completa e abrangente.

## REFERÊNCIAS

- BOSSA, N.A. **A Psicopedagogia no Brasil**: contribuições a partir da prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- CHAMAT, L.S.J. **Técnicas de Diagnóstico Psicopedagógico**: o diagnóstico clínico na abordagem interacionista. 1.ed. São Paulo: Vetor, 2004.
- CIASCA, S.M. **Distúrbios de Aprendizagem**: proposta de avaliação interdisciplinar. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- CINEL, N.C.B. Disgrafia: prováveis causas do distúrbio e estratégia para a correção da escrita. **Revista do Professor**, Porto Alegre, v.19, n.74, p.19-25, abr./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.smec.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-praxis-pedagogicas>>. Acesso em: 8 fev. 2011.
- FONSECA, V. **Cognição, Neuropsicologia e Aprendizagem**. 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- NUTTI, J.Z. Distúrbios, Transtornos, Dificuldades e Problemas de Aprendizagem. **Psicopedagogia OnLine** - Educação & Saúde, São Paulo, maio de 2002. Seção Conteúdo. Disponível em: <[http://www.psicopedagogia.com.br/new1\\_artigos\\_index.asp](http://www.psicopedagogia.com.br/new1_artigos_index.asp)>. Acesso em: 13 jan. 2011.
- ROTTA, N.T. et al. **Transtornos de Aprendizagem**: abordagem neurobiológica e multidisciplinar. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

---

SAMPAIO, S. Disgrafia. **Psicopedagogia Brasil** – Prazer em aprender, Bahia, julho de 2010. Seção Distúrbios. Disponível em:< <http://www.psicopedagogiabrasil.com.br/disturbios.htm>>. Acesso em: 8 fev. 2011.

WEISS, M.L.L. **Psicopedagogia Clínica**: uma visão diagnóstica. 12.ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

---

***Luciana Bozzi de Andrade***

Psicóloga, especialista em Psicopedagogia pela Faculdade Anhanguera de Campinas. Atua em instituição particular de ensino fundamental e médio.