

ABORDAGEM INDIVIDUALIZADA DO DISLÉXICO EM EQUIPA INTERDISCIPLINAR

ALEXANDRE FREY PINTO DE ALMEIDA

Médico, mestre em Psiquiatria, doutor em Ciências da Linguagem; Clínica Médica de Serralves (Director); Universidade Fernando Pessoa (Professor Associado, Coordenador Científico da licenciatura e mestrado em Terapêutica da Fala, do doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem e da Clínica Pedagógica de Terapia da Fala) / fpinto@ufp.edu.pt; clínica_de_serralves@yahoo.com

RESUMO

O presente estudo contextualiza e revê a casuística de maus leitores da Clínica Médica de Serralves em 2005-2006, enunciando os princípios a respeitar no diagnóstico de dislexia e evidenciando a necessidade da sua abordagem individualizada, tanto ao nível da avaliação como da intervenção. Discute-se nomeadamente a sua frequente associação com disortografia, disgrafia, défice de atenção, alterações da motilidade ocular, perturbações da fala e do desenvolvimento da linguagem oral, alterações subtis da psicomotricidade, alterações posturais ou síndrome escotópico, e sublinha-se a especificidade do perfil de cada caso individual em concreto. No tocante à intervenção, apresentam-se os critérios que foram seguidos, com sucesso, na escolha de diferentes meios ópticos de correcção (prismas Vs. filtros) e de diversas outras terapias (intervenção psicopedagógica, psicoterapia, terapia da fala, medicação psicotrópica...). Retoma-se a pesquisa pioneira do autor sobre dislexia e síndrome de deficiência postural (Pinto de Almeida, 1993) e refutam-se os pontos de vista limitados que pretendem reduzir a problemática da dislexia a uma apenas das diferentes dimensões implicadas. Desenvolve-se um modelo fisiopatológico no qual as perturbações do input sensorial, do processamento psicolinguístico e do output postural e motor são susceptíveis de agir entre si por meio de diferentes ansas de feedback. Conclui-se estabelecendo um quadro no qual a fisiopatologia serve de guia à abordagem do disléxico: tanto a avaliação como a intervenção obrigam a uma coordenação de esforços numa ampla equipa interdisciplinar, com vista a que se vá ao encontro da especificidade de cada caso.

PALAVRAS-CHAVE: dislexia, síndrome de deficiência postural, síndrome escotópico, prismas, filtros

INDIVIDUALIZED APPROACH TO DYSLEXICS WITHIN AN INTERDISCIPLINARY TEAM

ALEXANDRE FREY PINTO DE ALMEIDA

Medical Doctor, Master in Psychiatry, Doctor in Language Sciences; Medical Clinic of Serralves (Director); University Fernando Pessoa (Associate professor, scientific coordinator of the bachelor's and master degree in Speech Therapy, of the doctorate in Language Development and Disorders and of the Pedagogical Clinic of Speech Therapy)

E-mail: fpinto@ufp.edu.pt; clinica_de_serralves@yahoo.com

ABSTRACT

This study contextualizes and reviews the casuistics of bad readers from the Medical Clinic of Serralves in 2005-2006, setting out the principles to be observed in the diagnosis of dyslexia and demonstrating the need for its individualized approach, including both the evaluation and intervention. One discusses in particular its frequent association with dysortographia, dysgraphia, attention deficit disorder, changes in ocular motility, speech and oral language developmental disorders, subtle psychomotor deficits, postural deviations or scotopic syndrome, and the specific profile of each concrete individual case is underlined. In what concerns the intervention, successful criteria are presented with regard to the choice of different means of optical correction (prisms Vs filters) and various other therapies (psychopedagogic intervention, psychotherapy, speech therapy, psychotropic medication ...). The author's pioneering research on dyslexia and postural deficiency syndrome (Pinto de Almeida, 1993) is recovered and one refutes the limited points of view of those who want to reduce the problems of dyslexia to only one of the various dimensions involved. A physiopathological model is developed in which the disturbances of sensory input, of psycholinguistic processing and of postural and motor output are likely to act with each other through different feedback loops. One concludes by establishing a framework within which physiopathology can serve as a guide to dyslexics approach: both the evaluation and intervention require a coordination of efforts within a broad interdisciplinary team, in order to fit the specific needs of each case.

KEYWORDS: dyslexia, postural deficiency syndrome, scotopic syndrome, prisms, filters

1. INTRODUÇÃO

O autor do presente trabalho vem desenvolvendo estudos clínicos com disléxicos, tanto ao nível da avaliação como da intervenção, desde o início da década de 90, tendo constituído para este efeito sucessivas equipas interdisciplinares:

- Assim, de 1991 a 1993, no âmbito dos seus trabalhos de mestrado em Psiquiatria, procurou primeiramente construir um teste de nível léxico em crianças que frequentavam o 1º ciclo do Ensino Básico (“escola primária”), criando e coordenando para este fim a passagem de diversas versões daquela prova numa grande escola do centro da cidade do Porto (Portugal) – prova então aplicada essencialmente por estudantes do Curso de Professores do Ensino Básico numa Escola Superior de Educação. Como o teste não resultou suficientemente discriminativo entre os diversos níveis (anos de escolaridade) no Ensino Básico, reuniu então um grupo de adolescentes e adultos que conseguiu classificar, sem lugar a qualquer dúvida, como maus leitores (em geral com persistência de uma leitura pobre, ainda com características dos níveis iniciais da escolaridade elementar), e que estudou então clinicamente e sob o ponto de vista da sua anamnese sócio-familiar e escolar, por forma a diagnosticar os que eram disléxicos. Neste grupo de disléxicos adolescentes e adultos, o autor identificou diversas alterações posturais, evidenciando a sua grande prevalência em disléxicos destas faixas etárias – nomeadamente um síndrome de deficiência postural muito bem descrito por Martins da Cunha (1979). Este estudo foi conduzido num Hospital Universitário, e os casos observados em diversas especialidades médicas – essencialmente as de Neurologia, Ortopedia, Reumatologia, Oftalmologia, Psiquiatria e a valência de Psicologia Clínica. O autor experimentou primeiro reabilitar a atitude postural numa destas pacientes por meio numa bateria de exercícios regulares de reeducação postural e a aquisição de novos hábitos de postura, principalmente no decurso da leitura; verificou, concomitantemente, uma melhoria dos desempenhos de leitura desta disléxica, essencialmente ao nível da velocidade de leitura. O autor instituiu depois, em colaboração com o serviço de Oftalmologia do mesmo Hospital, um tratamento sistemático de alguns casos durante um mês, por meio da execução regular de tais exercícios de reprogramação postural e da correcção da postura por meio do uso de óculos munidos de lentes prismáticas de baixa potência, prescritas segundo o seu efeito ao nível da propriocepção e posicionamento do corpo. Ao fim de 1 mês, registaram-se melhorias marcadas, tanto ao nível das queixas subjectivas como do posicionamento espontâneo destes pacientes, e nomeadamente melhoras ao nível da sensibilidade visual periférica, conforme foi atestado por meio da campimetria computadorizada; mas além disso, e mais importante para o presente trabalho, a própria leitura mostrava também melhorar em diversos parâmetros – seja em velocidade, seja em correcção e compreensão – quando avaliada mediante uma mesma bateria de testes leximétricos logo antes e depois um mês após o tratamento. Esta parte do estudo foi conduzida e controlada no departamento de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da

Universidade do Porto, que funcionava em pavilhão anexo àquele mesmo Hospital. A dissertação de mestrado foi defendida perante um júri constituído por professores da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Letras do Porto.

- No ano de 1994, seguiu uma proposta do autor para constituição duma parceria de investigação com a então chamada Association Française de Posturologie (hoje Association Posture-Équilibre), que integrava também outros portugueses. Constituiu-se pouco depois a assim chamada Associação Portuguesa de Posturologia, liderada por O. Alves da Silva, o qual publica com G. Serrano, em 1996, um livrinho intitulado "*Dislexia: uma nova abordagem terapêutica*", na qual os autores dizem ter criado um novo método de tratamento dos disléxicos – o qual replica, basicamente, a mesma técnica de que Pinto de Almeida demonstrara a eficácia em 1993 com casos de dislexia. Diferentemente deste autor, porém, aqueles outros não aplicam um único teste leximétrico para estabelecer o diagnóstico, preferindo guiar-se por amostras de escrita e pelos resultados obtidos na figura complexa de Rey. Trata-se, evidentemente, não de casos de dislexia, e sim, se tanto, de disortografia, conquanto seja certo que muitas vezes as duas entidades coexistam, sendo embora que outras vezes não.

- O autor do presente artigo constitui entretanto uma sociedade unipessoal – a Clínica Médica de Serralves - aonde prossegue metodicamente as suas observações com disléxicos ao longo de mais de 10 anos, integrando em diversos protocolos de estudo vários elementos da sua equipa. Vai-se constituindo, a pouco e pouco, uma evidência de alterações posturais em muitos disléxicos, noutros não, assim como, identicamente, em muitos pacientes afectados de disortografia e disgrafia, isoladamente ou em associação com a dislexia. Vão prosseguindo também, em paralelo, os seus trabalhos de doutoramento na Universidade do Minho, no decurso dos quais Pinto de Almeida se apercebe igualmente da presença de alterações posturais ou mesmo de um Síndrome de Deficiência Postural acabado em crianças com perturbações fonético-fonológicas e / ou perturbação específica da linguagem. A tese de doutoramento, defendida em 2001, intitula-se "*Uma Teoria Neurolinguística do Simbolismo Fonético*". Uma coisa é certa: a dislexia exige, para seu completo diagnóstico operatório, a passagem dum teste de leitura estandardizado e a realização dum exame psicológico criterioso que envolva, nomeadamente, um teste de inteligência formal, bem como um exame médico com uma anamnese detalhada e que inclua exames da acuidade visual e auditiva e um exame neurológico detalhado – podendo portanto confirmar uma real dificuldade de leitura e capaz de excluir causas escolares ou sociofamiliares importantes, doença mental, déficit de acuidade sensorial ou doença neurológica como factores etiológicos. Eis, em resumo, o *Protocolo Mínimo de Abordagem Diagnóstica do Disléxico* – título duma comunicação que Alexandre Pinto de Almeida dirige ao I Encontro Luso-Espanhol de Neuropsicologia (Universidade Lusíada, 2002), e ideia que ele retoma num artigo intitulado "*Um Tratamento Postural para a Dislexia?*" (Pinto de Almeida, 2004, no nº 1 da *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde* da Universidade Fernando Pessoa), no qual se demarca igualmente dos outros autores no aspecto de que a dislexia NÃO

CONSTITUI, do seu ponto de vista, um aspecto do Síndrome de Deficiência Postural, entidade que o próprio autor destas linhas evidenciou pela primeira vez em alguns disléxicos, mas não em todos, porquanto muitos não evidenciam qualquer alteração postural – não podendo neste caso, evidentemente, beneficiar nem de prismas ópticos, nem de reprogramação postural – no que discorda também do ponto de vista ainda defendido por Quercia et al., 2005.

- Em face deste desacordo, o autor decide-se a constituir, em 2005, com a Clínica Ribeiro Barraquer (Porto) e o Centro Óptico 91 (Barcelos), uma equipa de trabalho, na qual integra também uma doutoranda a seu cargo na Universidade Fernando Pessoa, fonoaudióloga bolsista do Alban Office, e uma estudante finalista de Psicologia que desenvolve estágio na Clínica de Serralves. Leva-se a cabo um rastreio sistemático de alguns parâmetros optométricos e leximétricos num grande número de crianças que frequentam duas escolas básicas da região de Barcelos (Pinto de Almeida et al., 2009, em publicação): fica assim demonstrada uma correlação entre alterações optométricas e leximétricas. Mas fica também demonstrado que a escola de origem constitui um factor que influencia mais ainda os desempenhos de leitura do que as próprias condicionantes oftalmológicas. Aplica-se seguidamente o protocolo de abordagem diagnóstica da dislexia proposto pelo autor numa boa parte dos maus leitores assim seleccionados (em função da respectiva idade / quociente de leitura no teste Decifrar, conforme havia sido aplicado nos rastreios). O autor aumenta ainda a dimensão deste grupo, integrando-lhe pacientes que lhe são encaminhados, por esta mesma ocasião, devido a dificuldades de leitura e escrita, e que são sujeitos ao mesmo procedimento diagnóstico. Finalmente, nos disléxicos assim reunidos, investiga-se sistematicamente a existência de factores como 1. a) alterações posturais, 1. b) alterações da motilidade ocular – em especial a presença de insuficiência da convergência, 2. a) síndrome escotópica (Irlen, 1991), 2. b) défice de atenção e 2.c) movimentos sacádicos irregulares – os quais constituem indicação formal para o uso 1) de prismas e 2) de filtros ópticos, e ficando bem evidente, em função dos resultados obtidos, a eficácia dos métodos propostos por Pinto de Almeida, 2007. A Clínica Médica de Serralves procede concomitantemente a um alargamento da sua equipa clínica, que passa a incluir um psicólogo, uma psicopedagoga, uma terapeuta da fala, uma fisioterapeuta pós-graduada em Reeducação Postural Global e uma terapeuta Ocupacional, diferenciada em terapias de integração sensorio-motora que combinam a integração sensorial de Ayres (1979) com a exploração dos reflexos primitivos em dificuldades de aprendizagem (McPhillips et al., 2000), uma outra abordagem que vem sendo ensaiada. Entre 2006 e 2008, a Clínica vai também firmando protocolos com instituições universitárias.

- Merece aqui um destaque particular a Universidade Fernando Pessoa, em cuja Faculdade de Ciências da Saúde o autor tem funções de coordenação da licenciatura, mestrado e Clínica Pedagógica de Terapia da Fala e do doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem; desde 2007, o autor tem procedido à inclusão de psicólogos e médicos na equipe da Clínica Pedagógica de TF, aonde deu já início

também a algumas observações sistemáticas de disléxicos em equipa interdisciplinar. No II Simpósio Luso-Brasileiro de Terapia da Fala, que decorreu nesta Universidade, o autor enunciara já este programa nos seus aspectos mais essenciais. No decurso da preparação do III Simpósio Luso-Brasileiro de Terapia da Fala, firma-se um acordo com a Fonoaudiologia da Universidade Metodista de S. Paulo e começa a preparação dum teste de leitura, susceptível de ser aplicado nos dois territórios de língua portuguesa, independentemente da variante linguística, e capaz de superar as insuficiências dos testes anteriores.

Os disléxicos têm sido objecto duma contínua incompreensão, não apenas de pais e professores como dos próprios clínicos, que ora “passam a bola” de uns para os outros sem proporcionarem soluções, recusando responsabilizar-se, ora como que se apropriam da reabilitação do disléxico, procurando generalizar tantas vezes abusivamente alguns resultados no seu campo em concreto à dislexia no seu conjunto. Requerem especial precaução alguns aproveitamentos e explorações comerciais! O presente trabalho tem em vista relativizar os procedimentos estudados, os quais deverão ser integrados numa abordagem individualizada em equipa interdisciplinar, ao encontro da especificidade de cada disléxico.

QUADRO I. Interdisciplinaridade na abordagem do disléxico – um testemunho

FAC. DE MEDICINA DO PORTO / HOSP. S. JOÃO + ESCOLA
SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO PORTO

Tese de mestrado

Pinto de Almeida 1993: 1ª demonstração de S.D.P. em disléxicos, com melhorias de ambas entidades por meio de reprogramação postural + prismas ópticos (melhorias também na campimetria computadorizada)

→ estudo num Hospital Universitário, sujeito a um diagnóstico de rigor, devidamente controlado em várias especialidades (Oftalmologia, Neurologia, Ortopedia, Psiquiatria, Psicologia Clínica), objecto de tese de mestrado devidamente defendida perante um júri académico conjugando duas Faculdades.

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO PORTO /
ASSOCIAÇÃO FRANCESA DE POSTUROLOGIA

Proposta de protocolo de investigação interinstitucional

Pinto de Almeida 1994

ASSOCIAÇÃO PORT. DE POSTUROLOGIA

Livrinho

Serrano e Silva 1996: demonstração de bons resultados do mesmo método em crianças disortográficas com S.D.P. (o 2º autor tb. membro da Assoc. Francesa de Posturologia)

CLÍNICA MÉDICA DE SERRALVES

Actividades clínicas

Pinto de Almeida 1998 a 2007: observações metódicas em diléxicos

UNIVERSIDADE DO MINHO

Tese de doutoramento

Pinto de Almeida 1999: sugestão dum S.D.P. em crianças com perturbações do desenvolvimento da fala e da linguagem oral - nomeadamente dislalia e perturbação específica do desenvolvimento da linguagem (trabalhos de doutoramento)

UNIVERSIDADE LUSÍADA

I Encontro Luso-Espanhol de Neuropsicologia

Pinto de Almeida 2002: protocolo mínimo de abordagem diagnóstica do disléxico

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, nº 1

Pinto de Almeida 2005: dislexia + S.D.P. repr. postural + prismas
dislexia + síndrome escotópico (Irlen 2001) filtros

ORDEM DOS MÉDICOS

Lançamento de livro

Quercia et al. 2005: dislexia = um aspecto do S.D.P.!!!!!!!????????????!!!!!!!

CLÍNICA DE SERRALVES + CLÍNICA RIBEIRO BARRAQUER + C. ÓPTICO 91

Trab. de investig. inclui doutoranda UFP e estagiária UL / Clínica de Serralves

Pinto de Almeida, Azevedo, Ribeiro, Aroucha, Ribeiro & Souza 2005:

- demonstração duma correlação entre alterações optométricas e leximétricas
- demonstração da eficácia do método proposto por Pinto de Almeida 2005

CLÍNICA MÉDICA DE SERRALVES

Alarg. da equipe clínica interdisciplinar: inclui Psicólogo, Psicopedagoga, Terapeuta da Fala, Fisioterapeuta (RPG) e Terapeuta Ocupacional (refl. primitivos; método de Ayres...)

Pinto de Almeida 2006 a 2008: protocolos com institit. Universit.

UNIV. FERNANDO PESSOA

Clínica Pedagógica de Terapia da Fala

Pinto de Almeida 2007: inclusão de psicólogos e médicos na equipe; algumas observações em disléxicos

CLÍNICA MÉDICA DE SERRALVES + UNIV. FERNANDO PESSOA

III Simpósio Luso-Brasileiro de Terapia da Fala

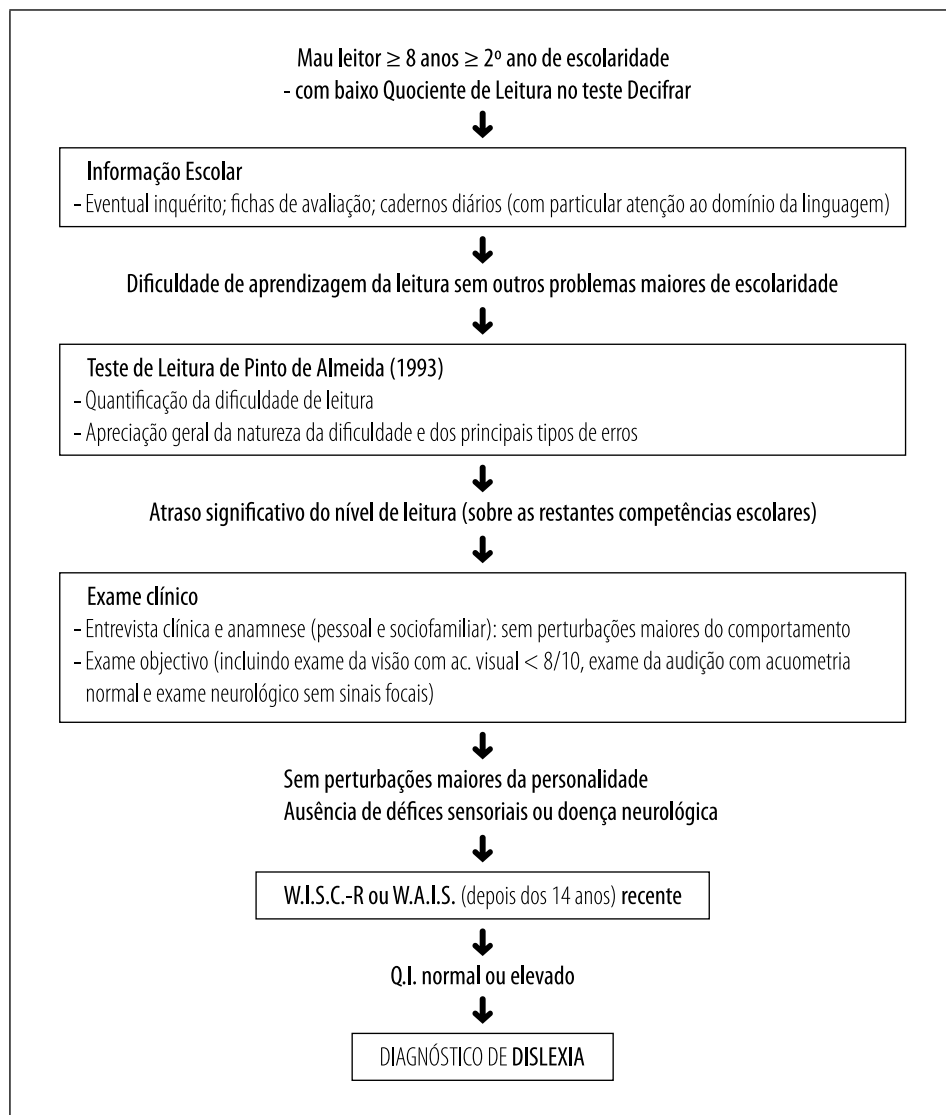
Relativização dos procedimentos estudados – a integrar numa abordagem individualizada em equipe interdisciplinar, ao encontro da especificidade de cada disléxico

2. METODOLOGIA

O presente estudo dá-nos conta da investigação levada a cabo com um bom número dos maus leitores sinalizados por ocasião dos rastreios acima referidos. Eles eram convidados a prosseguir o estudo mediante uma avaliação clínica e eventual orientação

terapêutica suplementar. Aplicou-se, no essencial, o protocolo de diagnóstico da dislexia proposto por Pinto de Almeida desde 1993:

FIGURA 1. Fluxograma que ilustra o procedimento diagnóstico aqui definido para a dislexia (diagnóstico de exclusão) e como ele poderá ser complementado por exames subsidiários que permitem precisar e objectivar certos aspectos já evidenciados no exame clínico do disléxico (em conformidade com os critérios propostos por Pinto de Almeida, 1993, tomando como ponto de partida os maus leitores rastreados mediante a aplicação do teste Decifrar).



Perante um mau leitor tomado às crianças com mais de 8 anos, frequentando o 2º ano de escolaridade como nível mínimo, e com com baixo Quociente de Leitura no teste *Decifrar*, nomeadamente quando dos rastreios levados por diante nas duas escolas EB23 já mencionadas, a informação escolar (anamnese escolar, fichas de avaliação, exame dos cadernos diários) permitia estabelecer tratar-se de uma dificuldade de leitura sem outros problemas maiores de escolaridade (uma atenção aos problemas de linguagem oral permitia já também muitas vezes evidenciar os défices psicolinguísticos de base), a dificuldade de leitura era confirmada, em ambiente de consulta, mediante a aplicação do teste de leitura de Pinto de Almeida (1993), o qual permite apreciar não apenas a velocidade de leitura como também os principais tipos de erros e a compreensão dos textos lidos por parte dos sujeitos. Esta abordagem permitia deste modo identificar um atraso significativo da leitura sobre o nível esperado em função da idade e das restantes competências escolares. Os indivíduos com este perfil eram sujeitos a um exame médico, constando de entrevista clínica e exame objectivo: assim se excluía perturbações maiores do comportamento que pudessem indiciar uma doença mental ou uma desordem maior da personalidade, e bem assim perturbações sensoriais severas ou sinais objectivos que porventura dessem lugar ao diagnóstico de défice sensorial grave ou doença neurológica (seriam excluídos, se fosse caso disso, sujeitos com menos de 8/10 de visão nos dois olhos, com deficiência auditiva ou com um síndrome neurológico maior). Um teste de inteligência, a WISC III, deveria atestar um Quociente Intelectual normal ou elevado para que não houvesse a menor dúvida a respeito de poderem as dificuldades de leitura resultar de algum défice cognitivo (ficavam portanto de fora do diagnóstico de dislexia todos os sujeitos com um Q.I. inferior a 79 nesta prova). Assim verificadas estas eventuais condições de exclusão, e na ausência de qualquer uma de tais alterações que pusessem em causa a especificidade das dificuldades de leitura observadas, chegar-se-ia finalmente em definitivo ao diagnóstico de dislexia.

Em continuidade com a investigação exploratória pioneira de Pinto de Almeida, 1993, a qual na época envolvia unicamente disléxicos que associadamente apresentavam alterações posturais e proprioceptivas, o estudo de que aqui se dá conta visava agora também, além disso, e em conformidade com orientações mais recentes do autor (cf. em Pinto de Almeida 2005 e 2007), fazer um levantamento de disléxicos com alterações escotópicas associadas, com vista ao ensaio comparado dos novos tratamentos previstos numa e noutra situação (síndrome postural / síndrome escotópico). Tinha-se em vista avaliar os resultados destas intervenções sobre as dificuldades de leitura e escrita em si mesmas, e eventualmente sobre o próprio défice de atenção eventualmente associado. Para além da reprogramação postural, os meios terapêuticos em causa recorrem com frequência a lentes prismáticas e a lentes coloridas. Por esta razão, e pelo que respeita aos rastreios, o projecto contava agora com uma equipa interdisciplinar que incluía, além do autor do presente artigo, médico diferenciado em saúde escolar e em psiquiatria, uma optometrista que detinha a representação duma marca de lentes coloridas (filtros), e também uma psicóloga e uma fonoaudióloga –

estas duas sua estagiária e sua doutoranda, respectivamente, ao serviço da Clínica de Serralves no decurso deste estudo de investigação.

Em essência, o estudo procedeu a uma pesquisa sistemática da eventual associação da dislexia com quatro condições nas quais prismas e filtros ópticos são propostos (ver exposição supra):

I) Síndrome de deficiência postural ou, no mínimo, alterações posturais;

II) Alterações da motilidade ocular, em particular a eventual presença de uma insuficiência da convergência e / ou de movimentos sacádicos irregulares;

III) Alterações psicomotoras;

IV) Síndrome de sensibilidade escotópica;

V) Perturbação por défice de atenção.

Eis, sumariamente, qual a metodologia diagnóstica adoptada:

I) Os critérios usados para o diagnóstico do S.D.P. foram no essencial os propostos por H. Martins da Cunha (1979):

- Sintomas cardinais: dor (cefaleias, raquialgias, mialgias, artralgias), perturbação do equilíbrio (tonturas, vertigens, quedas frequentes, embates contra objectos, etc.), alterações da percepção visual (astenopia, metamorfopsias...) e perturbações da somatognose, com propriocepção alterada;

- Semiologia física característica: uma assimetria facial frequente; uma frequente insuficiência da convergência; a adopção duma direcção preferencial do olhar; uma atitude postural cifoescoliótica estereotipada assimétrica, com rotação axial e apoio preferencial sobre um pé; pontos álgicos característicos (vários outros sinais e sintomas podem estar presentes, como é sabido, mas não são patognomónicos – sendo este o caso da sintomatologia pseudoneurótica, muito frequente, mas que reverte com um tratamento bem sucedido do S.D.P.).

Constata-se porém que o S.D.P. acabado, em toda a sua plenitude de manifestações, primeiramente reconhecido por Pinto de Almeida (1993) em disléxicos adolescentes, tem todo um tempo de evolução, a ponto de que na infância se encontram já em tais casos alterações posturais, sim, mas muitas vezes não ainda aquela semiologia completa.

II) A insuficiência da convergência é diagnosticada quando fixando a ponta dum objecto rombo – o qual se aproxima lentamente à altura dos seus olhos – o sujeito começa a ver em duplicado, e um dos seus olhos começa a divergir, quando o objecto ainda se encontra a cerca de 20 cm de distância do examinado ou mesmo mais.

As alterações ao nível dos movimentos sacádicos podem ser pesquisadas com o teste DEM®, de Richman e Garcia (s/d), o qual recorre a diferentes alinhamentos verticais e horizontais de símbolos regularmente espaçados: dados a ler a um sujeito com movimentos sacádicos irregulares, este experimentará dificuldades de progressão numa ou noutra dimensão, e os erros cometidos permitirão deste modo classificar as alterações segundo aquelas duas componentes dos movimentos oculares.

III) Alterações psicomotoras foram também despistadas, por meio da aplicação regular da bateria psicomotora de Vítor da Fonseca (1992), em todos os casos.

IV) O síndrome de sensibilidade escotópica, descrito por Irlen (1991) em associação com muitas dificuldades de aprendizagem, consta de queixas diversas em relação com o acto de ler: o indivíduo mostra-se extremamente sensível às diferenças de luminosidade ambiente, preferindo nitidamente, ou mesmo exigindo um papel mate, e mostrando-se incomodado pelo papel branco cru, quando procura ler um texto. As queixas variam entre a astenopia, o deslumbramento, as metamorfopsias, com a frequente impressão de que as linhas não se encontram estáveis, como se quisessem oscilar, e o mesmo com os caracteres gráficos – os quais chegam a focar e desfocar, dando mesmo a ilusão de saltitar sobre o nível da mancha gráfica, gerando uma visão esborratada, etc., etc. Os sujeitos foram sistematicamente inquiridos sobre estes aspectos no decurso da anamnese, e para surpresa do autor, muitos confirmavam com naturalidade este tipo de sintomas, quando uma anamnese mais aligeirada não os deixaria suspeitar, uma vez que eles não constituem geralmente uma queixa espontânea!

V) Uma eventual perturbação por défice de atenção associada foi sempre pesquisada por meio da aplicação do teste de Toulouse Piéron, com permissão dos resultados obtidos e sua classificação num eneatipo.

Sendo as alterações psicomotoras muito variáveis, a opção pela terapêutica de fundo a estudar cumpriu essencialmente os seguintes critérios:

- I) Um Síndrome de Deficiência Postural (mesmo que num estado de simples alterações posturais, considerando a evolutividade das mesmas) e / ou II a) uma Insuficiência da Convergência associada levaram à prescrição de reprogramação postural e correcção com lentes prismáticas de baixa potência conforme o enunciado por Martins da Cunha (1988);
- II b) Movimentos sacádicos imprecisos ou irregulares (muitas vezes parte de um quadro de défice do sistema magnocelular), IV) Um Síndrome de Sensibilidade Escotópica (idem) e / ou V) um Déficit de Atenção (sem insuficiência da convergência) associados deram lugar à prescrição de lentes coloridas da Chromagen segundo o seu efeito sobre a velocidade de leitura e o conforto subjectivo do sujeito (cf. Harris e MacRow-Hill, 1999).
- Eventualmente, quando ambas as condições se verificavam, poderia também optar-se por combinar óculos com lente ou lentes prismáticas associadamente com lente(s) de contacto coloridas que a marca também fornece.

Procedeu-se inicialmente a um rastreio de diferentes parâmetros optométricos e leixométricos em 187 alunos de duas escolas do 2º e 3º ciclo do Ensino Básico, confrontando-se os resultados assim colhidos com os resultados obtidos a nível escolar (Pinto de Almeida et al., 2009, em publicação). Os maus leitores assim sinalizados foram convidados a um estudo mais aprofundado, por aplicação do protocolo mínimo de diagnóstico acima esquematizado (quadro 2), visando identificar quais deles satisfaziam os critérios de dislexia. A adesão a esta segunda parte do estudo esteve longe de ser total, razão pela qual se lhes juntaram outros casos que recorreram aos serviços da Clínica Médica de Serralves naquele mesmo período para este mesmo tipo de diagnóstico. Nos disléxicos assim reunidos, procedeu-se então a um estudo sistemático

de (a) eventuais alterações visuomotoras, posturais e psicomotoras, sendo igualmente despistados (b) um eventual síndrome escotópico ou um défice de atenção que pudessem orientar para as terapias em estudo. Estas foram subsequentemente ensaiadas durante um curto período inicial, raramente superior a um mês, para observação da respectiva eficácia terapêutica.

3. RESULTADOS

Nos rastreios – que incidiram, conforme foi referido, em duas escolas duma região rural do norte de Portugal – usou-se como prova de leitura o teste *Decifrar*, de Emílio Salgueiro (2002), o qual permite exprimir os resultados em termos de idade de leitura, em função do número de erros cometidos durante a leitura de uma lista de palavras; daí se extrai um quociente de leitura, definido pela fórmula $\frac{\text{Idade de Leitura}}{\text{Idade cronológica}} \times 100$.

Em conformidade com diferentes autores (cf. e.g. Cláudia Cardoso Martins e Bruce Pennington, 2001), poderão considerar-se maus leitores os sujeitos nos quais o quociente de leitura tenha um valor inferior a 80. Havia, de acordo com esta definição, 75 maus leitores entre aqueles 187 sujeitos – ou seja, podia considerar-se que 40,01 % dos elementos daquela população escolar apresentava algum tipo de dificuldade de leitura! – uma em cada cinco crianças, um valor muito sobreponível ao do Connecticut Study referido por Schaywitz (2003), por exemplo. Como muitos deles não se pres-taram a um despiste subsequente de dislexia, ficamos sem saber qual a proporção exacta que ocupavam os disléxicos dentro desta amostra.

Cerca de 30% dos maus leitores assim rastreados, juntamente com outros que acorriam neste mesmo período (2005-2006) por outras vias aos nossos serviços para estudo das suas dificuldades de leitura – muitos oriundos da mesma região – somaram porém um total de 42 sujeitos, postos à observação do autor, e referenciados como maus leitores pelo mesmo método. Os fracos desempenhos de leitura destes sujeitos foram ainda confirmados, conforme mais acima se refere, mediante a aplicação do teste de leitura de Pinto de Almeida (1993); os desempenhos de escrita foram acessoriamente estudados também em provas de cópia, ditado e escrita livre. Uma vez confirmadas as dificuldades de leitura, aplicou-se então o protocolo diagnóstico mínimo proposto por Pinto de Almeida para a dislexia (quadro 2).

Apresentam-se seguidamente as tabelas relativas às alterações associadas que puderam ser evidenciadas em disléxicos na amostra assim constituída – primeiramente no sexo masculino, depois no sexo feminino (quadros 2A e B).

Constata-se que os maus leitores são em maior número no sexo masculino do que no sexo feminino: puderam reunir-se 24 rapazes, mas apenas 18 raparigas, com critérios para dificuldade de leitura – numa proporção de 4 para 3 (semelhante à sugerida por Schaywitz, op. cit. – cf. sua fig. 3.1.). No entanto, o número de disléxicos é quase o mesmo – 16 no primeiro, 15 no segundo grupo; significa isto que o número de dificuldades de leitura inespecíficas, i.e. imputáveis a outras perturbações, é bem maior entre rapazes, na presente casuística (33,3% no sexo masculino Vs. 20,0% no sexo feminino). No grupo do sexo masculino, estas incluem défice cognitivo em 6 casos, outras alterações psiquiátricas em 1 caso e alterações neuromotoras em 1 caso (síndrome cerebeloso); no grupo do sexo feminino, regista-se 1 caso de défice cognitivo, 1 caso de alterações neuromotoras e 1 caso de disfluência, com problemática afectiva densa e insegurança marcada.

Um dos maus leitores com défice cognitivo apresenta uma perturbação global do desenvolvimento da linguagem, aliás com incidência familiar. Entre disléxicos, é curioso observar que se encontram também com frequência antecedentes familiares de perturbações relevantes de linguagem oral ou escrita – com mais frequência em rapazes (5 casos) do que em raparigas (unicamente 2 casos neste grupo).

São frequentes antecedentes pessoais de perturbações do desenvolvimento psico-motor em disléxicos: 4 casos no sexo masculino e um no sexo feminino, na presente casuística (tirando dois e um caso adicionais, respectivamente, em maus leitores não-disléxicos); perturbações do desenvolvimento da linguagem oral são igualmente frequentes em disléxicos – quer atrasos de linguagem, quer perturbações específicas de linguagem (3 casos dos quais um em rapaz disléxico no presente estudo), quer ainda perturbações fonético-fonológicas (totalizando aqui 3 casos no sexo masculino e 2 no sexo feminino) – podendo além disso manter-se aquelas últimas já em contexto escolar. Na presente listagem, estas vêm referidas como perturbações articulatórias – em número de uma em disléxicos do sexo masculino (registam-se casos de alterações articulatórias também em maus leitores não-disléxicos) e duas em disléxicas do sexo feminino, sendo que um disléxico mostra igualmente perturbações da motricidade orofacial com alterações oclusais e uma outra disléxica ainda apresenta também alterações da motricidade orofacial que configuram um síndrome do respirador bucal.

Relativamente aos casos de dislexia, deverá ainda ser notado que, quando esta se acompanha de disortografia (12 em 16 disléxicos, 6 em 15 disléxicas), são frequentes também as perturbações disgráficas (9 em 12, 2 em 6), ao passo que quando não há evidências suficientes de alterações da escrita, as dificuldades de leitura restringem-se, na maior parte dos casos, a dificuldades de compreensão, e não propriamente de leitura oral em termos de velocidade ou correcção; ora, as dislexias sem disortografia – mais leves, portanto, e afectando primordialmente a compreensão do texto lido – são muito mais frequentes no sexo feminino (9 em 15) do que no sexo masculino (4 em 16), o que é consistente com a superioridade habitualmente notada em raparigas na generalidade das tarefas linguísticas. Não fique por dizer que, mesmo quando ocorrem, os erros de leitura não são muitas vezes homólogos dos erros ortográficos.

A associação com perturbação por défice de atenção é extraordinariamente frequente, tanto em rapazes como em raparigas: 14 casos de défice de atenção num e noutra grupo (cerca de 90% dos casos!) – podendo no entanto objectar-se que o teste utilizado estava aferido para a população espanhola, e não para a população portuguesa (mas terão os portugueses então, normalmente, resultados menos bons em provas de atenção e concentração do que os espanhóis?).

As alterações da motilidade ocular são também extremamente prevalentes em ambos os grupos, afectando 11 sujeitos no primeiro, dos quais 10 disléxicos, e 10 no segundo, dos quais 9 disléxicos. Questionamo-nos se muitas destas alterações da oculomotricidade nos disléxicos não serão responsáveis por boa parte dos alegados défices de atenção atrás referidos. Entretanto, apenas um sujeito no primeiro grupo e dois no segundo apresentam ou confirmam queixas susceptíveis de configurarem um síndrome escotópico, sendo que em um dos rapazes e duas das raparigas afectadas não se detectaram alterações da motilidade ocular. A alta prevalência de insuficiência da convergência e / ou alteração dos movimentos sacádicos aqui registada poderá ter a ver com a elevada proporção de disléxicos na presente amostra (cerca de 75% dos maus leitores que se dispuseram a prosseguir o presente estudo). Não se contabilizam aqui os défices de processamento auditivo que se registaram num caso, ou mesmo os pequenos défices (não compensados) refractivos e de acomodação observados também num ou noutra caso, os quais obviamente mereceram também uma correcção adequada, assim como o estrabismo que se observou igualmente num dos casos.

Alterações posturais são um pouco menos prevalentes do que as alterações da motilidade ocular: 10 entre os rapazes maus leitores, sendo sete destes disléxicos; 9 entre as raparigas com dificuldades de leitura, sete das quais são disléxicas – tratando-se porém, numa delas, de alterações posturais pós-traumáticas, na sequência de acidente. Coincidência ou não, em disléxicos, somente no sexo feminino tais alterações aparecem já organizadas num síndrome de deficiência postural propriamente dito, maduro e acabado, satisfazendo os critérios diagnósticos acima enunciados (em dois casos neste grupo). Encontra-se por fim um síndrome escotópico em 6 disléxicos: 2 rapazes e 4 raparigas.

Tirando a instabilidade postural e um equilíbrio precário em tais casos, e para além dos numerosos défices psicomotores registados num disléxico ou dos défices neuromotores mais extensos observados num mau leitor com um síndrome cerebeloso, outros pequenos sinais neurológicos em maus leitores incluíram hiperactividade (1 rapariga e 3 rapazes disléxicos), dificuldades de coordenação motora (4 maus leitores, dos quais 2 rapazes disléxicos) ou mesmo uma dispraxia (1 rapariga disléxica), perturbações do ritmo (1 rapaz disléxico), dificuldades de integração espacial (3 rapazes e 1 rapariga entre os disléxicos), lateralidades cruzadas (2 rapazes e 1 rapariga) e canho-tismo (1 rapariga).

Pondo de parte o mau leitor com alterações do foro psiquiátrico e a má leitora que aqui surge com uma problemática afectiva densa, as alterações psicológicas obser-

vadas nesta amostra – lançadas nas tabelas quando dum consenso entre médico e psicólogo – são em sua maior parte reactivas e consecutivas ao impacto dos défices sobre a personalidade e a relação: baixa auto-estima (notória em 10 maus leitores, dos quais 4 disléticos e 1 dislética), ansiedade (digna de nota em 8 maus leitores, dos quais 3 disléticos e 3 disléticas), insegurança marcada (4 disléticos, 7 disléticas, dois maus leitores não-disléticos do sexo masculino e duas do sexo feminino), baixa motivação (registada em 6 maus leitores, dos quais 2 raparigas e 2 rapazes disléticos), instabilidade emocional (3 disléticos e 1 dislética) ou problemas emocionais (1 dislético), perfeccionismo (2 raparigas disléticas), impulsividade (5 maus leitores, dos quais 2 disléticos e 1 dislética), rigidez caracterial (1 dislética) e timidez marcada (1 dislética) foram as principais alterações registadas a este nível.

As alterações endocrinológicas, um estrabismo, os défices refractivos e um défice de processamento auditivo mereceram encaminhamentos específicos. No mais, procedeu-se conforme a metodologia acima descrita para os meios ópticos – os quais foram usados isoladamente nos primeiros 15 a 30 dias. Daí em diante, foram-se juntando outros diferentes meios, quais sejam: reprogramação postural nos casos com alterações deste foro; reeducação psicomotora quando alterações notórias da psicomotricidade integrassem o quadro clínico; apoio psicológico e psicopedagógico na generalidade dos casos, quer para reeducação das capacidades de leitura e escrita, quer do défice de atenção (com ou sem hiperactividade associado), quer de certas capacidades deficitárias, quer ainda para acompanhamento psicológico das consequências do síndrome ao nível da personalidade e da relação; terapia da fala, especialmente quando de perturbações associadas da linguagem, da articulação ou da própria motricidade orofacial; medicações específicas para melhor controle de casos mais complexos, conforme é o caso dos psicoestimulantes em certos casos de dislexia com défice de atenção - e.g. com hiperactividade – e dos nootrópicos como o *piracetam* quando o hemisfério esquerdo pareça merecer uma activação específica.

É de sublinhar que uma melhoria ao nível da leitura se registou em todos os casos, mesmo na fase em que se estavam usando os meios ópticos como único recurso.

4. DISCUSSÃO

Os disléticos eram, nesta pequena amostra, em número de 31: três em cada quatro maus leitores. Se extrapolássemos esta proporção para o conjunto dos resultados anteriores, obtidos nos rastreios, diríamos que a dislexia poderia ter, na população como um todo, tanto como uma prevalência de uns 30%: algo como um em cada três sujeitos! Mas é claro que foram, tendencialmente, os casos mais severos de dificuldade de leitura e escrita aqueles que acorreram ao estudo subsequente, e pode portanto admitir-se que os disléticos sejam mais numerosos nesta fracção do que entre casos de dificuldades de leitura mais leves da mesma população. Se portanto, à imagem do

que vai sendo corrente admitir-se nos testes de quociente intelectual, se considerasse agora, para o quociente de leitura, que a dificuldade é meramente limítrofe entre 70 e 79, tratando-se de leitura deficiente somente de 69 para baixo, o número dos sujeitos com leitura verdadeiramente deficitária passaria então, nesse caso, para 19 em 187, ou seja, cerca de 10% (um valor semelhante ao sugerido por Schaywitz, 2003, cf. sua fig. 3.1) e se fossem $\frac{3}{4}$ de disléxicos, estes somariam por conseguinte uns 13 em 187, algo como 6 a 7 % daquela população escolar, tirando os que existam entre os restantes 56 indivíduos portadores duma dificuldade leve de leitura (“limítrofe”) na mesma população; mas calculando, nesta outra fracção, uns 50% com dislexia, teríamos aqui cerca de 28 disléxicos adicionais. Como $13 + 28 = 41$ (tantos quantos os disléxicos na amostra total que realmente foi estudada), obteríamos finalmente 16,58 % como proporção aproximada que os disléxicos ocupariam na nossa população de partida. A prevalência da dislexia variaria então entre uns 6,5 e uns 16,5 %, conforme o crivo mais ou menos apertado que se considere para as dificuldades de leitura: ambos os resultados vão ao encontro de números que têm sido avançados na literatura especializada (cf. Schaywitz, 2003) – o critério mais exigente, requerendo dificuldades drásticas na leitura antes de se considerar o diagnóstico de dislexia, entronca com o ponto de vista daqueles que reclamam para este efeito a demonstração dum atraso de leitura de um mínimo de 2 anos sobre a idade e as restantes competências do sujeito, deixando prever uma média de 2 disléxicos por cada classe de 30 alunos; o critério mais permissivo inclui também entre os disléxicos os leitores com uma dificuldade moderada, deixando prever a existência de quase 5 alunos disléxicos em cada turma de 30. Os estudos em famílias com elevada prevalência de maus leitores mostram porém que a gravidade das limitações é bastante variável de indivíduo para indivíduo, e certos parâmetros como a prosódia na leitura oral mostram que se trata muitas vezes de alterações qualitativas, e não apenas de um simples atraso na aquisição das competências léxicas, por muito que o atingimento dos desempenhos de leitura seja apenas moderado (Pinto de Almeida, 1993). Eis a razão pela qual se optou pelo segundo critério, considerando como maus leitores os que apresentassem um quociente de leitura de 79 ou inferior. Isso permitiu reunir uma amostra de 42 maus leitores, que poderá ser considerada relativamente ilustrativa da situação existente no norte de Portugal. Os disléxicos parecem constituir uma maioria entre os maus leitores, o que poderia significar que as dificuldades de leitura são em grande parte, senão na sua maior parte, específicas – ou seja, de causa biológica, por défice em algum dos complexos mecanismos exigidos pela fisiologia da leitura (ao nível da sensibilidade visual, do processamento cerebral, dos movimentos oculares, dos respectivos mecanismos de *feedback*, e assim por diante).

No tocante aos resultados obtidos na amostra assim constituída, não será contudo demais sublinhar estas particularidades da sua composição, e as limitações que daí decorrem, impedindo uma qualquer generalização das conclusões em termos numéricos. Deveria este estudo ser levado a cabo de novo com uma amostra constitu-

ída mais homoganeamente e com um maior controle de variáveis parasitas. Alguns dos dados, todavia, falam por si, independentemente da frequência relativa que lhes possa estar associada na população geral. Está neste caso uma eventual associação da dislexia com o síndrome de deficiência postural, que alguns autores pretendem sistemática, mas que aqui fica bem patente encontrar-se apenas em alguns casos, mesmo que se sinalizem todas as alterações posturais, independentemente de já estarem ou não organizadas em síndrome. Estes mesmos autores tendem igualmente a desvalorizar a ocasional presença de um síndrome escotópico em disléxicos, quando os presentes dados parecem demonstrar a presença deste outro síndrome num número nada desprezível de disléxicos, conquanto aparentemente menor do que a presença de alterações posturais. Confrontando a presente casuística com a do estudo pioneiro de Pinto de Almeida (1993) que primeiro demonstrou uma tal associação, essencialmente em disléxicos adolescentes e jovens adultos, parece muito verosímil que tais alterações posturais, muitas vezes incipientes ainda em crianças disléxicas, se vão organizando com o passar do tempo, em muitos casos, num síndrome de deficiência postural acabado – i.e. com todos os sintomas cardinais e a semiologia física característica que o define como tal – encontrando-se mais, aparentemente, a associação duma dislexia clara com um S.D.P. claro, plenamente estabelecida, em alguns dos casos que cursavam com alterações posturais na infância, as quais se aprofundariam na pré-adolescência, aparecendo mais como associação sindromática estável a partir de então (isto explicaria o predomínio no sexo feminino, nesta amostra, tida em consideração a maior precocidade das raparigas no seu desenvolvimento endócrino). Sobre as alterações da motilidade ocular encontradas em disléxicos, mais frequentes ainda do que o próprio S.D.P. ou do que o síndrome escotópico na presente casuística, lembrar-se-á que elas poderão ser causa, mas também consequência, dos próprios problemas de leitura: é evidente que um processamento cerebral menos bom ao nível desta capacidade ocasiona movimentos oculares mais erráticos no mau leitor do que no bom leitor, assim como também no simples défice de atenção, mesmo que isolado; deverá ser lembrado, além disso, que nos rastreios dos quais se retirou boa parte da presente amostra de maus leitores (Pinto de Almeida et al., 2009, em publicação), o factor “ser aluno da escola A ou B” detinha uma correlação mais forte ainda com o quociente de leitura do que os factores optométricos. Isso não significa que a dislexia seja um problema exclusivamente educacional, conforme alguns parecem pretender (cf. Teles, 2008). Também não poderá dizer-se que seja um problema essencialmente psicolinguístico: é até surpreendente, no presente estudo, que os casos sinalizados de antecedentes de desenvolvimento alterado da linguagem oral e da fala não vão além de 11 em 42 maus leitores, constituindo apenas 26,19 % do total dos casos de alterações da leitura e da escrita – um valor bem próximo do da respectiva prevalência na população geral de uma região próxima, segundo um estudo recente (Silva e Peixoto, 2008) nos dá a conhecer; os défices no domínio psicomotor não parecem ficar muito atrás na amostra aqui reunida (8 em 42 = 19,04 %). Uma coisa é certa: 31 destes 42

maus leitores são disléxicos, e os quadros supra mostram bem que há um fundo biológico para a dislexia – seja devido a factores inatos, heredoconstitucionais, inclusive com incidência familiar, seja de feição adquirida, relacionada com factores peri-natais ou outros.

Quanto ao tratamento e reabilitação do disléxico, valerá a pena considerar primeiro os meios ópticos ensaiados – quer dizer, as lentes prismáticas de baixa potência e as lentes coloridas; foi variável, de caso para caso, o intervalo de tempo em que se entregaram os casos a este tipo de intervenção isolada, por si só; isso prendeu-se com questões éticas que recomendaram valer ao paciente desde cedo com meios mais específicos dirigidos ao seu caso em particular, num espírito de serviço; mas seria, evidentemente, recomendável uma maior homogeneidade dos procedimentos, se o único objectivo fosse ser-se conclusivo acerca da eficácia dos diferentes métodos; deste ponto de vista, teria sido útil, igualmente, compararem-se os diferentes meios entre si e com um placebo em casos homólogos – o que igualmente não foi feito. Não são, claro está, as clínicas privadas, as instituições mais vocacionadas para tais protocolos rigorosos de investigação; o servir o paciente entrou, neste caso, em conflito com o chegar a resultados de pesquisa absolutamente fidedignos. Parece no entanto comprovada a eficácia da opção tomada a respeito dos meios ópticos: em todos os casos se registaram melhoras após este tipo de intervenção. Deverá contudo fazer-se notar, em abono da verdade, que mesmo no bom leitor, a leitura melhora em velocidade quando se usam filtros de cor – um efeito que beneficiaria em ser quantificado num grupo testemunha. A periodicidade das consultas foi porém muito diversa e, conquanto os benefícios subjectivos tenham sido uma constante, não foram sistematicamente quantificadas as melhoras, tanto em capacidades de leitura como de atenção e outras. Seria também importante comparar a eficácia destes meios com a dos meios educacionais e outros, assim como seria importante ponderar os progressos obtidos com estas diferentes armas terapêuticas – o que sem dúvida se fará numa próxima oportunidade. Os meios não ópticos foram diversos – desde psicoterapia e psicopedagogia centrada em diferentes défices individuais até à terapia medicamentosa, passando pela reeducação postural e psicomotora; as melhoras continuaram a verificar-se ao longo destas diversas intervenções, sendo embora difícil de saber qual a parte de cada uma no cômputo geral do sucesso da intervenção. Valeria a pena constituir grupos comparáveis para estas diferentes formas de intervenção apreciadas *per se* em cada um – o que igualmente requereria um contexto de investigação distinto da actuação que se é suposto ter na clínica privada.

5. CONCLUSÃO: ABORDAGEM INDIVIDUALIZADA DA DISLEXIA DE DESENVOLVIMENTO

Os resultados no seu conjunto permitem todavia, por um lado, relativizar os dados parcelares com que alguns embandeiraram, crentes de que a dislexia se resolva exclusivamente no seu campo estrito de actuação, e permitem, por outro lado, muito ao contrário, contrapor-lhes a ideia de que somente uma equipa interdisciplinar alargada poderá dar conta das múltiplas facetas do “síndrome disléxico”. Fica bem patente que não há dois disléxicos iguais, e que a abordagem do disléxico deverá portanto ser perfeitamente individualizada, tanto ao nível do diagnóstico e avaliação como ao nível da reabilitação e do tratamento.

5.1. ABORDAGEM INDIVIDUALIZADA DO DISLÉXICO AO NÍVEL DO DIAGNÓSTICO E DA AVALIAÇÃO

Ao nível do diagnóstico, ele é antes de mais um diagnóstico de exclusão: trata-se de uma dificuldade específica de aprendizagem da leitura, o que implica que se demonstre 1º) a dificuldade de aprendizagem da leitura (aplicação dum teste de leitura padronizado) e 2º) a respectiva especificidade – devendo demonstrar-se que ela não decorre de condições sócio-familiares ou escolares, nem de défice cognitivo, nem de doença psiquiátrica (donde a necessidade de um exame psicológico e de uma entrevista clínica cuidada, uma análise detalhada do histórico escolar, a aplicação de um teste de inteligência e outros que se afigurem úteis em cada caso), nem de défice sensorial, doença neurológica ou outra condição patológica (daí um exame médico completo que se torna imprescindível ao diagnóstico – atento, entre outros, ao exame neurológico e ao exame das diferentes sensibilidades). Estes requisitos foram todos cumpridos no estabelecimento da presente casuística, não sendo esse infelizmente o caso em outros estudos publicados na área.

A presente casuística documenta igualmente a riqueza do quadro clínico da dislexia, o qual inclui, além das (a) dificuldades de leitura e, muitas vezes, de escrita (“dislexia-disortografia”), (b) os pequenos sinais de atingimento neurológico (decorrentes, segundo se pensa, duma “disfunção cerebral mínima” subjacente) – inclusive os tão frequentes défices psicolinguísticos; e (c) o impacto destas limitações sobre a personalidade do disléxico e sua relação com os outros e consigo mesmo – sendo nestes vários aspectos muito diversos entre si os casos em concreto, devendo por conseguinte cada um ser caracterizado em pormenor com vista ao seu atendimento individualizado – o que, mais uma vez, só se consegue no seio de uma ampla equipa interdisciplinar.

Ao nível da etiologia, encontram-se nas tabelas supra factores genéticos em boa parte dos casos, mas os factores adquiridos tampouco se podem menosprezar, sendo os

únicos que se evidenciam em tantos e tantos outros: factores pré e peri-natais em alguns (expl. sofrimento fetal, parto distócico), factores relativos ao crescimento e desenvolvimento ou patologia intercorrente em outros ainda. O quadro que se segue apresenta uma sùmula dos principais sintomas e sinais que poderão integrar o quadro clínico – presentes aqui e ali na casuística reunida. Tirando a dificuldade de leitura, porém, nenhuma destas manifestações se encontra em todos os casos ou pode considerar-se patognomónica.

QUADRO 3. Dislexia – o quadro clínico

Perturbações ao nível da linguagem oral e escrita	Pequenos défices e sinais neurológicos frequentemente presentes	Características frequentes de personalidade
<p>Perturbações do desenvolvimento das capacidades de leitura e de escrita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitura silabada, decifratória, hesitante, com bastantes correcções e erros de antecipação • Erros de leitura mais ou menos numerosos, resultantes de atrasos e/ou desvios das capacidades léxicas, fracamente aquém do esperado em função da idade e/ou do nível geral de escolaridade e restantes desempenhos escolares. • Erros ortográficos fora do comum: ex. merc por comer • Substituição por palavras com estrutura similar mas significado diferente (ex. covinhas - couvinhas) ou por outras com significado semelhante mas de estrutura muito diversa • Muitos erros de escrita, e mesmo escrita copiada com incorrecções numerosas e por vezes grosseiras (ex. gato por casa) • Problemas de compreensão semântica do texto lido • Dificuldades no reconhecimento dos erros ortográficos • Avanço de linhas em falso na leitura, seguimento digital do texto até níveis avançados, etc. • Caligrafia imatura, com grafemas de tamanho desigual, diversos graus de inclinação nas linhas de um texto escrito, etc. • Poucos ou nenhuns hábitos de leitura: odeia ler, tem cefaleias, epigastralgias, lê cada vez menos, desiste de ler, etc. • Distorções do texto lido: letras vistas em posição invertida, oscilações da mancha do texto, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Défices cognitivos associados: discalculia, disgnosias, défices atencionais, défices de memória recente (ex. memória em espelho) e outros • Défices no processamento de estímulos em apresentação rápida, nas várias modalidades sensoriais • Problemas e conflitos de dominância lateral, indefinições. . . : maior frequência de canhotismo e ambidextria, lateralidades cruzadas, etc. • Défices do processamento auditivo: ausência de "ouvido director", discriminação auditiva pobre, défices de processamento fonológico. . . • Queixas visuais e sinais oftalmológicos subtis: ausência de olho fixador; algumas alterações campimétricas discretas, com frequente aumento e diminuição da sensibilidade visual periférica; insuficiência da convergência binocular; movimentos oculares anómalos, erráticos (parecem principalmente atingidos os movimentos sacádicos); síndrome de visão escotópica (Irlen), por disfunção do sistema magnocelular, com cefaleias e hipersensibilidade às diferenças de luminosidade, distorções do texto lido (metamorfofias, deslumbramento. . .) etc. • Sinais discretos de disfunção cerebelosa: trémulo, desequilíbrio, disdiadococinesia, ataxia, incoordenação motora global (quando caminha, corre, etc.) e distúrbios do ritmo • Alterações do equilíbrio, com uma preponderância lateral nas funções vestibulares • Imaturidade ou perturbações do esquema corporal, da propriocepção e da somatognose • Pequenos défices práticos e de motricidade fina • Problemas de integração espaço-temporal e desorientações frequentes • Défices psicolinguísticos: défices articulatorios; défices relativos à consciência e competência fonológica; dificuldades na denominação de objectos; frequentes perturbações da linguagem oral; outros défices de simbolização; "défice linguo-especulativo" ("pensamento figurado" a traços largos, com dificuldades na verbalização do pensamento) • Outros défices psicomotores • Alterações posturais ou mesmo um síndrome de deficiência postural organizado • Outros: doenças auto-imunes, alergias, etc. – frequentemente associadas 	<p>Impacto das dificuldades escolares sobre a personalidade e sobre a relação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estigmatização: tratado na escola como "burrinho", no recreio como "pateta", em casa como "malandro", e assim por diante; massacrado pelos pais e outros familiares, ou então superprotegido, torna-se com frequência uma criança impulsiva e agressiva • Dificuldade na relação, na comunicação com os outros; inadaptação; • Insegurança marcada, baixa auto-estima, sentimentos de inferioridade e de incapacidade, ressentimento consequente, etc.; sente-se marginalizado e por vezes termina por se marginalizar (ex. actos de delinquência, etc.) • Desmotivação ou até apatia, desinteresse pela escola, fadiga, desatenção; necessidade de contínuos reforços com vista a alimentar uma fraca motivação; frequentes recusas da escola, evitamento dos trabalhos de casa, etc. • Imaturidade, timidez, frustração, com mecanismos de defesa próprios: evasão ("voou para a fantasia"), negação, fanfarronice, falsa vaidade, falsa segurança, comportamentos apelativos, etc., etc. • Desenvolvimento de estratégias compensatórias, talentos poucos comuns oriundos de outras esferas (muitas vezes artísticas, mecânicas, etc.) • Criatividade: segundo Ron Davis, o disléxico "só aprende aquilo que se torna capaz de criar" • Frequente rigidez caracterial • Instabilidade e labilidade emocional – desde a timidez, o ensimesmamento e a extrema dependência à impulsividade e agressividade, com baixo auto-controle, frequentes flutuações do humor e humor frequentemente depressivo • Ansiedade elevada, frequentes alterações do sono, enurese secundária, etc.
<p>Perturbações frequentemente associadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disortografia • Disgrafia • Perturbações e atraso de desenvolvimento da linguagem • Alterações articulatorias • Perturbação por défice de atenção (com ou sem hiperactividade) 		

Muito dificilmente dois casos se confundirão ou apresentarão todos estes sintomas e sinais em simultâneo. A avaliação do disléxico deve assim precisar os factores etio-

lógicos, o perfil cognitivo, a feição das principais dificuldades, suas consequências ao nível da relação, a adaptação / compensação e principais mecanismos de defesa, bem como as condições acompanhantes – como seja uma disortografia / uma disgrafia, um eventual défice de atenção e os défices sensoriais, cognitivos e psicomotores, e os “soft-signs” neurológicos, que dão a cada quadro clínico a sua especificidade única.

Não pode concordar-se que o S.D.P. surja em consequência de um simples défice do sistema proprioceptivo resultante de posições viciosas sustentadas. O síndrome de deficiência postural primeiro descrito por Pinto de Almeida (1993) em relação com a dislexia atribui-se geralmente a uma incoerência do *input* de informação nas várias modalidades sensoriais e a uma consequente resposta compensatória desajustada (Gagey, 1993); perante uma actividade de elevada complexidade como a leitura, compreende-se que surjam dificuldades em consequência de um desajuste com ponto de partida em qualquer um daqueles sensores (equilíbrio, visão, propriocepção dos músculos oculares extrínsecos...); a escrita envolve mais complexidade ainda no seu processamento, assim se entendendo o S.D.P. também reconhecido em numerosos casos compatíveis com o diagnóstico de disortografia (Serrano e Silva, 1996); nas perturbações do desenvolvimento da fala e da linguagem oral, tampouco se podem pôr de parte factores como estes (Pinto de Almeida, 1999). Mas não pode reduzir-se, evidentemente, nenhuma destas entidades, ao simples jogo dos factores do *input*. O processamento e o *output* têm igual relevância, e interagem aliás com o *input* mediante múltiplas ansas de *feedback*.

5.2. ABORDAGEM INDIVIDUALIZADA DO DISLÉXICO AO NÍVEL DA INTERVENÇÃO

O tratamento deverá também ser perfeitamente individualizado, porquanto se tratam não dislexias, e sim disléxicos, isto é, pacientes que devem ser abordados na totalidade biopsicossocial da sua pessoa inimitável – o que impede uma qualquer generalização abusiva de tal ou tal procedimento terapêutico a todos os casos.

Cada caso implicará deste modo, pelo contrário, uma terapia dirigida à especificidade das dificuldades e compensações observadas, podendo hoje em dia lançar-se mão de um amplo leque de meios, quais sejam: a leitura correctiva; os procedimentos psicopedagógicos; a reeducação cognitiva; a reeducação psicomotora; a psicoterapia; as técnicas de interacção; os jogos e procedimentos de base neurológica (a graduação da velocidade de apresentação do estímulo, o trabalho com os reflexos primitivos ou a estimulação hemisférica específica, por exemplo); a medicação (nootrópica, psicoestimulante, etc.); os procedimentos audiopsicofonológicos; a terapia da fala (por exemplo, o treino das competências fonológicas e da consciência metafonológica); os procedimentos oftalmológicos e posturais.

Estes últimos incluem nomeadamente:

- A reprogramação postural e lentes prismáticas de baixa potência (que segundo Pinto de Almeida, 1993 podem melhorar os próprios desempenhos de leitura nos casos com S.D.P. associado);

- Os filtros e lentes de cor (que melhorando o contraste – segundo Irlen, 1991; Wilkins, 2002, e tantos outros – são susceptíveis de aumentar a velocidade de leitura independentemente da perturbação, aliviando além do mais as queixas relativas ao síndrome escotópico quando este integra o quadro clínico (cf. Harris e MacRow-Hill, 1999, ou Lightstone et al., 1999) – o que efectivamente corresponde à experiência clínica do autor (cf. tb. Pinto de Almeida, 2007);

- As terapias visuais – nomeadamente exercícios visuais (Ribaucourt & Barbeau, 1993; Scheiman & Rouse, 1994), estimulação sintónica (Kaplan, 1983), etc. – quando se justifique, em casos com insuficiência da convergência ocular, disfunção dos movimentos oculares, alterações da sensibilidade visual periférica, etc.).

Quanto aos disléxicos da amostra, eles desmentem os argumentos de Serrano e Silva (1996), retomados em Quercia et al. (2005), nos seguintes aspectos:

1º) Os presentes casos foram referenciados por aplicação do protocolo de diagnóstico referido, laborioso mas indispensável, jamais cumprido por aqueles autores, cujos casos documentam essencialmente e quando muito disortografias, se é que outras situações co-ocorrentes (défices cognitivos, doença neurológica, doença psiquiátrica...) não inquinam também aquele diagnóstico;

2º) A dislexia pode ou não complicar-se de disortografia e / ou disgrafia, e estas podem existir também à margem da dislexia, conforme os quadros supra bem documentam;

3º) As alterações posturais podem ou não complicar o quadro clínico de dislexia-disortografia: elas ocorrem em menos de 50% dos disléxicos na presente casuística;

4º) As alterações posturais são até um pouco menos prevalentes do que as alterações da motricidade ocular, podendo ou não ocorrer em associação com estas, e está por estabelecer a parte da motricidade ocular no quadro clínico: ela aparece correlacionada com o quociente de leitura nos rastreios de Pinto de Almeida et al. (2009, em publicação), embora menos do que a escola frequentada!

5º) Um síndrome escotópico pode igualmente estar presente, numa percentagem nada desprezível – cerca de 20% na presente amostra - e quando da avaliação inicial, as dificuldades de leitura neste contexto parecem responder melhor (em termos de velocidade de leitura) aos filtros de cor do que às lentes prismáticas (cf. Irlen, 1991);

6º) Algumas alterações dos movimentos sacádicos, no teste DEM já citado, respondem melhor também aos filtros do que aos prismas;

7º) Tanto os prismas como os filtros, embora mais estes do que aqueles (devido a uma melhoria do contraste), permitem muito frequentemente aumentar de imediato a velocidade de leitura tanto em bons leitores como em maus leitores sem grande sintomatologia acompanhante, e está por calcular a magnitude do efeito de placebo a este nível – o que não impede que se registem melhorias efectivas e persistentes dos desempenhos de leitura ao fim de alguns dias de uso;

8º) Nos casos de dislexia com S.D.P. associado, as lentes prismáticas em associação com a reprogramação postural melhoram claramente a sintomatologia postural acompanhante, e proporcionam por certo uma leitura mais eficiente – em termos de velocidade, de correcção e até de compreensão (ver o estudo pioneiro de Pinto de Almeida, 1993) – mas na experiência do autor, estes efeitos só se consolidam pelo treino, de preferência no âmbito dum acompanhamento psicológico e psicopedagógico atento à problemática psicológica total específica de cada sujeito;

9º) A reeducação psicomotora é mandatária se há um atingimento importante da psicomotricidade no quadro clínico (cf. tb. Vítor da Fonseca, 1992);

10º) A terapia da fala parece igualmente indispensável quando há perturbações pré-vias da linguagem oral, da fala ou da motricidade orofacial – o que não parece infrequente (5 em 16, 3 em 15, nos grupos masculino e feminino, respectivamente – cf. quadros supra).

Pode exemplificar-se esta necessidade e esta complementaridade dos diferentes meios terapêuticos mediante um caso ilustrativo:

J.V.S, criança do sexo masculino com 10 anos, frequentava o 5º ano de escolaridade, consultando por dificuldades de aprendizagem.

Procedeu-se a entrevista clínica com colheita de anamnese, avaliação psicológica com observação do comportamento, aplicação da WISC – III e teste de Toulouse-Piéron, avaliação linguística e lexicométrica e exame médico objectivo:

- Reunia critérios para o diagnóstico de dislexia, com disortografia e disgrafia (cf. mais acima). A leitura achava-se prejudicada na sua fluência (alterações de velocidade, ritmo, prosódia...), na sua correcção (muitos erros de diversos tipos) e também ao nível da compreensão e interpretação. Preferia ainda a leitura acompanhada pelo dedo e cometia frequentes “saltos” de palavras, de frases e de linhas inteiras ao longo da leitura de um texto. Cometia inúmeros erros ortográficos de diversos tipos (omissão, adição, substituição), erros de construção sintáctica e erros de estruturação do texto, com incapacidade de produzir ou mesmo de resumir histórias ou acontecimentos; a escrita copiada era pior ainda do que a escrita ditada. Apresentava traçados gráficos e caligrafia grosseiramente irregulares e por vezes incompreensíveis, com escrita em diferentes direcções e distorção de grafemas, letras de diversos tamanhos, etc.

- Tinha antecedentes de sofrimento fetal; durante a infância teve perturbações do desenvolvimento psicomotor, assim como um quadro compatível com perturbação específica da linguagem, e sofreu também problemas articulatorios, alguns dos quais se mantêm.

- Criança hipercinética, com um défice de atenção (e.g. deixa a chave dentro do cacifo, sai de chinelos para a rua...); mostrava incipientes alterações neuropsicomotoras, incluindo uma desorganização visuo-espacial, alterações ao nível dos ritmos, descoordenação visuo-motora, pequenas alterações da marcha (e.g. marcha “em zigue-zague”) e um equilíbrio muito imaturo, com algum grau de dismetria e dispraxia incipiente. A despeito de um exame oftalmológico tido como normal, apresentava um síndrome

escotópico com queixas múltiplas durante as suas actividades de leitura: cefaleias, diplopia ocasional, metamorfopsias (oscilação das linhas, caracteres gráficos que focam e desfocam) e grande sensibilidade (deslumbramento) aos contrastes de luz, sendo incapaz de ler em ambientes muito iluminados (“síndrome escotópico”). Às queixas visuais, queixas dolorosas e queixas de equilíbrio juntavam-se alterações proprioceptivas e uma posição cifoescoliótica estereotipada com rotação axial e apoio preferencial sobre o pé esquerdo, com o ombro direito elevado e olhar preferencialmente em dextroversão – um quadro compatível com síndrome de deficiência postural.

- Criança emocionalmente imatura, com baixa auto-estima e falta de motivação para as tarefas escolares; adopta “palhaçadas” como mecanismo de defesa perante a frustração que lhe é ocasionada pelos seus défices; alguns comportamentos regressivos perante o irmão mais novo, e.g. enurese secundária; impulsivo, e às vezes agressivo; mudanças de humor frequentes; refere algumas dificuldades no relacionamento com os professores e com os seus pares.

- Foram-lhe propostas inicialmente lentes prismáticas de baixa potência e depois filtros coloridos como meios ópticos de correcção, conjuntamente com a reprogramação postural (Martins da Cunha, 1988) e a reeducação psicomotora (Vitor da Fonseca, 1992), a que foi sujeito desde o início. Verificaram-se melhorias muito substanciais, algumas praticamente imediatas, tanto ao nível da sua semiologia postural como dos seus desempenhos psicomotores: a postura, por exemplo, tornou-se quase simétrica, a marcha normalizou-se quase instantaneamente e desvaneceram-se também as queixas relativas a uma certa hipersensibilidade visual às condições ambientes quando lê ou estuda. Os progressos a este nível foram de tal monta que a criança deixou de consultar durante quase um ano.

- Mantinha porém, já próximo da conclusão do 2º ciclo, notórios défices de competência e mesmo de consciência fonológica, assim como marcadas dificuldades de leitura: esta continuava uma leitura silabada, pouco fluente, disrítica; a escrita mantinha por sua vez numerosos erros ortográficos – nomeadamente frequentes omissões e substituições de palavras e sílabas, que deixava muitas vezes inacabadas; ao nível dos traçados gráficos, a evolução foi muito cambiante, tardando muito a alcançar uma escrita satisfatória deste ponto de vista. Somente uma intervenção psicopedagógica enérgica e persistente logrou ultrapassar estas limitações (reeducação psicopedagógica em ambiente psicoterapêutico – dita “psicopedagogia curativa” - com métodos de reeducação de base multisensorial e trabalhando as lateralidades, e.g. o “método fonomímico” de P. Teles, recorrendo nomeadamente a ficheiros cacográficos ilustrados, à intervenção sobre os diferentes tipos de erros e sobre os factores associados, com treino fonológico, exercícios para grafismos, exercícios que trabalhavam a espacialidade, etc., etc.);

- O défice de atenção, por sua vez, mostrou ceder apenas à medicação psicoestimulante entretanto instituída; a enurese secundária beneficiou igualmente de medicação psicotrópica (metilfenidato);

- Ao fim de um ano de acompanhamento psicopedagógico intensivo e regular, juntamente com as correcções ópticas e posturais / psicomotoras que já vinham de trás e com a medicação entretanto prescrita, mantinha-se ainda uma certa imaturidade afectiva, algumas alterações posturais (ex. desnivelamento dos ombros) e certas alterações psicomotoras discretas (e.g. inclinando a cabeça sobre o lado esquerdo durante a marcha), e a disgrafia mostrava ainda ser severa (variando acentuadamente a direcção das linhas e do gesto gráfico), com uma disortografia ainda evidente – conquanto em todos estes itens tivesse experimentado melhorias, as quais progrediram aliás, sem nunca se ter alcançado, porém, uma recuperação plena e absolutamente satisfatória em todos os parâmetros deficitários

5.3. A FISIOPATOLOGIA COMO GUIA PARA UMA ABORDAGEM INDIVIDUALIZADA DO DISLÉXICO

Não deverão confundir-se os casos: a correcção dum S.D.P. associado parece passar essencialmente pelo restabelecimento duma maior congruência das informações proprioceptivas com as informações visuais e vestibulares, especialmente no tocante às duas metades do corpo com respeito ao respectivo eixo, para assim se obter um *output* postural e motor mais ajustado; a correcção dum síndrome escotópico parece agir essencialmente pela superação duma eventual disfunção magnocelular com respeito ao contraste forma-fundo, assim se superando algumas das dificuldades presentes ao nível do *input* visual, embora isso permita muitas vezes superar também alguns desajustes ao nível dos movimentos sacádicos, por exemplo. Com efeito, a fisiopatologia da dislexia relaciona-se com a disfunção em um ou mais pontos da condução da informação nas vias sensoriais, do seu processamento psicolinguístico central ou do próprio *output* relativo à postura e movimentos oculares no acto de ler, aos movimentos dos órgãos da fonação na leitura vozeada, etc., etc. *Input*, processamento e *output* interferem entre si, devido a um intrincado jogo de mecanismos de retroacção pelo qual uma mudança no *input* pode por vezes desbloquear dificuldades de processamento e ocasionar uma superação de certos défices ao nível do *output*, e vice-versa, conforme se esquematiza na figura seguinte:

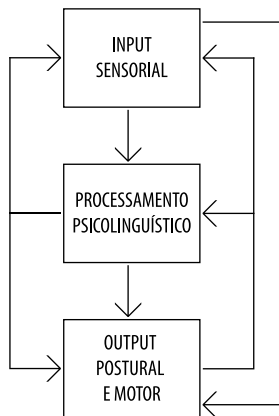


FIGURA 2. As numerosas ansas de feedback entre input sensorial, processamento psicolinguístico e output postural e motor no decurso da leitura.

A fisiopatologia da dislexia relaciona-se com disfunção a qualquer um destes níveis, sobre um fundo de imaturidade ou mesmo de dismaturidade cerebral consecutivo a desordens dos processos neurais que asseguram o desenvolvimento do sistema nervoso em etapas da sua maturação mais ou menos precoces – mas afectando de preferência, claro está, as mais avançadas no decurso da ontogénese da leitura, em especial os processos de especialização hemisférica: uma disarmonia hemisférica pode manifestar-se tanto ao nível do *input* (expl.: ausência de ouvido director, de olho fixador...) como do processamento (expl.: dominância direita para a linguagem), como ainda do *output* (lateralidades cruzadas entre pé e mão, por exemplo). É esta a razão de ser dos sucessos obtidos com os mais diversos meios de tratamento e reabilitação na dislexia: incidindo mais sobre *input*, *output* ou *processamento*, qualquer um deles pode influenciar também outros níveis devido aos poderosos mecanismos de *feedback* entre eles. Mas é bom de ver que os resultados serão muito mais rápidos se a intervenção estiver apontada directamente ao “elo mais fraco”. No quadro que se segue, passam-se em revista diferentes procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais relacionados com este e aquele nível. Do ponto de vista aqui defendido, a fisiopatologia deveria orientar quer os procedimentos diagnósticos, quer sobretudo os procedimentos terapêuticos e de reabilitação.

QUADRO 4. Dislexia: a fisiopatologia como guia para a abordagem clínica e educacional

NÍVEL	DÉFICES PRIMÁRIOS	ALGUNS PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO	ALGUNS MÉTODOS EDUCACIONAIS DE REABILITAÇÃO	ALGUNS MÉTODOS CLÍNICOS DE REABILITAÇÃO
INPUT	<p>Input auditivo</p> <p>Input visual</p> <p>Input vestibular</p> <p>Input proprioceptivo</p>	<p>Audiometria, testes de discriminação auditiva e de processamento auditivo</p> <p>Optometria</p> <p>Equilibrimetria</p> <p>Bateria psicomotora</p>	<p>Métodos de reeducação multisensorial (Borel Maisonnay, Maistre, etc.)</p> <p>Abordagem audio-verbal (M. Beller – in Van Hout & Étienne)</p> <p>Modificação do input (softwares de P. Tallal)</p> <p>Reeducação Psicomotora (ex. Vitor da Fonseca, 1992)</p>	<p>Audiopsicofonologia (método Tomatis)</p> <p>Musicoaterapia (ex. MIT)</p> <p>Integração sensorial (método de Ayres)</p> <p>Exercícios e terapias visuais</p> <p>Filtros de Irlen, lentes coloridas</p> <p>Arte-terapia</p> <p>Reabilitação vestibular</p> <p>Reprogramação postural (Martins da Cunha, 1988)</p>
PROCESSAMENTO	<p>Dominância hemisférica</p> <p>Processos psicolinguísticos</p> <p>Processos atencionais, Aprendizagem, Motivação e contexto emocional</p>	<p>Testes neuropsicológicos</p> <p>Testes de inteligência</p> <p>Testes de linguagem oral e escrita</p> <p>Neuroimagemologia, Avaliação neuroelectrofisiológica</p> <p>Avaliação psicológica</p> <p>Testes projectivos de personalidade</p>	<p>Reeducação psicomotora</p> <p>Métodos de leitura vertical (cf. Drévilion & Drévilion, after Slama-Cazaku)</p> <p>Abordagem da linguagem (F. Estienne)</p> <p>Treino da consciência fonológica (Richards)</p> <p>Reeducação da linguagem escrita (Orton e sucedâneos)</p> <p>Método das séries ditadas (Cl. Chassagny)</p> <p>Inventários cacográficos (e.g. Teles 2008)</p> <p>Reeducação da disortografia (A. Luria)</p> <p>Psicopedagogia curativa (M. Lobrot)</p> <p>Exercícios criativos (R. Davis)</p>	<p>Piracetam</p> <p>Exercícios com o taquistoscópio</p> <p>Exercícios de audição dicótica</p> <p>Audiopsicofonologia (método Tomatis)</p> <p>Brain gym (Dennison & Dennison)</p> <p>Estimulação hemisférica específica (Bakker et al.)</p> <p>Estimulação cerebral transcraniana</p> <p>Omega 3</p> <p>Psicoestimulantes</p> <p>Psicoterapia e</p> <p>Técnicas de interação – ex. A.T. (E. Berne), P.N.L. (Bandler & Grinder)</p>
OUTPUT	<p>Motilidade ocular</p> <p>Fonação (durante a leitura oral)</p> <p>Postura</p> <p>Movimento corporal, do braço e da mão</p>	<p>Exame oftalmológico; campimetria; testes para fixações e mov. sacádicos.</p> <p>Exame ORL; testes de articulação</p> <p>Estabilometria / posturografia</p> <p>Bateria psicomotora</p>	<p>Reeducação Postural Global (Souchard)</p> <p>Reeducação Psicomotora (V. Fonseca)</p>	<p>Órtóptica (Ribaucourt & Barbeau)</p> <p>Vision lab</p> <p>EMDR (F. Shapiro)</p> <p>Fonoterapia</p> <p>Integração dos reflexos primitivos e dos reflexos posturais (e.g. protocolo do Centro Skeffington)</p> <p>Intervenção postural: lentes prismáticas</p> <p>+ reprogramação postural (conforme Martins da Cunha, 1988, aplicada por Pinto de Almeida, 1993, 2005, 2007 em disléxicos)</p>

Além de sofrer frequentemente a incompreensão dos seus pais, dos professores, dos seus pares, o disléxico anda de mão em mão sem que muitas vezes se faça um diagnóstico e uma avaliação precisa, nem um tratamento ajustado, porque é de todos e não é de ninguém: é tão errado o médico, o psicólogo, o terapeuta, o professor “passar a bola” por achar que não é com ele, como apropriar-se do disléxico afirmando que é um caso da sua única competência. Somente uma abordagem interdisciplinar perfeitamente integrada permitirá proporcionar ao disléxico o atendimento personalizado de que ele realmente carece.

Será de notar que a dislexia faz parte duma constelação sindrômica aonde se encontra com grande frequência uma co-ocorrência muito apreciável de perturbações desenvolvimentais diversas da linguagem e da fala. Ora, os factores etiológicos e a fisiopatologia podem ser partilhados em larga extensão neste grupo nosológico; já se fez notar, por exemplo, que o S.D.P. reconhecido por Pinto de Almeida (1993) em muitos disléxicos poderia também associar-se com bastante frequência às restantes perturbações deste grupo. Este mesmo raciocínio aplica-se às dificuldades de aprendizagem duma maneira geral – grupo este de que a dislexia faz parte igualmente. Por isso não admira que muitas destas desordens, quando associadas, evoluam em conjunto. Torna-se necessário um bom diagnóstico diferencial em cada caso e uma abordagem individualizada até ao pormenor, por forma a evidenciar esta comorbilidade, quando exista. A intervenção em equipa interdisciplinar alargada parece ser também promissora sobre aquela constelação de outras alterações nosológicas na órbita da dislexia.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayres, A. J. (1979). *Sensory integration and the child*. Los Angeles, Western Psychological.
- Bakker, D. J.; Bouma, A. e Gardien, C. J. (1990). Hemispheric Specific Treatment of Dyslexia Subtypes: a field experiment. *Journal of Learning Disabilities*; 23 (7), 433-438.
- Bandler, Richard & Grinder, John (1979). «*Frogs into Princes*» - *Neurolinguistic Programming*. Guernsey, Eden Grove Editions, 1990.
- Berne, Eric (1978) - *Transactional Analysis in Psychotherapy*. Ballantine Books.
- Cardoso-Martins, C. e Pennington, B. (2001). Qual é a Contribuição da Nomeação Seriada Rápida para a Habilidade de Leitura e Escrita? Evidência de Crianças e Adolescentes com e sem Dificuldades de Leitura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 14, nº 2.. Porto Alegre, Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pp. 387-397.
- Chassagny, Cl. (1968). *La Lecture et l'Ortographe chez l'Enfant*. Paris, P.U.F.
- Davis, R. (1994). *The Gift of Dyslexia*. Ability Workshop Press.
- Drévilion, J. e Drévilion, J. (1983). Traitement de l'Information en Situation de Rééducation par la Lecture Verticale. *Rééducation Orthophonique*, 21 (134), 31-40.
- Fonseca, V. (1992). *Manual de Observação Psicomotora – significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. Lisboa, Ed. Notícias.

- Gagey, P. M. (ed.) (1993). *Huit Leçons de Posturologie*, 8 vols. Paris, Association Française de Posturologie.
- Harris, D. e MacRow-Hill, S. J. (1999). Application of ChromaGen haploscopic lenses to patients with dyslexia: a double-masked, placebo-controlled trial. *Journal of the American Optometric Association*. 70 (10): 629-640.
- Irlen, H. (1991). *Reading by The Colors: Overcoming Dyslexia and Other Reading Disabilities through the Irlen Method*. New York, Avery Publishing Group Inc.
- Kaplan R. (1983). Changes in Visual Fields in Reading Disabled Children produced by Syntonic Stimulation. *International Journal of Biosocial Research*; 5 (1): 20-33.
- Lightstone, A.; Lightstone, T e Wilkins. A. (1999). Both coloured overlays and coloured lenses can improve reading fluency, but their optimal chromaticities differ. *Ophthalmic Physiol Opt.*; 19 (4): 279-285.
- Luria, A.R. (1976). *Basic problems of Neurolinguistics*. The Hague, Mouton.
- Martins da Cunha, H. (1979). Síndrome de Déficência Postural. *Actualités en Rééducation Fonctionnelle et en Réadaptation*, 4ème. série. Paris, Masson, 27-31.
- McPhillips, M.; Hepper, P. G. e Mulhem, G. (2000). Effects of Replicating Primary-Reflex Movements on Specific Reading Difficulties in Children: a randomised, double-blind, controlled trial. *The Lancet*, 355: 537-541.
- Mucchieli, R. e Bourcier, A. (1979). *La Dyslexie, maladie du siècle*. Paris: Éd. ESF.
- Noël, J. M. (1976) – *La Dyslexie en Pratique Éducative*. Paris, Doïn
- Orton, S. T. (1928). Specific Reading Disability – Strephosymbolia. *The Journal of the American Medical Association*, 90:1095-1099.
- Pennington, B. F. (1990). The Genetics of Dyslexia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31 (2), 193-202.
- Pinto-de-Almeida, A. F. (1993). *Dislexia e Dislateralidade (um estudo a partir da relação entre Dislexia e Síndrome de Deficiência Postural)*: dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria. Porto, Ed. da Fac. de Medicina da Universidade do Porto.
- Pinto-de-Almeida, A. F. (1999). *Uma Teoria Neurolinguística do Simbolismo Fonético*: tese de doutoramento em Ciências da Linguagem / Psicolinguística. Braga, Ed. policopiada da Universidade do Minho.
- Pinto-de-Almeida, A. F. (2004a) - Um Tratamento Postural para a Dislexia? / A Postural Treatment for Dyslexia? *Rev. da Fac. de Ciências da Saúde da Univ. Fernando Pessoa*, 1, 101-112.
- Pinto-de-Almeida, A. F. (2004b). "Neurolinguística". In: *Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura*, edição do Milénio. Lisboa, Ed. Verbo.
- Pinto-de-Almeida, A. F. (2007). The Postural Intervention in the Treatment of Dyslexia. In: A. F. Pinto de Almeida [coord.], *Audiophonology after Bologna*. Porto, Univ. Fernando Pessoa Press [CD Rom], pp. 225-242.
- Pinto-de-Almeida, A. F. (2009). "Perturbações da Fala e da Linguagem". In: M. J. Sá (ed.), *Neurologia Clínica*. Porto: Ed. Univ. Fernando Pessoa, pp. 95-162 (em publicação).

- Pinto-de-Almeida, A. F.; Azevedo, A. P.; Ribeiro, T.; Aroucha, J. M.; Ribeiro, P. & Duarte, J. (2009). "The Relation Between Some Optometric Parameters, The School Performance And The Level Of Reading – Preliminary Results of a Screening Evaluation in two Elementary Schools in the Region of Barcelos (Portugal)". In: A. F. Pinto-de-Almeida, *Contextos da Audiofonologia*. Porto: Ed. Univ. Fernando Pessoa (in press).
- Ribaucourt, D. e Barbeau, M. (1993). *Neuropsychologie Visuelle: évaluation et rééducation*. Bruxelles, De Boeck Univ.
- 30. Richman, Jack E. & Garzia, Ralph P. (s.d.) – *Developmental Eye Movement Test (DEM) – Test Booklet*. South Bend, IN: Bernell Corporation.
- Salgueiro, E. (2002). *Decifrar – prova de avaliação da capacidade de leitura*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Schaywitz, Sally (2003). *Overcoming Dyslexia*. New York, Alfred A. Knopf.
- Scheiman, M. e Rouse, M. W. (1994). *Optometric Management of Learning-Related Vision Problems*. St. Louis : Mosby.
- Serra, H. [coord.] (2002). *Dislexia: cadernos de reeducação pedagógica*. Porto Editora, 2 vols.
- Serrano, G. e Silva, O. (1996). *Dislexia: uma nova abordagem terapêutica*. Lisboa, Luís Rodrigues, Lda.
- 36. Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford.
- Skottun, B. C. (2005). Magnocellular Reading and Dyslexia. *Vision Research*; 45 (1): 133-134.
- Souchard, P. (2006). *Reeducação Postural Global (método do campo fechado)*. (trad. bras.). S. Paulo, Ícone Editora.
- Tallal, P.; Merzenich, M. M.; Miller, S. e Jenkins, W. (1998). Language Learning Impairments: integrating basic science, technology, and remediation. *Experimental Brain Research*, 123, 210-219.
- Teles, P. (2008). *Dislexia – método fonomímico*. Lisboa: Ed. Distema.
- Tomatis, Alfred (1972). *Éducation et Dyslexie*. Paris, les Éditions E.S.F.
- Touwen, B. C. L. (1982). *Exame da Criança com Disfunção Cerebral Mínima*. S. Paulo, Editora Manole (trad. bras.).
- Van Hout, A. e Estienne, F. (1998). *Les Dyslexies – décrire, évaluer, expliquer, traiter*. Paris, Masson.
- Wilkins A. (2002). Coloured Overlays and their Effects on Reading Speed: a review. *Ophthalmic Physiol Opt.*; 22(5): 448-454.