



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Sintomas psicopatológicos e a resiliência em adultos com perturbação da aprendizagem específica com déficit da leitura (PAE-DL)**

VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA PÚBLICA

**Juliana Corrêa da Silva**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Psicologia Clínica e da Saúde**

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luis Maia

Coorientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Fátima Simões

Coorientador: Prof. Doutor Paulo Rodrigues

**Covilhã, novembro de 2018**



## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a minha querida mãe e ao meu querido pai, que me apoiaram desde o início do desenvolvimento dessa trajetória fora do meu País de origem que é o Brasil. Sou eternamente grata por todos que me proporcionaram a realização e conquista desse sonho no âmbito de uma experiência internacional.



## Agradecimentos

O desenvolvimento deste percurso foi a concretização de um grande sonho em minha vida, conseguido com o apoio de várias pessoas do meu circuito familiar e social. Por isto, agradeço vigorosamente:

Aos meus queridos pais por toda a dedicação, confiança, paciência e amor.

Aos meus dois irmãos que todos os dias estiveram tão perto, embora tão longe fisicamente.

Aos meus avós que sempre acreditaram na realização dos meus sonhos.

As cinco grandes amigas que construí em Portugal e que proporcionaram aos meus dias e a saudade de casa mais leves e tranquilos, Paula Andrade, Inês Marques, Antônia Brasileiro, Sara Fernandes e Diana Aurélio.

Ao Professor Doutor Luis Maia, o meu orientador deste trabalho, quem sempre se mostrou disponível a responder todas às minhas questões que eram emergentes no desenvolvimento da dissertação. Grata pelo profissionalismo, motivação, compreensão e empenho ao longo do ano.

Aos meus colegas do grupo de investigação, pela ajuda e partilha de conhecimentos.

Aos meus coorientadores, Professora Doutora Fátima Simões e o Professor Doutor Paulo Rodrigues.

Aos meus demais familiares e amigos do Brasil e Portugal que contribuíram de formas diversas para a conclusão do meu tão sonhado objetivo de ser Mestre em psicologia.

**Obrigada!**



## Resumo

A Perturbação da Aprendizagem Específica com manifestação de Défice na Leitura afeta entre 5 a 15% da população mundial, sendo mais predominante no género masculino. O DSM-5 já preconiza e reporta a ideia associada ao fato de que esta perturbação não se limita exclusivamente ao contexto escolar na infância e na adolescência, e sim perpetua-se ao longo da vida adulta do sujeito (Blashfield, Keeley, Flanagan & Miles 2014). Os estudos apresentaram estatisticamente que indivíduos com este tipo de diagnóstico conseguem ter uma vida de progressivamente positiva e resiliente, no entanto, podem apresentar algumas dificuldades, sintomas psicopatológicos e limitações específicas diferente dos resultados nos indivíduos normativos (Teles, 2004). Neste estudo avaliou-se potenciais diferenças nos sintomas psicopatológicos e na resiliência entre o grupo com PAE-DL (N=23) e o grupo normativo com (N=27). Os participantes com a perturbação PAE-DL pontuaram significativamente mais alto nos sintomas psicopatológicos, pontuaram mais baixos na manifestação da resiliência e apresentaram resultados similares nas correlações positivas e negativas a cerca número de anos de estudo relacionados aos sintomas psicopatológicos e resiliência. Discute-se ao longo do desenvolvimento da pesquisa potenciais motivos destes achados, levando em consideração que a literatura é escassa.

## Palavras-Chave

Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura; população adulta; sintomas psicopatológicos; resiliência.



## **Abstract**

Specific Learning Disorder with Reading Deficit affects between 5 and 15% of the world's population, being more prevalent in the male gender. The DSM-5 already advocates and reports the idea associated with the fact that this disturbance is not limited exclusively to the school context in childhood and adolescence but perpetuates throughout the subject's adult life (Blashfield, Keeley, Flanagan & Miles 2014). The studies presented statistically that individuals with this type of diagnosis can have a progressively positive and resilient life, however, may present some difficulties, psychopathological symptoms and specific limitations different from the results in normative individuals (Teles, 2004). In this study we evaluated potential differences in psychopathological symptoms and resilience between the group with DL-PAE (N = 23) and the normative group with (N = 27). Participants with the PAE-DL disorder scored significantly higher on the psychopathological symptoms, scored lower on the manifestation of resilience, and presented similar results in both positive and negative correlations over the number of years of study related to psychopathological symptoms and resilience. Throughout the development of the research, it is discussed potential reasons for these findings, taking into account that the literature is scarce.

## **Keywords**

Disruption of Specific Learning with Reading Deficit; adult population; psychopathological symptoms; resilience.



# Índice

Dedicatória .....	iii
Agradecimentos .....	v
Resumo .....	vii
Abstract .....	ix
Lista de Tabelas .....	xiv
Lista de Acrónimos .....	xvi
Capítulo 1 - Enquadramento teórico .....	1
1.1. Conceito da perturbação da aprendizagem específica com défice da leitura .....	1
1.2. O avanço da investigação científica em PAE-DL.....	6
1.3. Conceptualizações contemporâneas da PAE-DL .....	8
1.4. Prevalência da PAE-DL e distribuição por sexo .....	11
1.5. Tipos e (sub) classificações de PAE-DL.....	11
1.5.1. Dislexia adquirida.....	12
1.5.2. Dislexia evolutiva .....	12
1.5.3. Subclassificações .....	13
1.6. Fatores associados ao desenvolvimento causal do PAE-DL.....	15
1.7. Teorias explicativas da PAE-DL.....	16
1.7.1. Teoria do défice fonológico.....	18
1.7.2. Teoria do défice de automatização.....	18
1.7.3. Teoria magnocelular.....	19
1.7.4. Teoria Cerebelar.....	19
1.7.5. Teoria da perturbação do processamento auditivo.....	20
1.8. Comorbidades associadas a PAE-DL.....	20
1.9. PAE-DL em adultos.....	21
Capítulo 2 - A resiliência e os sintomas psicopatológicos em adultos com PAE-DL .....	24
2.1. O conceito de resiliência .....	24
2.1.1. Características da resiliência .....	26
2.1.2. A construção subjetiva da resiliência.....	27
2.2. Sintomas Psicopatológicos.....	28
2.3. Sintomas psicopatológicos e resiliência na PAE-DL.....	29

Capítulo 3 - Estudo empírico .....	32
3.1. Metodologia .....	32
3.1.1. Objetivos da investigação .....	32
3.1.2. Hipóteses da investigação do estudo .....	32
3.1.3. Procedimentos de recolha de dados e amostra .....	33
3.1.4. Instrumentos.....	35
3.1.4.1. Questionário Sociodemográfico .....	35
3.1.4.2. Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI).....	35
3.1.4.3. Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC) .....	40
3.2. Resultados .....	41
3.3. Discussão dos resultados .....	46
3.4. Limitações .....	52
3.5. Conclusão .....	53
Bibliografia .....	55



## Lista de Tabelas

Tabela 1: Diferentes Definições da PAE-DL.....	11
Tabela 2: Diferentes Definições das Subclassificações da PAE-DL.....	16
Tabela 3: Características apresentadas .....	25
Tabela 4: Caraterização das idades dos dois grupos da amostra.....	40
Tabela 5: Número de itens e consistência interna (alfa de Cronbach) do BSI.....	46
Tabela 6: Consistência interna das dimensões e da escala total CD-RISC.....	48
Tabela 7: Testes de normalidade para as variáveis sociodemográficas K-S.....	48
Tabela 8: Testes de normalidade para as dimensões e escala total CD-RISC.....	49
Tabela 9: Testes de normalidade para as dimensões e escala BSI.....	49
Tabela 10: Comparação das médias em relação aos sintomas psicopatológicos entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE DL.....	50
Tabela 11: Comparação das médias em relação aos índices de resiliência total entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL.....	51
Tabela 12: Comparação das médias dos fatores de resiliência entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL.....	52
Tabela 13: Correlação entre o número de anos de estudo e os sintomas psicopatológicos grupo sem PAE-DL.....	52
Tabela 14: Correlação entre o número de anos de estudo e os sintomas psicopatológicos do grupo com PAE-DL.....	53
Tabela 15: Correlação entre o número de anos de estudo e os índices de resiliência total no grupo sem PAE-DL.....	54
Tabela 16: Correlação entre o número de anos de estudo e os índices de resiliência total no grupo com PAE-DL.....	55



## Lista de Acrónimos

APA	American Psychiatric Association
CD-RISC	Escala de Resiliência Connor-Davidson
DA	Dificuldades de Aprendizagem
DAE	Dificuldades de Aprendizagem Específicas
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
SPSS	<i>IBM SPSS Statistics</i>
K-S	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>
PAE-DL	Perturbação de Aprendizagem Específica com Défice na Leitura





# Capítulo 1 - Enquadramento Teórico

## 1.1. - Conceito da perturbação da aprendizagem específica com déficit da leitura (PAE-DL)

A leitura é uma habilidade cognitiva que é caracterizada como sendo exclusiva do ser humano, considerada fundamental para vivenciar e se inserir na dinâmica da sociedade moderna e sua respectiva cultura. No entanto, para se considerar um leitor marcadamente de sucesso, é necessário um vasto circuito de áreas cerebrais com certa rapidez e precisão no processamento e desenvolvimento de aquisição da leitura. A leitura é responsável direta e indireta pela contribuição da formação do indivíduo em sociedade, influenciando-o assim a analisar, ter visões, posicionamentos e interpretações sobre o mundo na sua maior complexidade e diversidade. A fundamentação e conceptualização de Vygotsky (1989) preconiza que todas as atividades cognitivas básicas desenvolvidas pelo indivíduo ao longo de sua vida ocorrem de acordo com sua história social que foi experienciada, e acabam se constituindo e moldando-se no produto do desenvolvimento histórico-social de sua comunidade e/ou cultura. Sendo assim, as habilidades cognitivas emersas pelo sujeito e as formas de estruturar e/ou organizar o pensamento não são determinadas por fatores marcadamente congênitos, levando-se em consideração também outros fatores (Luria, 1976). As reverberações dos resultados das atividades praticadas de acordo com os hábitos sociais da cultura e/ou comunidade em que o indivíduo se insere e se desenvolve também são marcadores fundamentais para a estruturação e as posteriores habilidades cognitivas adquiridas. Sendo assim, a história social e pessoal onde a criança se desenvolve são fatores cruciais que vão determinar sua forma e estrutura de pensar e/ou raciocinar (Vygotsky, 1989). No percurso do desenvolvimento cognitivo, os fatores que estão relacionados ao processo da linguagem são importantes na determinação de como a criança vai aprender a pensar ao longo da vida, visto que, formas avançadas de pensamento são transmitidas à criança através das manifestações de palavras (Murray Thomas, 1993). A leitura não se pode apenas ser representada como um processo de simples descodificação contínua, por envolver muito mais do que apenas aspectos de decodificação do escrito e sim interação com o outro e com o meio que cerca o sujeito (Krug, 2015). A representação do circuito e integração do processo da leitura leva em consideração o sistema neuronal que é responsável e possui competências acerca do processamento da linguagem, do processamento visual, do processamento ortográfico, da memória de trabalho, da atenção, das funções consideradas motoras e da compreensão global do sujeito (Mascheretti e colaboradores, 2017). Contudo, a Perturbação Específica da Aprendizagem se faz presente em aproximadamente 15% da população mundial, repercutindo assim em grandes comprometimentos cognitivos, fazendo com que o sujeito permaneça inferior

ao esperado em relação à idade cronológica e ao desenvolvimento seu potencial intelectual (Capellini et al., 2007).

O termo perturbação da aprendizagem vem se difundindo e se fragmentando ao longo dos anos. Desde de meados do século XIX são realizados vários estudos e pesquisas, a fim de promover uma designação mais abrangente do que seria a dislexia e suas fases de desenvolvimento no percurso da infância, da adolescência e da própria vida adulta. Os manuais diagnósticos de saúde trazem várias perspectivas de definição, na contemporaneidade, com o atual Diagnóstico de Saúde Mental (DSM) 5, a representação da construção do termo se define como uma perturbação que se caracteriza como sendo da ordem do neurodesenvolvimento, comprovadamente de origem e ordem biológica, e que é influenciada por diversos fatores, como por exemplo, os fatores de ordem genética, os fatores epigenéticos e os fatores ambientais, sendo esses os principais agentes dos défices de alteração da ordem cognitiva relacionados com os sinais comportamentais da condição em questão (Capellini et al., 2007).

Nos últimos 10 anos tem sido desenvolvida algumas linhas de investigação em psicologia clínica que estuda os problemas de aprendizagem ao longo do desenvolvimento da vida humana, não se limitando apenas a faixa etária infantil e/ou o circuito de vivência da adolescência, uma vez que esta perturbação assume uma característica de cronicidade ao longo da vida, sem a representatividade de curabilidade e/ou cura (Castanho, 2017). Alguns comportamentos relacionados ao desenvolvimento são comuns entre os pacientes portadores do transtorno, nos quais podemos citar, por exemplo, o fraco processo do desenvolvimento e da captação da atenção, dificuldades associadas a capacidade de brincar com outras crianças do seu ciclo social, atrasos constantes no desenvolvimento e no processamento da fala, dificuldades no soletrar e na escrita, retardos no desenvolvimento visual, dificuldades relacionadas a coordenação motora, dificuldade com a pronúncia das rimas/canções, constante desinteresse em livros impressos, dificuldade global em acompanhar histórias que são contadas, dificuldades com o processo organizacional da memória imediata/rápida, dentre outros sintomas associados (Almeida, 2014). A dislexia também está intimamente ligada com o déficit de leitura e de escrita, ou mesmo com outras perturbações e/ou dificuldades que podem vir a ser apresentadas. Como por exemplo, alguns sujeitos desenvolvem perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA), quadros que são de ansiedade generalizadas e patológica, depressão, baixa autoestima, dificuldade de inserção em grupos, baixo autoconceito, perturbações específicas do comportamento, perturbações emocionais, dentre outras comorbidades que podem estar associadas (Eusébio, 2017).

Assim sendo, construímos ao longo das pesquisas a importância de se estudar globalmente a forma com a qual a sociedade com esta perturbação lida com a respectiva subjetivamente, concretamente por estratégias relacionadas a resiliência humana (Ghisi e colaboradores, 2016). Portanto, estudar os sintomas psicopatológicos subjacentes a resiliência humana é de grande interesse da área da Psicologia Clínica e da Saúde, sendo atualmente o

transtorno mais prevalente entre as perturbações relacionadas ao contexto do processo da aprendizagem humana.

As dificuldades caracterizadas como sendo de aprendizagem afetam em grandes proporções a sociedade de uma forma geral, visto que, no DSM-5, a condição Perturbação da Aprendizagem Específica com Déficit da Leitura (PAE-DL) já é percebida com a ideia de não se perpetuar apenas no contexto da infância e da adolescência do sujeito, onde, o respectivo déficit pode vir a atravessar todo o percurso de desenvolvimento da vida adulta e da velhice. Os primeiros sintomas surgem mais comumente na inserção escolar infantil, entre meados dos 4 e 8 anos de idade, que é quando a criança se depara com situações da ordem do novo e das dificuldades associadas a aprendizagem da leitura e da escrita. A Perturbação Específica da Aprendizagem reporta um transtorno relacionado as dificuldades na leitura, que pode vir a interferir em todo o processo do neurodesenvolvimento cognitivo do sujeito. A Perturbação Específica da Aprendizagem poderá repercutir negativamente trazendo comprometimentos e fazendo com que o sujeito permaneça inferior ao esperado em relação à idade cronológica e ao seu potencial intelectual e/ou de aprendizagem (Capellini, Padula, Santos, Lourenceti, Carrenho & Ribeiro 2007).

Atualmente, os estudos acerca das dificuldades de aprendizagem (DA) no adulto são considerados como escassos e com poucas intervenções e pesquisas no âmbito nacional/internacional, visto que essa temática de pesquisa é muito mais direcionada aos estudos na infância, diante da grande necessidade contemporânea apresentada e da constante busca por profissionais e supostos diagnósticos, nessa fase de inicial de desenvolvimento dos transtornos. Sendo assim, o estudo visa a pesquisa sobre os fatores que podem estar relacionados aos impactos dessa Perturbação da Aprendizagem Específica com Déficit da Leitura, tendo como ponto de partida as possibilidades de repercussões relacionadas à resiliência humana. Ou seja, se indivíduos com diagnóstico de Perturbação da Aprendizagem Específica com Déficit da Leitura desenvolveram ou não ao longo da vida o processo subjetivo de resiliência humana, e se esse processo de resiliência humana facilita a perspectiva de lidar com os problemas e déficits de aprendizagem durante o percurso de desenvolvimento da vida adulta.

Mais ainda, analisaremos as diferenças de médias do inventário BSI - Brief Symptom Inventory e da Escala de Resiliência Connor-Davidson no que se refere aos resultados das variáveis independentes, a sua distribuição pelos sub grupos e a variância estatística dos resultados encontrados a partir de recolha dos dados de forma eletrónica e da avaliação dos dados recolhidos anonimamente, de acordo com o protocolo de aplicação dos testes nos nossos estudos que foram realizado via internet. Neste sentido torna-se fundamental (estudar/pesquisar) as possibilidades de consequências relacionadas a perturbação da aprendizagem com défice específico na captação e na aprendizagem da leitura e as formas de adaptação do indivíduo durante a vida adulta. Ou seja, como o processo de construção da

resiliência auxilia esse processo de adaptação para enfrentar as adversidades que são apresentadas pelo transtorno.

Este estudo inicia-se por apresentar, no seu primeiro capítulo, uma visão integral/geral acerca do problema em questão e os avanços na investigação científica nesta área de pesquisa no contexto nacional/internacional. Assim, como foi detectada uma diversidade nas definições e a ausência de uma visão unânime, apresenta-se algumas delas com intuito de prover uma visão global mais específica sobre a determinação do conceito. Distingue-se ao longo da pesquisa dois tipos de dislexia, a adquirida e a desenvolvimental, e os seus respectivos subtipos; e faz-se uma descrição referente à etiologia, também complexa, reportando causas sociais, ambientais, cognitivas e neurobiológicas associadas. Posteriormente, no segundo capítulo, são descritas as variáveis dependentes - (1) os sintomas psicopatológicos e a (2) resiliência humana e quais as suas ligações à perturbação em questão. O capítulo final é destinado às análises estatísticas, apresentação, discussão dos resultados, limitações presentes no estudo e a conclusão.

O termo perturbação da aprendizagem vem se difundindo e se fragmentando ao longo dos anos. Desde de meados do século XIX são realizados vários estudos e pesquisas, a fim de promover uma designação mais abrangente do que seria a dislexia e suas fases de desenvolvimento no percurso da infância e adolescência. Essa difusão atravessa a perspectiva de que existem diferentes demarcações de etiologias do conceito de dislexia e que, a sua respectiva manifestação e seu tratamento vão possuir vários direcionamentos, a partir do que é apresentado pelo sujeito e a sua respectiva fase de desenvolvimento.

Os manuais diagnósticos de saúde trazem várias perspectivas de definição, na contemporaneidade, com o atual Diagnóstico de Saúde Mental (DSM) 5, a representação da construção do termo se define como uma perturbação que se caracteriza como sendo do neurodesenvolvimento, comprovadamente de origem e ordem biológica, e que é influenciada por diversos fatores, como por exemplo, os fatores de ordem genética, os fatores epigenéticos e os fatores ambientais, sendo esses os principais agentes dos défices de alteração da ordem cognitiva relacionados com os sinais comportamentais da condição em questão (Capellini et al., 2007).

A Perturbação Específica da Aprendizagem é caracterizada como sendo um transtorno de carácter específico da leitura que pode vir a interferir em todo o processo do neurodesenvolvimento cognitivo, atravessando assim várias dificuldades para a vida adulta. A Perturbação Específica da Aprendizagem repercute comprometimentos fazendo com que o sujeito permaneça inferior ao esperado em relação à idade cronológica e ao desenvolvimento seu potencial intelectual (Capellini et al., 2007). Os comprometimentos cognitivos e emocionais que podem vir a surgir vão depender de uma série de fatores que podem ser apresentados, como por exemplo, a descoberta e diagnóstico precoce, o auto reconhecimento do sujeito, o apoio e reconhecimento do circuito familiar, o acompanhamento de equipe multidisciplinar, a

frequência regular no âmbito escolar e educacional, uma equipe de acompanhamento capacitada e acolhedora, dentre outros.

Contemporaneamente, pode-se identificar um conjunto parcial de características que representam um consenso entre alguns percussores do tema, dentre eles: 1) um transtorno considerável e de ordem inesperada do campo da linguagem que afeta as habilidades nucleares da representação da leitura e da escrita do sujeito mas comumente apresentada na infância; 2) está associada a uma forte tendência e predominância genética, sendo assim, casos anteriores na família são caracterizados como um fator de risco para o desenvolvimento do déficit; 3) de origem marcadamente neurobiológica que está muito associada as diferenças funcionais existentes no hemisfério esquerdo do cérebro; 4) uma das características mais precoces está associada a inabilidades e/ou falhas do processamento e desenvolvimento fonológico; 5) o transtorno envolve déficits relacionados ao processamento da memória fonológica, o que limita as capacidades que envolvem o registro, o armazenamento e a evocação de informações desenvolvidas no campo verbal; 6) é uma condição nomeadamente crônica que persiste e se desenvolve até a vida adulta do sujeito, podendo ter atenuações e distúrbios comportamentais, a partir das sintomatologias e danos apresentados; 7) surge em sujeitos que não possuem quaisquer alterações em nível da visão/audição e que não são portadores de condições psiquiátricas ou neurológicas que justifique o surgimento do distúrbio (Moojen, Bassôa, & Gonçalves, 2016).

Alguns comportamentos relacionados ao desenvolvimento são comuns entre os pacientes portadores do transtorno, nos quais podemos citar: o fraco processo do desenvolvimento e da captação da atenção, dificuldade associada a capacidade de brincar com outras crianças do seu ciclo social, atrasos constantes no desenvolvimento e no processamento da fala, no soletrar e na escrita, retardos no desenvolvimento visual, dificuldades relacionadas a coordenação motora, dificuldade com a pronuncia das rimas/canções, constante desinteresse em livros impressos, dificuldade global em acompanhar histórias que são contadas, dificuldades com o processo organizacional da memória imediata, dentre outros sintomas associados (Almeida, 2014).

A dislexia também está intimamente ligada com o déficit de leitura e de escrita, ou mesmo com outras perturbações e/ou dificuldades que podem vir a ser apresentadas. Como por exemplo, alguns sujeitos desenvolvem perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA), quadros que são de ansiedade patológica, depressão, baixa autoestima, dificuldade de inserção em grupos, baixo autoconceito, perturbações específicas do comportamento, perturbações emocionais, dentre outras comorbidades associadas (Eusébio, 2017).

Essas dificuldades de aprendizagem estão direcionadas a um grupo específico de desordens neurológicas que são resultantes de défices no sistema nervoso central, sendo esses déficits de grande repercussão negativa para o desenvolvimento humano. Repercussões essas

que podem estar relacionadas ao manter, ao processar e a transmitir informações de forma correta/coerente, em concordância e compreensiva ao contexto social (Castanho, 2017).

As dificuldades de aprendizagem não se manifestam de forma igualitária e padronizada nos sujeitos, elas podem surgir como sendo Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE), como por exemplo, trazendo repercussões relacionadas a Disortografia, a Discalculia, a Disgrafia ou mesmo a Dislexia (Castanho, 2017). Na presente dissertação de mestrado o foco será direcionado para o estudo acerca da dislexia, cujo termo denominado e substituído pelo do DSM-5 agora se contextualiza como sendo a Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura (PAE-DL) e os possíveis impactos que estão relacionados ao processo de manifestação positiva do desenvolvimento da resiliência humana.

## **1.2. - O avanço da investigação científica em PAE-DL**

Ao longo dos anos, as investigações e pesquisa da PAE-DL vem evoluindo e ganhando espaço teórico e prático no universo científico, visto que, observou-se suas repercussões e seu crescente crescimento junto as populações mundiais. Os primeiros estudos realizados nesse campo de investigação foram em meados dos anos de 1800, onde, obteve-se sua concretização de estudo em 1963, repercutindo a formalização dos estudos sobre as Dificuldades do Processo de Aprendizagem (Castanho, 2017). A primeira denominação encontrada para o que hoje se formaliza de PAE-DL estava relacionada, a uma espécie de *“cegueira de palavras”*, essa denominação foi afirmada por Adolf Kussmaul em 1877 e era direcionada as pessoas que conseguiam plenamente enxergar as palavras, mas ao mesmo tempo não conseguiam ler e interpretar de forma clara e/ou coerente, ou seja, as palavras existiam, mas o indivíduo não encontrava concordância e conexão entre as respectivas para uma leitura contínua, adequada e/ou correta. Até então era uma perturbação percebida como algo contextual, ou seja, o meio era fator determinante para o desenvolvimento do transtorno, ele era adquirido e desenvolvido ao longo da vida do sujeito. Era percebido e estudado como um transtorno individual e linear, no sentido de ser algo predominantemente de caráter ambiental, sem fatores internos, de hereditariedade e/ou predisposição que estivessem associados a condição do sujeito (Scerri & Schulte-Körne, 2010 citado por Castanho, 2017).

A conceitualização do termo denominado PAE-DL foi abordada também nos estudos de 1872, pelo renomeado oftalmologista alemão Dr. Rudolf Berlin e posteriormente foi utilizado por diversos profissionais que possuíam interesse na área de estudo e pesquisa sobre as dificuldades associadas a aprendizagem. O oftalmologista utilizava o termo PAE-DL aos seus pacientes adultos que não sabiam ler ou que não compreendiam o processo da leitura, e que notoriamente perderam essa capacidade depois de alguma lesão cerebral e/ou neurológica, caracterizando a PAE-DL do tipo que era adquirida por questões e repercussões associadas ao meio (Pinto, 2010). Como por exemplo, um paciente do sexo masculino com 20 anos de idade e com todas as estruturas neurológicas bem definidas e em pleno funcionamento, sofre um

acidente de carro e o acidente repercute em um traumatismo craniano, onde, o respectivo passa a não mais, após a acidente, compreender a leitura, ou mesmo poderá apresentar falhas cónicas sobre ao processo da leitura e da escrita.

No início dos anos de 1984 e 1985 emergiram os estudos de Hinshelwood que pressupôs em sua pesquisa que a capacidade para ler estava espontaneamente perdida ou diminuída na fase de desenvolvimento da idade adulta, ou seja, essa diminuição era então associada a alterações e/ou danos em algumas esferas do cérebro humano (Scerri & Schulte-Körne, 2010 citado por Castanho, 2017). O fato de os estudos terem sido direcionados a causas nomeadamente fisiológicas foi corroborado e experienciado por exames de caráter patológicos que revelaram ao longo dos estudos “lesões na região supramarginal esquerda e no giro angular do lobo parietal inferior”, onde se dar o processo de encontro contínuo entre a recolha e captação de informação visual e a recolha/captação de informação auditiva (Castanho, 2017, p. 22). Os novos estudos passam então a traçar um perfil patológico ligado a esferas cognitivas, ou seja, inicia-se nesse período, uma nova conceitualização de onde surgiam as dificuldades de aprendizagem referenciadas especificadamente as dificuldades de captação do processo da leitura.

Ao logo dos estudos foi-se percebendo fortemente que as alterações e dificuldades apresentadas pela criança não eram algo adquirido apenas do meio, e que existiam outros fatores que precisavam ser levados em consideração para o desenvolvimento das dificuldades apresentadas. Os estudos contemporâneos passaram então a associar essas dificuldades de aprendizagem com perturbações associadas a fatores de ordem neurobiológica, fatores genéticos, fatores cognitivos e ambientais, que podem estar também associadas a uma possível predisposição que a criança possa trazer na carga genética, que faça com que ela desenvolva posteriormente a perturbação do PAE-DL (Castanho, 2017). Traçando assim estudos com adolescentes e adultos que anteriormente não possuíam nenhum diagnóstico ao longo do desenvolvimento, mas que apresentavam as dificuldades na esfera da vida adulta.

A representação história de avanços da PAE-DL também configurou várias modificações no Diagnóstico de Saúde Mental (DSM), onde, o DSM I categorizava como sendo uma “*Perturbação de Aprendizagem*” que estava relacionado as possibilidades de “*Perturbações da Personalidade*” com a subcategoria dos chamados e conhecidos “*Sintomas especiais*” que eram reverberados (APA, 1952). A edição do DSM II realizou uma contínua ruptura com o DSM I, onde, passou a designar-se de a “*Perturbação Específica da Aprendizagem*”, ainda na subcategoria dos “*Sintomas especiais*”, mas agora sem a denominação anterior que era de “*Perturbação de Personalidade*” apresentada pelo sujeito (APA, 1968). O DSM III traz a nova denominação de “*Perturbações Primariamente Evidentes na Infância e Adolescência*” englobando-se assim no circuito de “*Perturbações Específicas do Desenvolvimento*” e a “*Perturbação Desenvolvimental da Leitura*”. Ficando assim, após as modificações o DSM III responsável pela classificação das dificuldades dessa ordem na denominação do que diz respeito a PAE-DL (American Psychiatric Association, 1980). O surgimento do DSM-4 acopla e se desenvolve para a “*Perturbação da*

*Leitura*”, inserida no grupo das “*Perturbações de Aprendizagem*”, ainda se fazendo presente na categoria que representa as “*Perturbações Primariamente Evidentes na Infância e na Adolescência*”. Nas modificações realizadas no DSM-4 ocorrem então as primeiras alterações do conceito de PAE-DL, passando a estar posteriormente associada aos processos do neurodesenvolvimento do sujeito (APA, 2000). Na última versão adaptada do DSM-5 a PAE-DL passa a estar vinculada na ampla categoria das “*Perturbações do Neurodesenvolvimento*” participando da subcategoria da “*Perturbação da Aprendizagem Específica*”, estando direcionada e classificada “*com déficit na leitura*”, que é a mais comum associação existente entre os diagnósticos atuais no campo da medicina (Blashfield, Keeley, Flanagan & Miles, 2014).

A última versão e atual do DSM-V deixa claro que a PAE-DL é classificada com a identificação 315.0 (F81.0) e que reporta os prejuízos relacionados aos déficits de leitura, nomeadamente, a precisão na leitura de palavras e/ou a velocidade e a fluência da leitura e da compreensão do processo da leitura. Em nota traça que a dislexia se denomina por um padrão de dificuldades de aprendizagem que é muito caracterizado por problemas no reconhecimento exato preciso e/ou fluente das palavras, problemas no processo de decodificação e dificuldades no desenvolvimento da ortografia segunda a American Psychiatric Association (APA, 2014).

As alterações que ocorreram ao longo das versões do Diagnóstico de Saúde Mental (DSM) versam sobre as possibilidades positivas clínicas que foram se moldando e trazendo repercussões positivas ao longo dos anos. As modificações e avanços dos manuais são caracterizadas como sendo de caráter potencializador e agregador, pois, possuem implicações associadas as novas adaptações educacionais, a partir das limitações que são apresentadas pelo sujeito, vinculando-se assim, a novas possibilidades de inserção de métodos e técnicas de implementação e de auxílio para o melhor desenvolvimento educacional do sujeito.

### **1.3. - Conceptualizações contemporâneas da PAE-DL**

Os conhecimentos teóricos e práticos que cercam a PAE-DL estão em processo contínuo de construção e evidência, visto que a literatura conota aspectos relacionados a uma certa ambiguidade e falta de concordância em uma conceitualização mais exata/concreta do que seria a PAE-DL. A multiplicidade das definições que se remetem ao tema ainda é muito vasta, o que pressupõe que ainda não exista o consenso de um conceito que seja de caráter universal. O que ocorre na contemporaneidade são várias possibilidades de sintomatologias e de etiologias associadas ao desenvolvimento e manutenção do transtorno em si (Castanho, 2017).

A representação atual da PAE-DL está associada a um conjunto de dificuldades no campo da aprendizagem que são apresentadas ainda no desenvolvimento do período da infância, a sintomatologia que é apresentada é muito inconstante e vai variando de pessoa para pessoa até a fase da vida adulta. O diagnóstico, em grande parte das situações é realizado

ainda no percurso da infância, podendo também ser diagnóstico na adolescência e/ou na vida adulta, principalmente quando os sintomas não são tão claros e emergentes trazendo dificuldades perceptíveis a dinâmica de vida ou rotina do sujeito (Santos, 2017). Existem sujeitos que apresentam muito claramente e precocemente os sintomas do transtorno, outras pessoas não apresentam muito claramente e são diagnosticadas mais tardiamente, o que prejudica o posterior prognóstico e tratamento de forma eficaz e precoce.

A perturbação PAE-DL pode vir a ser caracterizada como as trocas que existem na leitura, podem estar relacionadas com as omissões de letras e/ou sílabas na pronuncia, pelas confusões existentes entre as letras de forma vizinhas e pelas próprias divisões inadequadas que estão associadas ao vocabulário (Tunmer & Greaney, 2010). Como por exemplo, a palavra to-ma-te pode passar a ser soletrada como tom-a-te, a palavra bo-ne-co pode vir a ser soletrada como bon-e-co, dentre outras hipóteses que surgem comumente, mas que, no entanto, estão claramente associadas a desorganização da pronuncia e/ou escrita.

A seguir nos remeteremos a explorar alguns dos vastos conceitos existentes sobre a temática PAE-DL, onde será possível observar as concordâncias e as divergências dos autores e das diferentes edições sobre o conceito das dificuldades de aprendizagem ao longo das décadas de exploração e pesquisa:

Tabela 1

#### Diferentes Definições da PAE-DL

Lyon, Shaywitz & Shaywitz (2003)	Define-se a PAE-DL essencialmente pela incapacidade específica do contexto de desenvolvimento da aprendizagem, que possui um caráter de ordem neurobiológica. Sendo assim, a respectiva é caracterizada pelas dificuldades relacionadas a correção e a fluência na leitura de palavras e por baixa competência na esfera da leitura e do processo ortográfico. As dificuldades apresentadas resultam de um défice fonológico, que é considerado de ordem inesperada, em relação às outras capacidades cognitivas e às condições relacionadas ao processo educacional. Por toda via, podem surgir outras dificuldades de compreensão da leitura, ou mesmo uma experiência de leitura reduzida e/ou lentificada, podendo assim, repercutir ou mesmo impedir o processo de desenvolvimento do vocabulário e dos conhecimentos educacionais de uma forma geral, regular e adequada.
APA - American Psychiatric Association, (2013)	Na contextualização do Diagnóstico de Saúde Mental (DSM) 5, as repercussões da PAE-DL caracterizam-se por ser uma perturbação no neurodesenvolvimento que possui origem biológica, sendo este o pilar das dificuldades de caráter cognitivo, associadas assim as manifestações de dificuldades e comprometimentos nas esferas comportamentais e educacionais da vida do sujeito.

Luca (2009)	A palavra dislexia vem do grego, <i>dys</i> que significa e se caracteriza por distúrbio e/ou dificuldade e <i>lexia</i> quer dizer o processo contínuo da leitura. Ou seja, segundo o autor, esse termo refere-se às pessoas que apresentam alguma dificuldade na leitura ou mesmo dificuldades para desenvolver a linguagem nas mais diversas esferas de desenvolvimento e interação humana.
Massi & Santana (2011)	A PAE-DL é caracterizada como sendo um transtorno que é de ordem cerebral, genética e patológica, sendo assim, comum o aparecimento de manifestações de ordem multifatorial, visto que, a doença apresenta-se por meio de uma variedade de sintomas que são apresentados ao paciente, comum ainda nos primeiros anos de vida e inserção nos ambientes educacionais e escolares.
Cortiella e Horowitz (2014)	As repercussões de dificuldades associadas a PAE-DL podem variar de pessoa para pessoa, no entanto, existem algumas características comum a todos os casos, como por exemplo, as dificuldades na fluência do processo e compreensão da leitura, dificuldades com relação a concordância da rima, dificuldades de compreender o vocabulário, dificuldades na consciência fonêmica e no processamento fonológico da leitura.
Nogueira e Beserra (2017)	A PAE-DL está associada a um conjunto de sintomas que revelam uma disfunção cognitiva que está ligada à leitura e a escrita. Em geral, o conceito, traz demarcações que podem ser de ordem hereditária, ou mesmo adquirida ao longo da vida, por alguma situação de perda adversa, acarretando assim dificuldades na aprendizagem da leitura que pode estar vinculada aos sintomas e/ou comorbidades dos mais leves aos mais graves/severos.
ABD (2008)	Segundo a Associação Brasileira de Dislexia (ABD), o diagnóstico de PAE-DL estará comumente acompanhado de dificuldades com a linguagem escrita, dificuldades em escrever com concordância, dificuldades com a ortografia e a lentificação no processo de aprendizagem e elaboração da leitura. Ocorre em grande parte dos casos a disgrafia, a discalculia, as dificuldades com a memória de curto prazo, dificuldades para compreender a dinâmica e organização dos textos, dificuldades severas em aprender uma segunda língua, dentre outras.

Muitas são as especulações da origem e da sintomatologia que está associada a PAE-DL, existe uma representação contínua de uma definição geral e ampla, mas ainda não há consenso comum a âmbito mundial, traçando assim, que ainda podem surgir outras reformulações sobre a conceptualização do PAE-DL ao logo dos estudos e pesquisas realizadas.

## **1.4. - Prevalência da PAE-DL e distribuição por sexo**

A PAE-DL é caracterizada como sendo uma das perturbações mais frequentes entre a dinâmica do circuito escolar/educacional de crianças e adolescentes, existindo assim uma prevalência estimada entre 5% e 15% da população mundial, visto que, entre os adultos, como a frequência do diagnóstico é menor das crianças e adolescentes, a prevalência é de 4% da população. A prevalência no que diz respeito a distribuição por sexo feminino e masculino vem traçando grandes evoluções e mudanças ao longo dos anos. Referia-se comumente que a predominância para o desenvolvimento da PAE-DL estava muito mais associada a predominância do sexo masculino, em pelo menos duas vezes a mais em relação ao sexo feminino, no entanto, os estudos contemporâneos reportam uma distribuição igual em ambos os sexos (Teles, 2004).

## **1.5. - Tipos e (sub) classificações de PAE-DL**

Constata-se que existem uma grande diversidade de conceitos sobre a PAE-DL e seus mais diversos subgrupos existentes, onde, ainda não se encontra um conceito universal sobre a denominação exata de sua definição global. A PAE-DL engloba uma série de fatores ao longo do seu desenvolvimento que não estão só relacionados a leitura em si, corroborando, dificuldades nas relações espaciais, no processo da obediência, na determinação de instruções, na sequência das regras temporais e nas capacidades relacionadas a memorização e codificação da informação apresentada. Os pesquisadores sobre a temática da PAE-DL encontram algumas unanimidades acerca dos conceitos relacionados ao transtorno que giram em torno das dificuldades relacionadas ao processo da leitura, dificuldades constantes na distinção ou memorização de letras e/ou de subgrupos de letras, problemas no processo de raciocínio da ordenação, problemas associados ao ritmo, estruturação contínua e ordenação das frases subsequentes (Abreu, 2012).

Antes de classificarmos os tipos e subtipos de PAE-DL é importante reportarmos que existem dois tipos de classificações da PAE-DL, associadas as dificuldades adquiridas e as dificuldades evolutivas ao longo da vida. As dificuldades adquiridas pelo meio estão relacionadas aos sujeitos que eram caracterizados como leitores frequentes e produtivos, e que por algum intercorrência sofreram uma lesão cerebral e conseqüentemente perderam parcial e/ou total essa capacidade de leitura (exemplo: acidentes cerebrais, acidentes automotivos). E as dificuldades evolutivas que são caracterizadas pelos sujeitos que desde o início do processo maturacional já apresentavam dificuldades associadas ao desenvolvimento da leitura, onde a PAE-DL evolutiva é mais comum o surgimento na idade de inserção escolar na primeira infância (Abreu, 2012).

### **1.5.1. - Dislexia adquirida**

O processo da conceitualização da dislexia adquirida remete ao fato de que a constituição de aprendizagem da leitura se processou de forma ordenada, correta e completa, no entanto, por alguma adversidade o sujeito obteve alterações e lesões cerebrais, resultando em perdas das capacidades proeminentes do processamento da leitura. São comuns em alguns casos em que acontecem acidentes vascular cerebral (AVC) e/ou pós traumas cranianos, dentre outras possibilidades que podem vir a serem apresentadas.

A dislexia adquirida pelo meio pode repercutir em dificuldades de ordem fonológica, superficial e grave/profunda. As dificuldades fonológicas estão direcionadas ao sujeito ter constantes dificuldades na utilização do procedimento subléxico, as dificuldades superficiais estão relacionadas a falhas no uso do procedimento léxico, e a classificação profunda/grave se vincula a alterações e dificuldades tanto no procedimento subléxico como também no léxico, ou seja, em ambas as esferas (Abreu, 2012). Na dislexia adquirida existe a conceitualização dos sinais diretos e dos sinais indiretos, onde, os sinais diretos estão mais relacionados aos danos em função de lesões cerebrais e/ou a hemorragia, e os sinais indiretos estão mais vinculados a padrões irregulares de um eletroencefalograma, e/ou as dificuldades de coordenação e orientação, dentre outros (Nogueira & Beserra, 2017).

### **1.5.2. - Dislexia evolutiva**

A dislexia evolutiva e/ou do processo de desenvolvimento representa e são caracterizadas pelos sujeitos que desde o início da infância já apresentavam dificuldades associadas ao desenvolvimento e a elaboração contínua da leitura padrão. Ou seja, essa dislexia indica que o sujeito nasceu e se desenvolveu com essas dificuldades ao longo de toda a vida (Castanho, 2017). Fatores de ordem genética podem ser os provenientes desse transtorno, visto que podem estar vinculadas ao baixo peso no nascimento do bebê, a fatores de ordem neurológica, a problemáticas associadas ao procedimento e dificuldades do parto e da gestação, dentre outros (Nogueira et al., 2017).

A dislexia evolutiva também pode repercutir em dificuldades de ordem fonológica, superficial e profunda. A fonológica estando relacionada as dificuldades/falhas na captação do procedimento subléxico, perceptivo-visuais e/ou neurobiológicos, a superficial estando relacionada as dificuldades/falhas na aquisição do procedimento léxico, perceptivo-visuais e neurobiológicos, e por fim, a profunda que está direcionada as dificuldades na aquisição de ambos as dificuldades da fonológica e da superficial (Abreu, 2012).

A dislexia evolutiva e/ou do processo do desenvolvimento foi fragmentada na literatura, onde, foram classificados e considerados três subtipos, sendo eles a Disfonética e/ou auditiva, a Diseidética e/ou visual e a Mista e/ou aléxica. A Disfonética está associada as dificuldades relativas ao processo de integração e vinculação entre a letra e o desenvolvimento do som,

onde os erros mais frequentes possuem caráter de ordem semântica. A Diseidética está diretamente relacionada as dificuldades em perceber as palavras de um modo geral, onde, os sujeitos com esse subtipo não conseguem unir e discriminar o conjunto de letras que as compõem, e conseqüentemente não consegue interpreta-las de forma coerente. Já a Mista ou aléxica está relacionada aos sujeitos que apresentam muito claramente dificuldades associadas ao campo visual e ao campo fonológico, o que repercute em comprometimentos globais no desenvolvimento básico e regular do processo da leitura (Coelho, 2013).

### 1.5.3. - Subclassificações

Após essas definições serem apresentadas na literatura, alguns autores fizeram outras divisões no que diz respeito a sintomatologia apresentada, trazendo assim novos conceitos para o campo da PAE-DL (Castanho, 2017). Ou seja, a partir dos comportamentos que eram apresentados pelos sujeitos, observam-se outras categorizações que passaram a ser realizadas, como por exemplo: os leitores compensatórios, os leitores não alfabéticos, os leitores não automáticos, os leitores sub-otimais, a dislexia negligente, a dislexia da atenção, a leitura letra a letra, a leitura não semântica/dislexia lexical, a dislexia fonológica, a dislexia de superfície, a dislexia profunda, a dislexia morfémica e a dislexia visual analítica (Cruz, 2009; Guimarães, 2004; Torres & Fernandes, 2001).

Tabela 2

#### Diferentes Definições das Subclassificações da PAE-DL

Autor	Conceito	Definição
Cruz, 2009	Leitores compensatórios	Relacionado aos sujeitos que apresentam dificuldades na decodificação e na fragmentação das palavras, no entanto, mesmo com as dificuldades, alcançam o conhecimento alfabético regular satisfatório.
Cruz, 2009	Leitores não alfabéticos	Estão associados aos indivíduos que não apresentam conhecimento básicos dos princípios do ordenamento do alfabeto e do letramento, mostrando também dificuldades na esfera do processo de compensação.
Cruz, 2009	Leitores não automáticos	São os sujeitos que adquirem conhecimento em equilíbrio das palavras, conseguindo continuamente decodificá-las com sucesso, no entanto, essa atividade requer muito esforço e dedicação, o que faz muitas vezes com que o processo de exaustão seja atingido por esses sujeitos.
Cruz, 2009	Leitores sub-otimais	Nessa categoria os leitores não conseguem alcançar uma leitura eficaz e ordenada, no entanto,

		reconhecem e compensam automaticamente as palavras de cunho simplista.
Guimarães, 2004	Dislexias periféricas	Nas dislexias periféricas as lesões se situam no sistema de captação visual, repercutindo prejuízos na identificação do processamento das letras, prejuízos na análise visual e prejuízos no nível de regular global da leitura.
Guimarães, 2004	Dislexias centrais	As chamadas dislexias centrais podem ter prejuízos tanto no sistema de análise visual quanto também nas partes de uma das rotas de tradução. Trazendo dificuldades na compreensão/comunicação de palavras apresentadas.
Guimarães, 2004	Dislexia negligente (Dislexias periféricas)	Incapacidade e/ou comprometimento global de observar a extremidade esquerda das palavras que são observadas.
Guimarães, 2004	Dislexia da atenção (Dislexias periféricas)	Dificuldade moderada em focar a atenção em uma determinada letra ou em uma palavra que lhe são apresentadas.
Guimarães, 2004	Leitura letra a letra (Dislexias periféricas)	Dificuldade moderada em compreender a forma global das palavras médias e/ou palavras que são muito longas.
Guimarães, 2004	Leitura não semântica (Dislexias centrais)	Muita dificuldade em compreender o sentido e/ou significado das palavras em si.
Guimarães, 2004	Dislexia fonológica (Dislexias centrais)	Dificuldades presenciadas no processo de conversão da letra para o som, onde ocorre muitos erros de lexicalização e a perda da capacidade de realizar a leitura sublexical.
Guimarães, 2004	Dislexia de superfície (Dislexias centrais)	Perturbação caracterizada como moderada e/ou severa onde partes da rota lexical e da rota sublexical podem estar parcialmente disfuncionais e comprometidas cognitivamente.
Guimarães, 2004	Dislexia Profunda (Dislexias centrais)	Ocorrem erros de ordem semântica, erros visuais, erros visuais-semânticos, erros de derivação e substituições desfavorável de funções gramaticais.
Torres e Fernândes, 2001	Dislexia Morfémica	Está relacionada a uma perturbação de caráter primário que se vincula ao processador visual e/ou grafémico, posteriormente repercutindo em perturbações no formato e na extensão das palavras.
Torres e Fernândes, 2001	Dislexia visual analítica	Está associada a uma perturbação no processamento da função analítica visual, onde ocorre uma considerável lentificação e posteriores problemas

Deste modo, a partir dos múltiplos conceitos apresentados, constituímos que a literatura apresenta uma multiplicidade de subclassificações que vão se diferenciando de autor para autor, levando sempre em consideração os diferentes critérios de classificação em que são submetidos e suas respectivas sintomatologias que são apresentadas por cada pesquisador.

## **1.6. - Fatores associados ao desenvolvimento causal do PAE-DL**

Concretiza-se com os estudos contemporâneos que as condições para o desenvolvimento da PAE-DL nos sujeitos são multifatoriais, onde se postula que ocorreu normalmente o processo de estimulação para a alfabetização e para aprendizagem, no entanto, alterações e déficits cognitivos não permitiram a captação e codificação necessária da para a captação da informação. O diagnóstico possui tanto componentes hereditários que são resultantes de alterações genéticas, componentes sociais/externos, como também alterações cognitivas do padrão neurológico/cerebral (Ribeiro; Barros & Chamon, 2012 citado por Santos, 2017).

A hereditariedade abarca grandes potencialidades para que o sujeito venha a desenvolver a PAE-DL ao longo da vida, mesmo que a respectiva não seja causa direta de desenvolvimento da perturbação, pode-se indicar que algumas estruturas que são herdadas geneticamente pelos sujeitos podem conseqüentemente ser elementos fundamentais para o comportamento a ser manifestado. A carga hereditária é considerada um fator que sem dúvidas pode trazer grandes alterações genéticas e que são transmitidas aos filhos em uma percentagem considerável (Santos, 2017). Ou seja, a hereditariedade é trazida como um marco potencializador, no entanto, outros fatores precisam ser levados em consideração para se compreender os vários fatores de risco do desenvolvimento e surgimento da PAE-DL ao longo do desenvolvimento.

Os estudos atuais da literatura predispõem que existem dois fatores que são a base para que o transtorno da PAE-DL venha a ser desenvolvido ainda nas fases iniciais da infância, sendo eles as repercussões neurológicas e os componentes genéticos, que são cognitivamente causadas pela falha que ocorre no processamento fonológico de captação e processamento da informação que o sujeito recebe do meio (López-Escribano, 2007). Sendo assim, torna-se evidente que as causas são multifatoriais e que é necessário realizar uma investigação de cada caso individualmente, onde os fatores podem ser variáveis de sujeito para sujeito, não possuindo assim fatores marcadamente determinantes.

A neuroimagem é um dos recursos atuais que são mais utilizados para identificar alterações e disfunções relacionados a esfera neurológica humana, alguns dos exames que

podem ser reportados para auxiliar no diagnóstico são: a neuroimagem, a tomografia computadorizada por emissão de positrões, a ressonância magnética funcional, a magnetoencefalografia, dentre outros recursos existentes. Os exames não são a principal fonte médica de diagnósticos nesses casos clínicos, no entanto, revelam posteriores alterações nas áreas mais comumente afetadas para desenvolvimento do transtorno, como por exemplo: as regiões parietotemporo-occipital, o giro inferior frontal, a área parietal-temporal, a área occipital-temporal, as regiões perisilvianas do hemisfério esquerdo, a ativação em geral no hemisfério esquerdo, as áreas vinculadas ao córtex pré-frontal, dentre outras áreas que podem ser afetadas neurologicamente (Santos, 2017).

Existem muitas possibilidades e causas prováveis relacionadas ao surgimento da PAE-DL na vida do sujeito, onde estão normalmente presentes a repercussão dos déficits cognitivos, dos fatores de ordem neurológica, do nascimento do feto antes dos 7 meses do processo gestacional (prematuridade), do baixo peso do bebê ao nascimento e das influências genéticas relacionadas ao meio ambiente vivenciado pelo indivíduo (Schirmer, Fontoura & Nunes, 2004 citado por Santos, 2017).

## **1.7. - Teorias explicativas da PAE-DL**

O processo da leitura revela-se muito complexa e de ordem multifatorial, onde é fundamental que o sujeito compreenda as identificações das letras, os padrões relacionados ao som, as associações, as conexões e as dimensões relacionadas a dinâmica do processo da linguagem (Schirmer et al., 2004 citado por Castanho, 2017). O processamento do desenvolvimento da linguagem é pesquisado na literatura através de alguns direcionamentos que são caracterizados como fundamentais, sendo eles, a fonologia, que é responsável pela integração e desenvolvimento de tudo o que pertence a representação dos sons; a semântica, que é nomeadamente responsável pelo desenvolvimento do processamento do vocabulário e do estudo dos significados referentes as palavras; a gramática, que é responsável pelo desenvolvimento das regras de organização das palavras e das frases; e a pragmática, que traz o desenvolvimento da linguagem no contexto social do sujeito (Conboy & Carvalho, 2013). Sendo assim, o processamento do desenvolvimento da aprendizagem da leitura é simbolizado como sendo uma construção e uma consciência da coordenação das ações que são promovidas pelo meio/contexto social. Esse desenvolvimento está vinculado a um conjunto multifatorial relacionado a capacidade de simbolização, condições internas/externas que são fundamentais para o desenvolvimento da leitura de forma ordenada e coerente (Schirmer et al., 2004).

A literatura reporta três conceitos processuais básicos que são necessários para a habilidade do processamento correto e adequado da leitura, sendo, o processo perceptual, o lexical e o de compreensão. O processo perceptual está relacionado a alguns passos de formação contínua da leitura, onde pode-se a) ocorre a ativação da leitura e a habilidade de reconhecimento e processamento das letras; b) percepção correta a letra apresentada; c) em

seguida a letra é convertida no som, formando assim a concretização e criação do código fonológico; d) depois da conversão dos símbolos é desenvolvida uma sequência desses sons até se criar o processamento da palavra e a sua posterior compreensão; e) por fim é realizada a repetição das palavras até a concretização da formação adequada e ordenada da frase captadas cognitivamente. O processo lexical está diretamente relacionado ao fato de perceber/compreender os movimentos dos olhos, suas posteriores fixações e a retirada do significado da nossa memória para obtenção e identificação coerente da palavra, onde esse processo corresponde a identificação da palavra que se relaciona a permissão do acesso a definição da palavra que está presente no campo da memória. Já o processo de compreensão se vincula a uma compreensão exata do que é realmente o discurso, onde esse processo não depende apenas do conhecimento sobre o respectivo, dependendo também do conhecimento de uma ampla estrutura física e social no qual o diálogo é apresentado pelo sujeito (Sternberg & Sternberg, 2012).

Os motivos pelos quais ocorrem as falhas/interrupções no processamento da leitura ainda são muito homogêneos, onde muito é reportado sobre alterações cognitivas na leitura fonológica e na codificação fonológica. A leitura fonológica estando assim associada a leitura de palavras isoladas (o que causam grandes prejuízos em sujeitos com PAE-DL, visto que possuem dificuldades primordiais e básicas no reconhecimento de palavras que são caracterizadas como isoladas) e o processo de codificação fonológica que se vincula a lembrança e/ou a recordação prévia de grupos de fonemas, o que pode ser muito confuso em pacientes com diagnóstico do PAE-DL que possuem problemas mais precisamente na memória de trabalho (Sternberg et al. 2012).

Os estudos e as pesquisa das causas e dos fatores associadas ao surgimento da PAE-DL permaneceram com muitas dúvidas e questionamentos ao longo das construções literárias, no entanto, os autores têm sido convergentes nos aspectos relacionados a origem genética e a origem neurobiológica dos processos cognitivos relacionados aos défices vinculados a aprendizagem. Existem atualmente as formulações de algumas teorias em relação aos processos cognitivos explicativas e responsáveis pelas dificuldades e défices relacionados a aquisição da alfabetização e da leitura, sendo elas a Teoria do Déficit Fonológico, a Teoria do Déficit de Automatização, a Teoria Magnocelular, a Teoria Cerebelar e a Teoria da perturbação do processamento auditivo, que serão detalhadas a seguir.

### **1.7.1. - Teoria do déficit fonológico**

O déficit fonológico é um dos que mais repercutem como sendo os fatores causais relacionadas ao desenvolvimento da PAE-DL, onde, a hipótese inicial da teoria está relacionada a um possível déficit no sistema de processamento fonológico do sujeito, motivado por uma espécie de falha e/ou desconexão do sistema neurológico cerebral, ao nível do processamento que representa a esfera básica fonológica. Essa falha do sistema neurológico cerebral dificulta

o cruzamento e a discriminação dos processamentos relacionados aos sons que a linguagem reproduz, a consciência/compreensão de que a linguagem é constituída por palavras, a dimensão de que as palavras são conseqüentemente formadas por sílabas e que as sílabas são formadas por fonemas (Teles, 2004).

A teoria também reporta que o déficit fonológico dificulta e traz lentificações para o processo de decodificação da aprendizagem do letramento, ou seja, para a correspondência grafofonêmica. Onde, as subseqüentes competências cognitivas como por exemplo, a inteligência geral, o vocabulário, a sintaxe, o discurso realizado, o raciocínio lógico/ordenado e a formação de conceitos estão sem maiores retardos e/ou alterações presentes (Teles, 2004). Sendo assim, reporta-se que existem comprometimentos associados, no entanto, são comprometimentos caracterizados como sendo parciais.

A teoria traz a hipótese do déficit fonológico relacionado e motivado por uma “disrupção” parcial no sistema neurológico cerebral, onde as maiores dificuldades apresentadas estão vinculadas a capacidade que o sujeito tem de processar a informação, codificar e manipular a estrutura sonora das palavras que são visualizadas e apresentadas (Castanho, 2017).

### **1.7.2. - Teoria do déficit de automatização**

A teoria do déficit relacionado a automatização está vinculada a impossibilidade geral que a PAE-DL tem de automatizar os conteúdos que lhe são apresentados e/ou visualizados. Onde, é muito comum os pacientes diagnosticados terem severas dificuldades de automatizar a decodificação de quaisquer palavras apresentadas, de realizar o processo de uma leitura fluente, uma leitura contínua e que seja compreensiva a todos do circuito social e/ou cultural. A teoria propõe algumas implicações para que a automatização e a decodificação das palavras sejam realizadas de forma coerente, não trazendo idades cronológicas associadas aos treinos propostos: 1) Treino da correspondência grafo-fonêmica; 2) Treino da fusão fonêmica; 3) Treino da fusão silábica; 4) Leitura repetida de colunas específicas de palavras; 5) Leitura repetida de frases e de textos e 6) Exercícios de leitura de palavras apresentadas durante breves instantes (Teles, 2004).

### **1.7.3. - Teoria magnocelular**

Segundo as hipóteses da teoria Magnocelular a PAE-DL está relacionada a um déficit/falha específica na transferência das informações de ordem sensoriais, essas falhas ocorrem dos olhos para as áreas primárias do córtex cerebral. Sendo assim, a teoria considera que existem fatores que repercutem nesses sujeitos a baixa sensibilidade face a estímulos que possuem pouco contraste, baixas frequências espaciais e/ou altas-frequências temporais (Teles, 2004). Para a teoria, esses pacientes apresentam queixas muito relativas as dificuldades

de visualização de letras pequenas (letras em miniatura), pois as respectivas parecem estar em constante movimento, fazendo com que seja pouco viável a leitura de forma compreensível e coerente ao sujeito que apresenta a respectiva dificuldade e/ou transtorno (Castanho, 2017).

Ocorre que quando o sistema Magnocelular não funciona dentro dos padrões de normalidade, manifesta-se no sujeito uma moderada/grave deficiência da percepção visual, repercutindo assim em movimentos oculares muito negligentes e várias dificuldades na identificação do processamento e ordenamento das letras. Essa deficiência pode vir a ocasionar a percepção de que as letras estão se movimentando continuamente, impossibilitando a captura, a codificação e o processamento da leitura de forma coerente e compreensível (Zikl, Bartošová, Višková, Havlíčková, Kučírková, Navrátilová & Zetková, 2015).

Os pesquisadores Zikl et al., (2015) afirmam em seus estudos que sujeitos portadores da PAE-DL têm uma média geral de 30% a menos de neurónios magnocelulares em comparação com um grupo controle realizado em uma pesquisa quantitativa a sujeitos que não possuem PAE-DL. Assim, compreendemos as dificuldades associadas a identificação do processamento das letras e seu posterior processo de codificação.

#### **1.7.4. - Teoria cerebelar**

A teoria cerebelar preconiza que as pessoas portadoras da PAE-DL possuem uma ligeira/leve disfunção que se manifesta em dificuldades da esfera cognitiva. Onde, podem ocorrer um rebaixamento e/ou uma diminuição da capacidade do processamento de automatização, repercutindo assim, na aprendizagem da correspondência fonema-grafema. Para que ocorra a compreensão correta da leitura é necessário que exista o reconhecimento prévio das palavras e o seu respectivo processamento de forma automatizada e contínua, caso contrário, a compreensão do letramento não irá ocorrer de forma coerente e com concordância para o sujeito (Castanho, 2017).

Com uma perspectiva geral, a teoria Cerebelar agrega que os problemas relacionados aos sujeitos portadores da PAE-DL estão intimamente vinculados as dificuldades que advém em processar a automatização as competências motoras com as competências de ordem cognitiva. Sendo assim, as disfunções apresentadas segundo a teoria estão ligadas as possíveis disfunções cognitivas provenientes do cerebelo (Saraiva, Rêgo, Nunes & Ferreira, 2012).

#### **1.7.5. - Teoria da perturbação do processamento auditivo**

Segundo os conceitos teóricos da perturbação do processamento temporal, ocorre uma constante dificuldade do sistema auditivo em processar as mudanças que estão relacionadas ao sinal acústico que é apresentado pelo sujeito. Fazendo assim com que o processo da

aprendizagem e da leitura seja de baixo desempenho nos testes de ordem auditiva, comparado com o restante da população (Saraiva et al., 2012 citado por Castanho, 2017).

## **1.8. - Comorbidades associadas a PAE-DL**

Existem várias comorbidades que podem estar associadas a PAE-DL, em quaisquer fases de seu desenvolvimento, nomeadamente, por exemplo, a perturbação da atenção e/ou o transtorno de défice de hiperatividade (TDAH), problemas de ordem fonoaudiológicos, perturbações específicas do processo da linguagem, a discalculia, as perturbações associadas a coordenação motora e a psicomotricidade, as perturbações vinculadas ao comportamento, as perturbações e oscilações relacionadas ao processo do humor, perturbação de oposição e/ou desafiador, estabelecimento e cumprimento de regras, uma baixa autoestima e um baixo autoconceito (Teles, 2004). Existem pacientes que não possuem nenhuma comorbidade associada, no entanto, estudos apontam que a população afetada tem uma maior associação de comorbidades que são consideravelmente comprometedoras e prejudiciais para um desenvolvimento saudável do sujeito em quaisquer faixas etárias e/ou desenvolvimento.

Dentre todas as comorbidades que podem vir a ser vinculadas ao transtorno da PAE-DL, a maior prevalência, tanto em caráter de sexo feminino quanto do sexo masculino é a perturbação da atenção relacionada ao transtorno de hiperatividade (Teles, 2004). A maior frequência de transtornos associadas esta cruzada com alterações que advêm do comportamento, da atenção, da concentração, do equilíbrio emocional, da agitação psicomotora, do autoconceito, dentre outros.

Alguns estudos reportam que não existe um consenso universal sobre as possíveis comorbidades associadas a PAE-DL, contudo, sabe-se que as comorbidades existentes variam entre 25% a 40% em sujeitos que possuem diagnóstico de perturbação da leitura e perturbação de atenção/hiperatividade (Willcutt & Pennington, 2000). As comorbidades normalmente surgem mais no percurso do desenvolvimento da infância, podendo também não serem visivelmente apresentadas na infância, emergindo posteriormente na vida adulta, que é mais incomum o seu processo de surgimento.

## **1.9. - PAE-DL em Adultos**

A sintomatologia da PAE-DL na infância e na vida adulta não remetem tantas diferenças associadas à sua manifestação, existem meras semelhanças cruzadas nessas fases distintas de desenvolvimento e algumas comorbidades que são desenvolvidas na infância e que permanecem ao longo da vida adulta (Moojen et al., 2016). A deficiência fonológica, por exemplo, que é muito comum de emergir e ser apresentada na PAE-DL, podendo surgir tanto na infância quanto também na vida adulta, só que com manifestações distintas e seletivas. Nas crianças, é comum

que se afete primariamente a precisão do processo e captação da leitura, já na vida adulta, é mais comum afetar a velocidade da leitura e interpretação do sujeito sobre o meio (Shaywitz, 2006). É muito comum que nos adultos o processo da leitura venha acompanhado de uma lentificação contínua em sua codificação e em seu processamento/captação.

Sujeitos adultos que possuem o diagnóstico da PAE-DL possuem mais trabalho com relação a compreensão da leitura, não são fluentes e leem com maior lentidão e menos precisão do que outros indivíduos. Compreende-se assim que, adultos que apresentam o transtorno, não utilizam ao longo da vida o circuito neural que corresponde a leitura automática, que é fundamental para se obter a leitura fluente e frequente. Ou seja, as dependências que existem dos caminhos neurais secundários resultam em leitura caracterizada como sendo precisa, no entanto, mais lenta do que o que comumente é esperado (Moojen et al., 2016). Ao invés do sujeito repercutir uma leitura “decorada” e automatizada ele tem muito mais trabalho para a leitura, pois o processo de armazenamento é irregular e falho.

Dentre as pesquisas realizadas, existem algumas peculiaridades de características que são mais comuns a partir dos 16 anos de idade, não que não possam acontecer/emergir na infância, mas a incidência é menor, independente da predominância do sexo que o sujeito apresente (Moojen et al., 2016):

Tabela 3

#### Características Apresentadas

Leitura lenta e pausada
Leitura com esforço
Dificuldade de Leitura tanto de palavras isoladas como na leitura de textos
Dificuldades na pronúncia de palavras polissílabas
Falhas significativas na escrita ortográfica
Necessidade frequente de fazer releitura
Problemas em fazer inferências a partir de textos que são escritos

Existem grandes evitamentos e esquivas de pessoas com PAE-DL no que diz respeito a atividades que envolvam a leitura, ou que necessitem da leitura para elaboração e realização de determinada atividade. Reporta-se inclusive que, algumas pessoas evitam quaisquer situações que envolvem prazer e convívio social por conta do transtorno e das dificuldades que estão associadas (Moojen et al., 2016). Ou seja, aponta-se que as atividades que se vinculam ao convívio social e familiar podem ser comprometidas e prejudicadas na fase adulta, quando o sujeito não consegue manejo necessário de compreensibilidade para conviver com as dificuldades associadas ao transtorno e suas posteriores limitações.

Os portadores da PAE-DL não conseguem trazer uma automatização plena das operações relacionadas ao reconhecimento/identificação de palavras, ocorre que, o fato de possuírem incompatibilidades cognitivas para essa automatização passam muito tempo tentando compreender a leitura, ao invés de tentar automatizar o reconhecimento das palavras apresentadas (Moojen et al., 2016). Ou seja, se as pessoas com PAE-DL buscassem trabalhar mais a perspectiva da memorização e do auto reconhecimento das palavras, poderiam ter menos problemas na interpretação da leitura e menos dificuldades de memorização de padrões ortográficos e de letramento. A memorização das palavras são uma das dificuldades constantes dos pacientes com o transtorno da PAE-DL, visto que, existem áreas cerebrais que podem estar comprometidas para o processo da memorização e armazenamento de conteúdo.

Existem portadores da PAE-DL que possuem alguma dinâmica de reconhecimento similar das palavras, no entanto, as pesquisas apontam que déficits na consciência fonêmica permanecem mesmo em portadores do transtorno que possuem altos níveis de reconhecimento e memorização de palavras. Ou seja, a consciência fonológica de portadores da PAE-DL não parece estar correlacionada diretamente com a idade ou mesmo com o nível de raciocínio apresentado na leitura, existindo outros fatores que necessitam ser levados em consideração e que precisam ser trabalhados por uma equipe profissional multidisciplinar (Moojen et al., 2016).



# Capítulo 2 - A resiliência e os sintomas psicopatológicos em adultos com PAE-DL

## 2.1. - O conceito de resiliência

O processo de desenvolvimento da resiliência humana desperta muitas dúvidas e questionamentos acerca de como se constrói a representação da resiliência ao longo da vida e desenvolvimento do sujeito. Visto que, existem vários fatores subjetivos, do meio ambiente e contexto social em que se vive que podem vir a transitar e serem responsáveis por essa estimulação e por esse desenvolvimento subjetivo. O fato é que, muitos estudos atravessam as perspectivas acerca de se o sujeito desenvolveu ou não o processo de resiliência, e quais os posteriores impactos que estão associados a esse traço constitutivo, impactos esses que podem ser de uma esfera individual e/ou social.

O conceito de resiliência não foi sempre alvo de estudos dos investigadores, remete-se que os primeiros estudos elaborados do que era o processo de resiliência foi reportado inicialmente na Inglaterra, em meados das décadas de 70 e 80. Os primeiros estudos estavam direcionados ao fato de que a palavra era denominada do latim “*resilire*” e que significa retornar ao que era antes, ou seja, voltar atrás de algo como era anteriormente (Brandão, Mahfoud & Gianordoli-Nascimento, 2011 citado por Castanho, 2017). No decorrer dos anos subsequentes, houveram pesquisas e investimentos sobre a representação do conceito de resiliência humana, sendo assim, modificada e reformulada ao longo dos estudos, a partir das novas contextualizações que passaram a ser apresentadas do que seria o termo resiliência.

No contexto de inserção da psicologia, o conceito de resiliência iniciou seus estudos por psicólogos que inicialmente queriam compreender as diversas possibilidades existentes de desenvolvimento de crianças que precisamente eram expostas a situações consideradas de risco, como por exemplo, grandes perdas, situações de morte de parentes de primeiro grau, abuso sexual, negligência, abandono e separação dos pais. (Fontes & Neri, 2015 citado por Castanho, 2017). O foco das pesquisas voltavam-se ao facto de compreender o motivo pelos quais, em situações muito semelhantes, algumas crianças conseguiam permanecer subjetivamente e/ou psiquicamente saudáveis e lidarem bem com uma determinada situação desfavorável e traumática e outras crianças não, adoecendo assim psiquicamente após uma situação adversa e/ou traumática. (Rozemberg, Avanci, Schenker & Pires 2014 citado por Castanho, 2017). Como por exemplo, duas crianças que vivenciaram situação de abandono por parte dos genitores e foram posteriormente institucionalizadas, na situação semelhante, uma criança apresentou sintomatologia de depressão, ansiedade e terror noturno, e a outra criança

se adaptava bem e fazia novas amizades, conhecendo e desfrutando os ambientes favoráveis da instituição.

Em situações meramente semelhantes de vivências desagradáveis e frustrantes, um grupo de pessoas podem vir a apresentar comportamentos bem diferenciados e distintos, esse processo de elaboração sobre uma determinada problemática associada, constitui o que conceituamos aqui de resiliência humana, ou seja, o sujeito responde bem a algumas situações adversas e conturbadoras que são lhes apresentados meramente pelo acaso e sem aviso prévio de acontecimentos.

Inicialmente, o fenômeno da resiliência era associado as invulnerabilidades experienciadas na vida, ou seja, pessoas que conseguiam lidar de uma forma mais saudável e adaptável do que as outras em situações caracterizadas como sendo de caráter crítico e ameaçador a saúde mental e emocional. As invulnerabilidades passaram a ser consideradas como um processo contínuo de sabedoria e de resolução dos problemas, onde, modifica-se então para o termo resiliência, podendo ser modificada e estimulada durante todo o desenvolvimento das fases da infância até a própria vida adulta (Brandão et al., 2011).

No decorrer do desenvolvimento dos estudos sobre a resiliência, em meados dos anos 90, o foco era terminantemente direcionado ao facto de existir uma adaptação positiva das pessoas frente as situações adversas da vida. Nesse novo direcionamento dos estudos há um enfoque nas influências que dizem respeito a contribuição do ambiente, da família, da própria comunidade e da cultura que se é inserido, não mais se pensa então apenas nas características de resiliência voltadas a retornar ao que era ou voltar atrás de algo anterior, como era preconizado (Castanho, 2017).

A representação da denominação do conceito de resiliência está associada as várias vertentes da capacidade humana, de se fortalecer e de se transformar com as diversidades e experiências que são apresentadas e vivenciadas ao longo da vida, diversidades essas que estão muitas vezes estão direcionadas ao contexto negativo e de caráter dificultoso da vida. Essas experiências adversas podem estar associadas a representação do novo, as dificuldades, a um episódio muito estressor e ameaçador, a mudanças, dentre outras experiências que são de ordem negativa (Grotberg, 2003).

As diversidades existentes durante o percurso da vida podem estar ligadas a conteúdos de sofrimento, de angústia, de pânico, de tensão, de mudança ou mesmo da perda ou da própria morte. O que diferencia uma experiência da outra é a forma como o sujeito lida com a adversidade que está sendo apresentada, e que determina se houve ou não a construção do processo de resiliência em uma determinada situação que traz conteúdos desagradáveis. Por exemplo, dois irmãos sofrem pela morte trágica da mãe, um dos adolescentes vivencia o luto, sofre, no entanto, dialoga sobre o acontecido, o outro não conversa com ninguém, se isola socialmente e desenvolve um processo depressivo e/ou crises de ansiedade.

A resiliência humana vem sendo um grande preditor de subsídio para a promoção da saúde emocional e da saúde mental do sujeito, visto que, todas essas repercussões estão associadas a conquista pela constituição da qualidade de vida, ou seja, presume-se que, o indivíduo que constrói elaboração acerca da resiliência, são, posteriormente, indivíduos mais bem resolvidos e com melhor qualidade de vida (Grotberg, 2003). A resiliência pressupõe também decisões mais rápidas, mais pontuais e mais assertivas, haja vista que, indivíduos que desenvolvem subjetivamente a resiliência são considerados mais incisivos e com decisões mais assertivas.

### **2.1.1. - Características da resiliência**

A autora Grotberg (2003) destaca, sobretudo, oito representações acerca das capacidades que envolvem o conceito de resiliência, onde: 1) A resiliência humana está associada ao desenvolvimento e ao crescimento, incluindo diferenças que dizem respeito a idade e ao sexo do sujeito; 2) Promover e desenvolver fatores de resiliência requer diferentes estratégias e técnicas elaboradas pelo próprio sujeito diante das vivências apresentadas; 3) A representação do nível socioeconômico do sujeito e o processo de resiliência não estão em nada relacionados e não possuem nenhuma ligação; 4) A resiliência difere dos fatores caracterizados como sendo fatores de risco e fatores de proteção; 5) O processo de resiliência pode vir a ser medido, constituindo-se parte integrante do processo da saúde mental e da qualidade de vida do sujeito; 6) Podem ocorrer modificações na discrepância existente das diferenças culturais, onde, os adultos podem ser capazes de valorizar ideias inovadoras para o desenvolvimento humano; 7) A perspectiva da prevenção e da promoção em saúde estão diretamente relacionadas ao conceito de resiliência humana; 8) A resiliência é caracterizada como sendo um processo marcado por fatores de resiliência, comportamentos que são resilientes e os resultados resilientes apresentados (p. 19 e 20). A autora reporta a resiliência como um fator protetivo na vida do sujeito, preconizando que a representação da saúde possa ser um aspecto potencializador e mais presente do que pessoas que não possuem esse fator protetivo, onde o fator doença possa se fazer posteriormente mais presente na vida.

Essa perspectiva demarca que a resiliência está em todos os processos constitutivos da vida, ou seja, nas vivências de todas as faixas etárias, no desenvolvimento, na educação, nos processos familiares e sociais, nas construções e na aprendizagem. Iniciando-se mais precisamente nas primeiras experiências da infância e perpetuando modificações e aquisições durante todo o percurso da vida adulta. Sendo assim, é importante salientarmos que um adulto poderá vir a ter uma aquisição de resiliência em sua vida, mesmo já ultrapassando as fases de constituição da construção simbólica de persona/personalidade.

O indivíduo caracterizado como sendo resiliente é aquele que, ao longo da vida, pode vir a se debruçar com conteúdo voltados a dinâmica do stress, do sofrimento, da opressão, da angústia, da tensão, da rejeição, da perda, da adversidade, dentre outros, e mesmo assim

consegue traçar estratégias e mecanismos protetivos para melhor sair-se ou resolver o problema que lhe foi apresentado, reconhecendo assim, o processo de resiliência como “um processo que pode ser desenvolvido e promovido” ao longo da vida do sujeito (Infante, 2003, p. 32). Sendo assim, torna-se evidente a hipótese de que um sujeito pode ser ativo no desenvolvimento da resiliência do outro e pode vir a ser receptivo de aprendizagem desse processo que está em constante movimento na vida. No entanto, a resiliência é conceituada como estando em movimento, o que reverbera a possibilidade de um mesmo sujeito não apresentar resiliência em duas situações opostas que lhe foi apresentada na vida.

A resiliência reporta alguns conceitos chaves para a sua concretização, como por exemplo, a capacidade inata/fisiológica, ela podendo ou não ser estimulada, aperfeiçoada e/ou desenvolvida pelo circuito social; a perspectiva do adaptar-se mais sutilmente a circunstância desfavoráveis que a vida apresentada; concentrar-se em ser positiva em algumas situações adversas, onde, tudo poderia não coincidir com o que foi planejado e suposto a acontecer (Timm, Mosquera & Stobäus, 2008 citado por Lettnin, Zacharias & Mendes, 2014). Ou seja, a representação de uma situação nova não traz uma perspectiva tão invasiva, catastrófica e ameaçadora, fazendo assim, com que os mecanismos inconscientes de esquiva ou de negação sejam ativados e façam com que o sujeito não enfrente de forma saudável a situação adversa, não formulando assim o processo de resiliência para a problemática em questão.

O facto de um indivíduo ser resiliente, não pressupõe o facto de ele não vivenciar dificuldades e situações adversas negativas durante a vida, o ser resiliente está intimamente associado ao sujeito ultrapassar essas adversidades que lhe são apresentadas. A resiliência é traçada como uma característica subjetiva que pode ser apreendida e estimulada ao longo do desenvolvimento, em quaisquer faixas etárias da vida e independentes das experiências, sejam essas experiências negativas e destrutivas ou positivas e construtivas para o sujeito.

### **2.1.2. - A construção subjetiva da resiliência**

A construção da resiliência pode ser compreendida como a capacidade do sujeito de ultrapassar e de superar, de forma que seja inteligente e positiva, as várias situações adversas que podem surgir ao longo da vida humana, como por exemplo, a superação de um processo de luto, a perda de um emprego, o fim de um relacionamento, o roubo de um carro, a mudança de residência, um acidente, um abuso sexual, a descoberta da identidade de gênero, perdas, dentre outras mudanças que podem ser emergidas (Lettnin, Zacharias & Mendes, 2014). Esse ponto de partida, não nos leva a supor que as pessoas que vivenciaram situações negativas não sofrem impactos adversos, elas sofrem e vivenciam o luto, no entanto, encontram técnicas e/ou estratégias mais plausíveis para a resolução e a finalização dos problemas apresentados.

O processo contínuo da resiliência vem sendo traçado como um processo singular, subjetivo, de construção do ser humano e que está em constante movimento, visto que, esse

processo ocorre durante o todo o desenvolvimento e percurso da vida do sujeito. Podendo assim, a resiliência, ser continuamente estimulada pela representação do meio social e cultural em que o sujeito está ou mesmo foi inserido ao longo da vida (Lettnin et al., 2014). Pressupõe-se assim que, uma criança possa não ter apreendido estimulações acerca da resiliência pelas figuras parentais ou de cuidado, mas que no percurso da adolescência ou da vida adulta venha a ser estimulado e a desenvolva trazendo potencialidades positivas para a saúde emocional e psíquica.

Desse modo, compreendemos o processo e o desenvolvimento da resiliência como uma representação subjetiva, que pode vir a ser inerente ou não a condição do sujeito. Onde, existem vários fatores que precisam ser levados em consideração, como por exemplo, estimulações desde a primeira infância dos genitores/cuidadores, fatores fisiológicos e inatos, fatores ambientais, fatores culturais, políticos, socioeconômicos, dentre outros.

A resiliência passa a não mais ser visualizada e percebida como uma demarcação estática, ou seja, que não pode ser modificada ou readaptada pelo sujeito e pelo meio a partir de posteriores aprendizagem e/ou estimulações. A resiliência humana passa a ser contextualizada como um processo que estar em constante movimento e mudança, que pode ser remoldado, modificado, estimulado e apreendido a partir da interação com o meio e ao longo do desenvolvimento humano (Bonanno & Burton, 2013).

## **2.2. - Sintomas psicopatológicos**

A psicopatologia é representada e caracterizada como uma ciência que engloba a natureza das diretrizes relacionadas ao adoecimento mental e/ou psíquico do sujeito, visto que, suas causas são nomeadamente multifatoriais e relacionadas as diversas mudanças de ordem estrutural e de ordem funcional. Sendo assim, a psicopatologia se denomina como um conjunto de conhecimentos e/ou teorias vinculadas ao adoecimento mental que acomete a condição psíquica do indivíduo. Conceitua-se assim a psicopatologia como as experiências vivenciadas, os estados mentais e os padrões comportamentais que são apresentados em um determinado momento da vida do sujeito. Sendo assim, os sintomas psicopatológicos são denominados como uma especificidade de ordem psicológica com conexões complexas denominada de psicologia do normal (Dalgarrondo, 2008). Esses padrões estabelecidos de normalidade podem ser variáveis na vida do sujeito a partir de determinadas situações adversas vivenciadas, ou seja, qualquer indivíduo pode em um determinado momento da vida está suscetível ou mesmo vulnerável ao acometimento de sintomas de ordem psicopatológica.

As vertentes da psicopatologia exigem claramente um pensamento conceitual, onde sua esfera seja dinâmica e sistemática, podendo assim ser comunicada aos interessados de modo que seja inequívoco por parte dos profissionais. É importante compreender que no processo da prática profissional, a ciência psicopatológica é relacionada a uma das abordagens

possíveis do sujeito que possui algum comprometimento mental, mas não é a única possível de se realizar e/ou traçar alguma hipótese. Para a ordenação adequada da essência dos sintomas psicopatológicos que emergem é necessário por parte do profissional e/ou equipe a construção contínua da observação, da definição, da classificação, da interpretação, da integralidade e do direcionamento lógico e satisfatório do que se passa na vida do paciente no presente momento (Dalgalarrondo, 2008). Sendo assim, os sintomas psicopatológicos buscam compreender todos os aspectos voltados a integralidade e subjetividade do sujeito, e as posteriores reverberações que lhe são apresentadas e/ou manifestadas na esfera corporal e psíquica.

Os sintomas de ordem psicopatológica visam o conhecimento básico de dois conceitos universais, sendo, a forma como o sintoma se apresenta e o conteúdo manifestado pelo sintoma. A forma do sintoma está relacionada a estrutura básica, onde, comumente são desenvolvidos como as representações, por exemplo: da alucinação, do delírio, da ideia obsessiva, dentre outras repercussões. O conteúdo do sintoma remete a alterações estruturais do conteúdo, como por exemplo: surgimento do pensamento persecutório, conteúdo relacionado a culpabilidade, religiosidade excessiva, dentre outras manifestações. De forma ampla, os conteúdos que são apresentados pelos sintomas surgem e estão muito relacionados aos temas comuns do dia a dia da vida humana, esses conteúdos são fundamentais para a constituição do sintoma psicopatológico, dentre eles a doença e/ou incapacidade, o conforto físico, a alimentação, o dinheiro, o prestígio, a morte, a existência, o poder, a sobrevivência, a segurança, a religiosidade, a miséria, e a sexualidade (Dalgalarrondo, 2008).

Os sintomas que podem acometer o sujeito podem estar relacionadas tanto a situações novas como também a situações comuns do dia a dia, a representação do novo, o excesso e as repetições também podem repercutir negativamente para o surgimento exacerbado dos sintomas psicopatológicos no indivíduo. A forma e o conteúdo que são apresentados pelos sinais e/ou sintomas são indicativos de que o sujeito possui um algum comprometimento associado, seja esse comprometimento de esfera física ou psíquica.

### **2.3. - Sintomas psicopatológicos e resiliência na PAE-DL**

Várias são os sintomas psicopatológicos que podem estar associadas ao transtorno da PAE-DL, sendo assim, os fatores vinculados ao surgimento dos sintomas podem ser bastante complexos, como por exemplo, é comum a literatura reportar o surgimento de perturbações relacionadas a atenção e/ou o transtorno de déficit de hiperatividade, perturbações vinculadas ao comportamento (agressividade e isolamento social), perturbações e oscilações relacionadas ao humor (mania e depressão), perturbação de oposição, dificuldades no estabelecimento e cumprimento de regras, uma baixa autoestima e um baixo autoconceito apresentados pelos sujeitos (Teles, 2004). São alguns dos sintomas psicopatológicos que podem vir a emergir, no entanto, não é fator determinante que algumas comorbidades psicopatológicas estejam associadas ao desenvolvimento da PAE-DL. Se o sujeito obtiver grandes características voltadas

ao desenvolvimento contínuo da resiliência e /ou resolução de conflitos estratégico ele conseqüentemente poderá vir a apresentar com menos intensidade e/ou frequência as condições de sintomas e/ou sinais psicopatológicos.

Sendo assim, sujeitos que possuem características positivas relacionadas a resiliência possuem grandes capacidades de desenvolver menores e/ou com menor intensidade os sintomas de ordem psicopatológica, visto que, o conceito de resiliência está associado as várias vertentes da capacidade humana de se desenvolver, se fortalecer e se transformar com as diversidades e experiências que são apresentadas ao longo da vida. Essas experiências adversas podem estar associadas a representação de uma situação nova, de uma dificuldade, um episódio estressor e/ou ameaçador e as mais diversas mudanças na vida (Grotberg, 2003). Onde, o sujeito poderá desenvolver e/ou resolver de forma mais inteligente as sucessivas condições negativas da vida, trazendo assim menor frequência e potencialidade de sintomas relacionados a psicopatologia. Sendo assim, indivíduos que não construíam e/ou desenvolvem a resiliência ao longo da vida poderão ser sujeitos mais suscetíveis ao desenvolvimento e/ou frequência mais considerável a comorbidades e aos sintomas de ordem psicopatológica.



# Capítulo 3 - Estudo empírico

## 3.1. - Metodologia

Na etapa seguinte, apresenta-se a proposta da metodologia utilizada ao longo do processo do estudo, os objetivos e as hipóteses preconizadas, a descrição da amostra do estudo, as variáveis utilizadas e os procedimentos de recolha e tabulação dos dados apresentados, assim como os resultados obtidos na pesquisa a partir da análise estatística e sua respetiva discussão e resultados do desenvolvimento da pesquisa.

### 3.1.1. - Objetivos da investigação

A título de investigação literária, partimos do pressuposto de que existe muita escassez e/ou poucos estudos realizados em Portugal com população adulta que é diagnosticada como sendo portadora de PAE-DL, e que a nível internacional, existem poucos estudos comparativos entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL. Assim, esse estudo buscou pesquisar e investigar questões relacionadas a sujeitos com e sem PAE-DL (presença e ausência de PAE-DL como variável independente), preconizadas com duas variáveis dependentes: os sintomas psicopatológicos e o nível de resiliência que é apresentado. Iniciou-se assim algumas questões de investigação base apresentadas a seguir:

1. Adultos portadores de PAE-DL diferem em sintomas psicopatológicos comparativamente a adultos sem PAE-DL?
2. Adultos com PAE-DL apresentam diferenças nas características e nível de resiliência comparativamente a adultos sem PAE-DL?
3. O número de anos de estudo apresentado pelo sujeito tem influência no número de sintomas psicopatológicos e nos níveis de resiliência dos dois grupos da amostra?

### 3.1.2. - Hipóteses de investigação do estudo

A formulação de hipóteses é caracterizada como uma resposta provável a um determinado problema formulado e afirmações provisórias a respeito de um determinado problema em questão que foi elaborado. A hipótese possui relação íntima com o problema colocado que o pesquisador se propõe solucionar. Segundo Silva, Garcia & Inácio (2009) quando o pesquisador elabora um determinado problema o respectivo é passível de uma possível solução que pode ser encontrada, mediante assim a uma proposição que poderá ser declarada

como sendo verdadeira e/ou falsa em relação ao problema que foi colocado inicialmente, sendo assim, a hipótese, portanto é testável e pode vir a ser a solução do problema que foi proposto, ou não.

H1 - Os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Existem diferenças estatisticamente significativas nos sintomas psicopatológicos entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL.

H2 - Os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Os participantes com PAE-DL apresentaram maiores índices de sintomas psicopatológicos do que adultos sem PAE-DL.

H3 - Os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Existem diferenças estatisticamente significativas nas características da resiliência entre o grupo com PAE-DL e o grupo sem PAE-DL.

H4 - Os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Adultos sem PAE-DL possuem um maior nível de resiliência do que adultos com PAE-DL.

H5 - Os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos relacionados ao número de anos de estudo, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Há uma correlação negativa entre o número de anos de estudo e os sintomas psicopatológicos do grupo sem PAE-DL.

H6 - Os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos relacionados ao número de anos de estudo, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Há uma correlação negativa entre o número de anos de estudo e os sintomas psicopatológicos do grupo com PAE-DL.

H7 - Os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Há uma correlação positiva entre o número de anos de estudo e a resiliência do grupo sem PAE-DL.

H8 - Os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Há uma correlação positiva entre o número de anos de estudo e a resiliência do grupo com PAE-DL.

### **3.1.3. - Procedimento de recolha de dados e amostra**

Em relação a coleta de dados e aos procedimentos de captação de informação deste presente estudo, foi divulgado um *link online* aberto que remetia o sujeito para o preenchimento de várias questões, como por exemplo, o preenchimento do questionário

sociodemográfico e os instrumentos de avaliação prova de *screening* de dislexia, o Inventário Estado-Traço de Ansiedade, o Inventário Clínico de Autoconceito, Questionário de Falhas Cognitivas, o Brief-COPE, Escala de Resiliência Connor-Davidson, um questionário de autoestima, o MOS-SSS e o inventário de sintomas psicopatológicos BSI - Brief Symptom. Especificamente para esta investigação apenas foram levados em consideração o questionário sociodemográfico, o instrumento BSI - Brief Symptom Inventory e a Escala de Resiliência Connor-Davidson. Em conjunto aos questionários, foi disponibilizado também uma breve explicação sobre o estudo, questões acerca da confidencialidade da pesquisa e o consentimento informado por parte do entrevistado.

Para a realização da divulgação do estudo, os pesquisadores e respectivos orientadores solicitaram um pedido de parecer à Ordem dos Psicólogos Portugueses, acerca da legitimação da circulação dos instrumentos por via *online*, pelo que se obteve resposta positiva com relação a divulgação e coleta de dados da pesquisa.

Para a participação dos sujeitos nesta pesquisa, os pesquisadores definiram alguns critérios de inclusão e/ou exclusão, que estavam associados: a) ser adulto; b) possuir idade igual ou superior a 18 anos; c) ser de naturalidade e nacionalidade portuguesa; d) residir em Portugal; e) sujeitos com a faixa etária de até 65 anos; f) sujeitos com e sem perturbação (dislexia) e g) sujeitos de ambos os géneros.

Sendo assim, a pesquisa excluía todos os participantes que não preenchiam estes respectivos critérios. O critério que permitiu identificar os sujeitos com PAE-DL foi a questão presente abordada no questionário sociodemográfico, que reportava se o sujeito - “*Tem diagnóstico prévio de dislexia?*”.

A amostra bruta foi de 387 participantes, sendo 29 sujeitos com PAE-DL e 356 considerados sem PAE-DL. Foram necessárias a exclusão de 25 participantes pelos critérios acima mencionados, totalizando-se o número total de 362 (23 sujeitos com PAE-DL e 335 sem PAE-DL). Foram também eliminados 7 participantes que responderam com características de baixa variância nas suas respostas (sujeitos que responderam aos instrumentos sempre com o mesmo valor ou com apenas uma resposta diferente ao que foi solicitado), considerando-se como inválidas para o estudo.

Após a coleta de dados e com o objetivo de equilibrar o número de participantes dos dois grupos distintos, procedeu-se a uma amostragem aleatória, selecionando assim 27 sujeitos sem PAE-DL. A amostra final deste estudo é de N=50, dos quais 23 (46%) são portadores de PAE-DL e 27 (54%) não portadores. Totalizando assim em 50 participantes, sendo eles 40 (80%) são do sexo feminino e 10 (20%) do sexo masculino.

Tabela 4

**Caraterização das idades dos dois grupos da amostra**

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
PAE-DL	23	19	60	29.73	11.46
-PAE-DL	27	19	58	29.85	10.37

Como observado nos dados obtidos na tabela 4, a idade dos participantes do grupo com PAE-DL varia entre as idades de 19 e 60 anos, tendo uma média (M) de 29.73 e um desvio-padrão (DP) de 11.46. Já referente a idade média do grupo sem PAE-DL é a média (M) de 29.85 e o desvio-padrão (DP) de 10.37, variando entre 19 e 60 anos de idade.

**3.1.4. - Instrumentos**

Os instrumentos utilizados para a tabulação e recolha de dados desse estudo foram o questionário sociodemográfico; o instrumento BSI - Brief Symptom Inventory (adaptação para a população portuguesa de Canavarro, 2008); e a Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC, adaptação portuguesa de Anjos & Ribeiro, 2008). Seguidamente faz-se uma breve descrição de cada um dos instrumentos utilizados para análise e cotação dos respectivos dados de interesse da pesquisa. Em seguida faz-se uma breve descrição de cada um dos métodos utilizados e apresentam-se os alfas de Cronbach respetivos aos dois últimos.

**3.1.4.1. - Questionário sociodemográfico**

Levando em consideração uma análise mais detalhada e minuciosa acerca das características que permeiam a amostra, elaborou-se um questionário de caráter sociodemográfico (29 itens) para levantamento dos respectivos dados, tais como: a idade do sujeito; o género; o estado civil; tempo de estudo; as habilitações literárias; o emprego; a nacionalidade, a naturalidade/local de residência e a existência de doenças prévias apresentadas pelo sujeito (Anexo 1).

**3.1.4.2. - Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI)**

O instrumento BSI - Brief Symptom Inventory é indicado inicialmente para a administração sob pacientes do foro psiquiátrico, psicológico, e para pacientes que apresentam alguma sintomatologia psíquica que precisa de ser investigada pelo profissional de saúde e/ou para a população em geral (Canavarro, 2008).

O BSI é caracterizado como o inventário dos sintomas psicopatológicos Brief Symptom Inventory (Anexo 2), construído pelos pesquisadores Derogatis e Spencer (1982). O respectivo é considerado um instrumento de pesquisa com dinâmica de auto resposta, que tem por objetivos essenciais avaliar sintomas que são dimensionados como sendo psicopatológicos e de ordem desviante dos padrões de normalidade social. Posteriormente o inventário passa a ser discutido por Canavarro (2008) e validado assim para a utilização da população portuguesa (Brites, 2014).

O instrumento avalia nove (9) dimensões subjetivas do indivíduo que estão relacionadas a ansiedade em contexto individual e social, a ansiedade fóbica e patológica, a depressão e o seu respectivo nível de desenvolvimento, a representação da hostilidade, a ideação paranoide e posteriores ideações suicidas, as obsessões-compulsões, o psicoticismo, a sensibilidade interpessoal e a potencialidade da somatização na esfera corporal do sujeito (Brites, 2014).

O inventário é organizado e dividido conforme os aspectos que se deseja investigar/avaliar, a dimensão Ansiedade possui 6 questões (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), a dimensão Ansiedade Fóbica possui 5 questões (itens 8, 28, 31, 43 e 47), a dimensão Depressão possui 6 questões (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), a dimensão Hostilidade possui 5 questões (itens 6, 13, 40, 41 e 46), a dimensão Ideação Paranoide possui 5 questões (itens 4, 10, 24, 48 e 51), a dimensão Obsessões-Compulsões possui 6 questões (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), a dimensão Psicoticismo possui 5 questões (itens 3, 14, 34, 44 e 53), a dimensão Sensibilidade Interpessoal possui 4 questões (itens 20, 21, 22 e 42) e a dimensão Somatização possui 7 questões (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37) contínuas e sem possuir um padrão de sequência, onde as perguntas estão adicionadas em uma dinâmica aleatória (Brites, 2014).

Canavarro (2008) conceitua as nove dimensões que são apresentadas no inventário: 1) A avaliação da dimensão da Somatização estando associada ao mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, onde, muitas vezes, os pacientes centram-se em desconfortos voltados a esfera da sintomatologia corporal, como por exemplo, pacientes hipocondríacos, pacientes que se queixam com desconfortos do sistema cardiovascular, dores musculares, dificuldades respiratórias, dentre outros. 2) As dimensões das Obsessões-Compulsões incluem a avaliação de aspectos relacionados a cognição, aos impulsos e aos comportamentos que são da ordem da persistência, na qual o indivíduo não consegue resistir e acaba praticando o comportamento repetitivo, como por exemplo, pacientes que possuem rituais de limpeza, organização compulsiva, manias relativas a contagem e a numerologia, dentre outros. 3) A avaliação da dimensão Sensibilidade Interpessoal está associada e centra-se nos sentimentos de inadequação social e inferioridade relacionada as outras pessoas, onde, a hesitação, o desconforto e a timidez são os comportamentos mais apresentados no ambiente social, as relações caracterizadas como sociais são muito associadas a auto depreciação nesses sujeitos. 4) A dimensão da Hostilidade visa a percepção de pensamentos, emoções e comportamentos que estão relacionados ao estado afetivo negativo do paciente. 5) As avaliações da dimensão da Depressão refletem o impacto de indicadores de depressão clínica

que o sujeito apresenta. Nessa dimensão é avaliado os sintomas relacionados ao afeto, ao humor, a anedonia, a perda de energia, a falta de motivação e o desinteresse pelas atividades cotidianas da vida. 6) A dimensão da Ansiedade repercute a avaliação de fatores associados ao nervosismo, as tensões, aos sintomas ansiogênicos, a ansiedade generalizada e a frequência dos ataques de pânico que o sujeito apresentou recentemente. 7) A dimensão Ansiedade Fóbica reflete a avaliação relacionada a resposta do medo que é persistente, sendo esse medo de ordem irracional e desproporcional com relação ao estímulo que é apresentado, como por exemplo, medo de bichos, lugares com muitas pessoas, locais públicos sem abertura, elevadores, medo da solidão, do escuro, dentre outras repercussões. 8) A dimensão Ideação Paranóide remete a avaliação do comportamento Paranóide, com aspectos relacionados a uma perturbação psíquica do funcionamento cognitivo, como por exemplo, comportamentos de grandiosidade, de egocentrismo, delírios, dentre outros. 9) A Dimensão Psicoticismo avalia os aspectos que estão relacionados aos indicadores de comportamento isolado, estilo de vida esquizoide, sintomatologia relacionada a esquizofrenia, alucinações, dentre a avaliação de outros comportamentos desviantes (Canavarro, 2008).

Além das nove dimensões apresentadas o instrumento também avalia os 3 índices gerais que são, o Índice Geral de Sintomas (IGS) que avalia essencialmente a intensidade e as potencialidades do mal-estar que é experienciado, o Índice de Sintomas Positivos (ISP) que está relacionado a intensidade da sintomatologia que foi apresentada na pontuação final e o Total de Sintomas Positivos (TSP) que são as queixas sintomáticas apresentados pelo entrevistado (Brites, 2014).

O BSI possui respectivamente 53 questões que envolvem as 9 dimensões apresentadas, com o formato de resposta Likert, que prevê as respostas associadas a pontuação de 0 a 4 pontos, o nunca (0 pontos), poucas vezes (1 ponto), algumas vezes (2 pontos), muitas vezes (3 pontos), muitíssimas vezes (4 pontos), e é orientado ao sujeito que ele assinale apenas uma alternativa em que ele mais se identifica e que fez parte da sua vida na última semana anterior a aplicação do teste.

A orientação inicial é que o indivíduo se recorde dos comportamentos que ele apresentou durante a última semana, antes de iniciar as questões existe um informativo, que é apresentado pelo profissional e que reporta a seguinte informação: “A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços a direita de cada sintoma, aquele em que melhor descreve o grau em que cada problema o afetou durante a última semana. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.” Em seguida é informado aos participantes que para dúvidas o profissional psicólogo está à disposição.

A aplicação do inventário de sintomas psicopatológicos pode ser realizada tanto em grupo como individualmente, é necessário que a aplicação seja realizada em ambiente seguro e sem intervenções de terceiros, com luminosidade adequada, sem ruídos e climatização

neutra. O profissional psicólogo, acompanha o paciente até que ele realize a finalização do inventário, esclarecendo posteriores dúvidas que possam vir a emergir antes do início do desenvolvimento do teste.

Algumas questões do inventário são bem diretas, pontuais e bastante claras, como por exemplo: “Ter a impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos”; “Sente-se triste”; “Ter um medo súbito sem razão para isso”; “Sentir-se inferior aos outros”; “Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos”; “Sensação de que lhe falta ar”; “sentir-se em estado de tensão ou aflição”; “Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias”; “Ter dificuldades de se concentrar”; dentre outros pontos apresentados ao longo da aplicação.

É um inventário aplicado na população de faixa etária com idade mínima de 13 anos de idade, como já informado, ele pode ser indicado para pacientes psiquiátricos ou não. O inventário BSI ainda muito é direcionado também a população com ideação suicida, ou seja, ele demarca alguns sintomas psicopatológicos associados aos pensamentos de ideias relacionadas a conteúdo da morte. De uma forma geral, o inventário pode vir a ser administrado e direcionado a doentes psiquiátricos, indivíduos perturbados emocionalmente e a quaisquer outras pessoas da população geral, quando ocorra necessidade de investigar sintomatologias psicopatológicas.

É um teste considerado simples, tanto no que diz respeito a elaboração do inventário, como também em sua cotação. Presume-se de 10-15 minutos para que o indivíduo responda o inventário e aproximadamente 20-25 minutos para que o profissional realize cotação e a correção dos respectivos dados, leva-se muito em consideração também a prática e a experiência que o profissional tem sobre o inventário aplicado.

O inventário BSI pode variar entre a pontuação 0 e a pontuação 196 (total), onde, haja vista, quanto maior for a pontuação apresentada pelo entrevistado, maior será a possibilidade de sintomatologia psicopatológica vir a ser apresentada, o ponto de corte da população Portuguesa é de 1,7 (Vinhas, 2008). Após a finalização da cotação é necessário que o profissional observe os campos com maiores pontuações, para posterior intervenção, pois, pode acontecer de o paciente ter uma pontuação muito alta na ansiedade, no entanto as outras dimensões estejam em padrões estáveis e sem necessidade de intervenção contínua.

Para realizar a cotação dos respectivos resultados que são obtidos das nove dimensões é necessário fazer a divisão pelo número de questões que pertencem a dimensão, como por exemplo: a dimensão somatização possui um total de 4 pontos, a serem divididos por 7 itens existente, logo, a dimensão somatização tem a pontuação equivalente a 0,571 pontos (Brites, 2014).

Já para realizar a cotação do Índice Geral dos Sintomas deve-se somar todos os resultados dos itens e dividir pelo número total de itens existentes, para a cotação dos Sintomas

Positivos, é realizado a soma de todas as respostas que foram positivas e, no Índice de Sintomas Positivos é realizada a divisão do somatório de todos os itens pelo Total de Sintomas que foram caracterizados como sendo positivos (Brites, 2014).

Existem três grandes limitações no processo de aplicação do BSI, uma delas diz respeito ao fato do inventário ser um teste apenas de carácter quantitativo, onde, não existem respostas abertas de pesquisa e de investigação qualitativa. Todas as respostas são dimensionadas em uma classificação, ou seja, não dá ao participante a oportunidade de explicar quaisquer pontos referentes a questão solicitada com características de investigação aberta e subjetiva.

Outra limitação do BSI dar-se pelo fato de ele não se fazer um construto para diagnóstico completo, ou seja, são necessários outros atributos para se fechar e trazer hipóteses de um diagnóstico, sendo assim o teste é considerado como sendo complementar na clínica. O inventário traz indicativos e indícios de que o paciente pode vir a apresentar sintomatologia patológica associada, mas não é suficiente para fechar diagnóstico completo, é necessário outro suporte de material (testes psicológicos, inventários, técnicas) para formulação e possibilidade de um posterior diagnóstico.

Por fim, o inventário do BSI pode trazer ao paciente uma perspectiva de possibilidade de manipulação de algumas respostas, ou seja, caso o paciente deseje, por quaisquer motivos que seja, ele poderá tentar burlar algumas questões que são postas para resposta e responder como achar mais conveniente, não tendo concordância com a realidade de vida do paciente.

O BSI apresenta bons níveis no que diz respeito as qualidades psicométricas, representa boa qualidade psicométrica, pois a sua consistência interna apresenta valores do Alpha de Cronbach variando entre os valores de consistência interna 0,74 (dimensão de psicoticismo) e 0,88 (dimensão de depressão) conforme tabela 5 (Monteiro; Tavares & Pereira 2008).

Tabela 5

**Número de itens e consistência interna (alfa de Cronbach) do BSI**

Dimensões	Número de Itens	Alfa de Cronbach
Somatização	7	.80
Obsessões Compulsões	6	.81
Sensibilidade Interpessoal	4	.80
Depressão	6	.88
Ansiedade	6	.82
Hostilidade	5	.79
Ansiedade Fóbica	5	.74
Ideação Paranóide	5	.80
Psicoticismo	5	.74

### 3.1.4.3. - Escala de resiliência Connor-Davidson (CD-RISC)

A Escala de Resiliência Connor-Davidson CD-RISC (Anexo 3) com adaptação portuguesa de Anjos & Ribeiro (2008) e desenvolvida originalmente por Connor e Davidson (2003) é caracterizado como um instrumento de auto relato composto por 25 itens que correspondem a uma escala *Likert* de 5 pontos onde a pontuação 0 corresponde a “Não verdadeira”; pontuação 1 corresponde a “Raramente verdadeira”; pontuação 2 correspondendo a “Às vezes verdadeira”; pontuação 3 correspondendo a “Geralmente verdadeira” e pontuação 4 equivalente a “Quase sempre verdadeira”. É indicado nas informações iniciais que o participante indique até que ponto concorda com as afirmações e de que modo as respectivas se aplicam à sua realidade durante o último mês anterior à data da realização da escala.

O objetivo da escala visa avaliar e quantificar o nível equivalente a resiliência do sujeito, onde o resultado pode variar entre 0 e 100 pontos (total), favorecendo assim que os resultados mais elevados reflitam uma maior resiliência apresentada por parte do sujeito (Connor & Davidson, 2003).

Na análise fatorial realizada pela versão original do inventário encontrara-se cinco fatores de avaliação acerca da resiliência, sendo eles a: (a) competência pessoal, padrões elevados e tenacidade (CPP); (b) confiança nos seus instintos, tolerância a afetos negativos e efeitos fortalecedores do stress (CIT); (c) aceitação positiva da mudança e relações seguras (APM); (d) controlo (em alcançar o próprio objetivo e obter assistência); e (e) influência da espiritualidade (IE) (Connor & Davidson, 2003).

As autoras que elaboraram e desenvolveram a versão em português da escala de resiliência reportam em suas pesquisas que apesar do número ser muito considerável e que seja crescente o desenvolvimento de instrumentos para avaliar a resiliência humana, nenhum ainda tinha sido adaptado à população portuguesa. O fator (d) controlo (em alcançar o próprio objetivo e obter assistência) foi retirado da versão portuguesa. Segundo Anjos & Ribeiro (2008), a Escala de Resiliência Connor-Davidson CD-RISC apresenta grande potencialidade de estudo na prática clínica levando em consideração as suas propriedades psicométricas.

A consistência interna da CD- RISC foi de .945 representando assim bons níveis no que diz respeito as qualidades psicométricas, representa assim boa qualidade psicométrica, pois a sua consistência interna apresenta valores do Alpha de Cronbach variando entre os valores de consistência interna de alfa que variaram entre razoáveis ( $\alpha = .69$ ) e bons ( $\alpha = .80$ ) (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 6

**Consistência interna das dimensões e da escala total CD-RISC**

Dimensões	Número de Itens	Alfa de Cronbach
CPP	9	.70
CIT	9	.70
APM	4	.80
IE	3	.85
Escala total	25	.81

### 3.2. - Resultados

Após a recolha e tabulação dos dados encontrados, os respectivos foram analisados estatisticamente com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics* (SPSS) na versão 25, interpretados e discutidos, conforme os objetivos e hipóteses que foram estipuladas no início desta pesquisa.

É importante que exista no processo da tabulação dos dados encontrados a verificação de se os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos foram cumpridos de forma esperada pelo investigador como parametrizada no início da pesquisa (Marôco, 2011). A partir dos dados apresentados pelo que se recorreu ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S), calculou-se a assimetria e a curtose e ainda se verificou a homogeneidade existente das variâncias nos dados sociodemográficos, na escala BSI e na escala de resiliência CD-RISC. Os resultados são a seguir apresentados nas tabelas 7, 8 e 9.

Tabela 7

#### Testes de normalidade para as variáveis sociodemográficas K-S

Variáveis	K-S			Assimetria		Curtose	
	Estat.	gl	Sig.	Estat.	Erro Padrão	Estat.	Erro Padrão
Idade	.275	27	.000	1.440	.448	1.018	.872
Gênero	.495	27	.000	1.718	.448	1.021	.872
Hab. Lit.	.176	27	.032	-1.023	.448	3.162	.872

Após tabulação de dados e análise dos testes de normalidade, pôde-se constatar com os resultados que nenhuma das variáveis sociodemográficas (idade, gênero e habilidades literárias) da tabela 7 apresentaram uma distribuição normal, atendendo ao teste K-S das variáveis sociodemográficas. Na variável idade a assimetria reportada é de estatística 1.440 com erro padrão de 0.448 e curtose com estatística 1.018 e erro padrão de 0.872, na variável gênero a assimetria reportada é de estatística 1.718 com erro padrão de 0.448 e curtose com estatística 1.021 e erro padrão de 0.872 e na variável habilidades literárias a assimetria reportada é de estatística -1.023 com erro padrão de 0.448 e curtose com estatística 3.162 e erro padrão de 0.872. No entanto essas variáveis não se encontram dentro do intervalo normal esperado da assimetria e curtose, pelo que se assumiu distribuição não paramétrica.

Tabela 8

**Testes de normalidade para as dimensões e escala total CD-RISC**

	K-S		Assimetria		Curtose		
	Estat.	gl	Sig.	Estat.	Erro Padrão	Estat.	Erro Padrão
CPP	.118	50	.079	-.845	.337	-.003	.662
CIT	.140	50	.015	-.865	.337	.024	.662
APM	.114	50	.124	-.454	.337	-.118	.662
IE	.154	50	.005	.300	.337	-1.080	.662
Escala Total da Resiliência	.128	50	.040	-.790	.337	-.132	.662

Tabela 9

**Testes de normalidade para as dimensões e escala BSI**

	K-S		Assimetria		Curtose		
	Estat.	gl	Sig.	Estat.	Erro Padrão	Estat.	Erro Padrão
Somatização	.228	50	.000	1.196	.337	.410	.662
Obsessão/Compulsão	.194	50	.000	.995	.337	.207	.662
Sensibilidade Interpessoal	.270	50	.000	1.123	.337	.052	.662
Depressão	.182	50	.000	.971	.337	-.207	.662
Ansiedade	.205	50	.000	1.408	.337	1.516	.662
Hostilidade	.171	50	.001	1.626	.337	2.500	.662
Ansiedade Fóbica	.293	50	.000	2.096	.337	4.538	.662
Ideação Paranoide	.164	50	.002	.794	.337	-.496	.662
Psicoticismo	.251	50	.000	1.616	.337	2.244	.662

Após a análise dos testes de normalidade do CD-RISC e da escala BSI apresentado nas tabelas 8 e 9, pôde-se constatar que nem todas as variáveis existentes apresentaram distribuição normal, atendendo ao teste K-S. No entanto essas variáveis não se encontram dentro do intervalo normal da assimetria e curtose, pelo que se assumiu distribuição não normal. Desta forma usaram-se testes não paramétricos, a seguir apresentados nas hipóteses que foram desenvolvidas e postuladas no início da pesquisa.

Para testar a hipótese 1, que postula que os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Existem diferenças estatisticamente significativas nos sintomas psicopatológicos entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL e para testar a hipótese 2, que postula que os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Os participantes com PAE-DL apresentaram maiores índices de sintomas psicopatológicos do que adultos sem PAE-DL. Constatou-se assim que existem diferenças significativas entre o grupo com PAE-DL e o grupo sem PAE-DL nos fatores dos sintomas psicopatológicos, onde o fator Somatização obteve dados  $t(48) = 2,488$ ,  $p < 0,016$ . O fator Obsessões-Compulsões obteve dados  $t(35) = 3,353$ ,  $p < 0,002$ . O fator Sensibilidade Interpessoal obteve dados  $t(40) = 2,202$ ,  $p < 0,033$ . O fator Depressão obteve dados  $t(34) = 2,372$ ,  $p <$

0,023. O fator Hostilidade obteve dados  $t(48) = 2,143$ ,  $p < 0,037$ . O Fator Ansiedade Fóbica obteve dados  $t(35) = 2,205$ ,  $p < 0,034$ . O fator Ideação Paranoide obteve dados  $t(40) = 2,631$ ,  $p < 0,012$ . E o fator Psicoticismo obteve dados  $t(32) = 2,556$ ,  $p < 0,015$ . Estes resultados mostraram estatisticamente que os participantes com o diagnóstico de PAE-DL pontuaram significativamente mais alto nos sintomas psicopatológicos (obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo) do que os adultos sem o diagnóstico de PAE-DL. Para ambas as hipóteses 1 e 2 podem-se ser reportadas a tabela de número 10.

Tabela 10

**Comparação das médias em relação aos sintomas psicopatológicos entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL**

	M		DP		T	gl	p
	PAE-DL	~PAE-DL	PAE-DL	~PAE-DL			
S	,826	,370	,724	,570	2,488	48	,016
O.C	1,405	,641	,953	,578	3,353	35,057	,002
S.I	1,065	,500	1,011	,759	2,202	40,326	,033
D	1,188	,598	1,044	,622	2,372	34,631	,023
A	,978	,561	,903	,562	1,917	35,643	,063
H	1,278	,711	1,113	,746	2,143	48	,037
A.F	,608	,200	,775	,470	2,205	35,046	,034
I.P	1,426	,740	1,022	,778	2,631	40,695	,012
P	,869	,325	,909	,499	2,556	32,921	,015

Para testar a hipótese 3, que postula que os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Existem diferenças estatisticamente significativas nas características da resiliência entre o grupo com PAE-DL e o grupo sem PAE-DL. Constatou-se assim diferenças significativas entre o grupo com PAE-DL e o grupo sem PAE-DL no que se refere ao nível de resiliência total, obteve dados  $t(48) = -2,733$ ,  $p < 0,009$ . Para a hipótese 3 pode-se ser reportada a tabela de número 11.

Tabela 11

**Comparação das médias em relação aos índices de resiliência total entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL**

	M		DP		T	gl	p
	PAE-DL	~PAE-DL	PAE-DL	~PAE-DL			
R. T	56.565	70.888	20.632	16.420	-2,733	48	,009

Para testar a hipótese 4, que postula que os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Adultos sem PAE-DL possuem um maior nível de resiliência do que adultos com PAE-DL. Constatou-se assim diferenças significativas entre o grupo com PAE-DL e o grupo sem PAE-DL em todos os

fatores da escala de resiliência, onde o fator competência pessoal, padrões elevados e tenacidade (C.P.P) obteve dados  $t(48) = -2,843$ ,  $p < 0,007$ . O fator confiança nos seus instintos, tolerância a afetos negativos e efeitos fortalecedores do stress (CIT) obteve dados  $t(48) = -2,144$ ,  $p < 0,037$ . O fator aceitação positiva da mudança e relações seguras (APM) obteve dados  $t(48) = -2,122$ ,  $p < 0,039$ . E o fator influência da espiritualidade (IE) obteve dados  $t(48) = -2,503$ ,  $p < 0,016$ . Estes resultados mostraram que os participantes com PAE-DL pontuaram significativamente mais baixo na escala de resiliência do que os adultos sem PAE-DL. Para a hipótese 4 pode-se ser reportada a tabela de número 12.

Tabela 12

**Comparação das médias dos fatores de resiliência entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL**

	M		DP		T	gl	p
	PAE-DL	-PAE-DL	PAE-DL	-PAE-DL			
C.P.P	22,695	28,888	8,657	6,738	-2,843	48	,007
C.I.T	19,086	23,592	8,420	6,422	-2,144	48	,037
A.P.M	9,565	11,481	3,382	3,004	-2,122	48	,039
I.E	5,217	6,925	2,485	2,335	-2,503	48	,016

Para testar a hipótese 5, que postula que os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos relacionados ao número de anos de estudo, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Há uma correlação negativa entre o número de anos de estudo e os sintomas psicopatológicos do grupo sem PAE-DL. A partir do coeficiente de correlação de Kendall observa-se que para o grupo sem PAE-DL não se verifica uma correlação considerada significativa. Entre as variáveis Ano e BSI-TSP (Total de Sintomas Positivos) não se encontrou correlação significativa ( $t = -.404$ ;  $p = .172$ ), entre as variáveis Ano e BSI-ISP (o Índice de Sintomas Positivos) também não se verifica correlação significativa ( $t = -.327$ ;  $p = .260$ ) e entre as variáveis Ano e BSI-ISG (Índice Geral de Sintomas) também não se verifica correlação significativa ( $t = -.523$ ;  $p = .071$ ). Para a hipótese 5 pode-se ser reportada a tabela de número 13.

Tabela 13

**Correlação entre o número de anos de estudo e os sintomas psicopatológicos grupo sem PAE-DL**

			Ano	BSI-TSP	BSI-ISP	BSI-ISG
tau_b de Kendall	Ano	Coeficiente de Correlação	1.000	-.404	-.327	-.523
		Sig.	.	.172	.260	.071

Para testar a hipótese 6, que postula que os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos relacionados ao número de anos de estudo, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Há uma correlação negativa entre o número de anos de estudo e os sintomas psicopatológicos do grupo com PAE-DL. A partir do coeficiente de correlação de Kendall observa-se que para o grupo com PAE-DL também não se verifica uma correlação significativa. Entre as variáveis Ano e BSI-TSP (Total de Sintomas Positivos) não se encontrou correlação significativa ( $t = -.000$ ;  $p = 1.000$ ), entre as variáveis Ano e BSI-ISP (o Índice de Sintomas Positivos) também não se verifica correlação significativa ( $t = .295$ ;  $p = .280$ ) e entre as variáveis Ano e BSI-ISG (Índice Geral de Sintomas) também não se verifica correlação significativa ( $t = .081$ ;  $p = .768$ ). Para a hipótese 6 pode-se ser reportada a tabela de número 14.

Tabela 14

**Correlação entre o número de anos de estudo e os sintomas psicopatológicos do grupo com PAE-DL**

			Ano	BSI-TSP	BSI-ISP	BSI-IGS
tau_b de Kendall	Ano	Coeficiente de Correlação	1.000	.000	.295	.081
		Sig.	.	1.000	.280	.768

Para testar a hipótese 7, que postula que os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Há uma correlação positiva entre o número de anos de estudo e a resiliência do grupo sem PAE-DL. A partir do coeficiente de correlação de Kendall verifica-se que para o grupo sem PAE-DL também não se verifica uma correlação consideravelmente significativa. Entre as variáveis Ano e Resiliência Total não se encontraram correlação significativa ( $t = -.033$ ;  $p = .910$ ). Para a hipótese 7 pode-se ser reportada a tabela de número 15.

Tabela 15

**Correlação entre o número de anos de estudo e os índices de resiliência total no grupo sem PAE-DL**

			Ano	Resiliência - Total
tau_b de Kendall	Ano	Coeficiente de Correlação	1.000	-.033
		Sig.	.	.910
	Resiliência-Total	Coeficiente de Correlação	-.033	1.000

Para testar a hipótese 8, que postula que os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Há uma correlação positiva entre o número de anos de estudo e a resiliência do grupo com PAE-DL. A partir do coeficiente de correlação de Kendall verifica-se que para o grupo com PAE-DL também não se verifica uma correlação significativa importante para os dados que foram obtidos. Entre as variáveis Ano e Resiliência Total não se encontraram correlação significativa considerável para este estudo ( $t = -,027$ ;  $p = .922$ ). Para a hipótese 8 pode-se ser reportada a tabela de número 16.

Tabela 16

**Correlação entre o número de anos de estudo e os índices de resiliência total no grupo com PAE-DL**

			Ano	Resiliência Total
tau_b de Kendall	Ano	Coeficiente de Correlação	1.000	-.027
		Sig.	.	.922

### 3.3. - Discussão dos resultados

A questão central que está associada a este estudo foi a análise de um grupo de pessoas com a condição de PAE-DL, comparando com pessoas sem esta mesma perturbação, em termos no que diz respeito às manifestações dos sintomas psicopatológicos e da construção do processo de resiliência humana. Todos os participantes desta pesquisa/estudo compreendem e possuem conhecimento acerca da sua perturbação, dado que foram identificados pela pergunta sobre a existência desta condição de diagnóstico prévio.

No que toca ao campo dos construtos relacionados aos sintomas psicopatológicos, se postularam algumas hipóteses no intuito de explorar este conceito na amostra com PAE-DL e compará-la ao grupo caracterizado como sendo normativo. Na hipótese 1 (os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Existem diferenças estatisticamente significativas nos sintomas psicopatológicos entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL), constatou-se que a hipótese foi estatisticamente confirmada, onde existem significativas diferenças entre o grupo com PAE-DL e o grupo sem PAE-DL nos fatores dos níveis e/ou manifestações dos sintomas psicopatológicos. O grupo com PAE-DL reporta dados na somatização de 0,826; na obsessões-compulsões 1,405; na sensibilidade interpessoal 1,065; na depressão 1,188; na ansiedade 0,978; na hostilidade 1,278; na ansiedade fóbica 0,608; na ideação paranoide 1,426 e no psicoticismo

0,869. Já os participantes sem a condição de PAE-DL apresentam dados na somatização de 0,370; na obsessões-compulsões 0,641; na sensibilidade interpessoal 0,500; na depressão 0,598; na ansiedade 0,561; na hostilidade 0,711; na ansiedade fóbica 0,200; na ideação paranoide 0,740 e no psicoticismo 0,325. A hipótese 2 foi também estatisticamente confirmada, onde (os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Os participantes com PAE-DL apresentaram maiores índices de sintomas psicopatológicos do que os adultos sem PAE-DL), os dados apontam que além de existirem diferenças significativas na comparação dos grupos os resultados mostraram que os participantes com PAE-DL pontuaram significativamente mais alto nos sintomas psicopatológicos do que os adultos sem PAE-DL. Estudos apontam que adultos que possuem a condição da PAE-DL possuem uma maior predominância e/ou prevalência de desenvolverem sintomas psicopatológicos ao longo do desenvolvimento vida adulta, nomeadamente a depressão, a psicossomatização, os transtornos alimentares, a agressividade, a irritabilidade, as regressões no processo da aprendizagem e o uso abusivo de álcool/droga (Selikowitz, 2001). Existem outras comorbidades concomitantes que podem também estar associadas a PAE-DL, como por exemplo, a perturbação da atenção e/ou o transtorno de défice de hiperatividade, os problemas de ordem fonoaudiológicos, as perturbações específicas do processo da linguagem, a discalculia, as perturbações associadas a coordenação motora e ao processo da psicomotricidade, as perturbações vinculadas ao comportamento, as perturbações e oscilações relacionadas ao processo do humor, as perturbação de oposição e/ou desafiadora, dificuldade no estabelecimento e/ou cumprimento de regras, uma baixa autoestima e um baixo autoconceito, são algumas das manifestações que podem se fazer presentes (Teles, 2004). O desenvolvimento dos sintomas apresentados vai depender de alguns fatores, por exemplo, os estímulos precoces que são apresentados na primeira infância, o suporte social, o suporte familiar, dentre outros aspectos.

No que toca ao campo dos construtos relacionados a resiliência, se postularam também algumas hipóteses no intuito de explorar este conceito na amostra com PAE-DL e compará-la ao grupo caracterizado como sendo normativo. A hipótese 3 (os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Existem diferenças estatisticamente significativas nas características da resiliência entre o grupo com PAE-DL e o grupo sem PAE-DL) foi estatisticamente confirmada pois constatou-se diferenças significativas entre o grupo com PAE-DL e o grupo sem PAE-DL no que se refere ao nível de resiliência total, onde, pacientes sem a condição PAE-DL pontuaram maior no quesito resiliência (adultos com PAE-DL 56,565 e adultos sem PAE-DL 70,888). Sujeitos que possuem características positivas relacionadas a resiliência possuem grandes capacidades de desenvolver menores sintomas psicopatológicos, visto que, o conceito de resiliência está associado as várias vertentes da capacidade humana de se desenvolver, se fortalecer e se transformar com as diversidades e experiências que são apresentadas ao longo da vida (Grotberg, 2003). Estudos apontam que o conhecimento que pode ser adquirido pelo sujeito a partir da resiliência pode impactar positivamente no processo de compreensão da expressão ou

mesmo no agravamento da sintomatologia psicopatológica posteriormente apresentada, sendo assim postula-se que podem existir alterações nesses dados ao longo da vida do sujeito a partir das estimulações subjetivas acerca do processo de desenvolvimento da resiliência (Silva 2016).

A hipótese 4 (os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Adultos sem PAE-DL possuem um maior nível de resiliência do que adultos com PAE-DL) foi estatisticamente confirmada após tabulação dos dados pois foi constatado que existem diferenças significativas entre o grupo com PAE-DL e o grupo sem PAE-DL em ambos os fatores da escala de resiliência. Onde, o fator competência pessoal, padrões elevados e tenacidade (C.P.P) sujeitos com PAE-DL obtiveram dados 22,695 e sujeitos sem PAE-DL obtiveram dados 28,888. O fator confiança nos seus instintos, tolerância a afetos negativos e efeitos fortalecedores do stress (CIT) sujeitos com PAE-DL obtiveram dados 19,086 e sujeitos sem PAE-DL obtiveram dados 23,592. O fator aceitação positiva da mudança e relações seguras (APM) sujeitos com PAE-DL obtiveram dados 9,565 e sujeitos sem PAE-DL obtiveram dados 11,481. E o fator influência da espiritualidade (IE) sujeitos com PAE-DL obtiveram dados 5,217 e sujeitos sem PAE-DL obtiveram dados 6,925. Estes resultados mostraram que os participantes com PAE-DL pontuaram significativamente mais baixo na escala de resiliência do que os adultos sem a PAE-DL. Sendo assim, formula-se que sujeitos que possuem características positivas relacionadas ao processo de construção da resiliência possuem menores índices e/ou probabilidades de desenvolverem sintomas psicopatológicos ao longo da vida. Estudos apontam que a resiliência pode ser modificada ou readaptada pelo sujeito e pelo meio a partir de posteriores aprendizagem e/ou estimulações. A resiliência humana passa a ser contextualizada como um processo que estar em constante movimento e mudança, que pode ser remoldado, modificado, estimulado e apreendido a partir da interação com o meio e ao longo do desenvolvimento humano (Bonanno & Burton, 2013). Sendo assim, sujeitos que apresentam a PAE-DL podem ter índices mais baixos relacionados ao processo de resiliência, no entanto, essa vivência pode ser modificada ao longo da construção subjetiva (personalidade) do sujeito. É importante compreender e perceber que o processo de experiência dentro do circuito escolar infantil pode ter grandes repercussões tanto em esferas positivas como também em esferas negativas para o indivíduo na vida adulta com PAE-DL, que poderá continuar ou não com suas posteriores dificuldades adjacentes. A vivências dessas experiências podem ter um manejo de facilitação e estimulação de estratégias de coping por parte de todo o circuito e suporte social, emocional e instrumental do sujeito (amigos, familiares, pais e professores) que repercutirá assim no processo de construção de resiliência (Singer, 2007).

No que toca ao campo dos construtos relacionados ao impacto dos anos de estudo relacionados aos sintomas psicopatológicos e a resiliência, se postularam também algumas hipóteses no intuito de explorar este conceito na amostra de participantes com e sem PAE-DL. Nos dados apresentados pela hipótese 5 (os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos relacionados ao número de anos de estudo, demonstrados de forma significativa

em tratamento estatístico. Há uma correlação negativa entre o número de anos de estudo e os sintomas psicopatológicos do grupo sem PAE-DL) e a hipótese 6 (os sujeitos com PAE-DL apresentam maiores sintomas psicopatológicos relacionados ao número de anos de estudo, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Há uma correlação negativa entre o número de anos de estudo e os sintomas psicopatológicos do grupo com PAE-DL) ambas as hipóteses foram rejeitadas pelos dados estatísticos apresentados no estudo. Onde, na hipótese 5 as variáveis Ano e BSI-TSP (Total de Sintomas Positivos) não se encontrou correlação significativa ( $t = -.404$ ;  $p = .172$ ), entre as variáveis Ano e BSI-ISP (o Índice de Sintomas Positivos) também não se verifica correlação significativa ( $t = -.327$ ;  $p = .260$ ) e entre as variáveis Ano e BSI-ISG (Índice Geral de Sintomas) também não se verifica correlação significativa ( $t = -.523$ ;  $p = .071$ ). E na hipótese 6 as variáveis Ano e BSI-TSP (Total de Sintomas Positivos) também não se encontrou correlação significativa ( $t = -.000$ ;  $p = 1.000$ ), entre as variáveis Ano e BSI-ISP (o Índice de Sintomas Positivos) também não se verifica correlação significativa ( $t = .295$ ;  $p = .280$ ) e entre as variáveis Ano e BSI-ISG (Índice Geral de Sintomas) também não se verifica correlação significativa ( $t = .081$ ;  $p = .768$ ) para o estudo. Com relação às hipóteses rejeitadas 5 e 6 relativas à correlação entre número de anos de estudo e o processo de desenvolvimento dos sintomas psicopatológicos do sujeito, sob uma ótica mais exploratória da literatura, dada a escassez de fontes científicas nesta temática, pode ser explicada pelo fato de estes adultos já terem desenvolvido potencialidades relacionadas a resiliência que facilitará na diminuição dos índices relacionados aos sintomas psicopatológicos, sem impactar assim a quantidade de anos de estudo que é apresentada pelo sujeito (Castanho, 2017). O relatório de estratégias desenvolvidas pode ser um bastante favorável ao longo do desenvolvimento da vida, inclusive quando se deparam com um posterior ambiente universitário. Sendo assim, os anos de estudo que são apresentados pelo sujeito não demarca um percussor de influência ou determinação negativa no desenvolvimento e/ou manutenção dos sintomas psicopatológicos que podem ser apresentados ao longo da vida em sujeitos com e sem a condição de PAE-DL.

Na hipótese 7 (os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Há uma correlação positiva entre o número de anos de estudo e a resiliência do grupo sem PAE-DL) a hipótese apresentada foi rejeitada pelos dados estatísticos, a partir do coeficiente de correlação de Kendall verifica-se que para o grupo sem PAE-DL não se verifica uma correlação consideravelmente significativa entre as variáveis Ano e Resiliência Total ( $t = -.033$ ;  $p = .910$ ). Igualmente a hipótese 8 (os sujeitos com PAE-DL apresentam menores índices de resiliência, demonstrados de forma significativa em tratamento estatístico. Há uma correlação positiva entre o número de anos de estudo e a resiliência do grupo com PAE-DL) os dados também foram negativos com relação a hipótese postulada. A partir do coeficiente de correlação de Kendall verifica-se que para o grupo com PAE-DL não se verifica uma correlação significativa importante para a obtenção dos dados. Entre as variáveis Ano e Resiliência Total não se encontraram correlação significativa considerável ( $t = -.027$ ;  $p = .922$ ). Ambas as hipóteses 7 e 8 foram também igualmente rejeitadas pelos dados estatísticos, sendo assim os dados postulam que não há uma correlação positiva

entre o número de anos de estudo e a resiliência do grupo considerado com e sem a condição PAE-DL.

O que é contraditório da literatura da PAE-DL em adultos é exatamente a relação direta que a pessoa que possui este tipo de perturbação e/ou condição manifesta persistentes dificuldades e sintomas psicopatológicos no processo da aprendizagem e decodificação da leitura (Shaywitz, 1996). No entanto, podem ter muitas capacidades, serem inteligentes, desenvolverem habilidades contínuas, terem índices favoráveis de resiliência e menores índices de psicopatologia sem ter influência direta no número de anos de estudo praticado pelo sujeito na vida escolar e acadêmica. Podem também existir impactos favoráveis o fato de sujeitos com PAE-DL terem de aprender com métodos/estratégias convencionais no desenvolvimento da infância, adolescência e posterior vida adulta, permitiu-lhes assim estimular o processo da criatividade e desenvolver habilidades efetivas para lidar com os seus problemas/dificuldades apresentadas pela condição da PAE-DL (Alves de Abreu, 2012).

Esses resultados que foram rejeitados estatisticamente nas hipóteses 5, 6, 7 e 8 podem ser explicado, por exemplo, pelo fato de estes indivíduos manifestarem em quaisquer faixas de desenvolvimento intensos interesses em determinadas temáticas e/ou assuntos ao longo de suas vidas, o que os levam conseqüentemente a lerem muito conteúdo acerca do mesmo, prevenido assim em posteriores evitamentos acerca da leitura das palavras, superando assim dificuldades e realizando o processo da leitura sem quaisquer défices aparentes, independente dos anos de estudo que serão apresentados pelo sujeito ao longo de suas vidas (Alves de Abreu, 2012). Para dos dados estatísticos de hipóteses que foram amplamente rejeitadas, a literatura reporta que possivelmente foram sujeitos que obtiveram ao longo de suas vidas uma rede favorável de suporte e base familiar/social. O fato de os sujeitos portadores da condição da PAE-DL conseguirem ter *insight* sobre o que é a PAE-DL e a compreensão de suas respectivas manifestações intelectuais é um marco importantíssimo no percurso de sujeitos que apresentam esta condição, permitindo assim um melhor desenvolvimento maturacional acerca da auto-compreensão e da auto-estima ao longo da vida adulta (e.g., Wilson & Savery, 2013; Firth, Greaves & Frydenberg, 2010)

Sendo assim, após a coleta dos dados, fica evidenciado que o grupo da amostra com a condição PAE-DL possui elevadas habilitações literárias, a grande maioria dos participantes frequentam o ensino superior, e os de maior idade igualmente detém empregos que requerem curso superior para sua execução, demarcando assim uma igualdade entre este grupo e o grupo caracterizado como sendo normativo. Onde, os sintomas psicopatológicos e o processo de desenvolvimento da resiliência possuem diferenças estatisticamente consideráveis no que diz respeito ao grupo com PAE-DL comparando ao grupo sem PAE-DL. Corroborados níveis estatisticamente mais baixos de resiliência e níveis mais altos de sintomas psicopatológicos em sujeitos com PAE-DL. Já no que diz respeito aos níveis de resiliência e sintomas psicopatológicos comparando com os anos de estudos praticados pelo sujeito, os resultados apontam que não há

uma correlação positiva entre o número de anos de estudo, resiliência e sintomas psicopatológicos do grupo com e sem a condição PAE-DL.

No que diz respeito ao processo de desenvolvimento da resiliência, os resultados predispostos vão em concordância com o encontrado na literatura com resultados semelhantes aos obtidos nesta pesquisa, como por exemplo, os estudos de Ghisi e colaboradores (2016) reconhece que, também se demonstra a existência de sujeitos com PAE-DL com menores níveis existentes de resiliência quando comparados a grupos de controle que não possuem o diagnóstico de PAE-DL. Sobre os sintomas psicopatológicos de sujeitos com PAE-DL, os fatores vinculados ao surgimento dos sintomas podem ser bastante complexos, como por exemplo, é comum a literatura reportar o surgimento de perturbações relacionadas a atenção, ao aprendizado e/ou o transtorno de déficit de hiperatividade, perturbações vinculadas ao comportamento, perturbações e oscilações relacionadas ao humor, perturbação de oposição, dificuldades no estabelecimento e cumprimento de regras e normas, uma baixa autoestima e um baixo autoconceito (Teles, 2004). No entanto, não é fator determinante que algumas comorbidades psicopatológicas estejam associadas diretamente ao desenvolvimento da PAE-DL. Se o sujeito obtiver favoráveis características voltadas ao desenvolvimento contínuo da resiliência poderá conseqüentemente vir a apresentar com menor intensidade as condições de sintomas psicopatológicos posterior.

Os escassos dados literários sobre adultos com PAE-DL apontam que existe considerável heterogeneidade dos sintomas revelados pelas pessoas com PAE-DL, no entanto, é de grande importância que não seja creditável se embasar em apenas uma única teoria, mas várias, para explicar a etiologia e as respectivas demandas que envolvem o processo do diagnóstico em si. Contudo, ainda serão necessários mais estudos científicos e estatísticos com o intuito de descobrir ou reforçar os indícios já conhecidos sobre a temática em questão, permitindo aprofundar mais os conhecimentos já pré-existentes na literatura contemporânea.

### **3.4. - Limitações**

Todas as investigações apresentam limitações que são desenvolvidas ao longo do seu percurso. Na presente investigação sobre Sintomas psicopatológicos e a Resiliência em adultos com perturbação da aprendizagem específica com déficit da leitura (PAE-DL) foram observadas algumas limitações que são necessárias seus respectivos registros para melhor compreensão.

Uma das limitações presentes foi que não foi possível perceber-se e/ou observar se os adultos que apontaram nas pesquisas que possuíam o diagnóstico de PAE-DL tiveram ou não, ao longo de suas vidas, suporte social, intervenções e estimulações direcionadas ao processo de desenvolvimento da leitura e da escrita, visto que, estes tipos de intervenções pode trazer benefícios no que diz respeito ao desenvolvimento da resiliência e aos baixos níveis de sintomas psicopatológicos apresentados pelo sujeito.

Não foi possível avaliar-se também o papel e/ou impactos do apoio familiar no sujeito com diagnóstico de PAE-DL no processo de adaptação a escola, mais precisamente no percurso da infância, e de que forma isso contribuiu para que os sintomas psicopatológicos fossem emergidos na vida adulta do sujeito. Levando também em consideração que a literatura é escassa para os estudos de PAE-DL em sujeitos adultos.

A literatura reporta a importância do diagnóstico precoce do sujeito portador da PAE-DL, sendo assim, quanto mais precoce for as respectivas intervenções, maiores são as possibilidades de a criança com PAE-DL desenvolver de uma forma saudável o processo de resiliência e uma posterior diminuição dos sintomas psicopatológicos na vida adulta. Neste sentido, o estudo não avaliou com precisão a altura em que foram realizados os diagnósticos e as possíveis influências dos mesmos para os resultados registados ao nível dos sintomas psicopatológicos e da resiliência humana.

Outra importante limitação diz respeito a escolha aleatória da amostra. O presente estudo foi realizado com sujeitos entre os 18 e os 64 anos de idade, de profissões distintas, sendo que, a maior parte dos estudos, é apenas direcionado a categoria de crianças ou estudantes no âmbito universitário, estando os mesmos expostos a tarefas que põem à prova a leitura e a escrita no processo da rotina dos sujeitos.

Outro ponto importante é o tamanho de concretização da amostra, o que coloca alguns entraves ao nível da generalização dos resultados à representatividade da população total. O fato de o estudo ser transversal e com apenas um único momento de avaliação dos participantes não permite uma análise qualitativa mais precisa referente ao processo de ajustamento dos participantes com diagnóstico de PAE-DL em tarefas relacionadas ao processo da leitura, e de que forma isso se repercute no desenvolvimento da resiliência e nos posteriores surgimentos dos sintomas psicopatológicos.

### **3.5. - Conclusão**

A presente investigação tinha como objetivo principal avaliar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre adultos com e sem PAE-DL ao nível da resiliência e dos sintomas psicopatológicos. Pretendia-se também igualmente analisar os aspectos que estão relacionados a influência do tempo de duração de estudo nos mesmos grupos de participantes com e sem a condição da perturbação PAE-DL.

De uma forma global pode-se retirar deste estudo que o grupo com PAE-DL, comparando ao grupo sem PAE-DL demonstra que existem estatisticamente significativas diferenças nos fatores dos índices de sintomas psicopatológicos (sujeitos com PAE-DL pontuaram mais altos) e da resiliência (sujeitos com PAE-DL pontuaram mais baixo), nos fatores relacionados aos anos de estudo não se aplicam índices relevantes de diferenças estatísticas consideráveis referentes a resiliência e aos sintomas psicopatológicos (sujeitos com e sem PAE-DL estatisticamente

semelhantes). Fica comprovadamente evidente que existem diferenças menos favoráveis quando nos reportamos a sujeitos que possuem diagnósticos de PAE-DL. No entanto, as diferenças estatísticas entre os dois grupos são baixas, o que pressupõe que os resultados devem ser integrados num contexto e situação específica, podendo assim ser alterada em um outro grupo controle específico.

A literatura e os estudos apontam que reportórios de estimulações precoce permitem que os sujeitos com PAE-DL desenvolvam habilidades favorecedoras da superação de dificuldades relacionadas ao processo da leitura, o que impactaria tanto na elevação da resiliência do sujeito como também na baixa dos índices acerca do desenvolvimento dos sintomas psicopatológicos. O facto de se ter identificado algumas diferenças entre os dois grupos, não se permite afirmar que o grupo com a perturbação da PAE-DL não consegue obter sucesso na sua vida académica e laboral. Todos esses fatores vão depender de todos os estímulos e suporte social que foi reverberado ao longo do desenvolvimento da vida do sujeito (infância, adolescência e vida adulta). Sendo assim, a partir dos dados estatísticos, o diagnóstico de PAE-DL não seria fator determinante para baixos índices de desenvolvimento da resiliência e a altos índices de sintomas psicopatológicos.

Os resultados registados ao nível da resiliência e dos sintomas psicopatológicos podem também ter por embasamento alguns aspectos, como a altura e/ou tempo do diagnóstico de PAE-DL, as práticas que foram empregues no início do desenvolvimento escolar, o suporte familiar, as dificuldades que os sujeitos com diagnósticos na fase adulta foram tendo durante o percurso de vida e as posteriores estratégias para superar as dificuldades apresentadas.

Fica evidenciada a importância que existe de os sujeitos com diagnóstico reconhecerem as suas dificuldades e/ou limitações que, por sua vez, podem constituir-se um complemento às características enquanto à resiliência, contribuindo assim para o fortalecimento do bem-estar psíquico e aumento das igualdades acerca do acesso ao ensino superior.

Muitos estudos se referem à PAE-DL como um problema que acarreta um impacto globalmente negativo na vida destes indivíduos ao longo da vida, no entanto, reconheceu-se que sujeitos com diagnóstico de PAE-DL apresentam algumas dificuldades no que diz respeito ao desenvolvimento da resiliência e aos sintomas psicopatológicos, mas se mostram capazes com relação a inserção no contexto académico e profissional na vida adulta.

Estudos futuros nesse direcionamento deveriam avaliar e analisar o momento do diagnóstico de PAE-DL e quais as intervenções que foram referidas com relação ao apoio familiar e escolar. Seria necessário que no questionário sociodemográfico existisse uma pergunta acerca de há quantos anos o sujeito têm o diagnóstico de PAE-DL, de modo a poder-se identificar, ou não, repercussões nas atenuações dos efeitos negativos e/ou dificuldades apresentadas pela perturbação no desenvolvimento da vida do sujeito.

## Bibliografia

- Abreu, S. I. A. (2012). *Dislexia - Aprender e Aprender*. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, 29-31.
- ABD, Associação Brasileira de Dislexia. (2008). *Sintomas da Dislexia*. Disponível em: <http://www.dislexia.org.br/>. Acesso em 08 de outubro de 2017.
- Almeida, M. S. (2014). *Conceitos de Dislexia*. ED. Artes Médicas - SP, 2-6.
- Alves de Abreu, S. I. (2012). *Dislexia - Aprender a aprender*. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- APA. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1st ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-II (2nd ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III (3rd ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (4th ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR (4th ed. Text Revision)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & Miles, S. R. (2014). *The cycle of classification DSM-I through DSM-5*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 25-51. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). *Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation*. *Perspectives on Psychological Science*, 8 (6), 591-612. doi:10.1177/1745691613504116.
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). *A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens*. Paidéia. Obtido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305423783014>. Acesso em 24 de outubro de 2017.
- Brites, M. P. L. (2014). *A Personalidade e os Sintomas Psicopatológicos numa Amostra de Estudantes de Psicologia*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 15-26.
- Canavarro, M. C. (2008). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida

- (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Capellini S. A. Padula N. A. Santos L. C. Lourenceti M. D. Carrenho E. H. Ribeiro L. A. (2007). *Desempenho em consciência fonológica, memória operacional, leitura e escrita na dislexia familiar*. Pró-Fono Rev Atual Cient. 2007;19(4):370-381.
- Castanho, L. C. S. (2017). *O coping e a resiliência no adulto com PAE-DL Um estudo numa amostra portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Coelho, D. T. (2013). *Dificuldades de aprendizagem específicas: Dislexia, disgrafia, disortografia e discalculia*. Porto: Areal Editores.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18 (2), 76-82. doi:10.1002/da.10113.
- Conboy, J., & Carvalho, C. (2013). Desenvolvimento Cognitivo e da Linguagem. Em F. H. Veiga, *Psicologia da Educação* (pp. 67-92). Lisboa: Climepsi Editores.
- Cortiella, C., & Horowitz, S. H. (2014). *The State of Learning Disabilities: Facts, Trends and Emerging Issues (4 eds.)*. New York: National Center for Learning Disabilities, Inc, 7-12.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lisboa: LIDEL - Edições técnicas, Lda, 35-37.
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. - 2. ed. -Dados eletrônicos. - Porto Alegre: Artmed, 27-36.
- Eusébio, A. A. N. (2017). *A Adaptação Global dos Adultos com Perturbação Específica da Aprendizagem - Leitura*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 18-22.
- Firth, N., Greaves, D., & Frydenberg, E. (2010). *Coping styles and strategies: a comparison of adolescent student with and without learning disabilities*. *Journal of Learning Disabilities*, 43(1), 77-85. doi:10.1177/0022219409345010.
- Ghisi, M., Bottesi, G., Re, A. M., Cerea, S., & Mammarella, I. C. (2016). *Socioemotional features and resilience in italian university students with and without dyslexia*. *Frontiers in Psychology*, 7 (478), 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2016.00478.
- Grotberg, E. H. (2003). *Nuevas tendencias en resiliencia*. In: Melillo, A; Ojeda, E. N. S. (Comp.). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós, 23-29.
- Guimarães, S. R. (2004). *Dislexias adquiridas como referência para a análise das dificuldades de aprendizagem da leitura*. *Educar*, 23.
- Infante, F. (2003). *La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente*. In: Melillo, A; Ojeda, E. N. S. (Comp.). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós, 35-41.
- Krug, F. S. (2015) *A importância da leitura na formação do leitor*. Revista de Educação do IDEAU - Vol. 10 - Nº 22 - Julho - Dezembro 2015 - Erechim/RS.

- Lettnin, C.; Zacharias, J.; Mendes, A. R. (2014). *Resiliência e Educação: Aportes Teórico-Práticos para a Docência*. Revista Contrapontos - Eletrônica, Vol. 14 - n. 2 - Porto Alegre.
- López-Escribano, C. (2007). Contribuciones de la neurociência al diagnóstico y tratamiento educativo de la dislexia del desarrollo. *Revista de Neurología*, 44(3), 173-180.
- Lyon, G., Shaywitz, S., & Shaywitz, B. (2003). *A definition of dyslexia*. *Annals of Dyslexia*, 53, 1-14.
- Luca, M. I. O. (2009). *Dislexia e atenção*. São Bernardo do Campo - São Paulo - UESP, Brasil, 14-15.
- Lúria, A. (1976). *El cérebro em Acción*. Barcelona: Fontanella.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com utilização do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Report Number.
- Mascheretti, S., de Luca, A., Trezzi, V., Perruzo, D., Nordio, A., Marino, C., & Arrigoni, F. (2017). *Neurogenetics of developmental dyslexia: from genes to behavior through brain neuroimaging and cognitive and sensorial mechanisms*. *Translational Psychiatry*, 7(987), 1-15. doi:10.1038/tp.2016.240
- Massi, G., Santana, A. (2011). *A desconstrução do conceito de dislexia: conflito entre verdades*. Ribeirão Preto - São Paulo - USP, Brasil, 4-6.
- Monteiro, S., Tavares, J., Pereira, A. (2008). *Optimismo disposicional, sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico em estudantes do primeiro ano do ensino superior*. Universidade de Aveiro - Estudos de Psicologia 2008, 13(1), 24-25.
- Moojen, S. M. P.; Bassôa, A.; Gonçalves, H. (2016) *Características da dislexia de desenvolvimento e sua manifestação na idade adulta*. Rev. Psicopedagogia 33(100): 50-9. Petrópolis - Porto Alegre.
- Murray Thomas, R. (1993). *Comparing theories of child development*. 3. ed. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Nogueira, M. Z., & Beserra, T. M. (2017). *Dislexia: Leitura e Escrita numa Perspectiva Bibliográfica*. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 10 (33), 153-165.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, M. B. (2010). *Dislexia: Um jeito diferente de aprender*. Universidade Vale do Acaraú - UVA, Brasil 5-7.
- Rozemberg, L., Avanci, J., Schenker, M., & Pires, T. (2014). *Resiliência, gênero e família na adolescência*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (3), 670-681. doi:10.1590/1413-81232014193.21902013

- Saraiva, J. P., Rêgo, C., Nunes, M. G., & Ferreira, S. (2012). Dislexia: Teorias explicativas. // *Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos*, 591-602. Braga.
- Santos, B. A. T. (2017). *Ansiedade e Autoconceito na Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura (PAE-DL)*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 50-59.
- Selikowitz, M. *Dislexia e outras dificuldades de aprendizagem*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
- Schirmer, C. R., Fontura, D. R., & Nunes, M. L. (2004). *Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem*. *Jornal de Pediatria*, 80 (20), 90-98. doi:0021-7557/04/80-02-Suppl/S95
- Shaywitz S. (2006). *Entendendo a dislexia, um novo e completo programa para todos os níveis de problemas de leitura*. Artmed: Porto Alegre, Brasil, 32-37.
- Shaywitz, S. E. (1996). *Dyslexia: A new model of this reading disorder emphasizes defects in the language-processing rather than the visual system. It explains why some very smart people have trouble learning to read*. *Scientific American*, 275 (5), 91 - 106.
- Silva, C., Garcia R. & Inácio R. (2009) *Introdução, Hipótese e Justificativa*. São Paulo, Brasil, 6-7.
- Silva, S. (2016). O grau de resiliência e a expressão dos sintomas psicopatológicos. *Secção de Psicologia Clínica e da Saúde*, Lisboa, 9-12.
- Singer, E. (2007). *Coping with academic failure, a study of Dutch children with dyslexia*. *Dyslexia*, 14 (4), 314-333. doi:10.1002/dys.352
- Sternberg, R. J., & Sternberg, K. (2012). *Cognitive Psychology* (6ed.). USA: Wadsworth Cengage Learning.
- Teles, P. (2004). *Dislexia: Como identificar? Como intervir?* In: *Revista Portuguesa de Clínica Geral - Lisboa*, 7-19.
- Torres, R. M., & Fernández, P. F. (2001). *Dislexia, disortografia e disgrafia*. Amadora: McGraw-Hill, 127-129.
- Tunmer, W., & Greaney, K. (2010). *Defining Dyslexia*. *Journal of Learning Disabilities*, 43(3), 229-243.
- Vinhas, R. S. A. (2008). *A Expressão da Ansiedade e da Depressão em Pacientes com VIH/SIDA*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 66-68.
- Vygotsky, L.S. (1989) *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes. Edição eletrônica: EdRidendo Castigat More.
- Wilson, C. F., & Savery, N. (2013). *Stories of resilience: Learning from adult students'experiences of studying with dyslexia in tertiary education*. *Journal of Adult Learning*, 40 (1), 110-123. Obtido de <http://hdl.handle.net/10652/2595>

- Willcutt, E., & Pennington, B. (2000). *Psychiatric comorbidity in children and adolescents with Reading disability. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(8), 1039-1048.
- Zikl, P., Bartošová, I. K., Víšková, K. J., Havlíčková, K., Kučírková, A., Navrátilová, J., & Zetková, B. (2015). The possibilities of ICT use for compensation of difficulties with reading in pupils with dyslexia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 915 - 922.