

Universidades Lusíada

Dias, Maria Isabel dos Santos

**A small step for everyone : diagnóstico: revelação
ou reflexão?**

<http://hdl.handle.net/11067/2209>

Metadados

Data de Publicação	2011
Resumo	O presente relatório foi elaborado no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica, e foi desenvolvido na Clínica de Neurologia e Fisiatria da Póvoa de Varzim (em diante designada CNFPV), durante o ano lectivo de 2010-2011. A realização do estágio é um passo fundamental na formação dos Psicólogos, sendo este estágio em concreto um requisito para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica. Para transmitir de forma o mais adequada possível a dinâmica que envolveu o período de estágio, consider...
Palavras Chave	Psicologia, Psicologia clínica, Avaliação psicológica, Consulta psicológica, Dislexia, Diagnóstico
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Relatórios

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-19T18:31:36Z com
informação proveniente do Repositório

A close-up photograph showing a variety of three-dimensional, blocky letters in two colors: white and a light grey. The letters are scattered across a plain, off-white background. Some letters are standing upright, while others are lying flat or partially overlapping. Visible letters include 'N', 'X', 'K', 'O', 'R', 'Q', 'T', 'P', 'S', 'L', 'M', 'H', 'G', 'F', 'C', 'B', 'A', 'Z', 'Y', 'V', 'U', 'W', 'J', 'I', 'E', 'D', 'A', 'Z', 'Y', 'V', 'U', 'W', 'J', 'I', 'E', 'D'. The lighting creates soft shadows, emphasizing the 3D nature of the tiles.

Maria Isabel dos Santos Dias

**Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada do Porto

Maria Isabel dos Santos Dias

SUPERVISÃO:

ENTIDADE ACOLHEDORA:

ORIENTAÇÃO:

**Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada do Porto

“Todo o começo é fácil! Difícil, são os últimos degraus.”

Goethe

AGRADECIMENTOS

Ao Exmo. Senhor Dr. Rui Faria, à sua Clínica e respectivos pacientes,

À Professora Dr^a. Mariana Moura Ramos, que orientou e ajudou a direccionar este trabalho.

Aos meus pais, simplesmente porque são meus pais, que mais haverá para dizer!

À minha querida irmã Alexandra que se disponibilizou a ler as diversas versões que este relatório foi assumindo, o seu tempo e dedicação foram uma ajuda inestimável.

Ao meu Filho, peço perdão por te ter dado menos a atenção que aquela que acho que devo, porque jamais conseguirei dar a que tu mereces. Mas se alguma vez leres isto, espero que as minhas ausências, as horas que me viste trabalhar, te tenham conseguido transmitir que afinal somos sempre capazes de ultrapassar seja o que for, desde que sejamos tolerantes um com o outro!

Aos amigos!

Aos amigos que desempenharam diversos papéis neste processo, sendo impossível destacar qual o mais precioso. Agradeço por me terem escutado, apoiado, perdoado as minhas falhas e respeitado o distanciamento que precisei para concluir este percurso.

Seguem os nomes por ordem alfabética, porque mais nenhuma outra ordem seria justa: Alice, Anabela Bárbara, Emília e toda a sua família, toda a família Faria, José Luís, Luísa Pedro, ... são todos únicos, é um privilégio ter-vos encontrado.

Obrigado a todos!

ÍNDICE

	Pág.
1 - Introdução	5
2 - A psicologia na saúde e o papel do Psicólogo	7
3 - Caracterização da CNFPV	9
3.1 - O Psicólogo na CNFPV	12
3.2 - A população-alvo: utentes	13
4 - Caracterização das actividades do estágio	16
4.1 - Organização da consulta psicológica	17
4.2 - Avaliação psicológica	20
4.3 - Outras actividades	21
5 - Avaliação e intervenção psicológica: especificidades da Dislexia	22
5.1 - Dislexia... o novo silogismo!?	25
5.2 - De que falamos, quando falamos de Dislexia?	28
5.3 - A Dislexia em Portugal	32
5.4 - O que nos diz o DSM-IV-TR	34
5.5 - Apresentação dos casos clínicos	38
5.6 - Reflexão	83
6 - Conclusão	89
7 - Referências	91
8 - Anexos	95

1 - INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica, e foi desenvolvido na Clínica de Neurologia e Fisiatria da Póvoa de Varzim (em diante designada CNFPV), durante o ano lectivo de 2010-2011.

A realização do estágio é um passo fundamental na formação dos Psicólogos, sendo este estágio em concreto um requisito para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Para transmitir de forma o mais adequada possível a dinâmica que envolveu o período de estágio, considera-se essencial uma breve abordagem à Psicologia Clínica, assim como o papel que o Psicólogo pode desempenhar no âmbito da reabilitação e aquisição de novas competências com vista a colmatar danos de variadíssimas etiologias, como mais adiante especificaremos; assim como, a interligação entre o trabalho do psicólogo com o dos restantes profissionais que actuam na área da medicina física e de reabilitação.

Pode-se afirmar que este estágio foi realizado no âmbito de uma equipa multidisciplinar, com profissionais de formações diversas, mas sem formação na área da saúde mental. Face a isto, o trabalho do Psicólogo caracteriza-se por uma ampla actividade de apoio e suporte quer aos pacientes que lhe estão afectos, quer de apoio e orientação aos restantes elementos da equipa no esclarecimento de dúvidas aos restantes técnicos no que concerne à saúde mental. Contudo, as actividades realizadas foram na sua maioria desenvolvidas em contexto de consultas de avaliação e intervenção, ocorrendo pontualmente reuniões informais com os outros profissionais.

O presente relatório foi organizado da seguinte forma: num primeiro momento é efectuada uma abordagem genérica e de contextualização do papel do Psicólogo Clínico. Ao que se segue uma descrição detalhada da instituição onde decorreu o estágio, em que se reflecte sobre a pertinência do Psicólogo nesta instituição.

Destaca-se num momento seguinte a caracterização das áreas de intervenção que serviram de base à elaboração deste relatório. Da intervenção do Psicólogo destacou-se a problemática da Dislexia, em virtude desta perturbação ter uma presença muito frequente nas crianças que apareceram na consulta de psicologia.

Por último efectua-se uma conclusão global sobre este trabalho.

2 - A PSICOLOGIA NA SAÚDE E O PAPEL DO PSICÓLOGO

Os papéis e funções do Psicólogo em contextos de saúde têm vindo a ser progressivamente alterados de forma a responder às necessidades e permanentes mudanças sociais, com vista à melhoria do estado de saúde mental da população em geral.

Mas, para chegar a esta perspectiva mais integrativa do que é o estado de saúde, e nele se incluir a intervenção da Psicologia, deparamo-nos com um percurso longo, até à aceitação da actuação da Psicologia em variadíssimas áreas. Das diversas áreas em que a Psicologia interactiva com outras especialidades médicas, as que mais cedo se destacaram foram: a psicologia da gravidez e maternidade; a psicologia pediátrica; a psicologia oncológica e a psicologia nos cuidados de saúde primários (Teixeira, 2004).

Porém, esta abordagem ficaria deficitária se não evidenciasse todo o percurso na concepção do que é o estado de saúde até à implementação desta perspectiva mais ampla e integrativa.

Se atentarmos à história, encontramos um crescendo na atenção e destaque que é dado à saúde mental. Remonta a 1946, a alteração da definição divulgada pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization – WHO) sobre o que é a saúde, sendo esta definida como um estado de completo bem-estar físico mental e social. Desta forma, tenta responder-se a uma visão alargada e multidimensional de saúde, afastando do anterior modelo biomédico, cuja ênfase incidia apenas na saúde física (Ogden, 1999).

Desde 1948 que a definição se mantém inalterada, fazendo parte integrante do preâmbulo da constituição da OMS (WHO). Saliente-se que esta mudança no conceito de saúde nos remete para uma abordagem multifactorial relativamente à complexidade dos problemas de saúde.

Ainda nesta perspectiva de um conceito de saúde mais abrangente, os anos 70 do século XX foram profícuos em mudanças ao nível da conceptualização dos sistemas de saúde (Ribeiro & Leal, 1996). A constatação da necessidade de uma abordagem multifactorial relativamente à complexidade dos problemas de saúde implicou na década de 70 a adopção do modelo biopsicossocial proposto por Engel (citado por Teixeira e Leal, 1990, p.454).

O estado de doença passa a ser enquadrado também no contexto emocional e social em que ocorre. Esta abordagem levanta novas questões, desafios e exigências, e nestas novas circunstâncias podemos evidenciar a importância das equipas multidisciplinares. Segundo McIntyre (1997) a abordagem da doença seguindo uma perspectiva biológica e social é o melhor caminho quer para a eficácia dos tratamentos, quer para a diminuição das despesas de saúde.

Neste sentido, como defendem Ribeiro e Leal (1996), a actividade da Psicologia Clínica deve ser realizada em contexto integrados do sistema de saúde, e não como uma actividade isolada, centrada exclusivamente em quadros de psicopatologia e de doença mental.

Esta perspectiva que inclui a actividade da Psicologia integrada no sistema de saúde tem vindo a evidenciar outras áreas de actuação da Psicologia, onde esta demonstra o seu papel inequívoco e fundamental através da colaboração com outros profissionais de saúde como sejam, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, médicos, enfermeiros, entre outros (Teixeira, 2004). O contexto onde se desenrolou este estágio é uma pequena evidência da actuação na Psicologia em mais uma área, especificamente na medicina física e de reabilitação.

Em suma este estágio em concreto vem ao encontro do que já foi observado noutros países, onde os Psicólogos demonstraram de modo inequívoco a sua utilidade quando integrados nos cuidados de saúde e em equipas multidisciplinares (McIntyre, 1997).

3 - CARACTERIZAÇÃO DA CNFPV

A Clínica de Neurologia e Fisiatria da Póvoa de Varzim (CNFPV) foi fundada em 1982, tendo tido um crescimento razoável que obrigou à mudança de instalações em 2004. Esta entidade trabalha essencialmente para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e para outros subsistemas de saúde, sendo reduzida a sua actuação em termos de exercício de prática privada. Nesta última área de desempenho, destacam-se as consultas de Neurologia, exclusivamente privadas, e as de Psicologia que trabalham em ambos os sistemas (subsistemas de saúde e privada).

Nesta entidade, as consultas de Psicologia ocorreram maioritariamente integradas no SNS. Contudo, para que tal suceda é necessário que as patologias apresentadas pelos utentes cumpram determinados requisitos (que variam consoante a problemática apresentada), que torne possível enquadrar a intervenção da Psicologia como coadjuvante à Terapia da Fala (TF) e/ou Terapia Ocupacional (TO). Ou seja, somente em casos em que se consiga justificar que a psicologia trará um benefício adicional a determinada patologia é que o paciente será encaminhado para as consultas de Psicologia. A título de exemplo: se uma criança apresentar um problema articulatório isolado (por exemplo, não consegue articular determinado fonema), a intervenção diz respeito exclusivamente à área da Terapia da Fala. Mas, se simultaneamente a criança apresentar problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem ou problemas emocionais então o caso também cumpre critérios que justificam a intervenção da área da Psicologia.

Uma das razões mais frequentes para a intervenção do Psicólogo encontra-se na estagnação dos processos terapêuticos, ou seja, apesar da intervenção que está a ser efectuada pelo TF ou TO ser a adequada para a problemática diagnosticada, não se observa a evolução esperada. Frequentemente o Psicólogo é chamado a intervir para determinar se existem

causas de foro emocional, cognitivo ou outras que, de certa forma, estejam a impossibilitar o processo de recuperação e, consoante o resultado da avaliação, propor outras estratégias de intervenção.

No caso de as patologias não terem enquadramento possível numa problemática de acção de TF ou TO, em que a Psicologia aparece como uma estratégia terapêutica auxiliar, as consultas de Psicologia só podem decorrer em sistema privado.

Para além dos três técnicos já referidos: Psicóloga, Terapeuta da Fala e Terapeuta Ocupacional, a clínica dispõe de uma equipa com o total de 29 profissionais. Estes profissionais distribuem-se por diversas áreas, conforme discriminado no Quadro 1 que adiante se apresenta.

No âmbito de actuação da CNFPV está a reabilitação física, neurológica e psicológica de pacientes com diversas patologias. A título de exemplo das patologias que foram alvo de intervenção destacamos: deficiências congénitas, acidentes vasculares cerebrais, recuperação de sequelas de acidentes, atrasos globais de desenvolvimento, atrasos e alterações na fala, linguagem e comunicação, deficiência mental, dificuldades de aprendizagem de diversas etiologias, perturbações do espectro do autismo, doenças degenerativas, doenças neurodegenerativas, síndrome de Rhett, hiperactividade, défice de atenção, alterações motoras de etiologias diversas, deficiências congénitas, disfunções neurológicas, ortopédicas, recuperação de traumatismos cranianos, esclerose múltipla, lisencefalia, síndrome Klinefelter, síndrome Nieman Pick, síndrome de Sotos, síndrome de Down, doença de Alzheimer, entre muitos outros.

Quadro 1 – Distribuição do número de funcionários por área de especialidade

Especialidade /Área de actuação	N.º
Auxiliares (funções de apoio aos fisioterapeutas, técnicos)	4
Coordenador (da equipa de Técnicos, Fisioterapeutas e Auxiliares)	1
Fisioterapeutas	5
Médicos Fisiatras	4
Médico Neurologista	1
Psicólogo	1
Técnicos (de fisioterapia)	8
Terapeuta da Fala	1
Terapeuta Ocupacional	1
Recepcionistas	3
TOTAL	29

3.1 - O Psicólogo na CNFPV

O trabalho do Psicólogo na CNFPV foi desenvolvido em estreita colaboração com a Terapeuta da Fala e a Terapeuta Ocupacional. Apesar desta interligação não ser uma exigência institucional, esta equipa tentou reunir esforços e experiências de forma a trabalhar numa perspectiva interdisciplinar para alcançar os melhores resultados possíveis, discutindo estratégias de intervenção, analisando dificuldades, entre outros.

Como objectivos principais da actividade do Psicólogo, podemos destacar a intervenção com vista a desenvolver com qualidade e eficiência as potencialidades dos pacientes de modo que estes adquiram ou readquiram o máximo das suas funções cognitivas, emocionais e independência, tendo sempre por objectivo alcançar estas metas numa perspectiva integrada na família e na comunidade.

Neste âmbito, pretendeu-se ainda sensibilizar as famílias para as problemáticas em causa, ensinar as famílias e sensibilizá-las, de forma a ajudar à adaptação e reabilitação do paciente, respeitando as limitações e exigências de cada condição clínica em particular.

O Psicólogo nesta instituição teve uma população maioritariamente constituída por crianças com idade igual ou inferior a 12 anos. Neste enquadramento particular, fez também parte da sua actuação sensibilizar, informar e motivar os pais ou cuidadores para a necessidade de também eles se empenharem nas estratégias terapêuticas adoptadas, explicando-lhe os objectivos da intervenção, ensinando as melhores estratégias de colaboração, salientando a importância de em casa e noutros contextos (como o infantário) continuarem a aplicar o trabalho desenvolvido em contexto clínico.

3.2 - População-Alvo: Utentes

A população-alvo da clínica e do Psicólogo englobou desde crianças a idosos, ou seja qualquer pessoa que necessitasse de intervenção no âmbito das actividades prestadas pela CNFPV.

Durante o período em que decorreu o estágio, entre 1 de Setembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011, a população-alvo da intervenção por parte do Psicólogo foi maioritariamente constituída por crianças com idade igual ou inferior a 12 anos (87,1%). Incluindo duas crianças com idade superior a 12 anos (1,9%) e a restante população formada por adultos de diversas idades (11,0%).

Uma das possíveis explicações para a reduzida quantidade de crianças com idade superior a 12 anos poderá ser encontrada no facto de ser a partir desta idade que as crianças passam a pagar taxas moderadoras, tornando-se frequente abandonarem as terapias ao completarem os 13 anos de idade. As poucas crianças que surgem com idade superior a 12 anos, normalmente são de extractos socioeconómicos desfavorecidos e consequentemente isentas de taxas moderadoras, ou crianças que estão institucionalizadas e, como tal, mantêm a isenção de taxas moderadoras. Estes casos, como se observa, no quadro seguinte são uma minoria.

Quadro 2 – Caracterização da população alvo do Psicólogo entre Setembro de 2010 e Janeiro de 2011 (N= 309)

Pacientes	Meses					Total
	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	
Crianças \leq 12	53	54	54	53	55	269
Crianças $>$ 12	2	1	1	1	1	6
Adultos	6	7	7	7	7	34
Total	61	62	62	61	63	309

No quadro seguinte são apresentados os dados relativos à distribuição em termos percentuais na mesma população.

Quadro 3 – Caracterização da população alvo do Psicólogo, em termos percentuais, entre Setembro de 2010 e Janeiro de 2011

Pacientes	Meses					Total
	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	
Crianças ≤ 12	86,9%	87,1%	87,1%	86,9%	87,3%	87,1%
Crianças > 12	3,30%	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%	1,9%
Adultos	9,8%	11,3%	11,3%	11,5%	11,1%	11,0%

No Quadro 3 identificam-se também pequenas variações no número de pacientes ao longo dos meses, mas, no geral, observou-se uma certa estabilidade na quantidade de pacientes que foram assistidos na CNFPV pelo Psicólogo.

Quando se analisa a população durante o período de estágio, em termos de distribuição por sexos, obtemos um registo que evidência um maior número de casos de sujeitos do sexo masculino, que sujeitos do sexo feminino. Esta diferença mantém-se constante ao longo dos cinco meses de estágio, conforme se constata no Quadro 4.

A explicação para este facto poderá residir no facto de a população ser constituída essencialmente por crianças, que na sua maioria provêm da consulta de Terapia da Fala, por problemáticas relacionadas com fala, linguagem e comunicação. Se atentarmos à literatura, de onde se destaca o DSM-TR-IV (APA, 2002) encontramos que 60% a 80% dos sujeitos diagnosticados com perturbação de leitura são do sexo masculino. Também no campo das Perturbações da Comunicação, encontramos que as Perturbações da Linguagem Expressiva, Mista da Linguagem Receptiva-Expressiva e Perturbação Fonológica são mais frequentes em indivíduos do sexo masculino.

Quadro 4 – Caracterização da População alvo do psicólogo por sexo (N=309)

Sexo	Meses					Total
	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	
Feminino	24	25	25	25	26	125 (40,4%)
Masculino	37	37	37	36	37	184 (59,6%)
Total	61	62	62	61	63	309 (100%)

4 - CARACTERIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES DO ESTÁGIO

Na CNFPV as actividades desenvolvidas ao longo do estágio foram essencialmente a realização de consultas de psicologia. No entanto, ocorreram outras actividades que embora representem uma percentagem muito inferior da ocupação do tempo de trabalho do psicólogo também merecem ser destacadas. Assim, para além das consultas, ocorreram momentos dedicados à avaliação, ao acompanhamento de reuniões de trabalho, a frequência de congressos e à divulgação da actividade da psicologia na imprensa local. Em suma o estágio permitiu que simultaneamente à realização de consultas de Psicologia fossem incrementadas outras actividades que contribuíssem para a divulgação da psicologia e a formação do estagiário.

4.1 – Organização da Consulta Psicológica

As actividades desenvolvidas no âmbito estágio foram, na sua maioria, a realização de consultas de psicologia. Contudo, face às variadíssimas problemáticas com que o Psicólogo se deparou foi necessária uma permanente adequação da consulta às problemáticas específicas dos pacientes. A título de exemplo, é frequente surgirem na CNFPV pacientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) que estão incapazes de comunicar adequadamente, mas, apesar disso, são conduzidos às diversas terapias sem acompanhamento familiar. Estas situações são particularmente exigentes, pois requerem formas alternativas de comunicação e interacção com o paciente, até que as formas mais habituais de comunicação, nomeadamente a verbal, estejam restabelecidas.

Para além da patologia referida, a CNFPV recebe pacientes com quadros clínicos diversos, nomeadamente: deficiências congénitas, recuperação de sequelas de acidentes, atrasos globais de desenvolvimento, atrasos e alterações na fala, linguagem e comunicação, deficiência mental, dificuldades de aprendizagem de diversas etiologias, perturbações do espectro do autismo, doenças degenerativas; doenças neurodegenerativas, síndrome de Rhett, hiperactividade, défice de atenção, alterações motoras de etiologias diversas, deficiências congénitas, disfunções neurológicas, ortopédicas, recuperação de traumatismos cranianos, esclerose múltipla, síndrome Klinefelter, síndrome Nieman Pick, síndrome de Sotos, síndrome de Down, Lisencefalia, demências, entre outros.

A dispersão de patologias exigiu um exercício permanente de pesquisa e conceptualização científica das diversas temáticas assim como o enquadramento e preparação da intervenção adequando-a à especificidade de cada patologia.

Para cada patologia específica, foi desenvolvido um trabalho interdisciplinar no sentido de elaborar um programa e planear estratégias de intervenção o mais adequadas possíveis às particularidades e exigências de cada quadro clínico.

A natureza destas intervenções terapêuticas, colocou um elevado nível de exigência no trabalho executado pelo Psicólogo, que se confrontou diariamente com a necessidade de desenvolver e adequar as abordagens de avaliação, aplicação interpretação e intervenção.

Simultaneamente, houve necessidade de adequar o tempo e frequência das sessões às características do paciente e da patologia. Considerando todas as premissas, por norma, as intervenções foram realizadas através de consultas semanais aos utentes, dentro dos parâmetros definidos pela instituição (30 minutos por sessão). Em alguns casos, devidamente justificados, as consultas podiam ser alargadas a 50 minutos. As sessões foram maioritariamente individuais, mas também, em situações pontuais, optou-se por intervir em pequenos grupos, formados por dois sujeitos. Os pacientes tinham uma ou duas sessões por semana, de acordo com a natureza da problemática, a disponibilidade do paciente e a disponibilidade de horário.

Para dar a melhor resposta possível às necessidades dos pacientes e às exigências da instituição, o Psicólogo precisou de disponibilizar uma percentagem elevada do seu dia de trabalho para efectuar todas as consultas para que era solicitado. Face a isto, durante o período de estágio a carga horária do Psicólogo foi no mínimo de nove horas diárias, podendo chegar as 12 horas, ou seja acompanhando o horário de funcionamento diário da clínica (das 8H00 às 20H00).

Uma carga horária de trabalho exigente como a referida, traduziu-se num elevado número de consultas durante o período do estágio. Observe-se que de Setembro de 2010 a Janeiro de 2011, foram efectuadas mil oitocentas e oitenta e seis consultas (1886), excluindo algumas primeiras consultas nas quais se observou que a problemática em questão não era do âmbito de intervenção da Psicologia, sendo estes pacientes encaminhados para outros técnicos. Todas estas situações não foram incluídas no mapa de trabalho do Psicólogo.

Quadro 5 – Consultas efectuadas (entre Setembro de 2010 e Janeiro de 2011)

	Meses					TOTAL
	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	
Quantidade de consultas	353	339	393	379	422	1886

Por último, realça-se no Quadro 6 outro tipo de ocorrências observadas durante o período de estágio.

Quadro 6 – Altas e desistências entre Setembro de 2010 e Janeiro de 2011

		Meses				
		Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.
Crianças	Altas	1	0	0	1	0
	Desistências	7	0	1	1	0
Adultos	Altas	0	0	0	0	0
	Desistências	0	0	0	0	0
TOTAL		8	0	1	2	0

Dos pacientes em consultas alguns tiveram alta, em outros casos também se registaram desistências. Relativamente às desistências, foi no mês de Setembro que se registou um maior número de desistências na população infantil. Examinadas estas situações, observou-se que tal facto é comum e repete-se anualmente. As justificações encontradas para as desistências foram variadas, sendo de destacar as crianças que abandonaram o processo terapêutico por incompatibilidades de horário, outras por opinião dos professores que desaconselham qualquer apoio fora do contexto escolar, e ainda desistências cuja decisão foi exclusivamente dos pais que consideraram que as problemáticas dos filhos seriam superadas na escola.

4.2 – Avaliação Psicológica

Neste contexto de trabalho, um dos obstáculos à intervenção na área da psicologia foi a inexistência de material adequado, nomeadamente testes, escalas, baterias de avaliação e de intervenção. Todo o material necessário às intervenções foi da responsabilidade do psicólogo, (isto incluiu a aquisição e os respectivos custos). A clínica não possui material específico para a prática da Psicologia.

Os testes funcionaram como apoio à intervenção não sendo requisito da instituição efectuar uma avaliação formal dos utentes em tratamento. Competiu exclusivamente ao Psicólogo decidir se efectuaria uma avaliação do utente com recurso a testes ou se iniciaria a intervenção exclusivamente com base na realização da entrevista clínica e dados de anamnese.

Considerando o elevado número de pacientes, o reduzido tempo de cada sessão, a elevada carga horária de trabalho efectivo do psicólogo, entre outros factores obrigaram a uma utilização racional e parcimoniosa de tais meios auxiliares de diagnóstico.

Face a isto, por norma, devido às características da instituição e por questões de eficácia e eficiência, os testes só foram aplicados quando houve necessidade de emitir relatórios e/ou pareceres para entidades exteriores à instituição onde decorreu o estágio, e pontualmente como auxiliares de diagnóstico quando se previu que esta avaliação contribuiria de forma significativa para a adequação do processo de intervenção à especificidade do paciente e da patologia.

4.3 - Outras Actividades

Durante a realização do estágio foi proporcionada a participação no International Symposium on Psychiatry & Religious Experience, que decorreu em Ávila, Espanha entre 4 e 6 de Novembro de 2010.

Também surgiu a possibilidade de iniciar uma parceria com um jornal local, com o objectivo de desenvolver pequenos artigos mensais sobre temas de Psicologia, e desta forma sensibilizar a população em geral para problemáticas comuns e frequentes, como a depressão, o stress, entre outros que, caso não sejam alvo de intervenção, podem conduzir ao desenvolvimento de problemas graves no campo da psicopatologia. As publicações iniciaram-se em Março de 2011.

5 – AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA: ESPECIFICIDADES DA DISLEXIA

Como se observou anteriormente, a população-alvo do Psicólogo durante o período de estágio foi essencialmente formada por crianças com idade igual ou inferior a 12 anos. Neste grupo uma percentagem elevada das crianças apresentava problemas relacionados com a linguagem e comunicação.

As crianças que apresentavam alterações de linguagem e comunicação não constituíam um grupo homogéneo no que respeita à etiologia dessas perturbações. As alterações de linguagem e de comunicação observadas são consequência de síndromes, acidentes e de uma diversidade de patologias, sendo que algumas têm diagnóstico previamente efectuado pelo médico de família, ou por outra especialidade médica, como seja o caso do síndrome de Rhett, Autismo e síndromes genéticas vários. Mas a maioria das crianças têm diagnósticos mais amplos e menos específicos como: atraso global de desenvolvimento; atraso de linguagem, problemas de comunicação, entre outros. São ainda frequentes casos sem nenhum diagnóstico específico, assim como alguns casos em que um diagnóstico foi atribuído por um profissional sem formação na área da saúde, como sejam professores, educadores ou familiares.

Mesmo nos casos clínicos que surgiram diagnosticados por profissionais de saúde foi frequente o paciente procurar intervenção especializada sem dispor de relatórios ou documentos que evidenciassem o processo subjacente à identificação das patologias. Esta falta de informação tornou necessário que o Psicólogo, ao iniciar o processo terapêutico, se dedicasse a analisar a especificidade de cada caso, e frequentemente a questionar o diagnóstico previamente atribuído por terceiros.

Questionar os diagnósticos anteriores, independentemente de quem os atribuiu, é um percurso cauteloso e que deve ser o melhor fundamentado possível para evitar novos erros, conflitos e, em última análise, que o paciente abandone o processo terapêutico, por perceber alguma incoerência na actuação dos diversos profissionais de saúde. Contudo, estes cuidados e eventualmente receios de errar um diagnóstico, não se devem sobrepor à necessidade de uma análise crítica e construtiva sobre a informação proveniente de outros profissionais.

O diagnóstico, enquanto hipótese de trabalho, deverá ser questionado e encarado como uma estrutura de orientação da actuação do Psicólogo, devendo-se manter uma postura de evolução e adaptação do mesmo, quando este se mostrar desadequado ou incapaz de explicar os fenómenos que afectam o paciente. É importante elaborar um diagnóstico deixando sempre a possibilidade de o rectificar (caso necessário) à medida que a intervenção progride e se recolhe mais informação sobre o paciente. Actuar, sem uma orientação, poderá provocar uma intervenção desadequada ou incompleta.

Os casos clínicos que foram seleccionados para ilustrar este relatório procuram elucidar o que se referiu anteriormente, ou seja, a necessidade de analisar a problemática do paciente, independentemente do diagnóstico que lhe foi atribuído por terceiros, evidenciando o processo de construção e consolidação de informação que permitiu a elaboração de um novo diagnóstico.

Ambos os casos seleccionados apresentavam um diagnóstico prévio de Dislexia. No entanto, o diagnóstico não explicava toda a complexidade de alterações que ambas as pacientes apresentavam, ao que acrescia alguma falta de informação relativamente aos processos que tinham originado tais diagnósticos. A escolha de dois casos de Dislexia sucedeu como uma abordagem natural face à frequência com que surgiram crianças sinalizadas com esta problemática.

Um dos aspectos mais controversos neste diagnóstico é o facto de ele ser atribuído pelos mais variados profissionais, desconhecendo-se as premissas que estiveram subjacentes à avaliação que culminou no diagnóstico de Dislexia. Estas circunstâncias estavam presentes em vários casos que foram alvo de intervenção ao longo do estágio, ou seja, o processo através do qual se tinha atribuído o diagnóstico era pouco claro ou omissivo. Acresce que o diagnóstico de dislexia não parecia ter produzido qualquer efeito sobre a melhoria da condição clínica dos pacientes. Pelo contrário, aparentemente tinha mantido toda a sintomatologia e observava-se um agravamento no desempenho escolar das pacientes.

Em resumo, afigurou-se-nos interessante analisar em maior detalhe a perturbação que afectaria este subgrupo de pacientes e posteriormente analisar em detalhe dois casos.

Seguidamente destacamos alguns dos aspectos que nos pareceram significativos deste subgrupo de pacientes, assim como se efectuará uma breve descrição da dislexia.

5.1 - Dislexia... o novo silogismo?

Todas as crianças quando aprendem dão erros

Todos os disléxicos dão erros

Logo todas as crianças são disléxicas!

A população infantil ocupou uma percentagem significativa das consultas de psicologia que ocorreram na CNFPV. A maioria dessas crianças surgia por alterações da fala, linguagem e/ou comunicação.

Com frequência as crianças em idade escolar, na sua maioria com idade igual ou superior a 6 anos, apresentavam o diagnóstico de Dislexia, atribuído pelos mais variados profissionais e/ou familiares.

Das crianças observadas com idade superior a seis anos, que compreendiam num total de 37 crianças, observou-se que 25 apresentavam o diagnóstico de dislexia. Também era um dado relevante o facto de neste grupo de 25 crianças, seis tivessem recebido o diagnóstico de dislexia durante o primeiro período do primeiro ano de escolaridade.

O número relativamente elevado de crianças com o diagnóstico de dislexia suscitou a curiosidade de se analisar mais minuciosamente cada um destes casos. Numa primeira fase, a avaliação consistiu em determinar por quem tinha sido realizada a atribuição de um diagnóstico de dislexia. Desta análise, observou-se que o diagnóstico de dislexia tinha sido atribuído na maioria das vezes pelo professor do primeiro ciclo, sem recurso a outros meios

de diagnóstico, avaliação ou apoio de outros especialistas. Detectaram-se também algumas situações em que o diagnóstico de Dislexia teria sido efectuado pela própria família, recorrendo à internet, ou a outras fontes de informação não científica (televisão, artigos de jornais).

Para todas as situações foi recolhida a história desenvolvimental e psicossocial das crianças, para recolher o máximo de informação possível que auxiliasse na elaboração de um diagnóstico, o mais representativo possível, das perturbações em questão.

Na maioria dos casos o diagnóstico baseava-se unicamente nos resultados académicos e nas dificuldades observáveis nas competências de leitura e escrita. Excepcionalmente detectavam-se alguns casos em que o diagnóstico teria sido elaborado por profissionais credenciados.

Pareceu-nos ainda relevante que seis crianças, deste grupo de 25, cuja escolaridade tinha iniciado em Setembro de 2010 já estivessem sinalizadas como disléxicas em Dezembro do mesmo ano, somente três meses após o início do processo de escolaridade. Aparentemente, assim que manifestaram algumas dificuldades na associação fonema-grafema, de imediato foi colocada a hipótese de Dislexia.

Estas 25 crianças têm vindo a ser acompanhadas na consulta de Psicologia e, até ao momento, somente uma cumprirá os critérios necessários para se poder afirmar a existência de Dislexia. No entanto, como ainda subsistem algumas dúvidas, uma vez que se detectam mais dificuldades de aprendizagem para além das inerentes à Dislexia, o caso continua em processo de avaliação, não sendo objecto de análise no presente trabalho.

A frequência com que surgiam crianças com este diagnóstico, as possíveis consequências desse diagnóstico no futuro escolar das crianças, na desadequação das estratégias de intervenção se o diagnóstico tivesse sido incorrecto, motivou a elaboração deste trabalho que aborda em detalhe duas destas situações.

O elevado número de casos neste campo obrigou a uma análise pormenorizada da problemática da Dislexia, em termos teóricos e posterior enquadramento de dois casos clínicos, onde se evidencia o processo de avaliação de cada um dos pacientes e se elabora uma reflexão crítica sobre o diagnóstico inicial efectuando uma análise crítica sobre a sua correcção, e assinalando alternativas de diagnóstico para as perturbações observadas.

Os casos clínicos seleccionados para ilustrarem este relatório foram escolhidos por apresentarem um ponto de partida em comum: As duas crianças foram conduzidas à consulta com o diagnóstico de Dislexia e anteriormente ambas tinham beneficiado de apoio psicológico.

Em cada um dos casos o responsável pelo diagnóstico foi um profissional diferente. No caso “X”, a suspeita de diagnóstico foi confirmada por um Psicólogo, após a identificação por parte de outro profissional de saúde (que não é possível identificar a especialidade por falta de informação). No caso “Y” que apresentava um longo histórico de acompanhamento psicológico por dificuldades escolares, mas sem diagnóstico específico, até que em determinado momento do seu percurso académico surge o diagnóstico de Dislexia avançado pela Directora de Turma.

Passamos então a efectuar uma breve abordagem à problemática da Dislexia.

5.2. - De que falamos, quando falamos de Dislexia?

Falar de Dislexia é algo corrente e passou a integrar o vocabulário da população em geral, como aliás sucede com outras perturbações. A acrescentar à Dislexia, talvez as mais evidentes sejam a hiperactividade, o défice de atenção, a bulimia e a anorexia. Frequentemente, a conversar com pais, professores ou educadores estes temas surgem como algo do domínio público. Infelizmente a Internet disponibiliza demasiada informação, nem sempre correcta, funcionando como “auxiliar de diagnóstico” e contribuindo para vulgarizar o conceito.

Se recuarmos até 1920 encontramos aquela que poderá ser uma das primeiras designações utilizadas para descrever a Dislexia. Davis e Braun (1997) salientam a definição de Orton como uma das primeiras sobre este tema, referia este autor que a Dislexia seria um problema neurológico em que os hemisférios cerebrais realizariam funções que vulgarmente seriam executadas pelo hemisfério contrário. Mas o próprio autor redefiniu o seu conceito passando a afirmar que a Dislexia ocorreria por indefinição da dominância cerebral (Davis & Braun, 1997).

As abordagens iniciais sobre a Dislexia referiam que a criança disléxica era alguém que apresentava falhas inexplicáveis, uma inconsistência entre as suas evidentes capacidades intelectuais, demonstradas em várias situações, nomeadamente na expressão oral e a sua fraca prestação a nível da linguagem escrita (Turner, 2004).

A Orton Dyslexia Society (ODS) refere a Dislexia como uma perturbação de aprendizagem específica e severa, sendo considerada uma perturbação da linguagem que se caracteriza por dificuldades específicas na descodificação de palavras isoladas, frequentemente associada a falhas de processamento fonológico. Acresce que estas dificuldades não são resultado de atrasos de desenvolvimento, défices cognitivos ou sensoriais (Turner, 2004).

A Dislexia manifesta-se em dificuldades em várias áreas e em diversas formas de expressar a linguagem, incluindo problemas de leitura, de fluência, de escrita e de articulação (ODS, n.d.).

Provavelmente, a Dislexia foi uma das primeiras designações utilizadas para descrever diversos problemas de aprendizagem e actualmente, ainda é frequente a utilização indiscriminada desta expressão para designar um manancial de problemas associados às dificuldades de aprendizagem (Davis & Braun, 1997).

Long, MacBlain e MacBlain (2007) destacam outra caracterização de Dislexia, esta elaborada em 1998 pelo Department of Education Northern Ireland (DENI), onde se descreve o problema da seguinte forma:

“...algumas crianças apresentam dificuldades específicas de aprendizagem, de leitura, soletração, escrita e de cálculo, que são dissonantes do seu nível de aprendizagem e de performance, particularmente quando comparadas com outras áreas curriculares. Este grupo mostra capacidades de oralidade, contudo mantém enorme dificuldade em melhorar as capacidades ao nível da manipulação numérica e o seu nível de literacia” (Long, et al. 2007, p. 71).

Por outras palavras estaremos perante uma perturbação a que designaremos de Dislexia quando se observar discrepância entre o desempenho de leitura e de escrita em relação à inteligência e às oportunidades educacionais, considerando-se disléxicos os indivíduos que, embora aparentemente normais ou superiores em muitas áreas do funcionamento intelectual, com apoio, encorajamento e oportunidades educacionais, ainda assim encontram extrema dificuldade na aprendizagem da leitura e da escrita (Long et al., 2007).

Uma das definições mais frequentemente encontradas na literatura remete a Dislexia para questões essencialmente relacionadas com a leitura (Lyon, Shaywitz, & Shaywitz, 2003).

Para estes autores a Dislexia é uma dificuldade de aprendizagem específica, que tem uma origem neurobiológica, e que se caracteriza por dificuldades no correcto e/ou fluente reconhecimento de palavras e por pobres capacidades de soletração e de decodificação. Geralmente, estas dificuldades reflectem défices na componente fonológica da linguagem, que são geralmente inesperadas tendo em conta não só o funcionamento intelectual do aluno como também as práticas eficazes que lhe têm sido proporcionadas na sala de aula. Consequências secundárias podem incluir problemas na compreensão da leitura e reduzidas experiências de leitura que poderão impedir a aquisição de vocabulário e de conhecimentos prévios (Lyon et al., 2003).

Ainda sobre esta problemática convém destacar que a Dislexia não é uma ocorrência transitória que surge durante o desenvolvimento (Bruck, 1992; Francis, Shaywitz, Stuebing, Shaywitz & Fletcher, 1996; Lyon et al., 2003), mas é uma condição permanente que não desaparece com o desenvolvimento e consequente maturação cerebral. É essencial que as crianças em risco de apresentarem Dislexia sejam alvo de intervenção o mais precocemente possível. Os resultados das intervenções tardias mostram melhorias, mas quando comparados com as intervenções precoces, estas evidenciam resultados com maior sucesso e rapidez (Lyytinen et al., 2005; Torgesen, 1998).

A Dislexia é uma condição clínica diagnosticada com base na recolha de informação de múltiplas fontes: história familiar, uma vez que actualmente se acredita que os antecedentes familiares têm influência na manifestação da perturbação (Snowling, Muter & Carroll, 2007), a história académica, observações da leitura, escrita, oralidade, fluência verbal, compreensão, testes de linguagem entre outros (Lyon et al., 2003). O diagnóstico de Dislexia será atribuído quando um sujeito apresentar dificuldades de leitura que são inesperadas para a sua idade cronológica, nível educacional e capacidades de aprendizagem (Lyon et al., 2003).

A intervenção para a Dislexia deve ser abrangente e incluir diversas áreas. Os sujeitos devem ter intervenção centrada na melhoria das capacidades ao nível da fonética, fonologia e fluência. Acresce que também necessitam de intervenção para aumentarem o vocabulário, melhorarem os conhecimentos anteriores na área da linguagem e receberem treino para melhorarem as estratégias de compreensão. Necessitam, ainda, de ter treino apropriado para conseguirem um desempenho equivalente aos seus pares sem Dislexia, nomeadamente mais tempo para executar o mesmo tipo de tarefas que crianças não disléxicas, um ambiente sossegado para eliminar distrações, ouvir textos gravados e ter formas alternativas de resposta nas avaliações (Tresoldi, Vio, & Iozzino, 2007; Klein, 2009).

Por último, a intervenção deverá ainda contemplar áreas como a auto-estima e a motivação, fornecendo *feedback* positivo sempre que são adquiridas novas competências. Simultaneamente, dever-se-á encorajar o desenvolvimento de outras áreas onde exista mais potencial de sucesso, seja o desporto, a música, a matemática, e premiar os sucessos, entre outras estratégias (Klein, 2009).

Mas, apesar de se encontrarem referências a esta problemática desde há muito tempo, só em 2003 é que a Dislexia foi reconhecida em Inglaterra, como uma necessidade educativa especial, e em 2005 na Irlanda do Norte (Long et al., 2007). Estes e outros reconhecimentos traduzem a atenção crescente que esta patologia tem vindo a merecer junto da comunidade científica.

5.3 - A Dislexia em Portugal

Concentremo-nos agora na realidade portuguesa. Numa rápida pesquisa na internet destacam-se duas Associações, a DISLEX (Associação Portuguesa de Dislexia) e a APPDAE (Associação Portuguesa de Pessoas com Dificuldades de Aprendizagem Específicas).

A DISLEX afirma na sua página disponível *online* que a problemática da Dislexia, atinge uma percentagem significativa de cidadãos e apresenta alguma informação com o objectivo de esclarecer sobre a natureza desta perturbação. A mesma associação através do seu sítio procura elucidar sobre esta perturbação da seguinte forma:

“...No seu sentido literal, o termo refere-se, portanto, a dificuldades na aprendizagem da palavra (Montenegro, 1974). Nos últimos anos, o conceito tornou-se mais específico, designando uma síndrome determinada, que se manifesta em dificuldades de distinção ou memorização de letras ou grupos de letras e problemas de ordenação, de ritmo e de estruturação das frases...”

Ainda na página electrónica da DISLEX (n.d.) encontramos este destaque sobre a prevalência da perturbação em Portugal: “as percentagens de escolares de afectados pela Dislexia e pela disortografia são verdadeiramente notórias para que o fenómeno deixe de constituir um grave problema para os próprios pacientes, os pais, os mestres, os especialistas”. Contudo não são apresentados dados objectivos sobre a prevalência em Portugal. Se analisarmos isoladamente esta afirmação, parece-nos uma frase bastante apelativa, mas que carece de estudos que comprovem o facto de ser uma “perturbação notória” e um “grave problema”.

Por seu lado a APPDAE, não apresenta dados relativamente à prevalência da doença na população Portuguesa. No sítio electrónico é publicada a informação de carácter genérico sobre a doença, sintomas, legislação aplicável, entre outras informações.

Em Portugal dificilmente se encontram estudos epidemiológicos na área da saúde que apresentem percentagens fidedignas para esta perturbação.

Quando são referidos dados sobre a prevalência das perturbações de aprendizagem, estes reportam-se sempre referenciados ao DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), e tais dados não se reportam à população portuguesa.

5.4 – O que nos diz o DSM-IV-TR

Face à falta de informação sobre a realidade portuguesa, consideraremos de seguida a informação que é disponibilizada no DSM-IV-TR (APA, 2002), e pontualmente na CID-10 (WHO, 2007), para contextualizar o trabalho que nos propomos desenvolver neste relatório.

Assim, tendo como referência orientadora o DSM-IV-TR (APA, 2002), encontramos uma diferenciação objectiva para diferentes tipos de problemas de aprendizagem. O DSM-IV-TR (APA, 2002), diferencia cada uma destas perturbações sob as designações de:

- Perturbações da leitura;
- Perturbações da escrita;
- Perturbações de cálculo;
- Perturbações de aprendizagem sem outra especificação.

As três primeiras categorias pretendem fornecer uma grelha mais fina de avaliação, ao contrário daquilo que frequentemente se encontra na literatura sobre dificuldades de aprendizagem, em que a Dislexia (perturbação da leitura) parece englobar quase todas as perturbações de aprendizagem (escrita e cálculo) anulando-as enquanto perturbações com critérios de diagnóstico específicos.

No DSM-IV-TR (APA, 2002), as “Perturbações de Aprendizagem sem outra Especificação incluem as Perturbações de Aprendizagem que não cumprem os critérios para qualquer uma das outras Perturbação de Específica de Aprendizagem, podendo estar presentes problemas das três áreas específicas (leitura, calculo, e escrita).

Resumidamente a Dislexia será então: “Perturbação da leitura caracterizada pela dificuldade de aprender a ler apesar da existência de ensino adequado, inteligência normal e adequadas oportunidades para ler” (Fauman, 2002, p.36)

Logo aqui surge uma certa discordância entre alguns autores e o que é definido no DSM-IV-TR (APA, 2002), quando confrontado, por exemplo, com definição apresentada pelo

DENI (Long et al., 2007). Este será um dos problemas que se detectam quando se começa a analisar diversos autores e estudos relativos a Dislexia, há uma constante falta de paralelismo entre as diversas definições e critérios para determinar o que é a Dislexia.

A falta de uniformidade nas definições e critérios que devem estar subjacentes ao despiste, avaliação e intervenção será provavelmente uma das justificações para se detectar um tão elevado número de indivíduos sinalizados com esta perturbação.

Ainda seguindo a taxonomia do DSM-IV-TR (APA, 2002), especificamente no campo das perturbações de aprendizagem (leitura, escrita e cálculo) podemos, então, estabelecer três tipos de diagnóstico, sendo que nenhum tem precedência sobre os restantes.

Ainda de acordo com o DSM-VI-TR (APA, 2002, p.51-52), a perturbações de aprendizagem de leitura caracteriza-se por:

“...rendimento de leitura (por exemplo precisão, fluência, velocidade ou compreensão da leitura, medidas por provas normalizadas realizadas individualmente) que se situa bastante abaixo do nível esperado em função da idade cronológica do sujeito, do quociente de inteligência e da escolaridade própria para a sua idade - Critério A;

A perturbação da leitura interfere significativamente com o rendimento escolar, ou com as actividades da vida quotidiana que requerem aptidões de leitura - Critério B;

Se estiver presente um défice sensorial, as dificuldades de leitura excedem as que lhe estariam habitualmente associadas - Critério C.”

Ainda no DSM-IV-TR (APA, 2002) encontramos o esclarecimento que nos sujeitos com perturbação de leitura, também designada por Dislexia, a leitura oral apresenta distorções, omissões, substituições, entre outros e estas características da leitura manifestam-se quer na

leitura silenciosa quer na leitura oral e ainda é notória a lentidão da leitura e a ocorrência de erros na compreensão.

Mantendo o DSM-IV-TR (APA, 2002) como referência à caracterização da perturbação de leitura, observa-se que a esta perturbação é frequente estarem associados outros transtornos de aprendizagem, nomeadamente a perturbação de cálculo e a perturbação da escrita, sendo relativamente raro que qualquer uma destas perturbações ocorra isoladamente

Relativamente à prevalência, estima-se que esta se situe entre os 2 e os 10%, dependendo do tipo de avaliação efectuada. Nos EUA considera-se que 5% dos alunos do ensino público sofrem de perturbações de aprendizagem (APA, 2002).

O DSM-IV-TR (APA, 2002) disponibiliza ainda dados sobre a distribuição entre sexos onde estima que 60 a 80% por indivíduos afectos com perturbação de aprendizagem sejam do sexo masculino, ao que acresce que quatro em cada cinco casos de perturbações de aprendizagem sejam uma combinação de perturbação de leitura; perturbação de escrita e perturbação de cálculo. Acresce ainda que as perturbações de aprendizagem prevalecem em parentes biológicos, em primeiro grau (APA, 2002).

A título de comparação, o próprio DSM-IV-TR (APA, 2002) introduz as definições da CID-10 (WHO, 2007). Nos critérios de diagnóstico da CID-10 (WHO, 2007) observamos que a perturbação de leitura tem prevalência sobre as perturbações de cálculo, quando se cumpram os critérios para ambas as perturbações.

Numa breve abordagem à CID-10 (WHO, 2007), as perturbações de aprendizagem são definidas com “Perturbações Específicas do Desenvolvimento das Habilidades Escolares”, sendo que correspondem a:

“Perturbações nas quais as modalidades habituais de aprendizagem estão alteradas desde as primeiras etapas do desenvolvimento. O comprometimento não é somente a

consequência da falta de oportunidade de aprendizagem ou de atraso mental e também não é devido a um traumatismo ou doença neurológica.” (WHO, 2007).

Encontramos as seguintes subcategorias para os problemas de aprendizagem: Perturbação Específica de Leitura (Dislexia); Perturbação Específica da Escrita; Perturbação da Capacidade de Cálculo; Perturbação Mista de Habilidades Escolares; Outras Perturbações do Desenvolvimento das Capacidades Escolares e a Perturbação não Especificada do Desenvolvimento das Capacidades Escolares.

Face à falta de informação específica para a realidade portuguesa, consideraremos essencialmente o DSM-IV-TR (APA, 2002), assim a CID-10 (WHO, 2007) e os trabalhos de Lyon et al. (2003), como documentos base para a fundamentar o exercício de reflexão a que nos propomos neste relatório. Desta forma teremos os critérios específicos e objectivos do DSM-IV-TR (APA, 2002), complementados com a investigação realizada especificamente no âmbito da Dislexia.

Assim, consideraremos disléxica uma criança ou adolescente que cumpra com os critérios A, B, C, do DSM-IV-TR (APA, 2002): um quociente de inteligência dentro dos parâmetros normais para a idade, aos quais acresce o facto das dificuldades de leitura serem inesperadas tendo em conta o funcionamento intelectual do aluno e, provavelmente, a ocorrência de adequadas experiências de leitura (Lyon et al., 2003).

5.5 – Apresentação dos casos clínicos

Durante o estágio estivemos perante 25 casos de crianças que surgiam sinalizadas como disléxicas, referenciadas maioritariamente pelos professores. Estamos a falar de um universo de aproximadamente 62 pacientes por mês. Se excluirmos os adultos (cujas médias rondam os 7 adultos por mês) obtém-se um valor aproximado de 55 crianças em tratamento, das quais 25 apresentavam o diagnóstico de Dislexia. Em termos percentuais significa que 40,3% das crianças que surgem naquele contexto específico de trabalho estão referenciadas como sofrendo de Dislexia.

De acordo com o DSM-TR-IV (APA, 2002), a Dislexia surge com uma prevalência de 2% a 10% e, mesmo sendo espectável que em populações clínicas esta percentagem seja maior, afigurou-se-nos de qualquer modo irrazoável que 40% da população infantil com condições clínicas tivesse Dislexia, o que motivou a análise que segue.

Os casos seguidamente descritos são de crianças/adolescentes do sexo feminino de 12 e 15 anos de idade (idade que apresentavam à data da primeira consulta) diagnosticados com Dislexia.

A criança de 12 anos será designada de Caso “X” e a adolescente de 15 anos de Caso “Y”.

A paciente de 12 anos, Caso “X”, tinha sido alvo de intervenção especializada na área da Psicologia, sendo dessas avaliações anteriores a origem do diagnóstico de Dislexia. A paciente de 15 anos de idade, designada por Caso “Y”, também tinha sido acompanhada anteriormente por apoio especializado na área da Psicologia, sem lhe ter sido atribuído diagnóstico; contudo a Directora de Turma (DT) foi de opinião que as dificuldades de aprendizagem da adolescente tinham origem na Dislexia.

Relativamente a estes dois casos, cujo histórico clínico inclui acompanhamento anterior por profissionais da área da psicologia, são praticamente inexistentes relatórios e/ou outros elementos que permitam averiguar qual o tipo de avaliação e intervenção realizada.

Uma vez existindo um diagnóstico, como o de Dislexia, era de prever que ambas tivessem sido enquadradas nas medidas de apoio conforme previsto no Decreto-Lei - 3/2008. Contudo, em nenhum dos casos isto sucedeu. Em ambos os casos o insucesso escolar manteve-se e foi-se agravando ao longo do tempo. A persistência dos problemas académicos foi a razão para que mais uma vez as pacientes fossem encaminhadas para a consulta de Psicologia, para avaliação e identificação das problemáticas que estariam subjacentes ao insucesso escolar.

Para ambas as pacientes iniciou-se um processo de avaliação o mais detalhado possível. Como as duas eram portadoras de diagnóstico prévio de Dislexia, optou-se por iniciar a avaliação através da WISC III (Wechsler, 2004), que é uma medida de inteligência normalizada e aferida à população portuguesa. A avaliação cognitiva impunha-se uma vez que é referido com frequência na literatura a relação entre o desempenho cognitivo aferido com medidas normalizadas e as dificuldades de aprendizagem (Everatt, Weeks & Brooks; 2007; Groth-Marmat, 2003) assim como a necessária identificação das áreas fortes e fracas das crianças portadoras de algum tipo de dificuldade de aprendizagem (Everatt et al. 2007; Groth-Marmat, 2003). Acresce que para se atribuir o diagnóstico de Dislexia o paciente tem de apresentar um quociente de inteligência dentro dos parâmetros normais (APA, 2002).

Com o objectivo de orientar a intervenção para todas as crianças que surgiam sinalizadas como disléxicas, ou com qualquer quadro que remeta para dificuldades de aprendizagem o Psicólogo definiu um protocolo de intervenção no qual se destacam dois momentos, a saber:

1. Uma entrevista com os pais da criança com o objectivo de recolher informação sobre todo o processo desenvolvimental da criança, evidenciando o seu percurso académico e história familiar (Snowling et al., 2007).
2. WISC III (Wechsler, 2004) - Consoante os resultados obtidos nesta prova proceder-se-á a outras avaliações. Essencialmente se o QI avaliado através da WISC III for inferior ao

normal para a idade, são explorados outras patologias nomeadamente a Deficiência Mental (APA, 2002; WHO; 2007; Everatt et al., 2007; Groth-Marmat, 2003).

Quando os valores de QI são inferiores a 70, a avaliação para despiste de Dislexia termina com a passagem da WISC III, uma vez que um dos requisitos para atribuição daquele diagnóstico é estarmos perante inteligência normal (APA, 2002; WHO, 2007). No caso da WISC III apresentar valores dentro do que é considerado normal para a idade cronológica da criança, são analisadas outras áreas relacionadas com a leitura, a escrita, a discriminação auditiva e, eventualmente, solicitadas avaliações a outros profissionais de saúde. As especialidades às quais se pode recorrer com maior frequência para solicitar avaliações complementar são: terapia da fala, terapia ocupacional, oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia. Estas especialidades poderão emitir pareceres de relevo para o processo terapêutico nomeadamente, se forem detectados problemas que possam estar relacionados com as perturbações observadas. A título de exemplo: alterações de motricidade fina, motricidade oro-facial, acuidade visual, acuidade auditiva, danos neurológicos, entre outros, poderão potenciar alterações significativas no desempenho escolar e consequentemente devem ser tidas em consideração aquando da atribuição de um diagnóstico e do planeamento da intervenção, por parte do Psicólogo.

Podem ainda ser solicitadas informações a outros profissionais, sobretudo aos professores.

Passemos então à análise dos casos.

CASO – “X”

Dados biográficos

Nome: “X”

Data de nascimento: 25 de Janeiro de 1998 (12 anos, 9 meses de idade)

Sexo: Feminino

Ano de escolaridade: Frequenta o 6º ano de escolaridade pela primeira vez

Agregado Familiar: Pais, ambos trabalhadores agrícolas; é a terceira de três filhas. As duas irmãs, de 17 e 19 anos de idade, são ambas estudantes. A mais velha frequenta o Ensino Universitário e a outra frequenta um curso técnico-profissional.

Naturalidade /residência: Póvoa de Varzim

Motivo da consulta

A “X” frequenta sessões de terapia ocupacional, e ao longo das sessões a Terapeuta Ocupacional observou dificuldades diversas que comprometiam o desempenho da criança nas sessões, e na escola (a TO tem acesso aos resultados académicos de “X”). A TO manifestou as suas observações e preocupações à mãe de “X”, tendo esta anuído a conduzir a filha à consulta de Psicologia. A mãe acompanhou “X” à primeira sessão e referiu que estava na consulta por sugestão da TO.

Problema apresentado

A “X” apresentava baixo rendimento escolar e dificuldades noutras áreas de desenvolvimento (dificuldades de integração com o seu grupo de pares; falhas na motricidade fina, expressão oral pobre). A TO alertou a família para o facto de “X” necessitar de uma

avaliação psicológica. A família acedeu à sugestão de conduzir a menina ao Psicólogo, em virtude do rendimento académico de “X” ser uma preocupação permanente e que se agravava a cada ano lectivo.

História do problema

O fraco rendimento escolar de “X” acompanha-a desde o início da escolaridade, já que antes de iniciar o seu percurso académico a menina tinha um desenvolvimento adequado à idade. Tal facto é afirmado várias vezes pela mãe, sendo um dos comentários mais frequentes: *“Só quando começou na escola é que apareceram os problemas”*.

A mãe de “X” referiu que a filha já ficou retida por duas vezes, a primeira quando concluiu o 2.º ano de escolaridade e a segunda no 5º ano de escolaridade. Estas informações fornecidas pela mãe de “X” não coincidem com os dados recolhidos referentes ao percurso académico (boletins de avaliação, data de início da escolaridade, entre outros). De facto, ocorreu uma retenção no 1.º Ciclo (presume-se que do 2º para o 3º ano de escolaridade). Os restantes dados recolhidos permitem concluir que a “X” transitou para o 2.º Ciclo (5.º ano de escolaridade) no ano lectivo de 2009/2010. No ano lectivo em curso (2010/2011), “X” frequenta o 6.º ano de escolaridade pela primeira vez. Face a estas informações não se registou nenhuma reprovação desta criança desde que ingressou no segundo ciclo, contrariando as informações fornecidas pela mãe.

No ano de 2009, quando a “X” tinha 11 anos e 2 meses e frequentava o 4.º ano de escolaridade, foi submetida a uma avaliação Psicológica através da WISC III (adiante designada por avaliação psicológica B). De acordo com esse relatório, o motivo da consulta e avaliação foram: “dificuldades de rendimento académico” (cf. relatório em anexo: ANEXO I). Este mesmo relatório de 2009 faz referência a uma a avaliação anterior (adiante designada

por avaliação psicológica A), ocorrida cerca de três anos antes, quando a criança teria 8 ou 9 anos de idade.

Na primeira sessão a mãe disponibilizou o relatório da avaliação psicológica B. Contudo, relativamente à avaliação psicológica A, mãe referiu que não possuía nenhum documento, nem se recordava com exactidão qual a idade da filha quando essa avaliação foi efectuada. Face à ausência de documentos não foi possível determinar com rigor a idade que a “X” tinha quando decorreu a primeira avaliação psicológica - avaliação psicológica A, nem os motivos que desencadearam essa avaliação. A avaliação psicológica A (da qual não se dispõe de registos) foi marcante no percurso de “X”, pois foi nesse momento que lhe foi diagnosticada Dislexia.

De acordo com a mãe, quando a “X” frequentava o 4º ano de escolaridade a professora solicitou que lhe fosse efectuada uma avaliação psicológica para ajudar a determinar se a “X” devia ou não transitar para o 5º ano de escolaridade. Decorria então o ano de 2009 quando “X” foi avaliada pela segunda vez – avaliação psicológica B -, e foi confirmado o diagnóstico de Dislexia.

Da avaliação psicológica B resultou que o quociente de inteligência da “X” era de nível médio baixo quando comparada com o esperado para a sua idade cronológica. O relatório elaborado à data pelo Psicólogo que efectuou a avaliação não evidencia a realização de mais nenhum teste que pudesse ter auxiliado a estabelecer e/ou confirmar o diagnóstico anterior atribuído à criança.

Segundo a mãe, o relatório da avaliação B foi entregue à professora primária e as dúvidas sobre se “X” devia transitar de ano ficaram esclarecidas. A menina seguiu o seu percurso académico e iniciou o 5º ano de escolaridade no ano lectivo 2009/2010, sem estar sinalizada como disléxica, nem referenciada como uma aluna com Necessidades Educativas Especiais.

As informações constantes no relatório da avaliação psicológica B poderiam ter contribuído para que a criança fosse enquadrada nas medidas previstas no Decreto-Lei 3/2008. Contudo, a mãe referiu que a filha nunca teve qualquer tipo de apoio na escola, nem tem currículo adaptado, nem qualquer outro recurso que a auxiliasse a ultrapassar as dificuldades que apresentava desde que iniciou a escolarização.

Como o registo do percurso académico e o relatório foram do conhecimento da Terapeuta Ocupacional, esta última moveu esforços no sentido de persuadir a família a procurar outros apoios específicos para a criança e desta forma tentar minorar as dificuldades académicas que a “X” apresentava.

História desenvolvimental e psicossocial

Na entrevista de anamnese surgiram dados relevantes ao nível do processo de desenvolvimento desta criança. A “X” é a terceira filha do casal, sendo descrita como uma criança com um bom relacionamento com as irmãs mais velhas e com outras pessoas próximas da família.

No processo de gestação da “X” é particularmente importante o facto de ter sido uma gravidez de risco, que obrigou a mãe a estar em repouso. As problemáticas ocorridas ao longo da gravidez terão sido provocadas pelo facto de ter sido ministrado à mãe medicação para regularização de alterações hormonais, quando se encontrava grávida, apesar de se desconhecer tal facto. Aparentemente, essa medicação seria inócua para a mãe desde que não estivesse grávida. Neste caso em concreto, a medicação provocou graves problemas ao longo da gravidez obrigando a mãe a repouso absoluto. A mãe referiu que respeitou as indicações médicas, as restrições impostas e ainda relatou vários internamentos de curta duração ao longo de toda a gravidez.

No decurso das consultas apercebemo-nos que, com frequência, a mãe desrespeitou as indicações médicas para permanecer em repouso absoluto e essa actuação, terá estado na origem dos frequentes internamentos que acompanharam todo o processo de gestação. Entre os factos que evidenciam que a mãe não respeitou as indicações médicas para permanecer em repouso absoluto, destaca-se o episódio ocorrido no próprio dia do parto. Neste dia a mãe foi trabalhar, e despendeu todo o dia a “cortar mato” e neste processo entrou em trabalho de parto. Mesmo assim, terminou o trabalho no campo, e só depois foi para casa para se preparar para ir para o hospital. Percorreu uma distância superior a 10km (distância igual à que tinha feito para ir trabalhar) fazendo-se transportar num tractor. Dirigiu-se primeiro a casa para cuidar da sua higiene pessoal, e só então se dirigiu ao hospital. Este relato não foi comunicado directamente ao Psicólogo, pelo contrário, na entrevista a mãe expressou por diversas vezes que tinha seguido escrupulosamente as indicações médicas, para conseguir levar a gravidez a bom termo. Esta história é exposta ao Psicólogo pela Terapeuta Ocupacional, que ao longo do tempo que acompanha a criança tem registado alguns relatos da mãe relativamente a diversos assuntos da vida familiar.

Após o nascimento, a mãe referiu uma vez mais que não havia nada de significativo sobre a “X”. Contudo, à medida que a conversa flui identificou-se que desde que nasceu a “X” foi uma criança frágil, com necessidades de saúde muito particulares (p. ex. dificuldade em ser alimentada), tendo mesmo sido internada na sequência de convulsões. Acresce que nas manobras de parto ocorreu um torcicolo congénito (contractura do esternocleidomastóideo), que ainda nos dias de hoje provoca alterações no funcionamento motor da “X”.

A mãe referiu que logo após o nascimento da filha foi aconselhada a iniciar os tratamentos de fisioterapia para corrigir o torcicolo, mas que optou por não efectuar os tratamentos de imediato, justificando que nessa fase da vida, a sua segunda filha frequentava sessões de terapia da fala e *“o tempo não dava para tudo, e deixei isso para tratar mais tarde”*. Em

consequência da falta de intervenção precoce, a “X” apresenta sequelas do torcicolo, que actualmente a obrigam a fazer intervenção semanal por Terapia Ocupacional e Fisioterapia.

Nas restantes áreas a mãe referiu um desenvolvimento dentro dos parâmetros normais, não se identificando mais dados de destaque. A mãe realça o facto de ter sido uma criança que *“andou cedo”, “falou cedo”* e *“que só dá problemas na escola”*.

Actualmente, as preocupações da família estão relacionadas com as questões de aprendizagem de “X”, que apresenta dificuldades crescentes em acompanhar as exigências académicas. A mãe observou que os fracos resultados escolares parecem contribuir para que a sua filha esteja cada vez mais desmotivada para as actividades lectivas, pouco integrada na turma e que isso se reflecte nas avaliações e rendimento escolar.

Para tentar que a filha recupere e alcance um nível de aprendizagem adequado, a mãe referiu que, desde que a filha transitou para o segundo ciclo, já solicitou por diversas vezes apoio educativo, mas até à data “X” não tem beneficiado de apoio especializado.

A nível da família ainda se destaca o facto de ser constituída por trabalhadores rurais, mas cuja actividade agrícola lhes proporciona um nível económico razoável. O quotidiano da família é centrado nas actividades rurais nas quais as três filhas colaboram após o término das aulas, deixando pouco tempo disponível para as actividades de estudo. As actividades laborais sobrepõem-se às restantes, inclusivé as intervenções terapêuticas. É frequente “X” chegar atrasada às sessões ou faltar devido a acontecimentos relacionados com a prática das actividades agrícolas.

Neste contexto familiar são escassas as oportunidades leitura e contacto com outros estímulos sociais, que incentivem à melhoria do nível cultural da família em geral e da “X” em particular. O percurso de desenvolvimento da “X” parece decorrer num ambiente de alguma privação sociocultural.

Avaliação

A “X” estabelece e mantém um diálogo cordial com o adulto. Efectuou todas as tarefas solicitadas, mas frequentemente deu respostas precipitadas e irreflectidas, pois apresentava grande distractibilidade e algumas falhas na memorização de instruções, que por sua vez se reflectiam na execução correcta e atempada das actividades propostas.

No que se refere à comunicação e linguagem, as capacidades de interacção social eram adequadas, assim como a compreensão de situações sociais ou a emissão de juízos sociais. Contudo, a linguagem oral muitas vezes não foi a mais correcta, foi muito empobrecida, pouco complexa, efectuou erros que já não são esperados neste nível etário (p. ex. falhas de número, género, de tempos verbais, problemas articulatórios, omissões, inversões, entre outras).

Como já foi referido, “X” tem um diagnóstico de Dislexia (atribuído em data desconhecida) e confirmado numa avaliação efectuada em Março de 2009. Relembra-se que relativamente à primeira vez em que lhe atribuem o diagnóstico, não há documentos comprovativos do mesmo.

Da análise do relatório de Março de 2009, observa-se que a única avaliação formal e padronizada que serviu de base ao diagnóstico de Dislexia foi a WISC III (que não é um instrumento de diagnóstico de Dislexia). Os resultados obtidos nesta avaliação, efectuada em 2009, colocavam a “X” com um desempenho global a um nível médio baixo, quando comparada com o desempenho esperado para a sua idade. Apesar de não de dispôr dos resultados quantitativos da WISC III, mas tendo um resultado global de nível médio baixo, nessa ocasião teria sido pertinente complementar a avaliação com outras provas de forma a efectuar um estudo mais discriminativo das dificuldades desta criança e considerar a possibilidade de explicações alternativas para o baixo rendimento académico de “X”.

Face a isto, e apesar de não se dispôr dos resultados quantitativos da WISC-III, o diagnóstico de Dislexia pareceu-nos pouco discriminativo das dificuldades apresentadas pela “X”. Se nessa data a criança já apresentava um desempenho cognitivo que a posicionam num nível médio baixo, as dificuldades de leitura, escrita e de aprendizagem em geral, poderiam ser resultantes do baixo nível intelectual da aluna e não só de uma perturbação específica como a Dislexia.

Após a recolha de informação através de entrevista, e considerando as dúvidas que a mesma história clínica originou, reiniciou-se o processo de avaliação cognitiva de “X”, através da realização da prova WISC III.

Os resultados obtidos nas várias escalas são os apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 – Resultados de QI / Índices da WISCIII

	QI/ Índice	Resultado Qualitativo
QI Verba (QI _V)	59 ^{a)}	Muito Inferior <69
QI Realização (QI _R)	89	Médio Inferior [80-89]
QI Escala Completa (EC)	67 ^{a)}	Muito Inferior < 69
Compreensão Verbal (CV)	60	Muito Inferior < 69
Organização Perceptiva (OP)	91 ^{b)}	Médio [90- 109]
Velocidade de Processamento (VP)	89	Médio Inferior [80-89]

^{a)} DSM IV TR (APA, 2002) – considera Deficiência Mental Ligeira < 70

^{b)} Este resultado destaca-se dos demais e será alvo de interpretação mais detalhada.

A título comparativo, apresentamos no Quadro 8 os resultados obtidos na WISC III, na avaliação efectuada em Março de 2009, com os obtidos na avaliação realizada em Novembro de 2010.

As avaliações distam aproximadamente 1 ano e 9 meses, tendo a X transitado, neste período, do 5ºano para o 6º ano de escolaridade. Como se observa, os resultados da avaliação realizada em Novembro de 2010 mostram um declínio no desempenho de “X”.

Quadro 8 – Resultados comparativos de QI/ Índices da WISCIII

Momentos de avaliação	Resultados de QI (WISC III)		
	QI Global	QI Verbal	QI Realização
Novembro de 2010	67 Muito Inferior	59 Muito Inferior	89 Médio Inferior
Março 2009	Médio Baixo ^c	Dados não disponíveis	Dados não disponíveis

^c Esta terminologia, utilizada no relatório de Março de 2009, não corresponde nem à utilizada na WISC III, nem à do DSM-IV-TR (APA, 2002), presume-se que o resultado deverá ser Médio Inferior (WISC III – Wechsler, 2004) o que na altura da avaliação corresponderia a um resultado entre 80-89.

Para interpretação da WISC III, seguimos o aconselhado em alguma literatura da especialidade (Groth-Marmat, 2003), partindo dos valores globais (QI da Escala Completa) e gradualmente efectivando uma interpretação mais detalhada dos sub-testes que permitem aferir o QI Verbal (QI_V) e de QI de Realização (QI_R), uma vez que a interpretação das medidas globais em princípio será de maior significado.

Resultados Globais

Na interpretação da prova WISC III, realizada em Novembro de 2010, a “X” apresenta resultados dentro de parâmetros que variam entre o nível médio inferior e o muito inferior.

A nível Global (escala completa – QI 67) a “X” apresenta um nível de desempenho que evidencia um ligeiro défice cognitivo (compatível com Deficiência Mental Ligeira). O QI_V (59) é indicador das competências na área verbal, por seu lado o QI_R o (89) é indicador das

capacidades de execução e organização perceptiva (Groth-Marmat, 2003). Destes resultados ressalta logo a grande discrepância entre o QI_R e o QI_V .

Quando se observa uma diferença superior a 12 pontos entre QI_R e o QI_V , é aconselhada uma análise mais detalhada desta discrepância (Groth-Marmat, 2003). Acresce que são particularmente significativas diferenças superiores a 25 pontos, o que poderá traduzir a presença de uma patologia uma vez que tais resultados ocorrem somente em 5% dos casos em amostras standardizadas. Desta forma ganha consistência a patologia de Deficiência Mental Ligeira.

No que respeita à área verbal quer o QI_V , quer o Índice de Compreensão Verbal situam-se a um nível muito abaixo do que seria esperado para a idade, sendo os resultados obtidos ao nível da Deficiência Mental Ligeira, o que vem confirmar todas as dificuldades que a “X” evidencia ao nível da linguagem, vocabulário e expressão de ideias, compreensão, entre outros.

Os resultados obtidos nos sub-testes, apresentados no Quadro 9.

Quadro 9 – Resultados dos Sub-testes da WISCIII

Sub-testes	Resultados Padronizados (RP)
Complemento de gravuras	8
Informação	6
Código	8
Semelhanças	2
Disposição de gravuras	11
Aritmética	3
Cubos	8
Vocabulário	2
Composição de Objectos	8
Compreensão	5
Pesquisa de símbolos	8

Área Verbal – QI_V

Todos os sub-testes que contribuem para a avaliação da área verbal estão relacionados com as seguintes competências: memória verbal, fluência verbal, capacidade de trabalho com símbolos abstractos, antecedentes educacionais, e ainda estão sujeitos a forte influência cultural (Groth-Marmat, 2003). Das subescalas que avaliam a área verbal (QI_V) destaca-se o facto de todas as provas apresentarem valores abaixo da média.

O sub-teste Informação [RP = 6], é uma prova que normalmente denuncia um ambiente empobrecido e com pouca disponibilidade para o investimento emocional, o que se afigura coerente com as fracas oportunidades socioculturais de “X”. As dificuldades escolares estão frequentemente associadas a uma atitude resistente em temas que podem suscitar ansiedade e alterações da memória a longo prazo (Groth-Marmat, 2003).

O sub-teste de Vocabulário [RP = 2] está relacionado com o desenvolvimento da linguagem, conhecimento do mundo, inteligência verbal, utilização da linguagem e conhecimentos e capacidades de aprendizagem verbal (Groth-Marmat, 2003). Este sub-teste é representativo das diminutas capacidades de “X” em termos de expressão de ideias, memória a longo prazo, fraco conhecimento da linguagem dificuldade em expressar ideias seja verbalmente, seja através da escrita.

O sub-teste Semelhanças [RP = 2], os baixos valores nesta prova reflectem fraca capacidade de abstracção, dificuldades na formação de conceitos verbais e no processamento conceptual (Groth-Marmat, 2003) o que é coerente com o desempenho de “X” em outros contextos.

O sub-teste de Aritmética [RP = 3] também evidenciou fracas capacidades na área das competências básicas de Matemática e na capacidade de utilização dessas competências (Groth-Marmat, 2003), o que é coerente com as capacidades que a “X” demonstra a nível escolar quando lhe são solicitadas tarefas que apelem a estas competências.

A nível da Compreensão [RP = 5] também se observam resultados muito abaixo da média para a idade. Esta prova está relacionada com a demonstração de conhecimentos práticos, maturidade social, conhecimento de convenções sociais (Groth-Marmat, 2003). As diminutas oportunidades de contactos sociais de “X” parecem também reflectir-se nesta prova.

Área de Realização - QI_R

No que concerne à área de realização (QI_R), “X” apresenta valores globais que se enquadram num nível médio inferior, quando comparada com o esperado para a sua idade. Este resultado, ligeiramente superior ao da área verbal, denota que “X” é mais motivada através da acção do que da reflexão.

Os sub-testes que compõem o QI_R reflectem a qualidade de envolvimento não-verbal com o meio envolvente, a capacidade de integrar os estímulos percebidos, através de respostas adequadas, a capacidade de executar tarefas rapidamente em situações concretas e também a capacidade de avaliar e integrar informação visuo-espacial (Groth-Marmat, 2003).

Analisando os resultados obtidos em cada sub-teste que contribui para o QI_R , obtemos um perfil ligeiramente superior ao verbal, mas ainda no intervalo médio inferior. Salienta-se que este resultado médio inferior é alcançado devido ao resultado obtido no sub-teste de Disposição de Gravuras [RP = 11]. Aqui “X” alcança um resultado francamente melhor que nos restantes sub-testes, que equilibra com os resultados abaixo da média obtidos nos outros sub-testes considerados para o apuramento do QI_R .

Analisadas explicações para este resultado ligeiramente superior, e que se destaca dos demais, conclui-se que nas sessões de Terapia Ocupacional a “X” tem trabalhado frequentemente tarefas semelhantes às efectuadas nesta prova, vulgarmente designadas por sequências, assim parece-nos que esta competência estará mais treinada e desenvolvida o que influenciou de forma positiva os resultados.

Analisando os restantes sub-testes, obtemos:

Este sub-teste Complemento de Gravuras [RP = 8], esta prova mede a concentração visual, a capacidade de processar informação não-verbal de carácter geral, também evidência o conhecimento de “X” sobre o seu ambiente sociocultural (Groth-Marmat, 2003). A “X” evidenciou melhores resultados quando lhe são solicitadas actividades que exigem o processamento de informação de carácter não verbal.

No sub-teste de Código [RP = 8] este resultado, também abaixo da média relativamente ao esperado para a idade, mas dentro dos mais elevados obtidos pela “X”, o que mostra as suas capacidades em termos de velocidade psicomotora, capacidade de seguir instruções, e exactidão na realização de tarefas objectivas (Groth-Marmat, 2003).

No sub-teste de Cubos [RP = 8] a prova envolve a capacidade de resolução de problemas não-verbais, porque coloca a ênfase na análise do problema nas suas partes constituintes e respectiva reintegração das partes. (Groth-Marmat, 2003). Mais uma vez o seu desempenho foi superior, evidenciado a suas capacidades na realização de tarefas que apelam a processamento de informação não verbal.

No sub-teste de Composição de Objectos [RP = 8] detecta-se novamente uma área que, embora abaixo da média esperada para a idade, mostra resultados mais positivos. Assim estaremos perante capacidade de síntese, rapidez manipulativa e perceptiva, entre outras capacidades (Groth-Marmat, 2003).

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I – 315.32 – Perturbação mista da linguagem receptiva-expressiva

315.39 – Perturbação Fonológica

Eixo II – 317 - Deficiência Mental Ligeira

Eixo III – Torcicolo congénito

Eixo IV – Problemas educacionais: fraco rendimento académico

Eixo V – Informação Insuficiente

Diagnóstico diferencial

Considerando que a WISC III nos indicia um problema cognitivo evidente, a hipótese de perturbações da aprendizagem tem de ser descartada e colocada uma nova hipótese de intervenção com base nos resultados obtidos. Face a isto, o diagnóstico adequado afigura-se o de Deficiência Mental Ligeira:

De acordo com a definição do DSM-IV-TR (APA, 2002) a Deficiência Mental caracteriza-se por um QI significativamente inferior à média sendo este défice acompanhado por limitações no funcionamento adaptativo (por exemplo: comunicação, aptidões sociais/interpessoais) e ter início antes dos 18 anos de idade. Os critérios apresentados para Deficiência Mental incluem:

A título comparativo apresentamos a definição para Perturbações de Aprendizagem:

“As perturbações da aprendizagem caracterizam-se pelo desenvolvimento inadequado das aptidões escolares específicas (por exemplo, leitura, cálculo e expressão escrita, que não são devidas a perturbações físicas ou neurológicas demonstráveis, a Deficiência Mental, ou a perturbações globais do desenvolvimento” (Fauman, 2002, p.41)

Para o diagnóstico de Perturbações da Leitura e Escrita é necessário estar na presença de um QI normal, com valores superiores a 70 (APA, 2002). Este requisito não se cumpre no caso de “X” pelo que o diagnóstico isolado de Perturbação de Aprendizagem está excluído em todas as suas sub-dimensões: perturbação da escrita, perturbação do cálculo ou perturbação da leitura (Dislexia).

Apesar da “X” apresentar também perturbações de escrita, leitura e cálculo, para se fazer o diagnóstico isolado destas perturbações, teríamos de estar perante um QI normal, um dos

critérios em que assentam os diagnósticos de perturbações da aprendizagem (APA, 2002; WHO, 2007).

Os resultados de QI de “X” serão concordantes com um diagnóstico de Deficiência Mental Ligeira, o que remete para segundo plano o diagnóstico de perturbações de aprendizagem.

A “X” apresenta um QI global inferior a 70 (Critério A) apresenta insuficiência em pelo menos 2 áreas de funcionamento adaptativo. A saber: comunicação e funcionamento académico (Critério B), com a perturbação a ter início antes dos 18 anos (Critério C).

Acresce que a “X” apresenta dificuldades na área da Comunicação. As perturbações da comunicação caracterizam-se pela “dificuldade em expressar ou compreender a linguagem verbal ou gestual e pela dificuldade em articular o discurso ou em falar com a fluência e o ritmo apropriados para a idade” (Fauman, 2002, p.55).

No caso da “X” são ainda encontrados défices que de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) se enquadram na perturbação fonológica (má articulação de alguns sons da fala), mais concretamente a “X” apresenta alterações na articulação dos fonemas /l/ e /λ/ (leia-se /lh/); no ditongo /ão/, que é oral expresso como /am/, entre outros.

Acresce ainda que esta criança cumpre os critérios para esta Perturbação Mista da Linguagem receptiva-expressiva uma vez que apresenta défices que afectam a capacidade para compreenderem a linguagem e para expressar os seus pensamentos e ideias através da linguagem verbal (APA, 2002). A título de exemplo desta alteração salienta-se o facto da “X” ter manifestado dificuldade em ler uma história e de seguida contá-la por palavras próprias ou escrevê-la, considerando estarmos perante uma criança que estava a frequentar o 6.º ano de escolaridade, esta competência deveria estar adquirida. Noutros momentos de interacção com o adulto observou-se que quando este último utilizou frases de maior complexidade, a criança demonstrou dificuldades em apreender o conteúdo da mensagem que lhe foi transmitida.

Conclusões do processo de avaliação

O processo de avaliação efectuado evidenciou as dificuldades na área verbal e em tarefas que exijam a utilização de competências verbais o que leva a ponderar que a “X” será mais facilmente motivada através da realização de tarefas práticas, que potenciem as aprendizagens dos conteúdos académicos. A aprendizagem experiencial aparentemente será a que, pelas características desta criança, mais facilmente permitirá alcançar resultados positivos.

A avaliação da área de realização evidenciou que, apesar de comprometidas, há capacidade de compreensão e de avaliação das situações globais através de indícios misturados, capacidades de raciocínio prático, orientação espacial, integração visuo-motora e velocidade de realização.

A “X” revelou alguma ansiedade que afecta a percepção e a concentração, o que poderá ter aumentado as dificuldades em discriminar detalhes essenciais dos não essenciais. Apesar disso mostrou capacidade para compreender ou avaliar uma situação total a partir de indícios, interesse pelos demais e pelas situações e relações sociais e melhor compreensão das regras de funcionamento social.

Por último, o resultado mais elevado observado em Organização Perceptiva foi a analisado com mais detalhe, uma vez que saia do padrão observado globalmente. Como foi referido, um dos itens que compõem o índice de organização perceptiva é o sub-teste de Disposição de gravuras, pelo que este resultado estará enviesado pela sistemática aprendizagem e treino de tarefas semelhantes e consequentemente será um resultado pouco discriminativo das capacidades de “X” ao nível da organização perceptiva.

Globalmente, “X” aparentou ser uma criança com a capacidade cognitiva algo comprometida, quando comparada com a sua faixa etária o que, por sua vez, poderá estar a

influenciar as aprendizagens escolares. Situação que, em última análise, se traduz em classificações negativas a várias disciplinas que compõem o seu currículo académico.

Se nos reportarmos a todo o enquadramento deste caso, poderemos afirmar que o diagnóstico de Dislexia não consegue explicar a variedade de alterações que a “X” apresenta.

Consideramos que a existência de diagnósticos anteriores de Dislexia podem, entre outras consequências, ter contribuído para dificultar a adopção de medidas de intervenção adequadas à Deficiência Mental Ligeira, e à perturbação fonológica e potenciado o agravamento do insucesso académico de “X”, uma vez que à medida que as exigências escolares aumentaram as perturbações de leitura, escrita, cálculo, comunicação e fonológicas tornam-se mais evidentes e comprometem cada vez mais o rendimento escolar. Ao ter-se tentado justificar todas as problemáticas de rendimento escolar como uma consequência de Dislexia, não foram adoptadas medidas de intervenção para as restantes áreas deficitárias deixando a especificidade que caracteriza Deficiência Mental evoluir à margem de um enquadramento adequado.

No contexto desenvolvimental de “X”, a classificação de Deficiência Mental Ligeira é pertinente pois desta forma torna possível avaliar as características psicológicas e emocionais de “X”, tendo em consideração a especificidade desta patologia, e desta forma erigir directivas de intervenção adequadas, nomeadamente nas áreas que carecem de maior suporte uma vez que, com o devido suporte, o nível de funcionalidade de “X” pode melhorar a médio longo prazo (Carvalho & Maciel, 2003).

Infelizmente, em termos familiares também não se encontrou o empenho desejável na execução de actividades que promovam o desempenho académico de “X”. A actuação da família, até à data da conclusão deste trabalho, traduziu-se em permitir a realização da avaliação e em conduzir a criança às sessões. Durante os meses em que decorreu a intervenção e a elaboração deste relatório, a família nunca procurou qualquer tipo de

informação adicional sobre os progressos da menina. Este distanciamento e falta de adesão ao processo terapêutico de “X” é notória em diversos momentos dos quais se pode salientar a irregular assiduidade e pontualidade da criança às consultas. Apesar de terem sido acordadas com a mãe sessões semanais a decorrerem em horário que não interferia com o horário escolar, foi frequente a “X” chegar tarde às sessões ou faltar sem apresentar qualquer justificação. Acresce que, regularmente, após o fim da sessão a mãe ou outro adulto estão ausentes, e a criança fica na sala de espera por longos períodos de tempo a aguardar que algum familiar a venha buscar.

Outra evidência de alguma falta de compromisso com o processo de “X” é evidenciada pela falta de empenho em fazer chegar as conclusões da avaliação psicológica à escola, já que tinha sido este o objectivo que motivou o processo de avaliação psicológica de “X”. De facto, no âmbito deste processo foi elaborado um relatório do processo de avaliação e a família foi aconselhada a apresentar as conclusões na escola para que se fizessem as devidas adaptações curriculares e se tentasse evitar novas reprovações da criança. Nomeadamente, fortalecer as áreas de desempenho mais fortes, diligenciar no sentido da criança ter acompanhamento especializado ao seu quadro clínico, uma vez que é uma criança com necessidades educativas especiais e torna-se possível fazer-se o seu enquadramento de acordo com o estipulado no Decreto-Lei 3/2008. No entanto, até à data, isto não aconteceu. Alguns meses passados sobre a avaliação e após insistência por parte do Psicólogo em saber como se encontrava o processo de “X” na escola, e se já tinham sido adoptadas medidas de apoio, a mãe referiu que “*não tinha entregue o relatório na escola*”, sem apresentar nenhum motivo para esta decisão.

Estes comportamentos por parte dos adultos responsáveis por “X” foram sendo reveladores de algum desinvestimento no processo de intervenção, se acrescentarmos a envolvente sociocultural ganha alguma consistência a ideia que a recuperação de “X” vai ficando cada vez mais comprometida.

Por último, as diversas componentes que se destacaram ao longo deste processo de avaliação e acompanhamento permitem fundamentar com alguma segurança que o diagnóstico de Deficiência Mental Ligeira é aquele que melhor explicação fornece para o quadro clínico analisado.

Propostas e estratégias terapêuticas

Objectivos gerais

Os défices encontrados em “X” podem ser alvo de intervenção adequada, efectuando o treino de algumas competências que actualmente estão deficitárias. Para além do treino de competências também será importante que a “X” seja acompanhada semanalmente com apoio psico-educativo que lhe permita redireccionar os parâmetros de motivação, atenção-concentração e empenho, de forma a aproximar o seu nível de interesses e desempenho ao espectável para a sua idade.

Simultaneamente, é necessário redireccionar as expectativas da criança e da família às reais capacidades observadas, uma vez que são manifestados objectivos que dificilmente serão alcançados (em diversas ocasiões a “X” manifestou a vontade de ser médica veterinária). Esta intervenção deverá salvaguardar e reforçar a auto-estima da criança através da procura de alternativas mais adequadas.

Com o objectivo de contribuir para melhorar os desempenhos de “X”, e dessa forma promover as suas competências na área académica, foi efectuado um programa de intervenção que obedece aos objectivos abaixo especificados. Neste programa pretende-se abarcar as diversas áreas deficitárias, de forma a conseguir uma melhoria das competências através do treino das mesmas. Para melhor adequar a intervenção esta foi dividida em 4 grandes áreas: psico-educativa emocional e cognitiva; académica; fonológica e motricidade.

Destas 4 áreas consideram-se prioritárias as relacionadas com as competências psico-educativa emocional e cognitiva e a académica.

Objectivos específicos

Área psico-educativa, emocional e cognitiva

- ⤴ Intervir ao nível da motivação, auto-estima, expectativas;
- ⤴ Intervir ao nível da dinâmica familiar (regulação de expectativas);
- ⤴ Intervir ao nível das competências cognitivas, memória, raciocínio, atenção e concentração;

Área Académica

- ⤴ Melhorar as competências de linguagem: leitura, escrita e oralidade;
- ⤴ Melhorar as competências de cálculo;

Área Fonológica

- ⤴ Melhorar as competências de comunicação: alterações fonológicas;

Área de Motricidade

- ⤴ Melhorar as competências de motricidade fina.

Operacionalização dos objectivos específicos:

Área psico-educativa, emocional e cognitiva

- ⤴ Intervenção para promover a auto-estima, a motivação e o enquadramento com os pares, promovendo a integração em grupos sociais de apoio (como os escuteiros, actividades desportivas, ou outras que existam na área residencial de “X”);

- ♣ Sessões com a família para sensibilizar para as necessidades particulares de “X”;
- ♣ Ler e recontar histórias; (para desenvolver competências relacionadas com: memória, e reorganização verbal, vocabulário);
- ♣ Resolver puzzles (para desenvolver competências relacionadas com: análise do todo a partir de partes componentes; formação de conceitos não-verbais; visualização espacial; antecipação das relações entre as partes; raciocínio; orientação no espaço; integração visuo-motora e velocidade de realização).
- ♣ Detectar diferenças em imagens semelhantes (para desenvolver competências relacionadas com: memória visual de curto prazo, percepção, concentração, disponibilidade para a aprendizagem);
- ♣ Solucionar labirintos (para desenvolver competências relacionadas com: seguimento de um padrão visual, previsão, capacidade de planeamento, organização perceptiva, controlo visuo-motor, velocidade e precisão);
- ♣ Utilizar sequências (para desenvolver competências relacionadas com: antecipação das consequências, sequenciação temporal, análise visual e compreensão das relações das partes com o todo, que se encontram, relacionadas com organização perceptiva e aquisição do esquema corporal, iniciativa para experimentar novas soluções).

Área Académica

- ⤴ Melhorar as competências de linguagem: leitura, escrita e oral, através de ensino especial integrado no percurso académico da aluna;
- ⤴ Executar cópias de textos (para promover o desenvolvimento de: atenção / concentração / memória a curto prazo);
- ⤴ Efectuar ditados de textos (para promover o desenvolvimento de: atenção / concentração / memória auditiva / memória a curto prazo);
- ⤴ Exploração dos casos de leitura (/ç/, /ss/, /c/, /ce/, /ci/, /g/, /guê/, /gui/, /ge/, /gi/, /rr/, /ar/, /er/, /ir/, /or/, /ur/, /br/, /cr/, /dr/, /fr/, /gr/, /pr/, /tr/, /ch/, /x/, /λ/ leia-se /lh/) situações mais exigentes da língua Portuguesa que exigem treino de leitura e escrita (para promover o desenvolvimento de: memória a médio longo prazo, automatização da leitura e escrita de palavras);
- ⤴ Frequentar aulas de recuperação para todas as áreas académicas deficitárias.

Área Fonológica

- ⤴ Melhorar as competências de comunicação: alterações fonológica através de sessões de terapia da fala;
- ⤴ Ler textos em voz alta (para promover o desenvolvimento de: atenção /concentração / associação fonema-grafema / fluência verbal / reconhecimento de palavras / correcção das alterações fonológicas / velocidade no processamento verbal das palavras).

Área de Motricidade

- ⤴ Melhorar as competências de motricidade fina: através de sessões de terapia da ocupacional;

- ▲ Manter as sessões de terapia ocupacional, alargando a acção: lateralidade; preposições, esquema corporal, caligrafia.

Periodicidade, duração da intervenção e outros desenvolvimentos

Os défices observados fazem antever a necessidade de apoio psicológico semanal para estimulação das capacidades cognitivas, em sessões de duração de 50 a 60 minutos.

Em termos de previsibilidade temporal da intervenção, e uma vez mais considerando as limitações observadas, prevê-se a necessidade de apoio ao longo de todo o percurso académico.

Para que o percurso académico de “X” se desenvolva de forma mais positiva, continua a ser pertinente que seja englobada em medidas específicas de apoio educativo e de eventual adaptação curricular, conforme Decreto-Lei 3/2008.

Numa fase posterior, caso a adaptação curricular não promova alterações positivas a nível do rendimento escolar, poder-se-á proceder à avaliação e intervenção a nível dos comportamentos adaptativos. Este processo poderá ser conduzido tendo em consideração os procedimentos propostos na Escala de Comportamentos Adaptativos (ECA_E - Santos & Morato, 2004).

CASO – “Y”

Dados biográficos

Nome: “Y”

Data de nascimento: 3 de Junho de 1995 (15 anos e 9 meses)

Sexo: Feminino

Ano de escolaridade: Frequenta o 9.º ano de escolaridade

Agregado Familiar: Pai trabalhador fabril, Mãe: desempregada de longa duração; uma irmã mais nova com 8 anos de idade

Naturalidade / residência: Póvoa de Varzim

Motivo da consulta

A “Y” surgiu na consulta de psicologia por preocupação familiar face as dificuldades nas aprendizagens académicas, estava na ocasião no final do 2.º período, do 8.º ano de escolaridade, decorria o ano lectivo 2009/2010.

Aquando da primeira consulta a “Y” estava em risco de repetir novamente o 8.º ano de escolaridade.

Problema apresentado

Quando surge na consulta, após o final do segundo período escolar, “Y” está na eminência de ficar novamente retida no 8.º ano de escolaridade. A Directora de Turma sugeriu à mãe que “Y” fosse encaminhada para um curso profissional, uma vez que ia ficar retida novamente e a via profissional seria a mais indicada. A Directora de Turma referiu ainda que há disciplinas essenciais como as disciplinas de Português e Matemática em que as falhas eram tão graves que seria praticamente impossível recuperar as notas.

A família não aceitou a sugestão da DT em encaminhar a “Y” para o ensino técnico-profissional. Pelo contrário, mostrou mesmo algum ressentimento para com a DT, manifestando-o através de comentários frequentemente proferidos contra o desempenho dos professores relativamente à “Y”. A família, através da mãe, referiu ainda que a “Y” não tem qualquer limitação que seja impeditiva de prosseguir estudos e acrescentou que, como a filha é repetente, os professores *“já a puseram de lado”*. Esta era uma expressão frequentemente proferida pela mãe.

É neste enquadramento que a família procurou apoio para que a “Y” conseguisse recuperar as notas negativas e transitar para o 9.º ano de escolaridade.

História do problema

A caracterização do percurso académico de “Y” permitiu identificar que em diversos momentos esteve na iminência de ficar retida, todavia acabou sempre por conseguir transitar de ano.

Ainda frequentava a escola primária quando iniciou apoio psico-educativo, em virtude das dificuldades académicas que já se manifestavam. Contudo, a mãe não apresenta qualquer relatório referente a esse período de acompanhamento, nem sabe especificar a duração da intervenção anterior, que tipo de trabalho foi desenvolvido com a filha, qual o ano lectivo que a filha frequentava quando iniciou o apoio psico-educativo, nem quando terminou essa intervenção.

Na escola, nunca teve apoio educativo, apesar das dificuldades académicas estarem presentes desde cedo, em diversos momentos a mãe utilizou expressões *“a “Y” é preguiçosa para os assuntos da escola”*; ou *“ela não se esforça nada”*.

Neste discurso que deixou transparecer a falta de empenho da “Y”, a mãe também ressaltou o facto de, para a família, ser muito importante que a filha tirasse um curso

superior, a dado momento a mãe expressou *“ela não se interessa pelo estudo, mas que o pai faz questão que ela vá para a Faculdade”*.

Até à primeira retenção no 8º ano, a mãe refere que a filha sempre mostrou desinteresse, falta de empenho e pouca motivação pela escola, mas que no final de cada ano lectivo a filha conseguia transitar para o ano seguinte, pelo que não consideravam a situação muito preocupante. A fundamentar este percurso sempre levado ao limite a “Y” mostra-se confiante nas suas capacidades e referiu que *“quando chegar ao terceiro período eu sei que passo!”*.

À data da primeira consulta, então com 14 anos de idade, deveria frequentar o 9.º ano de escolaridade. Nesta consulta, quando questionada sobre a possibilidade de voltar a reprovar e repetir novamente o 8º ano, referiu que isso não iria suceder, e se por um acaso isso acontecesse, repetiria o ano sem qualquer problema.

A “Y” efectuou somente três sessões de acompanhamento até ao final do ano lectivo, tendo a mãe evocado motivos financeiros como impeditivos de consultas mais frequentes.

Nas três sessões (inclui a primeira consulta e mais duas ao longo do último trimestre do 8.º ano), não foram exploradas questões relativas às capacidades cognitivas da “Y”, em virtude dela já ter efectuado apoio psicológico e tal situação nunca ter sido levantada, segundo informação recolhida junto da mãe. Simultaneamente, face à situação apresentada era necessário implementar rapidamente estratégias remediativas na tentativa de evitar que a “Y” reprovasse novamente e repetisse o 8º ano de escolaridade pela terceira vez. Efectuar a avaliação cognitiva naquele momento não iria ter um contributo imediato para a resolução da problemática apresentada.

Esta breve intervenção terminou ao fim de três sessões uma vez que a “Y” conseguiu recuperar algumas das notas negativas e transitar para o 9.º ano de escolaridade. A mãe informou telefonicamente o Psicólogo que tinha sido alcançado o objectivo proposto e como tal não havia necessidade em continuar com as sessões da filha.

Com o início do novo ano lectivo (2010/2011) as dificuldades académicas tornaram a manifestar-se e no final do primeiro período a “Y” apresentava resultados académicos bastante baixos, que se traduziram em avaliações negativas a praticamente todas as disciplinas, inclusivamente a Educação Física.

A pedido da DT, a mãe realizou um contacto telefónico com o Psicólogo que acompanhava a “Y”. Neste contacto a mãe informou da situação delicada em que a filha se encontrava novamente, e que a DT desejava entrar em contacto directamente com o Psicólogo para analisarem e discutirem estratégias de intervenção.

Deste contacto entre o Psicólogo e a DT resultou o esclarecimento de diversos aspectos:

a) A “Y” não tem acompanhamento regular por psicologia, ao contrário do que foi transmitido na escola;

b) A DT informou que a “Y” no ano lectivo anterior transitou para o 9.º ano de escolaridade porque o caso foi discutido em conselho de turma. Na realidade a “Y” não tinha conseguido recuperar nenhuma nota, mas como iria repetir o 8.º ano pela terceira vez, os professores optaram por subir a nota a uma das disciplinas. Esta informação não coincidia com a informação transmitida pela mãe de “Y” ao Psicólogo;

c) A DT referiu que a “Y” tem o mesmo problema que a irmã mais nova que é disléxica;

d) Ficou acordado entre a DT e o Psicólogo que era necessário efectuar um processo de avaliação psicológico da “Y”.

Após este contacto foi marcada uma nova consulta com a “Y” para se analisar a situação académica, de onde se concluiu que a “Y” atribuiu exclusivamente a si própria o mérito de ter transitado de ano, apesar de ter mantido as notas negativas nos testes.

Nesta fase a mãe já referiu: *“ela é disléxica como a irmã e precisa de apoio porque a Dislexia é uma doença, as crianças disléxicas têm a vida mais facilitada!”*

A mãe deixou também transparecer surpresa com o facto de a filha ter transitado de ano sem ter as condições necessárias. Referiu que desconhecia por completo tal situação, mas salientou que como a filha tem problemas, merecia ter um currículo adaptado para passar de ano e assim prosseguir estudos. Voltando a citar a mãe: *“há muitos disléxicos na Faculdade. A minha filha também irá porque se facilitam a vida a uns têm de facilitar a outros.”*

Foi então planeado o processo de avaliação da “Y”.

História desenvolvimental e psicossocial

Na entrevista de anamnese não surgiram dados relevantes a nível do processo de desenvolvimento. A mãe referiu um desenvolvimento dentro dos parâmetros normais, não tendo identificado dados de destaque no percurso desenvolvimental da filha.

O agregado familiar é composto pelos pais e uma irmã mais nova, a “Y” é a primeira filha do casal. A irmã mais nova apresenta graves problemas académicos. A família tem um baixo nível socioeconómico, que se agravou quando a mãe começou a ter problemas no seu negócio, que culminaram com o encerramento do mesmo. Desde então que a mãe está desempregada, condição que já se prolonga há alguns anos. A nível educacional, a família também apresenta um nível académico baixo, já que ambos os pais concluíram apenas o 6.º ano de escolaridade.

A mãe salienta que raramente as filhas frequentam festas, ou qualquer outro tipo de convívio com colegas porque a situação financeira não o permite. As ocasiões em que se possibilitam tais convívios são restritas a celebrações familiares exclusivamente da família materna. Quer a mãe, quer a filha deixam transparecer que existe um ambiente conflito com a família paterna, chegando a responsabilizar essa parte da família pela delicada situação financeira em que se encontram. A “Y” também manifesta algum desconforto relativamente aos avós e tio paterno.

Entre os factores de litígio com a família paterna está a residência ocupada pela família. A casa é manifestamente pequena para o agregado familiar. As duas filhas dormem na sala, uma vez que a casa só dispõe de mais um quarto que está destinado aos pais. O local de descanso das filhas é um local de passagem para a cozinha e para o quarto dos pais.

A “Y” frequentemente refere que não gosta da casa onde vive e que a culpa deles não poderem sair dessa casa é da avó paterna *“porque ela tramou o meu pai para ajudar o meu tio, e agora que ela morreu o meu avô faz o mesmo só ajuda o meu tio”*.

Estes factores habitacionais menos positivos estão na origem dos escassos contactos sociais de “Y”. Ela refere que não convive muito com colegas da turma, não frequenta a casa deles nem permite que frequentem a sua. Este isolamento é particularmente sintomático nos períodos de férias em que “Y” fica em casa a ver televisão, não lhe sendo facultadas outro tipo de actividades. As questões financeiras e as condições de habitabilidade da residência são os factores invocados pela mãe para esta situação.

“Y” refere que as características da sua residência são impeditivas de convidar colegas para estudar com ela, ou para conviver.

É este enquadramento familiar e sociocultural que acompanha a Y” quando esta surge às consultas.

Avaliação

Desde a primeira sessão que a “Y” tem comportamentos muito diferentes consoante a mãe está ou não presente na sala da consulta. Na presença da mãe mantém uma postura distante e introvertida. Quando se encontrou sozinha com o psicólogo foi mais extrovertida e apresentou questões que a preocupavam, nomeadamente questões típicas da adolescência (puberdade, ciclos menstruais, sexualidade). Tinha um discurso fluente mas pobre em termos de vocabulário e revelou desconhecimento sobre assuntos do quotidiano.

Raramente colocava questões relativamente à escola e a formas de estudo, embora manifestasse o desejo de prosseguir a sua carreira académica frequentando um curso superior, mas não identificava objectivos concretos neste projecto, particularmente qual o curso que pretendia seguir, pontualmente refere: *“qualquer coisa ligada à saúde”*.

Quando questionada sobre a situação comprometedora em que se encontrava novamente, não exprimiu qualquer desconforto pelo elevado número de negativas que apresentava, nem pelo facto de ter transitado para o 9º ano sem ter conseguido melhorar as notas nas avaliações, ou com a possibilidade de voltar a reprovar e ter de repetir o 9º ano de escolaridade.

Pelo contrário, mostrou excesso de confiança nas suas capacidades, assumiu que fosse qual fosse o seu desempenho no final iria transitar para o 10º ano de escolaridade.

Ao regressar às consultas de Psicologia foi inquirida sobre se continuava a aplicar algumas das técnicas de estudo que lhe tinham sido introduzidas nas primeiras sessões.

Ressalve-se que nas primeiras sessões se tinha tentado identificar quais os hábitos e métodos de estudo de “Y”, e observou-se que a “Y” não disponha de hábitos de estudo, apresentava dificuldades em organizar e equilibrar o tempo livre e tempo dedicado ao estudo, não conseguia identificar as áreas mais importantes das matérias escolares, não sabia fazer resumos, não possuía nenhum estilo de estudo adequado às suas características pessoais.

As três primeiras sessões (ainda enquanto frequentava o 8º ano de escolaridade) foram focadas na explicação de técnicas de estudo, com o objectivo de melhorar o mais rapidamente possível o desempenho escolar, incentivou-se e motivou-se a “Y” para aplicar estas técnicas em casa nos seus momentos de estudo. Em cada sessão foram analisadas as dificuldades sentidas em aplicar as novas estratégias. As sessões foram dedicadas a estimular os hábitos de estudo e a “Y” era encorajada a relatar quais as técnicas que aplicou e as dificuldades

encontradas. Desta forma pretendeu-se que “Y” desenvolvesse um processo de descoberta e ajustamento do seu estudo ao seu estilo pessoal.

A mãe foi aconselhada a adquirir o livro “SOS Tenho de Passar de Ano: Técnicas para Estudar com Sucesso” (Paiva, 2007), para auxiliar a filha a alcançar o maior aproveitamento possível no estudo.

Quando questionada sobre se tinha prosseguido com a implementação deste processo a “Y” referiu que continuava a aplicar as técnicas aprendidas e deu como prova do seu empenho e sucesso o facto de ter conseguido transitar para o 9º ano.

Conforme tinha ficado acordado com a DT efectua-se a avaliação da “Y”.

A avaliação psicológica foi iniciada com a aplicação da WISC III.

Resultados Globais

Seguidamente são apresentados dois quadros com os resultados obtidos na WISC III.

Nesta avaliação sobressai que a “Y” apresenta maioritariamente resultados qualitativos de nível inferior.

A nível global (escala completa $QI = 74$) a “Y” apresenta um nível Inferior, que evidencia em termos cognitivos a necessidade de acompanhamento e estimulação cognitiva. Apesar de não se poder considerar uma Deficiência Mental Ligeira porque não é inferior a 70 (APA 2002), também não se pode considerar dentro dos parâmetros normais, pois para isso deveria ser igual ou superior a 80 (WISC III - Wechsler, 2004)

No que respeita ao QI verbal ($QI_V = 75$) a “Y” também apresenta um nível inferior quando comparada com o expectável para a idade. O mesmo sucede com o QI de realização ($QI_R = 79$).

Observando os valores obtidos em QI_V e QI_R , obtém-se uma diferença de quatro pontos. De acordo com a literatura tal diferença é demasiado pequena para ser considerada significativa (Groth-Marmat, 2003).

Destes resultados o que obtemos é um padrão homogêneo a nível de QI , onde não se destacam flutuações significativas, que sejam reveladoras de patologias específicas (Groth-Marmat, 2003).

As provas que avaliam as competências verbais permitem identificar que a “Y” obtém em todas as provas valores abaixo do esperado para a sua idade, posicionando-se num nível inferior. As provas que contribuem para avaliar as competências na área de realização também revelam um desempenho de nível inferior.

Quadro 10 – Resultados de QI /Índices WISCIII

	QI/ Índice	Resultado Qualitativo
QI Verbal (QI_V)	75	Inferior [70-79]
QI Realização	79	Inferior [70-79]
QI Escala Completa (QI_R)	74	Inferior [70-79]
Compreensão Verbal (CV)	74	Inferior [70-79]
Organização Perceptiva (OP)	77	Inferior [70-79]
Velocidade de processamento (VP)	103	Médio [90-109]

Quadro 11 – Resultados dos Sub-testes da WISCIII

Sub-testes	Resultados Padronizados (RP)
Complemento de gravuras	5
Informação	9
Código	10
Semelhanças	5
Disposição de gravuras	4
Aritmética	8
Cubos	9
Vocabulário	5
Composição de Objectos	9
Compreensão	6
Pesquisa de símbolos	11

Área Verbal - QI_V

Das subescalas que avaliam a área verbal (QI_V), destaca-se em todas elas resultados abaixo da média esperada para a idade, o que denuncia um ambiente empobrecido, frequentemente associado a pouco investimento emocional, negativismo, distorção dos processos de pensamento e desconfiança, dificuldades a nível do conhecimento lógico-abstracto, baixo leque de interesses e consequentemente diminuição da disponibilidade para o conhecimento (Groth-Marmat, 2003). Estas características gerais vão ao encontro das suspeitas que se foram acumulando relativamente à “Y”, ou seja, baixo empenho nas áreas académicas, pouco interesse para a aquisição de conhecimentos académicos, baixa estimulação sociocultural, entre outras.

Todos os sub-testes que contribuem para a avaliação da área verbal estão relacionados com as seguintes competências: memória verbal, fluência verbal, capacidade de trabalho com

símbolos abstractos, antecedentes educacionais, e ainda estão sujeitos a forte influência cultural (Groth-Marmat, 2003).

Das sub-escalas, que avaliam a área verbal (QI_V) destaca-se:

O sub-teste Informação [RP = 9] com um valor abaixo da média esperada para a idade é aquele que se destaca por ser o mais elevado dentro da área verbal. Esta prova normalmente evidencia curiosidade intelectual e reflecte os antecedentes académico-educacionais (Groth-Marmat, 2003). Apesar de ser um dos valores mais elevados observados, continua abaixo da média esperada para a idade, deixando transparecer o perfil de “Y” relativamente ao seu histórico de baixos resultados académicos.

No sub-teste de Vocabulário [RP = 5] encontram-se relações com o desenvolvimento da linguagem, conhecimento do mundo, inteligência verbal, utilização da linguagem e conhecimentos e capacidades de aprendizagem verbal (Groth-Marmat, 2003). Este sub-teste é representativo das diminutas capacidades de “Y” em termos de expressão de ideias, memória a longo prazo e formação de conceitos e fraco conhecimento da linguagem.

O sub-teste Semelhanças [RP = 5] está fortemente relacionado com o raciocínio abstracto, formação de conceitos verbais, processamento conceptual, distinção de detalhes essenciais de não essenciais (Groth-Marmat, 2003). Os baixos valores nesta prova revelam fraca capacidade de abstracção, pensamento inflexível (Groth-Marmat, 2003).

No sub-teste de Aritmética [RP = 8] evidencia-se a capacidade de computação, raciocínio numérico, atenção, concentração, raciocínio lógico, entre outros. Esta prova apela a competências básicas de matemática e à capacidade de utilizar essas competências (Groth-Marmat, 2003). Os resultados neste sub-teste, comparativamente aos de outros sub-testes da área verbal, revelam que o raciocínio lógico-matemático é uma das áreas de melhor desempenho da “Y”.

A nível da Compreensão [RP = 6], também se observam resultados muito abaixo da média para a idade. Esta prova está relacionada com a demonstração de conhecimentos práticos, maturidade social, conhecimento de convenções sociais (Groth-Marmat, 2003). Mais uma vez nos deparamos com resultados baixos mas aparentemente consistentes com todo o percurso desenvolvimental de “Y”. Os escassos contactos sociais, o baixo nível sociocultural parecem reflectir-se ao longo de todas as provas, sendo notórios em situações onde se apela a estas capacidades.

Os baixos resultados na área verbal podem reflectir um ambiente pouco estimulante em termos emocionais, com baixo envolvimento, imaturidade social, pouco pragmatismo, distorção dos processos de pensamento, desconfiança, dificuldades de concentração, distração, dificuldades de memória a curto e a longo-prazo, fracos antecedentes educacionais, inteligência geral reduzida, fraco desenvolvimento da linguagem, baixa motivação, fraca capacidade de abstracção, iliteracia, pouca curiosidade, privação cultural, impulsividade, fraca capacidade de julgamento de situações sociais (Groth-Marmat, 2003).

De salientar ainda, que tais resultados evidenciam distractibilidade e dificuldades em focalizar a atenção, problemas de memória, de evocação, de generalização da informação e aplicação a novas situações (Groth-Marmat, 2003).

Área de Realização – QI_R

No que concerne à área de realização ($QI_R = 79$) a “Y” apresenta valores também de nível inferior, quando comparada com o esperado para a sua idade. Este resultado é coerente com o obtido na componente verbal, denotando-se que a “Y” apresenta dificuldades globais nas diversas áreas avaliadas.

Analisando cada um dos sub-testes individualmente obteve-se:

Complemento de gravuras [RP = 5], estes resultados denunciavam falhas perceptivas do todo em relação às partes; dificuldade em destrinçar detalhes essenciais dos não essenciais; reduzido alerta visual, entre outras (Groth-Marmat, 2003).

Código [RP = 10], resultado dentro da média, o que mostra velocidade psicomotora, capacidade de seguir instruções, exactidão na execução das tarefas, memória visual a curto prazo com um desempenho adequado (Groth-Marmat, 2003).

Disposição de Gravuras [RP = 4], o baixo resultado obtido evidência processamento mental lento, baixa motivação e/ou ansiedade (Groth-Marmat, 2003).

Cubos [RP = 9], esta prova envolve a capacidade de resolução de problemas não-verbais, porque coloca a ênfase na análise do problema nas suas partes constituintes e respectiva reintegração das partes. (Groth-Marmat, 2003).

Composição de Objectos [RP = 9], neste sub-teste detecta-se novamente uma área, que, embora abaixo da média esperada para a idade, mostra resultados mais positivos. Assim estaremos perante capacidade de síntese, rapidez manipulativa e perceptiva, entre outras capacidades (Groth-Marmat, 2003).

Destaca-se ainda o desempenho superior no sub-teste Pesquisa de Símbolos, o que remete que “Y” tem mais potencial quando são activadas capacidades que apelam para coordenação viso-motora, rapidez na identificação visual, velocidade no processamento de informação não verbal (Groth-Marmat, 2003).

De uma forma geral os resultados entre área verbal, e de realização são homogéneos.

Outras Avaliações

Considerando que a área verbal era aquela que, em princípio, originava o diagnóstico de Dislexia, a avaliação foi complementada com a aplicação da Prova Decifrar (Salgueiro, 2002).

Esta prova tem por objectivo averiguar a capacidade de leitura oral, de palavras isoladas, com um grau crescente de dificuldade. No final, a idade de leitura deverá corresponder à idade cronológica, quando estivermos perante uma criança sem problemas nas componentes avaliadas.

Apesar de se poderem tecer críticas à aplicação desta prova, uma vez que ela só será discriminativa até à idade de 11 anos e meio, optou-se pela sua aplicação uma vez que muitas das provas e testes que avaliam competências específicas de leitura e/ou escrita são direccionadas para faixas etárias mais novas. No fundo, fez-se uma opção de compromisso, sabendo que *a priori* se “Y” acertasse na leitura de todos os itens obteria uma pontuação máxima de idade de leitura de 11 anos e meio e neste caso a avaliação não seria discriminativa das capacidades de “Y” e o resultado obtido não podia ser considerado no processo de avaliação que decorria.

Porém, no caso concreto da “Y” a idade de leitura é de 10 anos, o que é consideravelmente inferior, quando tomamos por referência a idade cronológica, que é de 15 anos. Este resultado é coerente com o apurado nos sub-testes verbais da WISC-III. Em resumo todas as provas dedicadas a avaliar as competências verbais de “Y” deixaram transparecer um desempenho verbal restrito e limitado.

Foram ainda solicitadas outras tarefas informais como enunciar as tabuadas, contar um filme que tivesse visto, entre outras. A “Y” efectuou todas as tarefas solicitadas, mas frequentemente deu respostas precipitadas e irreflectidas, pois apresentava grande distractibilidade e algumas falhas na memorização de instruções, que por sua vez se reflectiram na execução correcta e atempada das actividades propostas.

Acresceu alguma falta de motivação para o processo de avaliação em geral. A adolescente não sentia necessidade de melhorar os seus desempenhos académicos, referindo por diversas vezes que todo este procedimento era desnecessário, uma vez que ela sabia que não ficaria

retida no 9º ano. O que nos leva a colocar a possibilidade de todos estes baixos resultados poderem estar sob a influência de fraca motivação e empenho. A motivação é sem dúvida um dos factores que também influencia o desempenho académico. Encontram-se na literatura dados que referem que 50% a 75% da variância no sucesso académico das crianças depende fortemente de factores não intelectuais como a persistência, a curiosidade ou a motivação (Groth-Marmat, 2003), outro factor que influencia o desempenho académico reside na qualidade das relações familiares (Peixoto, 2004), que será outro aspecto a explorar na continuidade do processo terapêutico.

No que se refere à comunicação e linguagem, as capacidades de interacção social são aparentemente adequadas, contudo, a linguagem oral muitas vezes não é a mais correcta, é muito empobrecida e pouco complexa para uma adolescente de 15 anos.

Globalmente, “Y” apresenta um ligeiro comprometimento da capacidade cognitiva, (apesar de ainda estar dentro dos valores considerados normais) o que influencia as aprendizagens académicas. Considera-se essencial que a “Y” seja englobada em medidas específicas de apoio educativo sendo recomendado a estimulação das áreas deficitárias (leitura, escrita, compreensão e cálculo) de forma a minimizar as limitações observadas.

Uma das pistas para o diagnóstico de Dislexia é a discrepância entre o QI e a capacidade de ler (Everatt et al., 2007) e/ou ainda quando se aplica uma prova como a WISC III, a discrepância entre QI_R e QI_V . No caso específico de “Y” encontramos resultados homogéneos, pelo que os dados recolhidos não validam a hipótese de Dislexia.

Destas observações, o plano de intervenção elaborado para “Y” deverá assentar inicialmente nas capacidades que mostram maior desenvolvimento.

Diagnóstico multiaxial

Eixo I – 315.9 – Perturbações de aprendizagem sem outra especificação

315.32 – Perturbação mista da linguagem receptiva-expressiva

315.39 – Perturbação fonológica

Eixo II – não se observa

Eixo III – não se observa

Eixo IV – Problemas educacionais: problemas académicos

Problemas económicos: família com baixos recursos financeiros

Eixo V - Informação insuficiente

Diagnóstico diferencial

A “Y” apresenta um perfil cognitivo homogéneo quer a nível global (74), quer por áreas (verbal e realização, 79 e 75 respectivamente). Apesar dos valores a posicionarem abaixo do que seria espectável para a idade, este perfil cognitivo denuncia dificuldades globais em todas as áreas avaliadas. A faixa etária em que se posicionava a “Y”, a data da avaliação e o seu padrão académico anterior permitem-nos concluir estarmos perante um quadro global de perturbações de aprendizagem sem outra especificação, uma vez que a “Y” não preenche os critérios para nenhuma perturbação específica.

Como também são encontrados défices ao nível da linguagem expressiva e receptiva, a “Y” tem dificuldade em relatar acontecimentos do quotidiano, em expôr assuntos que a preocupam, assim como quando lhe são dirigidas perguntas mostra dificuldade em responder adequadamente. Em alguns momentos foi necessário enunciar a questão de forma mais simples para se obter uma resposta adequada. Ora de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) estes dados permitem colocar a hipótese de também estar presente um défice no

desenvolvimento da capacidade para compreender a linguagem e para expressar ideias e pensamentos, assim como dificuldade em compreender palavras, frases, entre outros.

Surge-nos ainda significativo o facto de aos 15 anos de idade a “Y” ter dificuldade em articular correctamente os sons /l e /λ/, que remete para a presença de uma perturbação fonológica - DSM-IV-TR (APA, 2002).

Face a este enquadramento, exclui-se o diagnóstico de Dislexia (enquanto perturbação da leitura) uma vez que as alterações encontradas que englobam num quadro mais abrangente de dificuldades. Acresce que os resultados homogéneos entre QI_V e QI_R , também evidenciam um subdesenvolvimento global e não só na capacidade específica de leitura, pelo que foi descartada a hipótese de Dislexia.

Propostas e estratégias terapêuticas

Objectivos Gerais

Os dados obtidos fundamentam a possibilidade da “Y” sofrer de dificuldades de aprendizagem generalizadas à maior parte das áreas académicas. Face a isto, recomenda-se que a “Y” seja acompanhada semanalmente, com apoio psicológico, que permita redireccionar parâmetros de motivação escolar, atenção-concentração e empenho, de forma a aproximar o seu nível de interesses e desempenho ao esperado para a idade. Simultaneamente, será necessário redireccionar as expectativas da “Y” e da família às reais capacidades observadas, uma vez que são manifestados objectivos a médio longo-prazo que passam pelo ingresso no ensino superior que dificilmente serão alcançados (num dos momentos em que a “Y” referiu que pretendia continuar estudo acabou por mencionar a possibilidade de conseguir ser médica pediátrica). Relativamente à família, deverá ser efectuado apoio no sentido de diminuir a pressão sobre a “Y” para ingressar no Ensino

Superior como é desejo do pai, sendo que este elemento da família se mostrava particularmente revoltado com a possibilidade desse ingresso poder não suceder.

Esta intervenção pretenderá salvaguardar e reforçar a auto-estima da adolescente através da procura de alternativas mais adequadas, mas sem que isso provoque excessivos sentimentos de frustração e incapacidade.

Considerando ainda as dificuldades que foram evidenciadas neste processo de avaliação, a “Y” deveria ser também sinalizada para efectuar orientação vocacional, de forma a canalizar as suas escolhas académicas de acordo com as suas capacidades e áreas mais fortes.

Apesar de não ser prioritário, face à idade da “Y”, ainda poderá beneficiar de intervenção por Terapia da Fala, para minimizar os défices fonológicos.

Com o objectivo de contribuir para melhorar os desempenhos de “Y”, e dessa forma promover as suas competências na área académica foi efectuado um programa de intervenção que obedece aos objectivos abaixo especificados.

Neste programa pretende-se abarcar as diversas áreas deficitárias, de forma a conseguir uma melhoria das competências através do treino das mesmas.

Para melhor adequar a intervenção esta foi dividida em 4 grandes áreas: psico-educativa emocional e cognitiva, académica e fonológica.

Operacionalização dos objectivos

Área Psico-educativa, emocional e cognitiva

▲ Como a “Y” está a iniciar o terceiro período, é essencial encaminhar para o gabinete de orientação vocacional para determinar as aptidões, interesses de “Y”, uma vez que ao transitar para o 10.º ano terá de fazer uma opção ajustada as suas capacidades.

▲ Considera-se ainda necessário preparar a “Y” e a família para a possibilidade de “Y” nesta fase não ter as competências adequadas para seguir a via de ensino e ingressar na Faculdade; em virtude das falhas que apresenta.

▲ Estabelecer novas metas curriculares, nomeadamente após a orientação vocacional, dispôr de apoio para encontrar as alternativas técnico-profissionais mais ajustadas ao seu perfil.

Área Académica

▲ A nível da escola, é fundamental que a “Y” integre os grupos de apoio ao estudo para todas as disciplinas para melhorar os conhecimentos nas diversas áreas curriculares.

Área Fonológica

▲ Eventualmente, não sendo prioritário a “Y” poderia frequentar sessões de terapia da fala para melhorar a articulação de sons /l/ e do som /λ/).

Periodicidade, duração da intervenção e outros desenvolvimentos

Considerando os défices observados, considera-se essencial apoio psicológico semanal para estimulação das capacidades cognitivas, em sessões de duração de 50 a 60 minutos.

O apoio psicológico permitirá redireccionar parâmetros de motivação escolar, atenção-concentração e empenho de forma a aproximar o seu nível de interesses e desempenho ao esperado para a idade. Simultaneamente, se a escola proporcionar apoio educativo acredita-se que o desempenho académico da “Y” melhorará. Em termos de previsibilidade temporal da intervenção, face aos défices observados prevê-se a necessidade de apoio ao longo de todo o percurso académico, ou enquanto se manifestarem as dificuldades agora identificadas.

5.6 - Reflexão

“A pior forma de desigualdade é tentar fazer coisas desiguais iguais.”

Aristóteles

Em 1964, Robert Rosenthal e Lenore Jacobson desenvolveram um estudo que trouxe para o campo da psicologia aquilo que viria a ser designado de Efeito de Rosenthal ou efeito de Pigmeleão (Rosenthal & Jacobson, 1968). Anteriormente em 1949, Robert K. Merton, sociólogo, designava um efeito semelhante de efeito de auto-realização de expectativas, situação detalhadamente descrita no seu livro, “Social Theory and Social Structure” (Merton, 1968). Se continuarmos a nossa pesquisa deparamo-nos com outra investigação realizada em meados dos anos 60, em que é relatado um efeito idêntico, embora desta vez no contexto da gestão por Douglas McGregor (1960). Neste estudo concluiu-se que as expectativas dos gestores relativamente aos seus empregados influenciavam o desempenho destes últimos. No campo da Psicologia Social e Organizacional, encontramos ainda referência ao efeito de Hawthorne que descreve uma variação deste tipo de efeito em populações fabris (Mayo, 1933).

Seja qual for a designação atribuída, jamais poderemos afirmar que estamos perante um fenómeno novo e pouco estudado. Em comum, todas as situações anteriores destacaram como o efeito das expectativas e percepções da realidade influenciavam a forma como os indivíduos se relacionavam com essa mesma realidade.

Em 1964, aquando das conclusões de Rosenthal e Jacobson (1968), a Psicologia poderá ter ficado surpresa com a forma como este efeito condicionava o desempenho dos professores perante os seus alunos, e as consequências positivas ou negativas que daí advinham para os alunos.

Se procurarmos alguns dos resultados práticos destes estudos, talvez encontremos alguns na formação dos futuros Psicólogos. Desde muito cedo se tenta alertar para a importância e consequências em atribuir determinado “rótulo” aos pacientes, pois ao caracterizar-se um paciente poderemos estar a comprometer o seu futuro. Estes cuidados devem ser mantidos na linguagem, na elaboração de relatórios, devendo evitar-se expressões como normal, anormal, Deficiência Mental, uma vez que estes “rótulos” acompanharão os sujeitos ao longo da sua vida e, directa ou indirectamente, poderão influenciar o seu futuro.

Contudo, em alguns momentos parece-nos que as precauções na linguagem remeteram para segundo plano uma outra consequência destes estudos: os Psicólogos e outros profissionais de saúde, enquanto elementos integrantes da sociedade, também são potenciais vítimas destes fenómenos sociais, pelo que, em consequência, têm uma responsabilidade acrescida que os deveria manter particularmente atentos à influência destes fenómenos junto deles próprios no exercício da sua prática profissional e na sua relação com os restantes elementos com quem interagem sejam pacientes, pais, professores ou outros agentes sociais. O risco de não o fazer é que se poderá potenciar e legitimar o mais variado tipo de incorrecções.

Em primeiro lugar, se na prática da Psicologia nos inibirmos de nomear correctamente uma patologia, porque essa designação nos afigura demasiado negativa e marcante no futuro do paciente, poderemos com tais cuidados de linguagem, estar a abrir caminho a outras terminologias, mais normais e socialmente correctas, mas tecnicamente desajustadas, e comprometedoras de uma intervenção adequada.

Em segundo lugar, estes cuidados extremos na linguagem utilizada por muitos psicólogos, parece estar a contribuir para que outros profissionais assumam o nosso papel e chamem “as coisas pelos nomes”, resultando na incorrecta utilização das designações, vulgarização de terminologias com resultados também negativos no futuro dos pacientes.

Se mantivermos esta postura algo permissiva acabamos por contribuir indirectamente para que diagnósticos incorrectos abundem e um efeito semelhante ao Rosenthal se continue a verificar. E eventualmente um diagnóstico incorrecto, ou simplesmente uma designação incorrecta para uma determinada patologia será menos geradora de expectativas e condicionará menos a actuação dos vários agentes que interagem com o sujeito a quem atribuído determinado diagnóstico?

Observemos os casos analisados: ambos parecem sofrer daquilo a que abusivamente chamaremos de “efeito Dislexia”, foi atribuído um diagnóstico que era insuficiente para explicar a complexidade da situação que afectava cada uma das pacientes estudadas, mas tal diagnóstico estabeleceu-se e influenciou o percurso académico das duas e inibiu a realização de uma avaliação detalhada e pormenorizada da cada uma das situações e ainda inviabilizou uma adequada e eficaz intervenção.

Em resumo nestes dois casos os “rótulos” de “deficiente mental” ou de “dificuldades de aprendizagem” estiveram sempre omissos, e no seu lugar surgiu o diagnóstico abrangente de “Dislexia”.

Uma das consequências mais imediatas desta linguagem “mais correcta” foi a ausência de intervenção adequada à especificidade de cada uma das patologias. Ao que se poderá adicionar um dado complementar: quer os pais quer os professores recolheram informação sobre a problemática da Dislexia e munidos desse conhecimento sabiam que a Dislexia não tem cura. Como tal, em vez de se empenharem na intervenção, estimulação e estabelecer metas e algum nível de exigência aos seus filhos, apresentavam posturas pouco abertas à intervenção e procuravam essencialmente formas de legitimar o insucesso dos seus educandos, e em arranjar formas fáceis de conseguirem alcançar os seus objectivos académicos; parafraseando uma das mães *“os disléxicos têm a vida mais facilitada”*.

Neste momento parecerá que a Dislexia é um diagnóstico cheio de vantagens que permite transitar de ano lectivo sem cumprir com os critérios de desempenho que são exigidos a alunos não rotulados como disléxicos. Em determinados momentos da avaliação destes casos, parecia que se desejava um diagnóstico que justificasse o insucesso escolar, que simultaneamente permitisse a diminuição do empenho na área académica e que possibilitasse aos alunos transitarem de ano lectivo sem que lhes fosse exigido esforço e dedicação ao estudo.

Será que estes comentários e comportamentos não denunciam já expectativas sobre a Dislexia? A resposta a esta questão será sem sombra de dúvida afirmativa. Qualquer diagnóstico gera expectativas e esta é uma verdade incontestável!

Mas como a Dislexia também é uma patologia, talvez se deva começar a alertar para as consequências negativas e diminuir este desejo implícito de se ser disléxico.

Acresce que uma perturbação de aprendizagem, não deverá ser diagnosticada por pais, tios, professores, terapeutas da fala, ou por qualquer outro profissional que se deixe conduzir por um certo conformismo social e se esqueça dos fenómenos sociais que podem estar a influenciar a atribuição do mesmo, ou por quem não dispõe do conhecimento necessário para o fazer.

A título de exemplo, jamais se nos afiguraria correcto diagnosticar só depressão a um doente bipolar, porque apesar de a depressão estar presente nas manifestações da doença enquanto co-morbilidade, não é o diagnóstico que reflecte todas as manifestações da doença bipolar. Não está totalmente errado, mas estará indiscutivelmente incompleto. E actuar só sobre a depressão terá consequências graves para o doente. Não se passará o mesmo com a Dislexia?

Retomando o tema da Dislexia nos casos analisados, é inequívoco que a atribuição do diagnóstico de Dislexia foi pouco correcta e pouco esclarecedora dos reais problemas que afectavam estas crianças-adolescentes.

A atribuição de um diagnóstico incorrecto, ou pelo menos incompleto, foi particularmente grave pois inviabilizou a adopção de medidas de intervenção mais adequadas às reais problemáticas das crianças. Num dos casos impediu que a criança tivesse a intervenção adequada à Deficiência Mental Ligeira, no outro caso deixou uma adolescente no limiar entre sucesso e insucesso académico, sem diagnóstico até que a Directora de Turma lhe atribuiu um diagnóstico de Dislexia.

No caso da adolescente de 15 anos, que se encontra numa fase decisiva de opções académicas (seguir a via de ensino ou a via profissional, que área de estudo escolher), só recentemente se iniciou um processo de análise das dificuldades de aprendizagem e a redireccionar as ambições, expectativas da própria e da família. Entretanto, desperdiçaram-se anos de intervenção que poderiam ter auxiliado a superar as dificuldades académicas que têm marcado o seu percurso.

Estes processos levam a equacionar análises futuras mais detalhadas nomeadamente porque razão se equaciona tão facilmente a hipótese de Dislexia? Será porque este diagnóstico aparentemente é mais suave e menos penalizador que o diagnóstico de Deficiência Mental Ligeira? Ou que o de Dificuldades de Aprendizagem?

Esta explicação parece-nos demasiado simplista, uma vez que em alguns dos contactos efectuados com os pais (ou encarregados de educação) deparamo-nos com o facto das crianças a quem foi atribuído o diagnóstico de Dislexia frequentemente serem deixadas na sala de aula e obtendo menos atenção dos professores pelo facto de serem disléxicas. O que não surpreenderá ninguém da área da Psicologia, pois retomando os primeiros parágrafos

desta reflexão, os fenómenos sociais estão presentes e atravessam todas as áreas da sociedade manifestando-se nos mais diversos contextos.

Reconhecendo a Dislexia enquanto diagnóstico, então também será um “rótulo” que promoverá o insucesso académico, ou no pólo oposto contribuirá para o facilitismo académico. Assim sendo, é necessário atribuí-lo e há que fazê-lo tão correctamente quanto possível.

Será que tudo se resume ao receio em atribuir diagnósticos, em virtude de pontualmente os mesmos terem de ser rectificandos? Mas não será todo o diagnóstico um processo de construção necessário e imprescindível para planear as intervenções?

Enquanto Psicólogos não estaremos a falhar no nosso trabalho, se embarcarmos em tendências sociais mais conformistas e seguras como atribuir um diagnóstico de Dislexia quando não se observam os requisitos que o sustentem?

Parece então que a dificuldade residirá em balancear devidamente as consequências entre um diagnóstico correcto mas com eventuais conotações negativas (como a título de exemplo é o de Deficiência Mental), e um diagnóstico incorrecto mas socialmente mais aceitável.

Para finalizar, nunca foi objectivo deste relatório questionar a existência das patologias, mas sim a correcção dos diagnósticos e as suas consequências. E infelizmente esta reflexão não parece ser original, já que, David Rosenahn (1973) efectuou diversos estudos com o objectivo de aferir a validade dos diagnósticos psiquiátricos, e apesar de esses resultados serem muito limitados às instituições psiquiátricas, talvez possam permanecer como uma linha de orientação e alerta para que não se cometam incorrecções semelhantes noutros contextos sociais.

6 – CONCLUSÃO

Todos os trabalhos exigem uma conclusão, talvez para transmitir a ideia que o percurso terminou e nada mais há a acrescentar! Mas, do tempo em que exerci psicologia, naquele contexto específico (de que este relatório somente espelha uma pequena parte) ficou-me a incapacidade de tirar conclusões definitivas. Talvez porque, infelizmente, a natureza das patologias com que me deparei naquele contexto raramente tenham um final objectivo ou, por outras palavras, uma conclusão.

Assim, apenas me faz sentido ver estes processos como algo que acompanha os pacientes ao longo de anos de recuperação, às vezes mesmo por toda a vida, onde o fim parece nunca chegar.

Um desafio permanente como este que vivo diariamente alicerçou a exigência de ser criativa, imaginativa, de pesquisar a cada instante um pouco mais, para compreender e intervir o mais adequadamente possível junto de uma variabilidade de patologias com características tão díspares. E este trabalho não tem fim, não têm conclusão, porque:

- Há sempre uma patologia nova;
- Há sempre um novo paciente sem diagnóstico;
- Há sempre um diagnóstico que não explica as alterações observadas;
- Há sempre mais uma família desorientada por não ter respostas para a perturbação que o seu ente querido apresenta;
- Há sempre mais exigências às quais se tem de responder;
- Há sempre mais qualquer coisa...

Pontualmente, surge um caso que tem um desfecho feliz e alguns anos após terem passado por situações tão delicadas, aparecem para visitar e mostrar o quão bem se encontram, e

agradecer por terem ficado bem, por termos estado presentes na vida deles quando foi necessário, por nos termos empenhado no processo de recuperação!

Este são os momentos que alimentam e mostram que valeu a pena todo o investimento em livros, em artigos, nas pessoas, todos os relatórios que se escreveram e que parecia que ninguém lia ou compreendia. Porque, de vez em quando, há um caso que tem uma conclusão positiva!

Este relatório é uma tentativa de transmitir o nível de exigências a que se está sujeito na prática da psicologia (naquele contexto específico), e de como isso é um trabalho permanente que não tem fim, até ao dia em que se decida deixar de o fazer.

E nada melhor para transmitir esta ideia de continuidade que as palavras do poeta Fernando Sabino (Pearson, 2005):

“De tudo ficaram 3 coisas:

A certeza de que estamos sempre começando...

A certeza que precisamos continuar...”

A certeza que seremos interrompidos antes de terminar...”

7 - REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM -IV-TR* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi.
- APP-DAE - Associação Portuguesa de Pessoas com Dificuldades de Aprendizagem Específicas. (n.d.). Documento on-line consultado em Dezembro de 2010.
- <http://www.appdae.net/>
- Bruck, M. (1992). Persistence of dyslexics phonological awareness deficits. *Developmental Psychology*, 28, 874-886.
- Carvalho, N. & Maciel, D. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a american association on mental retardation - AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia*, 11, 147–156.
- Davis, R. & Braun, M. (1997). *The gift of dyslexia: why some smartest people can't read, and how they can learn*. New York: Pedrigree Edition.
- Decreto-Lei 3/2008. *Diário da República* nº7, 1ª Série, 7/01/2008.
- DISLEX – Associação portuguesa de dislexia. (n.d.). Documento on-line consultado em Dezembro de 2010.
- <http://www.dislex.net/DISLEX/Bem-vindo.html>
- Everatt, J.; Weeks, S. & Brooks, P. (2007). Profiles of strengths and weaknesses in dyslexia and other learning difficulties. Documento on-line consultado em Fevereiro de 2011.
- <http://www.interscience.wiley.com>
- Fauman, M. (2004). *Guia de estudo para o DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi Editores
- Francis, D. Shaywitz, S. Stuebing, K., Shaywitz, B. & Fletcher, J. (1996). Developmental lag versus deficit models of reading disability: a longitudinal, individual growth curves analysis. *Journal of Educational Psychology*, 88, 3-17.

- Groth-Marnat, G. (2003). *Wechsler intelligence scales. In handbook of psychological assessment*. (4th ed.) (pp. 129-195). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Klein, S. (2009) To the student whom it may. *Support for Learning*. 24, 101-102.
- Long, L.; MacBlain, S. & MacBlain, M. (2007). Supporting students with dyslexia at the secondary level: an emotional model of literacy. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 5, 124-134.
- Lyon, G., Shaywitz, S. & Shaywitz, B. (2003). A definition of dyslexia. *Annals Dyslexia*, 53, 1-14.
- Lyytinen, H., Guttorm, T. , Huttunen, T., Paavo, J. , Leppänen, H. & Vesterinen, M. (2005). Psychophysiology of developmental dyslexia: A review of findings including studies of children at risk for dyslexia. *Journal of Neurolinguistics*, 18, 167-195.
- Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial civilization*. New York: The Macmillan Company.
- McGregor, D. (1960). *The human side of enterprise*. New York: MacGraw Hill.
- McIntyre, T. (1997). A Psicologia da saúde em Portugal na viragem do século. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2, 161-178.
- Merton, R. (1968). *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Orton Dyslexia Society.(n.d.) Documento on-line consultado em Outubro de 2010.
<http://www.healthfinder.gov/orgs/hr0826.htm>
- Paiva, R. (2007). *SOS tenho de passar de ano: Técnicas para estudar com sucesso*. Lisboa: Esfera dos Livros.
- Pearson, M. (2005). *Pau pau, pedra pedra: As palavras não me ferirão... e como ferem!* Brasil: Livro Pleno.

- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 22, 235-244.
- Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia Clínica e da Saúde. *Análise Psicológica*, 14, 66-77.
- Rosenhan, D. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258. Documento on-line consultado em Maio de 2011.
- <http://www.sciencemag.org/content/179/4070/250.abstract>
- Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom*. New York: Rinehart & Winston.
- Salgueiro, E. (2002). *Decifrar: Prova de avaliação da capacidade de leitura* (1ª ed.). Lisboa: ISPA
- Santos, S. & Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo (ECAP)*. Versão Portuguesa. Fichas de registo (não publicado).
- Snowling, M.; Muten, V. & Carroll, J. (2007). Children at family risk of dyslexia: A follow-up in early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 609-618.
- Teixeira, C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 22, 441-448.
- Teixeira, C. & Leal, I. (1990). Psicologia da saúde: contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 8, 453-458.
- Torgesen, J. K. (1998). Catch them before they fall: Identification and assessment to prevent reading failure in young children. *American Educator*. 22, 32-39.
- Tresoldi, P., Vio, C., & Iozzino, R. (2007). Efficacy of an intervention to improve fluency in children with developmental dyslexia in a regular orthography. *Journal of Learning Disabilities*. 40, 203-209.
- Turner, M. (2004). *Psychological assessment of dyslexia*. London: Whun Publishers Ltd.
- Wechsler, D. (2004) WISC III: Escala de inteligência para crianças III. (2ª ed.) Lisboa: CEGOC

World Health Organization (n.d). Constitution, WHO. Documento on-line consultado em Janeiro de 2011

http://who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

World Health Organization. (2007). *CID-10: International classification of diseases*. Documento on-line consultado em Janeiro de 2011

<http://apps.who.int/classification/apps/icd/icd10online/>

8 – ANEXOS

ANEXO I

Relatório de Avaliação Psicológica de “A”

Relatório de Avaliação Psicológica

Nome: [redacted]
Data de Nascimento: 25 / 01 / 1998 – 11 anos e dois meses de idade
Pedido: Avaliação Cognitiva
Escolaridade: frequenta o 4.º ano do Ensino Básico – EB1 de Barros
Data de avaliação: Março de 2009

O presente relatório reúne informações relativas à avaliação cognitiva da [redacted] realizada em 4 sessões, no Gabinete Descobrir. Salienta-se e reforça-se a confidencialidade das informações apresentadas assim como a sua restrita divulgação.

Justificação do Pedido de Avaliação

A avaliação cognitiva da [redacted], solicitada pela mãe, foi justificada pela dificuldade de rendimento académico da criança bem como pela indicação da parte da professora de uma caminho académico diferente para a [redacted]

Síntese da Avaliação

Ao longo das sessões, a [redacted] manteve uma postura colaborante e de empenho durante as tarefas de avaliação, nunca apresentando sinais de fadiga ou desinteresse.

A partir da entrevista clínica com a mãe foi possível concluir que a [redacted] apresenta uma história desenvolvimental que pode ser considerada regular, tendo sido diagnosticada há cerca de 3 anos, dislexia. 2006

A nível emocional é uma criança um pouco tímida e insegura, que necessita de tempo para se ambientar a nova situações. É bem-humorada, mantém facilmente o diálogo e revela-se bastante curiosa. Não desiste facilmente, principalmente na área em que tem maior dificuldade (leitura)

A família da [redacted] é bastante apoiante, principalmente na figura da mãe, que a estimula e incentiva para as novas aprendizagens na escola.

Avaliação Intelectual/Cognitiva

A avaliação intelectual, através da WISC III – Escala de Inteligência de Wechsler, revelou que a [] apresenta um índice cognitivo médio baixo, dentro dos limites esperados para a idade. A criança apresenta heterogeneidade no seu funcionamento intelectual, obtendo resultados superiores nas provas de realização em relação às provas verbais. Tal significa que a [] utiliza diferentes estratégias para raciocinar e se expressar através da modalidade verbal da linguagem e através de métodos concretos.

Os tímidos resultados conseguidos nos subtestes de Memória de Dígitos indicam algumas dificuldades na memória imediata e a curto prazo assim como na capacidade de concentração e de persistência na tarefa. Também o baixo resultado obtido no subteste de Informação pode ser um indicador de desmotivação em relação à escola e ainda o pobre resultado no subteste de compreensão indica-nos que a criança não é capaz de realizar uma avaliação adequada sobre as situações do quotidiano, sugerindo dificuldade de compreensão leitora.

Os subtestes em que a [] obteve resultados dentro da média, Vocabulário e Semelhanças indicam a capacidade da abstracção verbal e boa compreensão dos vocábulos no entanto ainda pobres em conteúdos.

A [] manifesta desconforto em relação a tarefas relacionadas com a leitura e compreensão de textos (o que é de se esperar uma vez que é uma criança disléxica), sentindo-se mais à vontade com tarefas de aritmética. A sua leitura é pouco fluida e ainda tímida. A maioria das vezes não compreende o que lê, isto é, a criança não interpreta o sentido da frase que acabou de ler. A sua compreensão leitora é imatura e a [] necessita de ler mais do que uma vez o mesmo texto (informação), de preferência em voz alta para a compreender.

Em aritmética, é rápida a realizar cálculos. A divisão e a multiplicação requerem maior concentração, mas ainda assim, a [] executa as operações com sucesso desde que não seja pressionada. A maioria das vezes a dificuldade de interpretação dos problemas condiciona a sua correcta resolução.

Orientações

A criança deve ser alvo de medidas de intervenção de carácter contínuo de forma a colmatar todas as suas dificuldades. Assim sendo, o envolvimento pedagógico deve ser reforçado, quer no contexto escolar (dando continuidade às aulas de apoio), quer no contexto familiar (maior apoio e incentivo positivo na realização das tarefas escolares).

A [] deverá beneficiar de apoio pedagógico individualizado extra-escolar, de carácter contínuo com o objectivo de:

- Estimular algumas áreas instrumentais que possam contribuir para a optimização das suas potencialidades como a memória, o raciocínio numérico, a compreensão leitora;
- Reforçar as novas aprendizagens escolares;
- Promover a aquisição de aptidões de auto-controlo dando especial atenção ao treino de competências de concentração e de atenção;
- Promover o desenvolvimento positivo da auto-confiança;
- Motivar para a leitura e escrita.

No contexto escolar poderão ser implementadas algumas actividades facilitadoras:

- a) Afastar a criança de qualquer estímulo distractor (ex: janela...) e a sua posição na sala de aula deverá ser a mais próxima possível da professora, para ser incentivada continuamente a estar atenção e centrada nas tarefas escolares;
- b) Apresentar à criança jogos lúdicos de leitura e escrita, privilegiando a produção espontânea (uma carta, uma rima...);
- c) Nas fichas de avaliação evitar perguntas extensas e com mais do que uma solicitação, isto é, dividir a mesma questão em diferentes alíneas;
- d) Clarificar em linguagem oral os objectivos específicos pretendidos para cada situação de avaliação (Língua Portuguesa, Matemática e Meio Físico) e não contabilizar os erros ortográficos, valorizando apenas o conteúdo da resposta;

e) Conceder mais tempo para realizar as tarefas escolares e as fichas de avaliação ou resolver menos perguntas e não centrar a avaliação apenas na situação do teste ou ditados, aferindo os conhecimentos da criança de forma menos formal – oralmente;

f) Privilegiar perguntas utilizando esquemas ou completar espaços;

g) Realizar um ditado depois da criança conhecer muito bem o texto;

h) Colocar a criança a corrigir o seu próprio ditado/cópia, copiando depois para um caderno todos os erros que cometeu e ao lado deve escrever correctamente a palavra, tomando assim consciência dos erros.

i) Escrever, na correcção de um ditado ou cópia, o número de erros, mas também o número de palavras escritas correctamente;

j) Dar à criança a tarefa de ditar um texto aos colegas;

l) Valorizar sempre as áreas de melhor realização da [] no sentido de promover a sua auto-estima e a sua motivação pelas diversas tarefas escolares e reforçar a sua auto-confiança.

Esta proposta de intervenção tem como objectivo principal colmatar as dificuldades sentidas neste momento pela criança levando-a a experimentar situações de sucesso de forma a promover o seu interesse e motivação para as tarefas escolares que lhe estão associadas.

A [] tem condições para prosseguir o seu percurso académico e ingressar no 2.º ciclo do Ensino Básico, desde que o apoio pedagógico seja reforçado, dando resposta às suas dificuldades relacionadas com a dislexia.

Com os melhores cumprimentos, sempre ao dispor,

Póvoa de Varzim, 27 de Março de 2009