



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

O coping e a resiliência no adulto com PAE-DL Um estudo numa amostra portuguesa

Lina Cecília da Silva Castanho

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Paulo Rodrigues
Co-orientadores: Prof.^a Doutora Fátima Simões; Prof. Doutor Luís Maia

Covilhã, junho de 2017

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha querida e sempre amada mãe, que partiu no 5.º dia do meu percurso no 2.º Ciclo de Estudos, e cujo último desejo foi que eu não desistisse. A quem devo quem sou hoje; a quem fico eternamente grata por me ter proporcionado esta realização e quem sempre levo comigo!

Agradecimentos

Este percurso foi a concretização de um grande sonho, conseguido com a inspiração e apoio de várias pessoas. Por isto, agradeço vigorosamente:

À minha mãe, quem sempre levo comigo.

À minha irmã, que todos os dias esteve tão perto, embora tão longe. Quem me apoiou nos melhores momentos e nos momentos mais difíceis. E ao meu pai que, com ela, sempre ansiava ver-me voltar a casa.

Ao Professor Doutor Paulo Rodrigues, o orientador deste trabalho, quem sempre se mostrou disponível a responder às minhas questões. Obrigada pelo profissionalismo, compreensão, atenciosidade, motivação e empenho.

Aos meus colegas do grupo de investigação, pela entreaajuda na recolha da amostra para este estudo, e pela partilha de conhecimentos.

Aos coorientadores, professora doutora Fátima Simões e Professor Doutor Luís Maia.

Aos familiares e amigos de quem nutro um carinho especial, e que contribuíram de formas diversas para este meu objetivo.

Obrigada!

Prefácio

A leitura é uma habilidade cognitiva exclusiva do ser humano, considerada fundamental para viver na sociedade moderna. Para se considerar um leitor de sucesso, dever-se-á saber integrar um vasto circuito de áreas cerebrais com rapidez e precisão. Este “circuito de leitura” integra o sistema neuronal que, por sua vez, suporta a linguagem, a memória de trabalho, os processos visuais e ortográficos, a atenção, as funções motoras e compreensão, bem como a cognição de nível superior (Mascheretti e colaboradores, 2017). Contudo, cerca de 5-10% da população tem grande dificuldade em (aprender a) ler, devido à dislexia, que se insere no grupo das perturbações de aprendizagem (Benfatto e colaboradores, 2016). A nomenclatura “dislexia” tem mudado ao longo do tempo e, atualmente, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais designa-se por Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura (APA, 2014). Optou-se por utilizar esta nomenclatura ao longo do texto, exceto na secção em que se apresenta os diversos tipos desta perturbação.

Nos últimos anos tem vindo a ser desenvolvida uma linha de investigação em psicologia que estuda os problemas de aprendizagem ao longo da vida, não se limitando à faixa etária infantil, uma vez que esta perturbação assume uma característica de cronicidade. Assim sendo, estes indivíduos podem ter dificuldades, não só na leitura e escrita, mas também a nível académico, profissional, socio-emocional, adaptativo, mostrando um baixo sentido de autoeficácia académica, perda de motivação e esperança para lidar com tarefas que incluam a leitura/escrita (García, 2016; Reynolds & Caravolas, 2016; Burns, Poikkeus & Aro, 2013), isolamento e perturbações psicológicas (Ghisi, Bottesi, Re, Cerea, & Mammarella, 2016).

Por outro lado, apesar destas sérias dificuldades, podem conseguir superá-las e terminar a sua educação académica e atingir um futuro de sucesso. Portanto, fala-se, em alguns estudos, em resiliência e subjacentes estratégias de coping como fatores de proteção favoráveis para lidar com estas dificuldades (Burns e colaboradores, 2013; Alves de Abreu, 2012). O coping visa a implementação de estratégias cognitivas e comportamentais para gerir as situações adversas/stressantes e, quando se obtém sucesso, constitui um fator estabilizador que permite facilitar o ajustamento individual/adaptação perante os stressores (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), contribuindo para a construção de uma personalidade resiliente. A resiliência é um construto complexo de natureza multidimensional e está ligada à habilidade de superar e recuperar de dificuldades/adversidades (Zhang, Zhang, Cheng, Huang, & Li, 2017).

É deveras importante estudar a forma como a população com esta perturbação lida com mesma, concretamente por meio dos estilos de coping, e entender as características da sua personalidade, no intuito de identificar quais as que se associam a um maior nível de resiliência (Ghisi e colaboradores, 2016). Assim, estudar a resiliência e subjacentes estilos de coping como fatores de proteção da saúde mental é de fulcral interesse à área da Psicologia Clínica e da Saúde, dada a prevalência deste problema, atualmente, que atinge os 4% na população adulta e é o mais prevalente de entre as perturbações de aprendizagem. Acresce que a o coping e

resiliência mostram ser fatores importantes para um bom ajustamento psicossocial/adaptação individual (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Além disso, a escassez literatura acerca desta perturbação na idade adulta, especificamente em Portugal, é um fator adicional à pertinência do presente estudo (Cortiella & Horowitz, 2014; APA, 2014).

Assim sendo, neste estudo começa-se por apresentar, no primeiro capítulo, uma visão integral deste problema, enquadrado no grupo das perturbações da aprendizagem, os avanços na investigação científica nesta área, dada a evolução da ciência que permite a investigação cada vez mais precisa do cérebro de indivíduos com esta perturbação. Uma vez detetada uma diversidade de definições e a ausência de uma universal e unânime, apresenta-se algumas delas com intuito de prover uma visão holística do conceito. Distingue-se os tipos, adquirida e desenvolvimental, e subtipos; e faz-se uma descrição à etiologia, também um tanto ambígua, reportando causas cognitivas, neurobiológicas, sociais e ambientais. Posteriormente, no segundo capítulo, são descritas as variáveis dependentes - (1) o coping e a (2) resiliência - e quais as suas ligações à perturbação em questão. O último capítulo é destinado às análises estatísticas, apresentação e discussão dos resultados e a uma conclusão do estudo.

Covilhã, 23 de junho de 2017
Lina Cecília da Silva Castanho

Resumo

A Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura afeta entre 5 a 10% da população. O DSM-5 já reflete a ideia desta perturbação não se limitar ao contexto escolar, perpetuando-se ao longo da vida. Estudos mostraram que indivíduos com esta perturbação conseguem ter uma vida de sucesso, gerindo as dificuldades com estratégias de coping adaptativas e apresentando níveis de resiliência similares a indivíduos normativos. Neste estudo avaliou-se potenciais diferenças nos estilos de coping e na resiliência entre o grupo com PAEDL (N=25) e o normativo (N=30). Os participantes com a perturbação pontuaram significativamente mais baixo nos estilos *Coping ativo* e *Utilizar suporte social emocional* e mais alto em *Desinvestimento comportamental*. Não se verificaram diferenças entre os dois grupos no número de estilos de coping implementados. No que respeita à classificação de estilos de coping adaptativos e desadaptativos, também não se verificaram diferenças significativas. Quanto à resiliência, os grupos pontuaram similarmente. Ainda se identificou uma correlação positiva significativa entre estilos de coping adaptativos e o nível de resiliência nos dois grupos, bem como uma correlação negativa entre estilos de coping desadaptativos e resiliência no grupo sem PAE-DL. Discute-se potenciais motivos destes achados.

Palavras-chave

Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura, estilos de coping adaptativos, estilos de coping desadaptativos, resiliência.

Abstract

Specific Learning Disability with Reading Deficit affects between 5 and 10% of the population. The DSM-5 already reflects the idea of this disturbance not being limited to the school context, perpetuating itself throughout the life. Studies have shown that individuals with this disorder can have a successful life, by managing difficulties with adaptive coping strategies and presenting resilience levels similar to normative individuals. This study evaluated potential differences in coping styles and resilience between a PAE-DL group (N = 25) and a normative one (N = 30). Participants with the disturbance scored significantly lower in *Active coping* and *Using emotional social support* styles of coping and higher in *Behavioral divestment*. There were no differences between both groups in the number of coping styles implemented. Regarding the classification of adaptive and maladaptive coping styles, there were also no significant differences. As for resilience, the groups scored similarly. A significant positive correlation between adaptive coping styles and the level of resilience in both groups was also identified, as well as a negative correlation between maladaptive coping styles and resilience in the normative group. We discuss potential reasons for these findings.

Keywords

Specific Learning Disability with Reading Deficit, adaptive coping styles, maladaptive coping styles, resilience.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	xi
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Prefácio	vii
Capítulo 1 - Enquadramento teórico	1
1.1. Contextualização da Perturbação de Aprendizagem Específica com Défice na Leitura nas Dificuldades de Aprendizagem	1
1.2. Os avanços da investigação científica no campo da PAE-DL	1
1.3. PAE-DL: uma (in)definição atual	3
1.4. Prevalência	5
1.5. Tipos de PAE-DL.....	5
1.5.1. Dislexia adquirida.....	6
1.5.2. Dislexia do desenvolvimento	6
1.5.3. Subtipos	6
1.6. Teorias explicativas como possíveis causas da PAE-DL	9
1.6.1. Do processamento cognitivo normativo às dificuldades da PAE-DL.....	9
1.6.1.1. Teoria do défice fonológico	14
1.6.1.2. Teoria do défice de automatização	15
1.6.1.3. Teoria magnocelular	15
1.6.1.4. Teoria cerebelar	15
1.6.1.5. Teoria da perturbação do processamento (temporal) auditivo	16
1.6.2. Outros fatores como causas da PAE-DL	16
Capítulo 2 - O coping e a resiliência em adultos com PAE-DL	19
2.1. O conceito de coping	19
2.1.1. Estilos de coping <i>versus</i> estratégias de coping	20
2.1.2. O coping e as diferenças individuais	24
2.2. O conceito de resiliência	25
2.3. Estratégias de <i>coping</i> : quais as preditoras de elevada resiliência?	28
2.4. Coping e resiliência na PAE-DL	29
Capítulo 3 - Estudo empírico	33
3.1. Procedimento Metodológico	33
3.1.1. Objetivos e hipóteses do estudo	33
3.1.2. Procedimentos de recolha de dados e amostra	34
3.1.3. Instrumentos.....	37

3.1.3.1.	Questionário Sociodemográfico	37
3.1.3.2.	Questionário Brief COPE	37
3.1.3.3.	Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC)	39
3.2.	Resultados	40
3.3.	Discussão dos resultados	49
3.4.	Conclusão	53
Bibliografia.....		57
ANEXOS.....		71

Lista de Figuras

Figura 1. Percentagens relativas às habilitações literárias dos dois grupos da amostra	36
Figura 2. Frequências relativas à profissão dos sujeitos com PAE-DL	36
Figura 3. Frequências relativas à profissão do grupo normativo	36
Figura 4. Correlação positiva entre os estilos adaptativos e o nível de resiliência do grupo com PAE-DL	47
Figura 5. Correlação positiva entre os estilos adaptativos e o nível de resiliência do grupo sem PAE-DL	48
Figura 6. Correlação negativa entre os estilos desadaptativos e o nível de resiliência do grupo sem PAE-DL	49

Lista de Tabelas

Tabela 1: Definições de PAE-DL sob diferentes perspectivas	4
Tabela 2: Caracterização das idades dos dois grupos da amostra	35
Tabela 3: Consistência interna das escalas do Questionário Brief COPE.....	38
Tabela 4: Consistência interna das dimensões e da escala total CD-RISC	39
Tabela 5: Testes de normalidade para as variáveis sociodemográficas	40
Tabela 6: Testes de normalidade para as escalas do Brief COPE.....	40
Tabela 7: Testes de normalidade para as dimensões e escala total CD-RISC	41
Tabela 8: Análise das diferenças nos estilos de coping para os dois grupos	42
Tabela 9: Resultados da análise de variância unidirecional para os estilos de coping (des)adaptativos dos dois grupos	42
Tabela 10: Comparação de médias dos estilos de coping (des)adaptativos para o grupo com PAE-DL.....	43
Tabela 11: Frequências dos estilos de coping para o grupo com PAE-DL	43
Tabela 12: Frequências dos estilos de coping para o grupo sem PAE-DL	44
Tabela 13: Análise da diferença na implementação de estilos de coping dos dois grupos	44
Tabela 14: Correlação entre o número de anos de estudo e o número de estilos de coping utilizados no grupo com PAE-DL.....	45
Tabela 15: Correlação entre o número de anos de estudo e o número de estilos de coping utilizados no grupo sem PAE-DL.....	45
Tabela 16: Comparação de médias relativas à resiliência (escala total) entre os dois grupos	46
Tabela 17: Comparação de médias relativas às dimensões da resiliência	46
Tabela 18: Correlação entre estilos de coping (des)adaptativos e resiliência no grupo com PAE-DL.....	47
Tabela 19: Correlação entre estilos de coping (des)adaptativos e resiliência no grupo sem PAE-DL.....	48

Lista de Acrónimos

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
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
NEE	Necessidades Especiais de Educação
PAE-DL	Perturbação de Aprendizagem Específica com Défice na Leitura

Capítulo 1 - Enquadramento teórico

1.1. Contextualização da Perturbação de Aprendizagem Específica com Défice na Leitura nas Dificuldades de Aprendizagem

As Dificuldades de Aprendizagem (DA) (*Learning Disability*) remetem para um grupo de desordens neurológicas resultantes de défices no sistema nervoso central que trazem repercussões para os indivíduos. Essas repercussões recaem geralmente na capacidade para manter, processar e transmitir informações a outros de forma eficiente (Grinblat & Rosenblum, 2016; Scanlon, 2013). Torna-se difícil delimitar as DA, pois constituem um grupo amplo e heterogéneo que conjuga uma multiplicidade de conceitos, critérios, teorias, modelos e hipóteses (Ribeiro & Batista, 2006; Feitosa, Prette, & Gaspar de Matos, 2006).

De um ponto de vista meramente escolar, podemos definir as DA como uma inadaptação para a aprendizagem de alunos cujas capacidades intelectuais não se coadunam com a sua realização escolar (Jardim da Silva, 2011). É comum estas dificuldades serem identificadas na infância, não obstante prolongam-se à vida adulta, quer seja por não terem sido bem tratadas, quer por não serem tratáveis (Filipe, 2012). Estas dificuldades são diagnosticadas quando os resultados do sujeito em testes de leitura, expressão e/ou matemática estão abaixo do esperado para o nível de escolaridade, inteligência e idade. Não se manifestam de igual forma em todos os sujeitos, pelo que se pode discriminar, entre outros, alguns tipos de Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE): Disortografia; Discalculia; Disgrafia e Dislexia (APPDAE, 2016; IPODINE, 2016). As DAE's são das desordens neurodesenvolvimentais mais comuns (Lorusso e colaboradores, 2014). Na presente dissertação o foco será dado à dislexia, cujo termo será substituído pelo do DSM-5 - Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura (PAE-DL).

1.2. Os avanços da investigação científica no campo da PAE-DL

A par dos avanços da investigação científica, o conhecimento acerca da PAE-DL tem evoluído. Os autores Scerri e Schulte-Körne (2010) fazem referência ao conhecimento que havia sobre esta perturbação. Há mais de 130 anos, foi Kussmaul quem reconheceu aquilo a que atualmente se designa por PAE-DL e que nessa altura foi chamada de “cegueira de palavras” (do inglês - *word-blindness*). Era definida como uma incapacidade para ler palavras, apesar de conseguir vê-las. 30 anos mais tarde começaram a ser documentados casos individuais de “cegueira de palavras” na literatura, concretamente na inglesa.

Ribeiro e Batista (2006) situam o surgimento do movimento de estudo da população com estas dificuldades em 1800, mas só em 1963 se formalizou o termo *Dificuldades de Aprendizagem*. Já Scerri e Schulte-Körne (2010) defendem que os primeiros registos devem-se

a Hinshelwood e têm início em 1895. Este investigador descrevia casos em que a capacidade para ler estava espontaneamente perdida ou diminuída na idade adulta. Era comum estes casos coincidirem com condições secundárias (e.g., cefaleias, AVC, hemiplegia, afasia). A esta condição designada por “cegueira de palavras” ou também por alexia, foi atribuída uma causa: danos em algumas partes do cérebro. Esta causa foi corroborada por exames patológicos que revelaram lesões na região supramarginal esquerda e no giro angular do lobo parietal inferior, onde é cruzada a informação visual com a auditiva.

Concomitantemente, vai surgindo a ideia de esta cegueira ser congénita, e assim se estudaram casos de crianças, geralmente saudáveis e inteligentes, mas com a dificuldade para aprender a ler e a escrever. Daqui decorrem, então, dois tipos: a cegueira congénita e a adquirida (Scerri e Schulte-Körne, 2010). Estes estudos permitiram antever uma componente genética da PAE-DL, concluindo que o risco de um indivíduo ser afetado aumentava quando existem membros da sua família que são afetados (Ozernov-Palchik, Yu, Wang, & Gaab, 2016; Harlaar, Spinath, Dale, & Plomin, 2004). Posteriormente, foi conseguida evidência empírica para a existência de uma base neurológica que justificasse a dita cegueira congénita, por meio de exames *postmortem* e de imagens cerebrais e perceberam que esses sujeitos apresentavam anomalias no córtex cerebral. Por outro lado, concluíram que as lesões que inibem o desenvolvimento de estruturas associadas à linguagem, durante o desenvolvimento, podem ser acompanhadas de um melhor desenvolvimento de outras estruturas e outras funções cognitivas (Scerri & Schulte-Körne, 2010; Galaburda, Sherman, Rosen, Aboitiz, & Geschwind, 1985). Mais tarde, alguns estudos (e.g., Livingstone, Rosen, Drislane, & Galaburda, 1991; Barnard, Crewther, & Crewther, 1996; Eden, e colaboradores, 1996) debruçaram-se sobre a questão do processamento visual anormal na PAE-DL. Neste âmbito foram encontradas manifestações de perturbação no processamento fonológico da informação, decorrentes de disfunções neuropsicológicas que podem ocasionar prejuízo na leitura, aquando da execução de tarefas visuais e auditivas ou tarefas que façam uso dos dois processamentos: auditivo-visual (Lopes da Silva, 2009).

Outros estudos mostraram, entre outras, associações entre a PAE-DL e anomalias corticais (e.g., ectopias neuronais, displasias arquitetónicas) e neocorticais, assimetria cerebral, processamento auditivo anormal (Galaburda e colaboradores, 1985; Rosen, 1999; Galaburda, Menard, & Rosen, 1994; Jenner, Rosen, & Galaburda, 1999; Livingstone e colaboradores, 1991; Schulte-Körne, Bartling, & Remschmidt, 1999; Leonard & Eckert, 2008). Estudos mais atuais têm associado esta perturbação a fatores genéticos, neurobiológicos, cognitivos e ambientais, que podem estar envolvidos na predisposição da criança para desenvolver PAE-DL (Bergen, Jong, Maassen, & Leji, 2014; Ozernov-Palchik e colaboradores, 2016; Bergen, Zuijlen, Bishop, & Jong, 2016; Mascheretti e colaboradores, 2017).

Como se pôde notar, as novas tecnologias e a investigação científica têm trazido contribuições para o conhecimento acerca da PAE-DL (Ribeiro & Batista, 2006).

Numa perspetiva categorial, a nomenclatura da PAE-DL evoluiu também ao longo das publicações do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) da APA. Na

primeira publicação (DSM I), o termo utilizado era “*Perturbação de aprendizagem*”, e incorporava a categoria das “*Perturbações da Personalidade*”, concretamente na subcategoria dos “*Sintomas Especiais*” (APA, 1952; Blashfield, Keeley, Flanagan, & Miles, 2014).

Na segunda edição do DSM, a nomenclatura passa a designar-se por “*Perturbação Específica da Aprendizagem*” e continua a pertencer à categoria dos “*Sintomas Especiais*” (atente-se que a categoria “*Sintomas especiais*” foi separada das “*Perturbações da Personalidade*” nesta edição) (APA, 1968).

No DSM-III passa a haver uma nova categoria: “*Perturbações Primariamente Evidentes na Infância e Adolescência*” e dentro das divisões desta categoria estão as “*Perturbações Específicas do Desenvolvimento*” que abarcam, entre outras, a “*Perturbação Desenvolvimental da Leitura*”. Nesta edição do DSM surge a noção de que esta nomenclatura pode ser sinónima de “*Dislexia*” (APA, 1980; Blashfield e colaboradores, 2014).

Surge, na quarta edição, o termo “*Perturbação da Leitura*”, inserida no grupo das “*Perturbações de Aprendizagem*”, ainda na categoria acima descrita (“*Perturbações Primariamente Evidentes na Infância e Adolescência*”). Na revisão desta edição (DSM-IV-TR), não há alterações no que respeita à dislexia (APA, 1994; Snowling, 2013; Selenius & Hellström, 2015; Döla & Heim, 2016).

Na mais recente edição (DSM-5), a dislexia está incorporada na grande categoria das “*Perturbações do Neurodesenvolvimento*” e dentro destas, na subcategoria da “*Perturbação da Aprendizagem Específica*”, com a opção de especificar “*com défice na leitura*”; e acresce que foi eliminada a exigência de uma neuropsicológica das habilidades de processamento cognitivo para o diagnóstico (APA, 2014; Mousinho & Navas, 2016; Rodrigues & Ciasca, 2016; Snowling & Hulme, 2012).

Estas alterações de critérios de diagnóstico ao longo das edições do DSM trouxeram algumas implicações, consideradas como avanços positivos para a atuação clínica e promoção de adaptações educacionais, mas alguns pontos requerem, ainda, discussão científica (Mousinho & Navas, 2016).

1.3. PAE-DL: uma (in)definição atual

O conhecimento acerca da PAE-DL tem vindo a ser construído, como descrito no ponto anterior, todavia nota-se, na literatura, uma certa ambiguidade na sua definição. Deparamo-nos com uma multiplicidade de definições, teorias explicativas, bem como o uso de diferentes termos para se referir à PAE-DL, não havendo um consenso universal (Moojen, Bassôa, & Gonçalves, 2016). Desta forma, expõe-se a perspetiva de diversos investigadores no intuito de apresentar uma visão holística do conceito em questão, começando com a definição do DSM-5, da qual se retirou e utilizou a nomenclatura para o presente estudo (i.e., PAE-DL).

Tabela 1

Definições de PAE-DL sob diferentes perspectivas

APA (2014)	O DSM-5 caracteriza a Perturbação da Aprendizagem Específica como sendo uma perturbação neurodesenvolvimental com origem biológica que é a base de anomalias cognitivas associadas aos sinais comportamentais da perturbação. Tal afeta a capacidade do cérebro em perceber e processar informação verbal e não-verbal de forma eficiente e precisa. Os critérios de diagnóstico incluem especificadores, de entre os quais se encontra o “Défice na leitura”, o qual incorpora a precisão da leitura de palavras, o ritmo ou fluência de leitura e a compreensão da leitura.
Lyon, Shaywitz e Shaywitz (2003)	A PAE-DL é uma dificuldade específica de aprendizagem cuja origem é neurobiológica. Caracteriza-se pela existência de dificuldades na precisão e/ou fluência no reconhecimento de palavras e por fracas habilidades de decodificação e soletração. Tais dificuldades resultam de um défice na componente fonológica da linguagem, não expectável face a outras capacidades cognitivas. Podem surgir consequências secundárias, como é o exemplo de problemas de compreensão na leitura e uma reduzida experiência de leitura que pode impedir o crescimento do vocabulário e do conhecimento.
Massi (2007)	A PAE-DL é caracterizada por uma leitura marcada por trocas, aglutinações de grafemas, omissões de letras/sílabas (e.g., <i>entrando</i> em vez de <i>encontrando</i> , <i>gera</i> em vez de <i>guerra</i>), confusão entre letras “vizinhas” (e.g. <i>mato</i> em vez de <i>nato</i>), confusão entre letras relacionadas a produções fonéticas similares (e.g., <i>popre</i> em vez de <i>pobre</i> , <i>galçada</i> em vez de <i>calçada</i>), adição de letras/sílabas (e.g. <i>muito</i> em vez de <i>muíto</i>), uniões de palavras (e.g. <i>eraumaves</i> em vez de <i>era uma vez</i>) e divisões inadequadas de vocábulos (e.g. <i>a mi versário</i> em vez de <i>aniversário</i>).
Cortiella e Horowitz (2014)	As características da PAE-DL podem variar de pessoa para pessoa, todavia há pontos em comum: dificuldades na fluência da leitura, na rima, no vocabulário, na compreensão e expressão escrita; dificuldades na consciência fonémica (capacidade para notar, pensar e trabalhar com sons individuais de palavras) e processamento fonológico (detecção e discriminação de fonemas ou sons da fala).
Zikl e colaboradores (2015)	A PAE-DL complica todas as atividades que estão dependentes da performance da leitura, afetando as variáveis básicas de desempenho da mesma: velocidade, correção, compreensão e técnica. Além disso, provoca ainda dificuldades na orientação do texto (e.g., repetição do início das palavras, omissão de linhas) e na reprodução do mesmo. A leitura incorreta ou deturpada dá origem aos chamados erros específicos, a saber: (1) inversões estáticas (e.g., confundir letras com formas semelhantes, como por exemplo b-d-p, a-o-e, m-n, l-k-h, etc); (2) inversões cinéticas (e.g., misturar palavras); (3) saltar ou adicionar sílabas, palavras ou frases extra; uso inapropriado de diacríticos ou adivinhação de terminações de palavras. Estes erros dependem e são altamente específicos de cada linguagem. Na PAE-DL as habilidades gerais são desproporcionalmente melhores do que as de leitura e há um desempenho pior nas habilidades de leitura comparativamente a sujeitos da mesma idade, todavia têm um nível de inteligência adequado.
Dyslexia Association of	“ <i>Dislexia</i> ”, do grego, significa “dificuldades com as palavras”. A PAE-DL pode também causar outras dificuldades: com os números; na distinção entre direita e

Ireland (2016)	esquerda; em sequências; na memória; e em seguir instruções. Apesar de ser uma condição complexa que dificulta a consecução das tarefas descritas, não as impossibilita e considera-se vitalícia e hereditária.
The Yale Center for Dyslexia & Creativity (2016)	É um problema invisível que não é raro nem é considerado uma doença. O cérebro de uma pessoa com PAE-DL é saudável, todavia despende mais tempo para executar algumas das suas conexões. Podemos falar concretamente de uma dificuldade em fazer corresponder o que se vê com os sons que as letras e as combinações de letras fazem.
Nogueira e Beserra (2017)	A PAE-DL diz respeito a um conjunto de sintomas que revelam uma disfunção parietal (parte cerebral ligada à escrita), geralmente hereditária, ou adquirida, que acarreta dificuldades na aprendizagem da leitura num contínuo que se estende dos sintomas leves aos mais graves. Este problema é, frequentemente, acompanhado por perturbações da aprendizagem da escrita, ortografia e gramática.

1.4. Prevalência

A PAE-DL é o subtipo de DAE mais prevalente e o melhor reconhecido (Cortiella & Horowitz, 2014). As DAE's são das perturbações neurodesenvolvimentais mais comuns que afetam as crianças. Há uma grande variabilidade no que diz respeito à prevalência, o que se deve ao facto de não haver um critério unívoco de diagnóstico destas dificuldades/perturbações (Lorusso e colaboradores, 2014). Alguns estudos (e.g., Rolka & Silverman, 2015; Benfatto e colaboradores, 2016) afirmam que a PAE-DL afeta entre 5% a 10% da população. Outra variação pode ir até 17% (Gabel e colaboradores, 2016). De acordo com o DSM-5, a prevalência da "Perturbação da Aprendizagem Específica" (que inclui a PAE-DL) é de 5% a 15% na idade escolar, nas diversas línguas e culturas. Já na faixa etária adulta a percentagem ronda os 4% (APA, 2014; Soriano-Ferrer & Martínez, 2017). Se atendermos à PAE-DL como constituinte do grupo das NEE's, dados estatísticos da Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (2016), referem que o número de crianças com NEE's aumentou quatro pontos percentuais de 2015 para 2016, passando de 75.193 para 78.175 crianças, em Portugal. A maioria das crianças com NEE's encontrava-se, em 2016, no ensino básico. Este aumento pode ser resultado do acréscimo no número de Programas Educativos Individuais (PEI), que surgem no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

1.5. Tipos de PAE-DL

Constata-se que é difícil encontrar uma definição universal e clara de PAE-DL, pois revela ser um grupo heterogéneo, pois indivíduos com esta perturbação não são todos iguais e podem deter diferentes dificuldades nos vários processos de leitura. Daqui decorrem as várias classificações que têm sido propostas para a segmentação deste grupo (Coelho, 2013; Guimarães, 2004), que mostram as diferenças entre sujeitos com PAE-DL e entre estes sujeitos normativos, a nível estrutural e funcional do cérebro (e.g., hipoativação nas áreas temporoparietal e temporoccipital esquerdas, alteração nos gânglios basais, menor substância

branca na área temporoparietal esquerda, hipoativação na área de Broca) (Álvares, 2016). Desta forma, torna-se relevante identificar os vários tipos de PAE-DL referidos na literatura.

1.5.1. Dislexia adquirida

Neste tipo de dislexia (conforme a nomenclatura antiga), a aprendizagem da leitura e da escrita foi consolidada normativamente, mas pode ser “perdida” fruto de uma lesão cerebral traumática, ou seja, um bom leitor pode adquirir PAE-DL se sofrer uma lesão cerebral (Coelho, 2013; Sternberg & Sternberg, 2012; Schirmer, Fontura, & Nunes, 2004).

Nos casos de dislexia adquirida já estudados, especialistas identificam sinais diretos e indiretos que corroboram a ideia de que esta perturbação pode ser causada por danos cerebrais. De entre os sinais diretos, destacam-se os danos físicos/lesões cerebrais e hemorragias (e.g., lesão isquêmica) demonstrados por operação, autópsia ou outras metodologias. Já os sinais indiretos poderão ser padrões irregulares num eletroencefalograma (EEG); reflexos anormais, dificuldades de coordenação e orientação olho-mão e na lateralidade (Nogueira & Beserra, 2017).

1.5.2. Dislexia do desenvolvimento

Os sintomas exibidos em indivíduos com esta perturbação são semelhantes aos de crianças com o mesmo problema, o que corrobora a ideia de continuidade ao longo da vida (Reynolds & Caravolas, 2016). Sabemos que pode ser superada com reeducação multiterapêutica, contudo as causas mantêm-se inalteráveis (Fonseca, 2009) manifestando um caráter permanente (Ghisi e colaboradores, 2016), o que sugere que persistem até a idade adulta (Nogueira & Beserra, 2017), posição um tanto ambígua na medida em que se encontram investigações que defendem uma remissão total dos sintomas, outras uma remissão apenas parcial (Moojen e colaboradores, 2016). Contudo, a maioria das posições teóricas são congruentes na atribuição de uma causa neurobiológica (Moojen e colaboradores, 2016).

Esta classificação - dislexia do desenvolvimento ou dislexia evolutiva - indica que o sujeito já nasceu com estas dificuldades e, por isso, não se devem a incapacidades dos sentidos ou de falta de oportunidade educativa. Existem, portanto, fatores genéticos como causas, a saber: défices cognitivos; fatores neurológicos (neuroanatômicos e neurofisiológicos); prematuridade e baixo peso ao nascimento (Nogueira & Beserra, 2017; Álvares, 2016).

1.5.3. Subtipos

A dislexia do desenvolvimento pode ser classificada em subtipos, conforme a sua natureza e as características observadas. A divisão clássica foi feita a partir dos quadros de dislexias adquiridas, mas tem sido aplicada também às do desenvolvimento, mas ainda com muita ambiguidade na literatura (Capovilla, Trevisan, Capovilla, & Alves de Rezende, 2007). Assim sendo, Coelho (2013) apresentou três subtipos:

a) Disfonética ou auditiva

Neste subtipo encontram-se sujeitos com dificuldades na integração letra-som e que revelam erros de discriminação auditiva; outra dificuldade com que se deparam é a de ler palavras que não estão no seu vocabulário, confundindo-as com vocábulos similares; os erros mais frequentes são os de caráter semântico (e.g., “mulher” em vez de “senhora”).

b) Diseidética ou visual

Decorrente deste subtipo, os indivíduos mostram dificuldade em perceber as palavras, no geral; não conseguem unir o conjunto de letras que as compõem; a sua leitura é lenta, soletram e decompõem as palavras nos seus fonemas, lendo-as foneticamente como se fosse a primeira vez que as estivessem a ler; quanto aos erros mais comuns, estes são a nível de inversões visuoespaciais tanto de letras, como de sílabas ou palavras (e.g. “b” em vez de “d”; “em” em vez de “me”; “bolo” em vez de “lobo”).

c) Mista ou aléxica

No subtipo misto, os indivíduos manifestam dificuldades visuais e fonológicas, o que leva quase que a uma incapacidade para a leitura.

Apesar destas classificações serem claras, outros autores apresentam outras divisões com critérios diferentes. Por exemplo, para Cruz (2009), a subdivisão é feita de acordo com padrões que diferem mediante a forma de leitura:

a) Leitores compensatórios

Indivíduos cuja dificuldade é sentida na descodificação das palavras mas alcançam o conhecimento alfabético; revelam problemas compensatórios uma vez que fazem uso do conhecimento visual das palavras ou do contexto em que estejam inseridas para chegar a determinada palavra, o que por vezes os leva a desviarem-se do “real” contexto da frase.

b) Leitores não alfabéticos

São os indivíduos que não apresentam conhecimento dos princípios do alfabeto (i.e., reconhecimento das palavras por pista visual) e, por isso, mostram ter dificuldades de compensação.

c) Leitores não automáticos

Estes leitores adquirem conhecimento controlado das palavras, conseguindo descodificá-las com sucesso, mas tal tarefa requer muito esforço por parte deles.

d) Leitores sub-otimais

Neste subtipo, os leitores não conseguem alcançar uma leitura hábil mas reconhecem e compensam automaticamente as palavras simples (sem conseguir aceder a níveis superiores de compreensão).

Já a autora Guimarães (2004) defende que os principais padrões de disfunção referidos pela literatura podem dividir-se em dois grupos e estão associados às dislexias adquiridas: (1) dislexias periféricas; (2) dislexias centrais. Nas (1) dislexias periféricas as lesões localizam-se no sistema de análise visual, pelo que provocam prejuízos na perceção das letras: prejuízos na identificação de letras (dislexia negligente); na análise visual (dislexia atencional); ou no nível de processamento global e do reconhecimento de palavras como um todo (leitura letra-a-letra). No que concerne às (2) dislexias centrais, além do prejuízo do sistema de análise visual, algumas partes de uma das rotas podem estar prejudicadas - síndrome de um único componente - (dislexia fonológica ou lexical), ou ambas as rotas podem estar prejudicadas - síndrome de componentes múltiplos - (dislexias de superfície ou profunda), acarretando dificuldades na compreensão e/ou comunicação de palavras escritas. Seguidamente apresenta-se estes subtipos.

Dentro das dislexias periféricas, a autora distingue os seguintes (Guimarães, 2004):

- a) **Dislexia negligente:** Incapacidade de observar a extremidade esquerda das palavras.
- b) **Dislexia da atenção:** Dificuldade em focar a atenção numa determinada letra ou palavra, pelo que letras de uma palavra podem ser juntadas a outra palavra.
- c) **Leitura letra-a-letra:** Dificuldade em perceber a forma global das palavras (principalmente palavras longas).

Já no grupo das dislexias centrais, existem as seguintes distinções (Guimarães, 2004):

- d) **Leitura não semântica/dislexia lexical:** Dificuldades em entender o sentido/significado das palavras.
- e) **Dislexia fonológica:** Dificuldade na conversão letra-som, bem como erros de lexicalização (i.e., pseudopalavras são lidas como palavras conhecidas e visualmente semelhantes), pois há uma perda da capacidade de fazer uso do procedimento de leitura sublexical.
- f) **Dislexia de superfície:** Perturbação moderada a severa (e dificuldade menor na realização da leitura em voz alta, pela rota fonológica), onde partes da rota lexical e da rota sublexical (fonológica) estão afetadas, o que origina uma leitura pela rota fonológica e erros de regularização (em palavras irregulares). A leitura, portanto, é feita de acordo com a seguinte estrutura: decomposição das palavras em letras ou grupos de letras, conversão das letras em fonemas e pronúncia da sequência resultante.
- g) **Dislexia profunda:** Partes da rota sublexical, da rota visual e da rota semântica são afetadas e acarreta erros semânticos, erros visuais, visuais-semânticos, erros de

derivação e substituições de funções gramaticais (essencialmente em palavras não-familiares, pseudopalavras, palavras abstratas e funcionais - pronomes, conjunções e advérbios).

Torres e Fernádes (2001) acrescentam, ainda, a dislexia morfé mica (fruto de uma perturbação primária no processador visual ou grafémico, que origina perturbações na extensão e no formato da palavra, quer na escrita quer na leitura) e dislexia visual analítica (fruto de uma perturbação na função analítica do processador visual, que se lentifica e causa problemas nas características posicionais das letras (e.g., vredardeiro em vez de verdadeiro). Conclui-se que, na literatura, há uma grande diversidade de subtipos que diferem de autor para autor, e segundo critérios diferentes de classificação.

1.6. Teorias explicativas como possíveis causas da PAE-DL

Para uma mais aprofundada compreensão do funcionamento de sujeitos com PAE-DL, é pertinente o entendimento do processo cognitivo da leitura dito normativo. A neuropsicologia, cujo principal objetivo é o estudo das perturbações das funções cognitivas decorrentes de alterações estruturais e funcionais do cérebro, tem feito uso dos modelos cognitivos que explicam o processo normal da leitura para investigar os padrões de leitura em sujeitos com PAE-DL (Kajihara, 2008). Já na década de 1970, os profissionais desta área dedicaram-se ao estudo da dislexia adquirida. Nestes estudos o intuito foi a identificação das partes do processo de leitura normativo que ficaram comprometidas/perdidas nos indivíduos com PAE-DL (Ellis, 1995; Sternberg & Sternberg, 2012).

As investigações promissoras acerca do funcionamento cerebral durante a leitura são as de Sally Shaywitz e colaboradores (e.g., Shaywitz, 1996; Shaywitz & Shaywitz, 2004; Shaywitz & Shaywitz, 2005). Investigaram as bases biológicas da PAE-DL (Shaywitz, Escobar, Shaywitz, Fletcher, & Makuch, 1992); explicaram que haveria uma disfunção no processamento da linguagem, mais do que no sistema visual, o que explicava o facto de pessoas inteligentes terem dificuldades em aprender a ler (Shaywitz, 1996); disrupção funcional nos sistemas neuronais na leitura em adultos com PAE-DL, através da análise dos padrões de ativação cerebral (Shaywitz e colaboradores, 2002); o conhecimento dos professores acerca da linguagem e leitura (Lyon, Shaywitz, & Shaywitz, 2003); esclareceram o carácter longitudinal da PAE-DL (Shaywitz & Shaywitz, 2005; Shaywitz e colaboradores, 1999).

1.6.1. Do processamento cognitivo normativo às dificuldades da PAE-DL

O que é ler? E que processos cognitivos envolve?

A leitura e a escrita fazem parte do sistema de comunicação humana e ambas estão ligadas quer à aprendizagem, quer à utilização da linguagem. Ler aparenta ser uma tarefa simples: as palavras têm significados aos quais leitor apenas tem de traduzir para pensamentos

ou fala. Contudo, ao analisar este processo com maior rigor e profundidade, entende-se que a leitura revela-se um campo muito complexo (Bruning, Schraw, & Ronning, 2002) que envolve a identificação de letras e palavras, os padrões de som, conexões associativas, a compreensão, a linguagem que, por sua vez, é um exemplo de função cortical superior, cujo desenvolvimento se baseia na estrutura anatomofuncional geneticamente determinada mas também influenciada por estímulos do ambiente (Schirmer e colaboradores, 2004; Urquhart & Weir, 2013; Solso, MacLin, & MacLin, 2005). O desenvolvimento da linguagem é estudado através de quatro componentes básicos: (1) a fonologia, que integra tudo o que concerne a sons (ou fonemas); (2) a semântica, elemento que inclui o desenvolvimento de vocabulário e o estudo dos significados das palavras; (3) a gramática, a área envolvida nas regras de organização de palavras e frases - sintaxe; e (4) a pragmática, a linguagem no contexto social (Conboy & Carvalho, 2013).

Schirmer e colaboradores (2004) teorizaram que a área de Wernicke (localizada no lobo temporal) é a responsável por reconhecer o padrão de sinais auditivos e interpretá-los até obter um conceito ou pensamento, ativando um grupo distinto de neurónios para diferentes sinais. Simultaneamente, ativam-se neurónios na porção inferior do lobo temporal que permitem a formação de uma imagem do que se viu; e outros no lobo parietal, que armazenam conceitos relacionados. Assim sendo, a rede neuronal envolvida forma uma complexa central de processamento. Tal corrobora a ideia de existir uma relação entre tarefas cognitivas e funções cerebrais (Solso e colaboradores, 2005). Para que haja verbalização do pensamento criado, ocorre o processo inverso: a representação interna do pensamento é ativada e canalizada para a área de Broca, na porção inferior do lobo frontal, posteriormente convertida em padrões de ativação neuronal indispensáveis à produção da fala. Acresce que também estão envolvidas, na linguagem, áreas de controlo motor e áreas responsáveis pela memória (Schirmer e colaboradores, 2004). Estes autores defendem que o hemisfério esquerdo é dominante para a linguagem em 90% da população, e o hemisfério direito também participa no processamento, mais concretamente nos aspetos da pragmática (i.e., uso linguagem num contexto social).

No geral, a aprendizagem é uma construção, ação e tomada de consciência da coordenação das ações. Afunilando à aprendizagem da leitura e da escrita, esta está vinculada a um conjunto de fatores que requerem o domínio da linguagem e da capacidade de simbolização, condições internas e externas necessárias ao seu desenvolvimento (Schirmer e colaboradores, 2004).

Ler, em termos técnicos, é um processo percetivo-linguístico complexo e refinado para uma série de atos automáticos, de compreensão do discurso escrito, cujo objetivo é aceder ao significado (Nogueira & Beserra, 2017; Ziegler & Goswami, 2005).

Na habilidade de leitura há uma compreensão adequada da linguagem e fluência na identificação de palavras. A capacidade para aprender a ler depende da aquisição de diferentes conhecimentos e habilidades que, por sua vez, dependem do desenvolvimento normal de habilidades cognitivas linguísticas associadas à leitura (Vellutino, Fletcher, Snowling, & Scanlon, 2004). Estudos mostram que leitores fluentes desenvolvem conhecimentos visuais para

a identificação rápida e automática de palavras, o que falha em sujeitos com PAE-DL (e.g., González e colaboradores, 2016; Vellutino e colaboradores, 2004).

De acordo com Sternberg e Sternberg (2012), há três processos que contribuem para a habilidade de leitura: a) processo perceptual; b) lexical e de c) compreensão.

a) Processo perceptual

Quando se lê é ativada a nossa habilidade para reconhecer letras. Conseguimos perceber a letra correta quando nos é apresentada numa ampla gama de estilos e tipos de letra (e.g., conseguimos perceber, adequadamente, se estiverem escritas em maiúsculas ou minúsculas). Esses são os chamados aspectos ortográficos. Seguidamente a letra é convertida num som, criando um código fonológico. Após a conversão dos símbolos visuais em sons, é criada uma sequência desses sons até se criar a palavra. Neste seguimento, é necessário identificar a palavra e perceber o seu significado. Por fim, segue-se para a próxima palavra e repete-se este processo até se formar uma frase (Sternberg & Sternberg, 2012).

b) Processo lexical

Ao abordar o processo lexical, é fulcral perceber o movimento dos olhos, suas fixações e como se retira significado da nossa memória para obter identificar uma palavra. Durante a leitura, os nossos olhos movem-se em sequências rápidas de movimentos à medida que fixam em sucessivos blocos de texto com comprimento variável (os leitores podem-se fixar por mais tempo em palavras longas do que nas curtas bem como em palavras menos familiares). À medida que a leitura se vai tornando mais rápida, essas fixações tornam-se menores em número e tamanho. O processo lexical corresponde a um imprescindível aspecto da leitura - a identificação de uma palavra que permite o acesso ao significado dessa palavra na memória (Sternberg & Sternberg, 2012).

c) Processo de compreensão

Na compreensão da leitura, o papel do contexto em que cada palavra aparece é também importante. O discurso envolve unidades de linguagem mais extensas do que frases individuais. Na idade adulta os indivíduos têm uma firme compreensão sobre como as frases são sequenciadas num todo (estrutura discursiva). A partir dessa estrutura discursiva que temos incorporada no conhecimento, podemos obter significados de elementos de frases que não são frases aparentemente. A compreensão do discurso não depende apenas do conhecimento acerca do mesmo, mas também depende do conhecimento de uma extensa estrutura física, social ou cultural em que esse discurso é apresentado. Para entender o significado de um parágrafo, somos influenciados pelo nosso conhecimento e expectativas. Isto é, a leitura de um livro técnico pode ser mais fácil se já tivermos conhecimentos técnicos nessa área do saber (Sternberg & Sternberg, 2012).

Como obtemos o significado de palavras conhecidas e de palavras novas?

Compreendemos palavras conhecidas retirando o seu significado que está armazenado na memória. Este processo é possível porque fazemos codificação semântica [processo de tradução da informação sensorial (palavras escritas) em representação significativa]. No acesso lexical é possível identificar palavras baseando-nos em combinações de letras, assim ativando a memória. Contudo, o significado pode não existir na memória e aí é necessário encontrar outra forma de obter o significado, como por exemplo, retirá-lo a partir da observação do contexto em que a lemos (Sternberg & Sternberg, 2012). Já para as palavras novas/desconhecidas, o processo é diferente, pois o significado é obtido através da sua derivação do contexto em que surge. Portanto, a familiaridade e o contexto facilitam o reconhecimento das palavras (Solso e colaboradores, 2005). Outras estratégias são, por exemplo, procurar os significados recorrendo a meios externos (e.g., dicionários, outras pessoas) ou então formulamos um conceito (Sternberg & Sternberg, 2012).

Outros autores (Hulme & Snowling, 2017), fazem referência à existência de duas classes/correntes influentes de modelos para explicar a leitura de palavras em adultos: os (1) modelos de dupla rota e os (2) conexionistas. No que diz respeito aos (1) modelos de dupla-rota, têm este nome devido ao facto de existir a possibilidade de utilização de duas rotas cognitivas do processo de informação, onde ambas começam pelo *input* visual: a rota lexical e a rota sublexical (fonológica) (Horst & Kruszielski, 2013). Cada uma destas rotas é constituída por diversos subsistemas cognitivos que atuam, em parte, de forma independente (Kajihara, 2008). Assim sendo, o reconhecimento de palavras (em adultos) depende das rotas lexicais e sublexicais independentes, desde a forma escrita das palavras para a forma pronunciada/falada (Hulme & Snowling, 2017; Ripamonti e colaboradores, 2014). Diversos autores (e.g., Horst & Kruszielski, 2013; Guimarães, 2004; Kajihara, 2008) referiram-se ao modelo de Ellis (1995), pois como refere Guimarães (2004), este é o modelo que de maior consenso entre investigadores. Assim sendo, este modelo explica que os subsistemas cognitivos semi-independentes podem, também, ser designados de “módulos” e que, se as diferentes operações que estão envolvidas no reconhecimento de palavras são realizadas por módulos diferentes, então o prejuízo/dano cerebral ou desenvolvimento anormal pode resultar em leitores nos quais alguns aspetos da leitura são razoavelmente normativos, enquanto que outros estarão prejudicados (Ellis, 1995). Este modelo contempla diversos conceitos, os quais teremos de analisar para poder compreender as rotas do reconhecimento de palavras. O primeiro conceito é “sistema de análise visual”, o qual está envolvido na identificação do que se vê escrito (e.g., letras do alfabeto) e em notar a posição de cada letra na palavra. Assim, o leitor vai distinguir se a palavra é, ou não, familiar, e se o for, que palavra é. Outro conceito é o de “léxico de *input* visual”, uma espécie de depósito de palavras, que contém as representações de todas as palavras familiares (i.e., unidades de reconhecimento de palavras). O “léxico de produção da fala” está ligado ao acesso à pronúncia das palavras; já o “sistema semântico” é o que permite o acesso ao significado das palavras, visto como depósito do conhecimento dos significados das

palavras familiares; o “nível do fonema” é um “depósito” de curto prazo que mantém os fonemas num intervalo entre serem acedidos pelo léxico de produção da fala e a sua articulação (Ellis, 1995). O modelo pressupõe a existência de três rotas possíveis para se ler uma palavra em voz alta. Duas das rotas exigem que as palavras sejam representadas no léxico de *input* visual, pelo que são usadas para a conversão de palavras familiares, da escrita para o som. A primeira rota designa-se por lexical (ou semântica), pelo que a leitura é feita por via significado, logo por mediação da representação semântica, procedendo-se da seguinte forma: Palavra escrita → Sistema de análise visual → Léxico de *input* visual → Sistema semântico → Léxico de produção da fala → Nível do fonema → Fala. A outra rota é a da leitura não-semântica, onde a leitura se realiza a partir de uma conexão direta entre o léxico de *input* visual e o léxico de produção da fala, da seguinte forma: Palavra escrita → Sistema de análise visual → Léxico de *input* visual → Léxico de produção da fala → Nível do fonema → Fala. Se o item que está a ser analisado visualmente não estiver representado no léxico de *input* visual, não será reconhecido como palavra, pelo que terá de ser analisado pela rota sublexical (i.e., fonológica). Desta forma, a pronúncia da palavra será construída através da conversão dos segmentos ortográficos (e.g., grafemas simples, compostos, ou dígrafos e sequências de letras) em segmentos fonológicos e, seguidamente forma-se um todo fonológico: Palavra escrita → Sistema de análise visual → Nível do fonema → Fala (Ellis, 1995).

Em suma, a leitura pode ocorrer por um processo que envolve a mediação fonológica (rota fonológica) ou pelo processo visual direto (rota lexical). A leitura através da rota fonológica depende do uso de conhecimento das regras da conversão grafema-fonema para a construção da pronúncia das palavras. De seguida é criado um código fonológico para ser identificado pelo sistema auditivo de reconhecimento de palavras, libertando, por fim, o significado da palavra. Já a leitura pela via lexical depende do reconhecimento da palavra, previamente adquirido e armazenado no sistema de reconhecimento visual de palavras. A recuperação do significado e a pronúncia da palavra é feita através da ligação direta ao léxico (Capellini, Bianca dos Santos, & Uvo, 2015; Taylor & Rastle, 2012).

Os (2) modelos conexionistas, acima mencionados, vêem a leitura de palavras como dependente da integridade de representações fonológicas e semânticas existentes no sistema de processamento da linguagem antes da leitura ser desenvolvida. De entre as teorias conexionistas, a principal variante é o modelo triangular (Hulme & Snowling, 2017). Este modelo triangular pressupõe que a aprendizagem da leitura consiste em criar mapas ou associações entre representações visuais dos grupos de letras que constituem as palavras (representações ortográficas) e as representações fonológicas e semânticas da linguagem falada que correspondem a essas palavras (Hulme & Snowling, 2017).

Os mesmos autores afirmam que, com treino, é possível o desenvolvimento de dois “caminhos” que trabalham conjuntamente na leitura de palavras isoladas. Um desses caminhos é o fonológico: cria a ligação da ortografia para a fonologia, ou seja, um *input* (e.g., uma palavra escrita) pode ser traduzido para a sua correspondente forma falada. O outro caminho é designado por “semântico”: mapeia a ortografia para a fonologia por via semântica, isto é, um

input (e.g., uma palavra escrita) produz uma ativação direta do significado dessa palavra que, por sua vez, ativa a pronúncia (Hulme & Snowling, 2017).

Afinal o que ocorre de forma diferente na leitura das pessoas com PAE-DL?

As teorias sobre a PAE-DL explicam o que ocorre diferentemente na leitura em sujeitos com esta perturbação e constituem hipóteses desenvolvidas por investigadores acerca de possíveis causas (Perfetti & Stafura, 2014). Focaremos agora em explicações de alguns autores bem como nestas teorias para melhor compreender o que ocorre no processo de leitura de pessoas com PAE-DL.

A incorporação da perspectiva cognitiva no estudo da PAE-DL revela grande utilidade no conhecimento dos processos que se encontram afetados nas dislexias adquiridas, e na identificação de perturbações específicas de leitura, soletração e ortografia, no caso das dislexias de desenvolvimento (Torres & Fernández, 2001).

Sternberg e Sternberg (2012) explicaram que são vários os processos que podem estar prejudicados nesta perturbação, como é o caso da leitura fonológica e codificação fonológica. A leitura fonológica implica a leitura de palavras isoladas, o que gera dificuldades aos indivíduos com PAE-DL uma vez que têm maior dificuldade em reconhecer palavras isoladas do que contextualizadas. Quando é dado um contexto, este é usado como forma de aceder ao significado da palavra em questão. Já o processo de codificação fonológica está envolvido na recordação de grupos de fonemas que podem ser confusos. A título de exemplo, um indivíduo pode ser avaliado da seguinte forma: comparar a recordação de fonemas como “t, b, z, v, g” com “o, x, r, y, q”; a maioria das pessoas teria mais dificuldade no primeiro grupo de fonemas, mas o que acontece é que sujeitos com PAE-DL, que têm problemas na codificação fonológica, concretamente na memória de trabalho, terão ainda maiores dificuldades (Sternberg e Sternberg, 2012).

1.6.1.1. Teoria do défice fonológico

A hipótese do défice fonológico afirma que a dislexia tem na sua origem um défice no sistema de processamento fonológico motivado por uma “disrupção” no sistema neurológico cerebral, a nível do processamento fonológico e especialmente na consciência fonológica (i.e., a capacidade de processar e manipular a estrutura sonora das palavras). Este défice vai dificultar a discriminação e processamento dos sons da linguagem, a consciência de que a linguagem é formada por palavras, as palavras por sílabas, estas por fonemas, e que os fonemas são representações do alfabeto (Teles, 2004; Vandermosten, Hoeft, & Norton, 2016). Como já mencionado, a leitura integra a descodificação e a compreensão do que está escrito e o défice fonológico apenas dificulta o processo de descodificação. Assim, as restantes competências cognitivas superiores (e.g., inteligência geral, vocabulário, sintaxe, discurso, raciocínio, formação de conceitos) mantêm-se intactas (Teles, 2004).

Tanto em adultos como em crianças, o processamento fonológico tem sido associado a uma rede lateralizada no hemisfério esquerdo, que inclui a área temporo-parietal (inclui o giro supra marginal, o planum temporal e o giro temporal superior) e regiões frontais superiores e inferiores. Estas anomalias na região esquerda temporo-parietal são comumente observadas na PAE-DL, inclusive a diminuição da ativação funcional (Vandermosten e colaboradores, 2016; Richlan, Kronbichler, & Wimmer, 2009).

1.6.1.2. Teoria do déficit de automatização

A fluidez na leitura pode ser prevista pelo *Rapid Automated Naming speed* (RAN), que mede a automaticidade com que os estímulos (e.g., letras) podem ser recuperados e nomeados. Leitores com PAE-DL têm um menor acesso automatizado à informação lexical, o que se reflete num RAN mais demorada (Jones, Snowling, & Moll, 2016). De acordo com esta hipótese, a PAE-DL caracteriza-se por um déficit geral na capacidade de automatização e por isso sujeitos com esta perturbação apresentam dificuldades na automatização da descodificação das palavras, na realização da leitura fluente, compreensiva e correta (Teles, 2004).

1.6.1.3. Teoria magnocelular

Esta teoria baseia-se na ideia de um déficit visual específico na transferência das informações sensoriais dos olhos para as áreas primárias do córtex, que origina dificuldades no processamento das letras/palavras, uma vez que há uma fixação binocular instável, problemas de convergência ou de aglomeração do campo visual (Saraiva, Rêgo, Nunes, & Ferreira, 2012; Fisher, Chekaluk, & Irwin, 2015; Teles, 2004). Deste modo, disléxicos têm uma baixa sensibilidade relativamente a estímulos com pouco contraste, com baixas frequências espaciais ou altas frequências temporais (Teles, 2004) e apresentam queixas, como por exemplo, letras pequenas parecem enevoadas e, quando tentam ler, parecem estar a mexer-se. Defende-se uma base genética para o comprometimento das células magnocelulares no cérebro (Saraiva e colaboradores, 2012). Zikl e colaboradores (2015) acrescentaram que pessoas com PAE-DL têm, em média, 30% menos neurónios magnocelulares em comparação com grupo de controlo. Este sistema está associado à leitura pois é responsável pela recolha de informação visual e é crucial aos movimentos oculares durante a leitura, impedindo a fixação excessiva na palavra que se está lendo. Quando este sistema não funciona normativamente, tal manifesta-se pela deficiente perceção visual, ocorrendo movimentos oculares caóticos e consequentes dificuldades na identificação de letras, ocasionado a perceção de que as letras se estão movendo, impossibilitando a captura e processamento das suas formas e ordem (Zikl e colaboradores, 2015).

1.6.1.4. Teoria cerebelar

A base da teoria cerebelar está no argumento de que o cerebelo das pessoas com PAE-DL apresenta uma ligeira disfunção, o que ocasiona dificuldades cognitivas. Sabemos que o

cerebelo tem uma função relevante no processo de automatização de variadas tarefas motoras (e.g., escrever, ler), pelo que se o seu funcionamento for atípico, haverá uma diminuição desta capacidade de automatização que, por sua vez, afetaria a aprendizagem da correspondência fonema-grafema. Acresce que a compreensão da leitura requer o reconhecimento das palavras e seu processamento de forma automática, e se estiver afetada, essa compreensão não irá ocorrer de forma normativa. Em suma, esta teoria postula que os problemas de pessoas com PAE-DL advêm da dificuldade em automatizar as competências motoras com as cognitivas sendo este, portanto, a disfunção do funcionamento do cerebelo (Saraiva e colaboradores, 2012).

1.6.1.5. Teoria da perturbação do processamento (temporal) auditivo

Segundo esta teoria, há uma dificuldade do sistema auditivo em processar as mudanças do sinal acústico (Saraiva e colaboradores, 2012; Simões & Schochat, 2010; Boscariol, Guimarães, Hage, Cendes, & Guerreiro, 2010). Existem evidências de uma relação entre o processo de aprendizagem da leitura e escrita na PAE-DL e um desempenho fraco em testes auditivos, sugeridas em diversos estudos (e.g., Carter, 2000; Murphy & Schochat, 2009).

1.6.2. Outros fatores como causas da PAE-DL

Como se pôde constatar, não há uma causa exclusiva para a PAE-DL, mas sim uma complexidade etiológica que agrega, além das causas cognitivas já mencionadas, causas linguísticas, genéticas, neurobiológicas, e ambientais.

Sujeitos com PAE-DL evidenciam um problema linguístico na área da sintaxe, manifestando um vocabulário reduzido, menor fluidez nas descrições verbais e uma elaboração sintática (formação de frases) menos complexa. Ainda se verificam falhas na análise sonora das letras ou grafema, o que explica alguns problemas na leitura e escrita, uma vez que o domínio ortográfico completo e uma leitura correta implicam a descodificação (análise) das letras e palavra para que depois haja transformação em sons ou num código que se assemelhe à fala - codificação. Em termos de processamento verbal, são capazes de compreender e utilizar a linguagem, pelo que o problema reside na codificação fonológica (fonética verbal), uma vez que há uma falha em tarefas de soletração, leitura e escrita, concretamente no momento de transformar letras/palavras num código verbal (Torres & Fernández, 2001).

No campo da genética, e como anteriormente mencionado, há defensores da hereditariedade da PAE-DL, fundamentando esta posição com estudos que revelam que indivíduos com PAE-DL têm um familiar próximo com esta dificuldade (Ozernov-Palchik e colaboradores, 2016; Lockiewicz & Matuszkiewicz, 2016; Ramli, Omar, El Baki, & Surat, 2016). A hereditariedade é estimada a um valor de 60%. A investigação conseguiu ser mais precisa quando mostrou que 20-33% de indivíduos com irmão afetados também são afetados. Com o desenrolar de novas investigações, esta percentagem passou para 54-63% se um dos pais fosse afetado; e para 76-78% se ambos os pais fossem afetados (Harlaar e colaboradores, 2004). Ainda neste campo, tem havido investigações em defesa da ideia de que sujeitos com dislexia desenvolvimental têm anomalias em certos cromossomas, notavelmente no 2, 3, 6 e 15 (Sternberg

& Sternberg, 2012; Cruz, 2009). Apesar do sucesso na caracterização de genes de suscetibilidade à PAE-DL, ainda estamos longe de entender as vias moleculares etiológicas subjacentes ao desenvolvimento da capacidade de leitura e respectivas dificuldades (Mascheretti e colaboradores, 2017).

A neurobiologia permitiu a identificação das áreas cerebrais associadas à PAE-DL: a área esquerda é a responsável pela linguagem e, dentro desta, há outras três mais específicas: (1) região inferior frontal (onde ocorre o processamento dos fonemas - vocalização e articulação das palavras); (2) região parietal-temporal (correspondência fonema-grafema); e (3) região occipital-temporal (que permite o reconhecimento de palavras e uma leitura rápida e automática) (Coelho, 2013). Ora, a par deste conhecimento, foi possível descobrir que na origem da PAE-DL pode estar a dificuldade em aceder a estas áreas, pelo que sujeitos com esta perturbação recorrem mais à área de Broca (área frontal inferior esquerda) e outras zonas do lado direito do cérebro fornecedoras de pistas visuais. Outros estudos neuropsicológicos corroboraram esta hipoativação no córtex temporo-parietal em sujeitos com PAE-DL, quando comparados com amostra normativa; e acrescentaram que outras regiões cerebrais mostram uma ativação atípica, como é o exemplo da região pré-frontal esquerda (ligada à memória de trabalho), os giros temporais médio esquerdo e superior (áreas do processamento da receção da linguagem), bem como as regiões occipito-temporais esquerdas (ligadas à análise visual de letras) (Gabrieli, 2009, *cit. in* Sternberg & Sternberg, 2012). É de salientar que os estudos de índole neurobiológica estão em constante atualização, e são favorecidos pelos avanços tecnológicos que possibilitam a recolha de informação via ressonância magnética, por exemplo, cada vez com mais rigor (Cruz, 2009).

Uma outra causa referida na literatura é a interação com o ambiente. Os fatores externos/ambientais não podem ser separados dos problemas neurológicos pois, por exemplo, a instrução inadequada, as perturbações emocionais, a estimulação pobre na infância, podem causar diferenças no desenvolvimento cognitivo e neurológico que, por sua vez, podem preceder dificuldades severas na leitura (Schirmer e colaboradores, 2004). O estudo de Kirkpatrick, Legrand, Iacono e McGue (2011), concluiu que às dificuldades de leitura se atribui uma influência genética na casa dos 70%, e muito pouca ou nenhuma influência ambiental. Ainda assim, reconheceram existir esta influência. Já Massi e Santana (2011) apontaram maior relevância a este fator quando referiram que a PAE-DL pode não ser justificada apenas por fatores biológicos, mas também por condições restritas da literacia da família e professores, os métodos de alfabetização.

Adotando uma perspetiva social, Massi e Santana (2011) mencionaram que cada indivíduo detém plasticidade e heterogeneidade e, nesse sentido, consideram haver um certo equívoco quando há uma pretensão de incorporar os indivíduos com PAE-DL numa “totalidade homogénea”, os quais devem aprender a escrever seguindo, de maneira estável e previsível, uma organização e cronologia lineares e generalizadas. Desta forma, não aceitam ritmos diferentes na aprendizagem da escrita, pois negam-se-lhes diferenças individuais, culturais e sociais evidenciadas nesse processo. A PAE-DL pode, também, ser resultado da ausência de

estímulo e práticas sociais de literacia (Massi & Santana, 2011), não descurando fatores afetivos, emocionais, sociais e pedagógicos (Amorim & Farias de Oliveira, 2016).

Capítulo 2 - O coping e a resiliência em adultos com PAE-DL

2.1. O conceito de coping

O termo “coping” está incorporado no vocabulário português tal como o “stress”, não obstante há autores que utilizam traduções, como por exemplo, “adaptação”, “confronto” ou “lidar com” (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Colocando o olhar na origem deste conceito, o coping deriva da tradição da psicologia do ego, de inspiração psicanalítica, onde havia um foco nos modos estáveis de lidar com o meio ambiente, por meio dos mecanismos de defesa (Freud, 1933). A partir da década de 60, o coping ganhou grande interesse por parte dos investigadores e da psicologia, maioritariamente devido ao interesse em estudar o facto de os nossos recursos e ações contra a influência do stress poderem contribuir para o bem-estar (Herrera, Chau, Calderón, Krenke, & Pérez, 2016), mas só na década de 70 passou a ser visto como processo consciente e reativo a acontecimentos negativos/stressantes (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A proposta clássica de Lazarus e Folkman (1984) explica que o coping é um conjunto de esforços comportamentais e cognitivos, em constante mudança, cujo objetivo é a gestão das exigências internas e externas específicas que ultrapassam os recursos pessoais. Este conceito está ligado ao de stress, por se considerar uma resposta a este (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Stress é entendido como uma resposta fisiológica ou psicológica a exigências ou stressores internos/externos (APA, 2015). Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis (1986) acrescentaram que o mediador entre eventos geradores de stress e o *status* adaptativo (e.g., saúde física e psicológica) poderá ser o processo de coping.

Na literatura, diversos investigadores abordaram várias características definidoras do conceito de coping. Lazarus, DeLongis, Folkman, e Gruen (1985) estipularam que um coping adequado é aquele que orienta para um ajustamento adequado/adaptado (entenda-se ajustamento adaptado como gerador de bem-estar, saúde somática e funcionamento social); porém, a ideia de coping “bom ou mau” depende de diversos fatores (e.g., pessoa, objetivos, resultados procurados, preocupações) e, por isso, deve haver prudência na avaliação desse processo. Pais Ribeiro & Rodrigues (2004) alertaram para a existência de uma ênfase no processo ao invés de no resultado, fazendo uso do conceito “gerir” precisamente para evitar a noção de coping como sinónimo de sucesso, pois o coping pode não gerar sucesso. Já Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis e Gruen (1986) aditam que o coping congrega três aspetos de elevada relevância, a saber: é um *processo orientado*, focando o que a pessoa pensa e faz quando se depara com uma situação stressora; *contextual*, na medida em que é influenciado pela avaliação pessoal que cada indivíduo faz acerca das exigências que geram stress e dos recursos para geri-las; e, por último, o coping definido como *esforços pessoais* para gerir as demandas, independentemente de obter sucesso ou não.

O coping é considerado o preditor mais potente da adaptação psicossocial a doenças crónicas ou outras incapacidades/dificuldades. Na literatura, este construto tem sido estudado face ao seu papel fulcral no ajustamento a experiências de vida adversas (Yuan, Zhang, & Li, 2017).

2.1.1. Estilos de coping *versus* estratégias de coping

Embora Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) defendessem que a distinção entre coping e estratégias de coping não seja totalmente consensual, consideram fulcral esta divisão. De uma forma geral distinguiram que os estilos de coping estão ligados a características personalísticas ou a resultados do coping; já as estratégias de coping dizem respeito a ações tanto cognitivas como comportamentais levadas a cabo no decorrer de uma situação geradora de stress. Contudo, apesar desta separação de conceitos, ambos se relacionam uma vez que os estilos de coping podem ter influência na extensão das estratégias de coping selecionadas.

Cravinho e Barros da Cunha (2015) definiram “estratégia de coping” como uma forma que os indivíduos encontram para lidar com a adversidade ou com um evento estressante. Por seu lado, Pais Ribeiro & Rodrigues (2004), sustentaram que ao uso repetido de determinadas estratégias de coping atribui-se o nome de “estilo de coping”. Também Carver e colaboradores (1989) apontaram para a existência de estilos de coping, justificando esta posição pelo facto de as pessoas enfrentarem cada situação com um repertório de estratégias relativamente fixas ao longo do tempo e das circunstâncias. Dinis, Gouveia e Duarte (2011) corroboraram esta distinção, na medida em que o coping pode ser estudado como abordagem específica à situação ou como abordagem disposicional mais ligada a traços personalísticos, cujo interesse é perceber os padrões ou estilos de coping habitualmente manifestados pelas pessoas.

Ao longo do tempo, vários estudos (e.g., Pereira & Branco, 2016; Bertamoni, Ebert & Dornelles, 2013; Chang, 2012; Baker & Berenbaum, 2007; Heppner, Cook, Wright, & Johnson, 1995; Carver e colaboradores, 1989; Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988) têm feito referência a dois tipos gerais de coping: coping focado no problema e coping focado na emoção. O primeiro estilo de coping está direcionado à resolução de problemas que causam *distress* emocional [entenda-se *distress* como uma resposta negativa ao stress, que pode envolver emoções negativas e reatividade fisiológica acarretando sérios riscos para a saúde física e psicológica de um indivíduo que está subjugado por exigências que ultrapassam os seus recursos (APA, 2015)] ou ao fazer algo para alterar a fonte de stress (e.g., resolução de problemas, suporte social, procura de informação sobre a doença, planeamento, ...). O segundo tipo visa reduzir ou gerir o sofrimento emocional ligado à situação (e.g., negação; fuga; ventilação emocional, estratégias de distração, relaxamento, reinterpretação positiva de eventos, procura de apoio social, ...) (Zhou, Li, Li, Wang, & Zhao, 2017; Pereira & Branco, 2016; Mullis & Chapman, 2000; Carver e colaboradores, 1989). Perante uma situação de stress é comum evocar os dois tipos de coping, contudo o coping focado no problema é o predominante quando o sujeito percebe que pode fazer algo construtivo como mudar a situação stressante em si; já o coping focado na emoção é predominante quando se percebe que a situação stressora pode

ser suportada, tendo que gerir as emoções negativas advindas dessa situação (funções do coping) (Folkman & Lazarus, 1980, *cit. in* Carver e colaboradores, 1989; O'Brien & DeLongis, 1996).

Outros autores defendem que gerir com sucesso o stress não envolve apenas estes dois estilos de coping, sendo necessário também manter, regular ou preservar relações interpessoais durante os períodos de stress. Assim sendo, acrescentam o *estilo de coping focado na relação*, cujo sentido remete para esforços destinados à proteção de relações sociais aquando de períodos stressantes particularmente quando ocorrem em contextos interpessoais. O coping focado na relação pode patentear estratégias positivas (e.g., empatia, provisão de apoio, compromisso) e negativas (e.g., confrontar, ignorar, culpabilizar) (O'Brien & DeLongis, 1996). Em 2000, Mullis e Chapman referiram mais um estilo de coping - coping focado na cognição - que visa incorporar uma procura de suporte profissional ou espiritual.

Pode-se encontrar termos diferentes que digam respeito ao mesmo estilo de coping. Por exemplo, Carver e colaboradores (1989) utilizaram o termo “coping ativo” que equivale ao “coping focado no problema”, definido por Lazarus e Folkman. Dentro da categoria “coping ativo” os autores englobaram várias formas de coping, a saber: *planeamento* (pensar sobre como lidar com uma situação stressante, elaborar estratégias de ação, identificar medidas a tomar e pensar sobre qual é a melhor forma de lidar com o problema); *supressão de atividades concorrentes* (suprimir o envolvimento em atividade concorrentes a fim de não se distrair e focar-se apenas e plenamente no desafio/stressor); *coping de contenção* (esperar até que chegue a oportunidade apropriada para agir, garantindo que não se age precocemente); *procura de suporte social por razões instrumentais* (procura de aconselhamento, informação, assistência).

Relativamente ao coping focado na emoção, Carver e colaboradores (1989) fizeram outras distinções: *procura de suporte social por razões emocionais* (procura de apoio moral, simpatia, compreensão); *ventilação emocional* (concentrar-se na angústia/perturbação de forma a ventilar essas emoções); *reinterpretação positiva* (lidar com as emoções angustiantes e interpretar o evento positivamente); *negação* (negar a realidade); *aceitação* (aceitar a situação e aceitar que pode não ter estratégias de coping); *mudança para a religião* (recorrer à religião como fonte de apoio emocional, como veículo para a reinterpretação positiva e crescimento pessoal). Estas e outras estratégias de coping, conjugadas com o modelo de coping de Lazarus e Folkman (1984) e com *Model of behavioral self-regulation* de Carver and Scheier (1981) deram origem à construção de um questionário que avalia o coping - o Inventário COPE - destes mesmos autores (Carver, 1997), analisado (a versão breve) na secção “3.1.3. Instrumentos”, visto ser um dos instrumentos de recolha de dados para o presente estudo.

Durante o século 20, emergiu uma diversidade de teorias que explicam o processo do coping, predominantemente advindas de duas tradições distintas - da psicologia cognitiva e da psicodinâmica. Os modelos psicodinâmicos do coping realçam o papel das defesas do ego e determinam uma hierarquia de respostas de coping primitivas. Já as teorias cognitivas

distinguem-se pelo destaque nos processos cognitivos, vistos como intermediários entre o estímulo stressor e as respostas emocionais e comportamentais dos indivíduos.

Apresenta-se em primeiro lugar a teoria de Lazarus e Folkman (1984), pois além de ter sido parte da base de criação do Questionário COPE, utilizado na recolha de dados do presente estudo, é a teoria mais proeminente de entre as teorias cognitivas do coping.

a) Lazarus and Folkman's Theory of Coping

A Teoria do Stress e do Coping foi desenvolvida por Folkman e Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984) e elucida a relação entre cognição, coping, emoção e ajustamento pessoa-ambiente (Radnitz & Tiersky, 2007). Esta teoria foi alvo de estudo ao longo de vários anos (e.g., Lazarus & DeLongis, 1983; Lazarus & Folkman, 1984) e enfatiza a existência de dois processos - avaliação cognitiva e coping - como mediadores das relações stressantes pessoa-ambiente, bem como dos respetivos resultados imediatos e de longo prazo. Define-se avaliação cognitiva como um processo pelo qual o indivíduo avalia se um determinado encontro com o ambiente é relevante para o seu bem-estar e, em caso afirmativo, avalia de que forma o é. Esta avaliação cognitiva subdivide-se em dois tipos: avaliação primária («*primary appraisal*») e secundária («*secondary appraisal*»). Na primária, o indivíduo faz uma avaliação sobre a possibilidade de haver ou não algo em jogo num determinado encontro, isto é, analisar se poderá haver, por exemplo, algum potencial prejuízo ou benefício para a sua autoestima. Já na secundária é feita uma avaliação sobre o que pode ser feito para prevenir ou superar possíveis prejuízos ou para incrementar benefícios. Seguindo esta ordem de ideias, denota-se então uma avaliação de opções de coping (e.g., aceitar a situação; alterar; procurar mais informação) no sentido de impedir a ação impulsiva ou contraproducente. Ambas estas avaliações (primária e secundária) convergem na medida em que vão determinar se a transação entre o indivíduo e o ambiente é ou não significativa para o seu bem-estar. No caso de ser significativa, é analisada a possibilidade de ser ameaçador (e.g., dano ou perda) ou desafiante (mantendo a possibilidade de benefício ou domínio) (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986).

Nesta perspetiva o coping é visto como uma mudança constante dos esforços comportamentais e cognitivos do indivíduo, cujo objetivo é gerir (reduzir, minimizar, dominar ou tolerar) exigências internas e/ou externas advindas da transação indivíduo-meio, avaliadas como excedendo os seus próprios recursos (Folkman e colaboradores, 1986; Lazarus & Folkman, 1984, *cit. in* Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

Esta teoria defende, então, um carácter transaccional, visando incorporar a pessoa e o ambiente como algo mutualmente recíproco, dinâmico e numa relação bidirecional (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

b) Motivational Theory of Coping

De acordo com a Teoria Motivacional do Coping («*Motivational Coping Theory*») e com realce no conceito de autorregulação, o coping é encarado como algo desencadeado por uma

experiência percebida pelo indivíduo como ameaça/desafio às suas necessidades psicológicas básicas (e.g., necessidades de relacionamento, de competência, de autonomia) (Skinner & Wellborn, 1994, *cit. in* Ramos, Enumo & Pereira de Paula, 2015). Estas necessidades são vistas como inatas e de foro evolutivo-adaptativo, baseadas no *Modelo Motivacional* de Deci e Ryan (1985). Assim sendo, o coping, segundo esta perspectiva, é o esforço individual cujo intuito é o de manter, restaurar ou reparar essas necessidades. Pressupõe-se, também, uma avaliação cognitiva (de dano, ameaça ou desafio) da situação stressante. Este dano está inerente um prejuízo ou uma perda já ocorridos; a ameaça a uma antecipação de dano; e ao desafio à percepção de domínio face à situação (Lazarus & Folkman, 1984, *cit. in* Ramos, Enumo, & Pereira de Paula, 2015). Partindo desta conceitualização, da complexidade do processo de coping e sua infinidade de categorias, os autores da *Teoria Motivacional do Coping*, sugeriram um sistema hierárquico e estrutural, de forma a organizar cada categoria. Nesta hierarquia há uma relação entre as respostas de coping, as estratégias de coping e o processo adaptativo. Este sistema incorpora categorias amplas de coping, organizadas em estratégias segundo a emoção, a orientação motivacional e a funcionalidade (Cravinho & Barros da Cunha, 2015; Ramos e colaboradores, 2015). Em termos gerais, este sistema hierárquico organiza-se da seguinte forma: na sua base estão os comportamentos de coping (o que o indivíduo faz ou pensa como resposta ao lidar com situações stressantes); acima estão as estratégias de coping; no nível mais elevado encontram-se as “famílias” de coping (entenda-se classificações das estratégias de coping, com ligações aos processos adaptativos) (Ramos e colaboradores, 2015; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003)

Todos os “membros” da mesma “família” apresentam uma avaliação típica e um padrão de comportamento, emoção e orientação tendencial em comum. No seu total são 12 famílias com diversas estratégias de coping. Segundo este sistema, cada uma delas está relacionada com uma das necessidades acima referidas, a um tipo de processo adaptativo e à avaliação do do stressor como ameaça/desafio. Podem ser agrupadas em três conjuntos: o primeiro orienta-se para o desafio ou ameaça ao relacionamento; o segundo remete para o desafio/ameaça às competências; o último associa-se à autonomia. A cada família está inerente um determinado desfecho, seja ele positivo ou negativo (entenda-se desfecho como se referindo às consequências para a saúde física e mental): as primeiras seis famílias (autoconfiança, procura de suporte, resolução de problemas, procura de informações, acomodação e negociação) ligam-se a um potencial desfecho positivo/desenvolvimental; as outras seis (delegação, isolamento, desamparo, fuga, submissão e oposição) ligam-se a um desfecho negativo, que presumivelmente resultaria em danos para a saúde (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner e colaboradores, 2003; Ramos e colaboradores, 2015). Além disto, ainda podem ser analisadas de acordo com a sua orientação motivacional (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Ramos e colaboradores, 2015).

Apesar de poder haver desfecho negativo e sem resolução imediata do problema, esta teoria defende que todas as estratégias de coping devem ser sempre consideradas adaptativas

no sentido em que em todas está subjacente uma ação regulatória (Cravinho & Barros da Cunha, 2015).

c) *Coping Styles Theory*

Esta teoria oferece uma estrutura para a compreensão da variação individual em termos de cognição e comportamento. Esta variação é parte de um conjunto de traços de coping adaptativo para lidar com as mudanças no ambiente, correlacionados com a variância dos indivíduos num eixo pró-ativo-reativo. Neste *continuum*, indivíduos pró-ativos caracterizam-se por serem exploratórios, corajosos e agressivos; já os reativos, por outro lado, são stressados, tímidos e mais “lentos”, mas depois respondem rapidamente às mudanças ambientais (Bensky, Paitz, Pereira, & Bell, 2017)

d) *Haan's Model of Coping, Defense and Fragmentation*

O autor Norma Haan (1969) estudou as formas de ajustamento do ser humano e propôs um modelo tripartido dos processos do ego, que inclui coping, defesa e fragmentação. Segundo este modelo, os processos do ego são uma estratégia básica que pode ser utilizada para a resolução de problemas, ajudando, em última análise, a manter um senso do *self* e uma conexão realista com o meio ambiente. Na sua perspectiva, o coping é uma tentativa de superar dificuldades; a defesa um método de adaptação/auto-proteção; e a fragmentação uma “falha” adaptativa. Em casos de extremo stress, um indivíduo pode apresentar uma manutenção da autoconsciência precária, o que poderá levar à fragmentação. O autor defende a posição de que os indivíduos constroem uma resposta ao ambiente, em vez da noção de “reação” ao mesmo e, a par da maturação cognitiva, são capazes de responder ao stress interno/externo de formas cada vez mais sofisticadas e adaptativas. Assim sendo, conclui que o coping torna-se no meio de adaptação mais predominante, pelo que o adulto pode controlar o seu comportamento e lidar com as consequências (Radnitz & Tiersky, 2007).

2.1.2. O coping e as diferenças individuais

Carver e colaboradores (1989) mostraram interesse por aspetos controversos do coping, como por exemplo: o coping é visto como um processo dinâmico que se altera no tempo todavia, segundo esta perspectiva, a noção de estilo de coping seria algo contraproducente na medida em que as pessoas usariam formas estereotipadas de coping ao invés de escolher/adaptar a sua resposta às diferentes situações. Os autores defenderam que o coping é um processo individual que apresenta diferenças de indivíduo para indivíduo e explicam estas diferenças de duas formas distintas.

Primeiramente, defende-se a existência de estilos ou disposições que as pessoas trazem consigo para enfrentar as situações stressoras com que se deparam. Segundo esta noção, as pessoas não abordam cada contexto de coping como novo, mas trazem um conjunto preferencial de estratégias de coping, que subsiste relativamente fixo ao longo do tempo e dos contextos. Ora, assim as pessoas adotam estratégias de coping baseadas nas suas experiências

anteriores. Os autores citados também explicam que esta ideia de estilos de coping estáveis (coping do tipo traço) pode ser um tanto controversa. Esta controvérsia pode ser percebida no seguinte exemplo: o indivíduo pode ficar bloqueado no modo de responder ao stress, em vez de ter liberdade para a flexibilidade das respostas de coping na diversidade das circunstâncias. Portanto, o coping deve ser visto como um processo dinâmico que pode mudar na sua natureza conforme a situação geradora de stress Carver e colaboradores (1989).

A segunda forma remete para a personalidade. Surgem argumentos a favor do facto de que as formas preferenciais de coping derivam de dimensões da personalidade. Por outras palavras, determinados traços personalísticos predispõem as pessoas para lidar de determinada forma na gestão de situações adversas (Carver e colaboradores 1989). Esta ideia está relacionada com as abordagens disposicionais muito ligadas à teoria do traço (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Porém, Carver e colaboradores (1989) esclarecem que esta posição foi considerada nula, especificamente na pesquisa de Cohen e Lazarus (1973), que concluíram não haver suporte para esta hipótese.

As pessoas respondem (com estratégias de coping) a diferentes eventos stressantes de diferentes maneiras, dependendo do evento em si e das escolhas das estratégias (Bonanno & Burton, 2013), bem como dependendo de fatores sócio-demográficos (e.g., educação, nível socio-económico), personalísticos e contextuais (Holahan & Moos, 1987).

2.2. O conceito de resiliência

A resiliência é um construto que começou a ser alvo de estudo pela comunidade de investigadores nas décadas de 70 e 80, concretamente nos Estados Unidos e Inglaterra (Rutter, 1986; Rozemberg, Avanci, Schenker & Pires, 2014; Cretney, 2014).

Este construto é estudado por diversas áreas tais como a física e a engenharia, que o perspetivam como capacidade de um material suportar um impacto, e voltar à sua forma original sem ficar deformado. De facto, se atendermos à etimologia do conceito, este advém do latim “*resilire*” que significa retornar ao que era, ou seja, voltar atrás (Brandão, Mahfoud, & Gianordoli-Nascimento, 2011).

Já na área da psicopatologia faz-se referência à heterogeneidade de padrões de resposta perante fatores geradores de stress, tais como doenças, dificuldades socioeconómicas, psicopatologias parentais. Na psicologia, a resiliência começou a ser foco do psicólogos do desenvolvimento que começaram a estudar diversas possibilidades de desenvolvimento de crianças consideradas em risco (entenda-se pelo facto de viverem expostas a adversidades (Fontes & Neri, 2015). Este início de estudos foi, pois, impulsionado pela necessidade de compreender o porquê de algumas pessoas conseguirem permanecer “saudáveis”, apesar de terem de enfrentar situações adversas na vida (Rozemberg e colaboradores, 2014), escaparem aos efeitos nocivos da adversidade severa e, ainda assim, lidarem bem com isso, inclusive prosperarem (Masten, 2014). Investigadores chamaram a esse fenómeno de invulnerabilidades, que mais tarde foi substituído pelo de resiliência (Brandão e colaboradores, 2011).

As primeiras investigações estudaram, também, os fatores de risco e proteção que pudessem influenciar o desenvolvimento de jovens. Podemos referir este impulsionar como a primeira geração de estudos da resiliência (Rozemberg e colaboradores, 2014). Tais fatores de proteção que a resiliência apresenta são recursos que os indivíduos detêm que lhes permite “amortecer” o impacto negativo do stress, revertendo a predição de resultados negativos (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013). Estes fatores protetores podem ser o humor positivo, ritmo biológico estável, rede de suporte social, empatia, autoestima, motivação para a realização, sentimento de autossuficiência, baixa desesperança, autonomia nas ações, orientação para a resolução de problemas (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

Já numa segunda geração de estudos, iniciada a partir dos anos 90, o foco foi direcionado para a adaptação positiva das pessoas. Nesta nova geração os investigadores surge o modelo ecológico-transaccional, onde há influências do ambiente, da família, da comunidade e da própria cultura (Rutter, 1987, *cit. in* Rozemberg e colaboradores, 2014); e assim entende-se que o indivíduo está imerso numa ecologia determinada por diferentes níveis de interação (nível individual, familiar e comunitário) que exercem uma influência direta (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

A literatura refere que a definição de resiliência pode ser classificada em quatro categorias: as definições que relacionam este fenómeno com a noção de adaptabilidade; as que incluem o conceito de capacidade ou habilidade; as que reúnem fatores internos e externos; e a que encaram a resiliência como adaptação e processo (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013). Neste seguimento de investigações, outras definições surgiram e, por exemplo, Fontes e Neri (2015) referiram-se à resiliência como um padrão de funcionamento adaptativo face a riscos biológicos, psicológicos ou socioeconómicos, que abarca recursos psicológicos para superar estas adversidades e recuperar com níveis normais de funcionamento e desenvolvimento. A resiliência pode ser vista como a capacidade de um sistema dinâmico se adaptar com sucesso a perturbações que ameaçam a função do mesmo, a sua viabilidade ou desenvolvimento (Masten, 2014), encarando as adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou fontes significativas de stress (e.g., problemas familiares, problemas de saúde graves) (American Psychological Association, 2016; Mebarki, 2017).

Ser resiliente não significa não experimentar dificuldades ou *distress*, pelo contrário, é comum encontrar, em indivíduos resilientes, dor emocional e tristeza; e já terem passado por adversidades nas suas vidas. É uma característica que envolve comportamentos, pensamentos e ações que podem ser aprendidos e/ou desenvolvidos por qualquer indivíduo (American Psychological Association, 2016). Complementando esta perspetiva, os autores Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick e Yehuda (2014) mencionaram que a resiliência não é algo estático e, portanto, pode mudar ao longo do tempo, decorrente do desenvolvimento e da interação com o meio ambiente. Taormina (2015) também se referiu à influência de fatores ambientais e externos ao indivíduo (e.g., suporte social). A autora acrescentou que este conceito tem sido largamente estudado em crianças, mas que pode ser dado como uma

característica que perdura no tempo e, por isso, merece ser estudada no contexto de indivíduos adultos.

A resiliência apresenta uma função essencial na mediação da relação entre stress psicológico e saúde mental, pelo que se considera ser multidimensional, congregando características complexas e uma multiplicidade de fatores de proteção (Zhang e colaboradores, 2017); e multifacetada na medida em que se refere à determinação de sobreviver, de estar preparado e determinado para suportar grandes dificuldades, de se adaptar a condições de mudança, recuperar de adversidades (Taormina, 2015).

Os autores Tusaie e Dyer (2004) apontaram algumas considerações que retiraram do seu estudo de revisão histórica deste conceito: (1) caráter dinâmico e interativo e a (2) complexidade do construto que requer uma visão holística. Para eles, o (1) caráter dinâmico e interativo traduz-se na ideia de haver interação entre padrões de resposta de coping, características da personalidade, suporte social e reatividade biológica (genética) com a avaliação individual de estímulos para efetuar respostas neuroendócrinas e imunes que influenciam a resiliência e a saúde. Ainda há necessidade de explorar melhor esta interação.

No que concerne à (2) visão holística, aludem que a manifestação da resiliência é afetada pelo contexto, não apenas o imediato, mas sim contextos maiores em termos de idade, história familiar, classe social, cultura, género (Tusaie & Dyer, 2004).

A resiliência pode ser influenciada por fatores psicossociais, como a idade, o nível educativo, o que sugere que quanto mais idade e educação, maior o nível de resiliência. Além destes fatores, atualmente a resiliência tem sido associada a características personalísticas (e.g., traço de personalidade associado ao escrúpulo, baixo neuroticismo, flexibilidade psicológica, visão otimista das experiências e da vida, habilidade de estar alerta e com autonomia, proatividade, temperamento fácil, humor, motivação e entusiasmo), fatores neurobiológicos ou de caráter epigenético, que promovem um maior ou menor nível de resiliência (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014; García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

Todas as características da resiliência aqui expostas podem ser reunidas e organizadas em torno de três modelos propostos com o intuito de descrever o mecanismo pelo qual os fatores das pessoas alteram a trajetória de risco de exposição a consequências negativas, a saber: (1) modelo compensatório; (2) modelo de proteção; e (3) modelo de inoculação. O (1) modelo compensatório sustenta que os fatores de promotivos (i.e., recursos) podem contrariar os resultados adversos; o (2) modelo de proteção assenta na ideia de que tais fatores podem moderar ou reduzir os efeitos negativos da exposição à adversidade; e o (3) modelo de inoculação sugere que o indivíduo que tenha sido exposto a níveis baixos de risco anteriormente, ao ser exposto posteriormente a um risco pode trazer um menor nível de consequências negativas, logo uma exposição anterior pode proporcionar o efeito de inoculação (Wang & Zhang, 2015).

Podemos considerar que indivíduos adultos resilientes são aqueles que vivem (ou desenvolvem-se) segundo princípios significativos. São indivíduos capazes de, ativamente, resolver problemas, encontrar um significado positivo até em situações adversas, bem como,

perante situações geradores de *distress* serem capazes de crescer (crescimento pessoal) (Southwick, Sippel, Krystal, Charney, Mayes & Pietrzak, 2016). Complementarmente, Connor e Davidson (2003), citando vários autores (e.g., Kobasa, 1979; Ruter, 1985; Lyons, 1991) reuniram um conjunto de características definidoras de pessoas resilientes, baseados em diversos estudos, tais como: o conceito de *hardiness*; compromisso; mudança como desafio; desenvolvimentos de estratégias com objetivos claros; orientação para a ação; elevada autoestima/confiança; adaptabilidade; habilidades de resolução de problemas; uso de humor para fazer face ao stress; experiências prévias de sucesso; assumir responsabilidades; relações de vinculação segura; entre outras. Estas e outras características foram impulsionadoras da criação de uma medida psicológica da resiliência - *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) - utilizada no presente estudo, cujas características serão apresentadas na secção “3.1.3. Instrumentos”.

2.3. Estratégias de coping: quais as preditoras de elevada resiliência?

Apesar do coping e da resiliência serem construtos dissemelhantes, focam-se nas respostas ao stress e estão relacionados. Como já acima explicado, o coping visa incorporar um conjunto de habilidades/estratégias comportamentais e cognitivas no sentido de gerir as exigências das situações geradoras de stress, cujo resultado pode, ou não, ser positivo (Folkman & Moskowitz, 2004 *cit. in* Stratta e colaboradores, 2015; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Já a resiliência está mais direcionada para os resultados adaptativos/positivos face à adversidade, sendo indicativa de um resultado bem-sucedido na aplicação dessas mesmas habilidades (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001 *cit. in* Stratta e colaboradores, 2015; Connor & Davidson, 2003).

Diversas investigações debruçaram-se sobre o estudo do coping e da resiliência, demonstrando ligação entre as duas. Esta ligação é revelada pela necessidade de implementar estratégias de coping para desenvolver resiliência (e.g., Everet, Marks, & Clarke-Mitchell, 2016; Rooke & Pereira-Silva, 2016; Stratta e colaboradores, 2015; Pereira & Branco, 2016). Por exemplo, o estudo levado a cabo por Stratta e colaboradores (2015) concluiu que há relação direta entre estilos de coping positivos e emocionais e a resiliência. Outro estudo (Rooke & Pereira-Silva, 2016), cuja amostra foi constituída por cinco famílias, concluiu que o uso de estratégias de coping positivas/eficazes pode potencializar a resiliência no seio familiar. A estratégia de coping mais usada nestas famílias foi a reavaliação positiva, e a menos usada foi a fuga. Carver e colaboradores (1989) afirmaram que, por exemplo, a estratégia de coping “negação” pode criar problemas adicionais, tornando a situação mais grave e difícil em termos de resolução. Já a “aceitação” é vista como uma estratégia de coping funcional.

Também é possível encontrar, na literatura, estudos que concluíram que o uso de estratégias de coping ineficazes estava negativamente associado ao bem-estar individual e familiar, bem como o uso de estratégias de coping de fuga estavam significativamente correlacionadas com a depressão e ansiedade (Rooke & Pereira-Silva, 2016).

2.4. Coping e resiliência na PAE-DL

Muitos estudos se referem à PAE-DL como um problema que acarreta um impacto negativo na vida destes indivíduos, como por exemplo, desistir da carreira acadêmica. Em contraste, atualmente já existem investigações que se debruçaram na ideia de que a PAE-DL não é impedimento para o sucesso na vida (Moojen e colaboradores, 2016). Apesar de haver uma visão da PAE-DL como “*dificuldade de aprendizagem*”, certos autores preferem o termo “*diferença de aprendizagem*”, uma vez que o conceito de “*dificuldade*” foca-se nas fraquezas e envolve uma conotação negativa que pode levar à falta de confiança por parte dos indivíduos com PAE-DL (Rolka & Silverman, 2015). Esta perspectiva suscita um olhar mais positivo sobre a PAE-DL e traz à tona estudos que mostram como a implementação de determinadas estratégias de coping pode aumentar o nível de resiliência nesta população e, conseqüentemente, levar uma vida com sucesso.

Numa revisão sistemática da literatura, Joost de Beer, Engels, Heerkens e Klink (2014), identificaram que o contexto laboral pode afetar vários domínios do funcionamento de forma negativa, o que perfaz um maior impacto em indivíduos com PAE-DL. Para superar a influência negativa deste impacto, os autores referiram que estes indivíduos adotam formas de adaptação, compensação e coping. Acresce que tais formas de superação podem ser aprendidas ao longo da vida.

Carroll e Iles (2006) defenderam, no seu estudo, que indivíduos com PAE-DL podem apresentar extrema dificuldade em lidar com as exigências do sistema educacional, todavia desenvolvem estratégias de coping para superar essas dificuldades.

Burns e colaboradores (2013) estudaram a resiliência como uma construção baseada em estratégias de coping e recursos. Os participantes deste estudo (professores), perante diversas situações desafiantes que encontraram no seu ambiente laboral, como resultado da PAE-DL, responderam com estratégias específicas. Das entrevistas narrativas utilizadas neste estudo os autores puderam identificar especificamente essas estratégias: maioria delas foram baseadas em estratégias multissensoriais (e.g., técnicas de visualização, mnemónicas e estratégias de planeamento e organização). Alguns exemplos concretos foram os seguintes: em vez de escrever as palavras completas no quadro de sala de aula, optavam por usar figuras, desenhos, acrónimos para ilustrar o tópico em discussão; na supervisão de uma tese uma professora relatou que a sua estratégia foi utilizar as cores como códigos como forma de fornecer *feedback* ao aluno (a cor laranja significava comentários, verde eram as sugestões, vermelho as partes do texto que precisavam ser reescritas); outro participante relatou que usava técnicas visuais para se lembrar dos conteúdos que estava a ensinar aos alunos, como por exemplo, uma imagem na parede, criando esses “mapas” na sua memória. Em suma, o estudo concluiu que lidar com a PAE-DL num contexto educacional está diretamente ligado à conceção de resiliência do professor. Esta conceção de resiliência é vista como processo complexo que visa incorporar recursos pessoais e contextuais. Desta forma, perceberam que as estratégias de coping que permitem construir a resiliência são um fator promotor do sucesso na população em questão.

Na população de estudantes universitários, Ghisi e colaboradores (2016) compararam estudantes universitários com PAE-DL com um grupo de controlo e concluíram que, apesar de o primeiro grupo ter manifestado mais queixas somáticas, problemas sociais, menor auto-estima, entre outros problemas, nas pontuações relativas à resiliência os dois grupos pontuaram de igual forma. Estes mesmos autores fizeram referência a um outro estudo onde participaram jovens adultos com PAE-DL. Aqueles que foram diagnosticados mais tarde (na idade adulta), revelaram afetos negativos, sentido de incompetência e vergonha; já 48% desta amostra, diagnosticada na infância, não reportou quaisquer problemas, o que faz perceber que se tornaram capazes de lidar com a PAE-DL, remetendo para a questão do coping.

Pino e Mortari (2014) estudaram, numa revisão da literatura, as estratégias de coping adotadas também por estudantes do ensino superior com a perturbação em questão. Identificaram quatro temas: (1) habilidades de estudo; (2) estratégias compensatórias; (3) ajuda da família, amigos ou colegas; (4) habilidades metacognitivas e meta-afetivas. Para cada um destes temas descreveram as estratégias de coping. Para fazer face às dificuldades nas (1) habilidades de estudo (escrita de textos, leitura lenta, copiar frases de livros, ...) os estudantes implementaram as seguintes estratégias: aceder a materiais de múltiplos formatos (visual e oral); estudar através do uso de técnicas visuais (e.g., mapas conceptuais, códigos de cores) que melhoram a memória e uso de técnicas orais (e.g., falar sobre a matéria/conteúdos aprendidos com colegas em vez de escrever apontamentos). De entre as (2) estratégias compensatórias, destacaram-se: receber cópias de apontamentos dos professores, o download e impressão das apresentações em *PowerPoint* antes das aulas (que permite tirar apontamentos já nas folhas impressas, poupando o movimento do olhar entre a projeção do professor e o caderno) e gravação das aulas. Quanto à (3) ajuda dos outros, colocou-se a ênfase em pedir anotações de colegas. As (4) habilidades metacognitivas abrangeram estratégias de auto-organização (e.g., gestão do tempo, uso de diagramas, selecionar o período e espaço onde sabem que são mais produtivos e que podem maximizar a aprendizagem). As habilidades meta-afetivas visaram conhecer as suas próprias habilidades, pontos fracos e estilos de aprendizagem favoritos, compreender as suas respostas emocionais, etc (Pino & Mortari, 2014).

Outras investigações também sustentam a ideia de que sujeitos com PAE-DL, apesar de se depararem com mais dificuldades do que sujeitos normativos (no contexto académico ou profissional), manifestam estratégias de coping que os permite superá-las (e.g., Jordan, McGladdery & Dyer, 2014; Singer, 2007).

Estudos referentes à PAE-DL, dizem respeito a populações de estudantes do ensino superior (Pino & Mortari, 2014) professores (ou professores estagiários) (Burns e colaboradores, 2013; Glazzard & Dale, 2013), empresários (Logan, 2009), população geral, entre outros e mostraram que as estratégias levadas a cabo permitiram estes sujeitos superarem as suas dificuldades e atingirem o sucesso na sua vida. Esta conclusão leva a crer que sujeitos com PAE-DL são capazes de desenvolver estratégias de coping adequadas à superação das dificuldades advindas da sua condição, permitindo obter sucesso na sua vida e aumentar os seus níveis de resiliência (Haft, Myers & Hoeft, 2016). Os facto de estas pessoa terem de aprender com

métodos convencionais, permiti-lhes estimular a criatividade e desenvolver habilidades para lidar com os seus problemas/dificuldades (Alves de Abreu, 2012). O paradoxo da PAE-DL diz, precisamente, que pessoas com esta perturbação apresentam profundas e persistentes dificuldades em (aprender a) ler, contudo podem ser muito inteligentes (Shaywitz, 1996).

Estas pessoas podem chegar a níveis extraordinários, ao ponto de receberem prémios nobel. Este sucesso pode ser explicado pelo facto de estes indivíduos manifestarem elevado interesse num determinado assunto, o que os leva a lerem muito acerca do mesmo. Assim sendo, concentram-se num universo restrito de palavras e lêem-nas repetidamente, o que lhes permite tornarem-se fluentes. Este interesse específico estimula-os a não evitar as palavras, superando essa dificuldade e comportando-se como leitores sem quaisquer défices (Shaywitz, 2008, *cit. in* Alves de Abreu, 2012).

Capítulo 3 - Estudo empírico

3.1. Procedimento Metodológico

Na etapa que se segue, apresenta-se a metodologia utilizada no estudo, os objetivos e hipóteses postuladas, uma descrição da amostra, as variáveis e os procedimentos de recolha dos dados, bem como os resultados obtidos a partir da análise estatística e respetiva discussão.

3.1.1. Objetivos e hipóteses do estudo

Partindo da literatura, surge uma questão problemática relativamente à temática da PAE-DL: existe muita escassez de estudos realizados em Portugal com população adulta portadora de PAE-DL e, a nível internacional, existem poucos estudos comparativos entre adultos com e sem PAE-DL. Assim sendo, este estudo debruçou-se sobre o estudo de sujeitos com e sem PAE-DL (presença e ausência de PAE-DL como variável independente), essencialmente com duas variáveis dependentes em questão: os estilos de coping e o nível de resiliência. Deste modo, iniciou-se o estudo partindo de algumas questões de investigação, a seguir apresentadas:

1. Adultos portadores de PAE-DL diferem nos estilos de coping comparativamente a adultos sem PAE-DL?
2. O número de anos de estudo tem influência no número de estilos de coping dos dois grupos da amostra?
3. Adultos com PAE-DL apresentam diferenças nas características e nível de resiliência comparativamente a adultos sem PAE-DL?
4. As habilitações literárias têm influência nos níveis de resiliência dos dois grupos da amostra?

Segundo Martins (2011) à definição de um problema e questão de investigação, segue-se, entre outros domínios, a formulação de hipóteses. Tendo em consideração os objetivos delineados, formularam-se, então, as hipóteses deste estudo, a seguir descritas:

H₁ - Existem diferenças estatisticamente significativas nos estilos de coping entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL.

H₂ - Adultos com PAE-DL pontuam mais baixo em estilos de coping desadaptativos e mais alto nos estilos de coping adaptativos do que adultos sem PAE-DL.

H₃ - Adultos com PAE-DL pontuam mais alto em estilos de coping adaptativos do que em estilos de coping desadaptativos.

H₄ - Adultos com PAE-DL implementam mais estilos de coping quando comparados a adultos sem esta perturbação.

H₅ - Há uma correlação positiva entre o número de anos de estudo e o número de estilos de coping do grupo com PAE-DL.

H₆ - Há uma correlação positiva entre o número de anos de estudo e o número de estilos de coping do grupo sem PAE-DL.

H₇ - Adultos com PAE-DL possuem um maior nível de resiliência do que adultos sem PAE-DL.

H₈ - Existem diferenças estatisticamente significativas nas características da resiliência entre o grupo com PAE-DL e o grupo sem PAE-DL.

H₉ - Estilos de coping adaptativos estão positivamente correlacionados com o nível de resiliência no grupo com PA-EDL.

H₁₀ - Estilos de coping desadaptativos estão negativamente correlacionados com o nível de resiliência no grupo com PAE-DL.

H₁₁ - Estilos de coping adaptativos estão positivamente correlacionados com o nível de resiliência no grupo sem PA-EDL.

H₁₂ - Estilos de coping desadaptativos estão negativamente correlacionados com o nível de resiliência no grupo sem PAE-DL.

3.1.2. Procedimentos de recolha de dados e amostra

Relativamente aos procedimentos do presente estudo, foi divulgado um *link online* que remetia para o preenchimento questionário sociodemográfico e dos instrumentos de avaliação, juntamente com uma breve explicação do estudo, questões de confidencialidade e consentimento informado. Para se realizar esta divulgação, foi pedido uma parecer à Ordem dos Psicólogos Portugueses, acerca da legitimação da circulação dos instrumentos via *online*, pelo que se obteve resposta afirmativa.

Além da divulgação deste *link*, dirigimo-nos, estrategicamente, a associações de dislexia portuguesas, existentes nos distritos de Lisboa, Porto e Guarda. Portanto, e segundo Maroco (2007), foi uma amostragem de conveniência, uma vez que os participantes foram selecionados pela disponibilidade para responderem ao questionário.

Para a participação neste estudo, definiram-se alguns critérios de inclusão, que se traduziram no seguinte: ser adulto com idade igual ou superior a 18 anos; ser português (de

naturalidade e nacionalidade) e residir em Portugal. Excluíram-se, portanto, todos os participantes que não preenchiam estes critérios. A amostra contemplou sujeitos com PAE-DL e sujeitos sem PAE-DL de modo a poder-se comparar ambos os grupos. O critério que permitiu identificar os sujeitos com PAE-DL foi a questão presente no questionário sociodemográfico - “*Tem diagnóstico prévio de dislexia?*”

De e uma amostra bruta de 387 participantes (29 sujeitos com PAE-DL e 356 sem PAE-DL), foram excluídos 56 participantes pelos critérios acima mencionados, ficando-se com N=331 (25 sujeitos com PAE-DL e 306 sem PAE-DL). Foram também eliminados 11 participantes que responderam com baixa variância nas suas respostas (i.e., responderam aos instrumentos sempre com o mesmo valor ou com apenas uma resposta diferente), considerando-se como inválidas. Por último, e de modo a equilibrar o número de participantes dos dois grupos, procedeu-se a uma amostragem aleatória, selecionando apenas 30 sujeitos sem PAE-DL. A amostra final deste estudo é de N=55, dos quais 25 (45%) são portadores de PAE-DL e 30 (55%) não portadores. 44 participantes (80%) são do sexo feminino e 11 (20%) do sexo masculino.

Tabela 2
Caraterização das idades dos dois grupos da amostra

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
PAE-DL	25	19	60	29.92	10.92
-PAE-DL	30	21	53	28.07	7.75

Como podemos observar da tabela, a idade dos participantes do grupo com PAE-DL varia entre 19 e 60 anos, tendo uma média de 29.92 e um desvio-padrão de 10.92. Já a idade média do grupo sem PAE-DL é de 28.07 anos ($DP = 7.75$), variando entre 21 e 53.

Como se pode verificar na figura 1, no que respeita às habilitações literárias dos participantes, o grupo com PAE-DL tem 13 participantes (52%) que frequentaram até ao ensino secundário, 1 (4%) possui licenciatura pré-bolonha, 8 (32%) que possuem licenciatura pós-bolonha, 1 (4%) com mestrado pré-bolonha e 2 (8%) com doutoramento. Para o grupo sem PAE-DL verificou-se que haviam 3 participantes (10%) que frequentaram até ao ensino básico, 5 (16,7%) possuíam formação até ao ensino secundário, 3 (10%) com licenciatura pré-bolonha, 14 (46,7%) com licenciatura pós-bolonha, 2 (6,7%) com mestrado pré-bolonha e 3 (10%) com mestrado pós-bolonha.

Outra caraterística definidora da amostra deste estudo é a sua profissão, pelo que grande parte dos sujeitos com PAE-DL é estudante do ensino superior: 10 participantes (40%) do grupo com PAE-DL e 12 (40%) do grupo sem PAE-DL; na sua maioria possuem profissões com requisito de curso superior, o que é similar ao grupo normativo (e.g., Psicologia, Sociologia, Enfermagem), como se pode ver nas figuras 2 e 3.

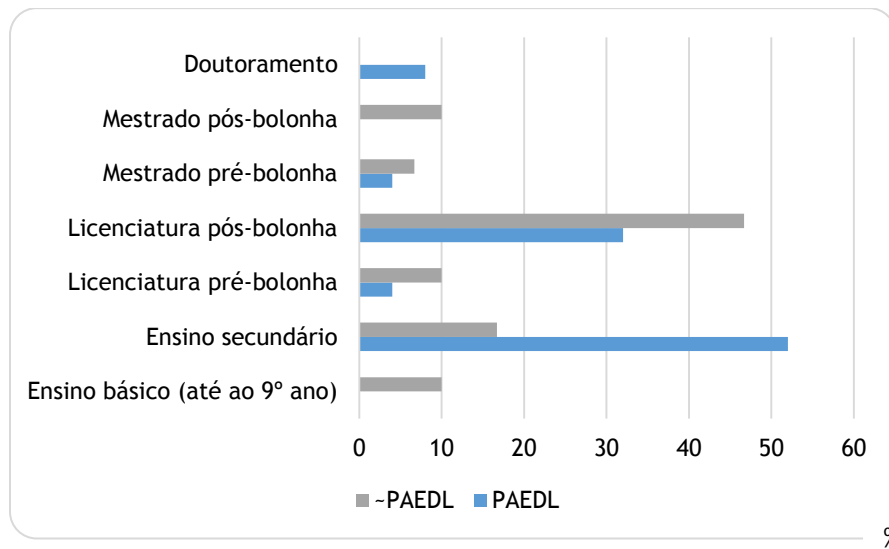


Figura 1. Percentagens relativas às habilitações literárias dos dois grupos da amostra

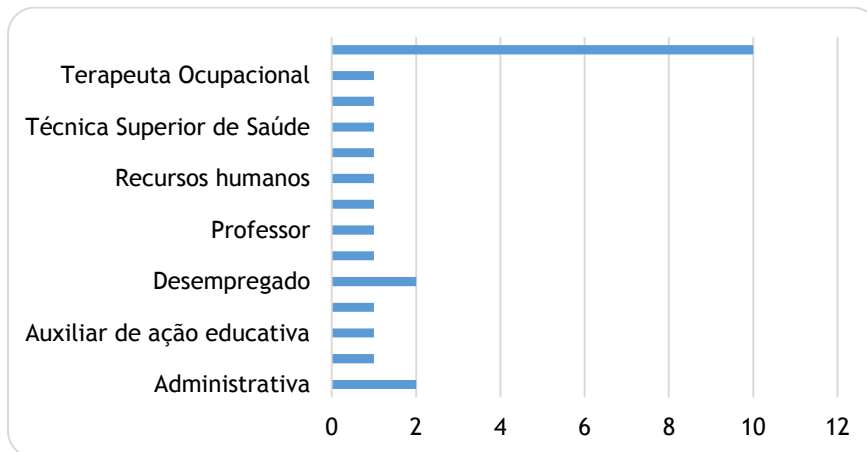


Figura 2. Frequências relativas à profissão dos sujeitos com PAE-DL

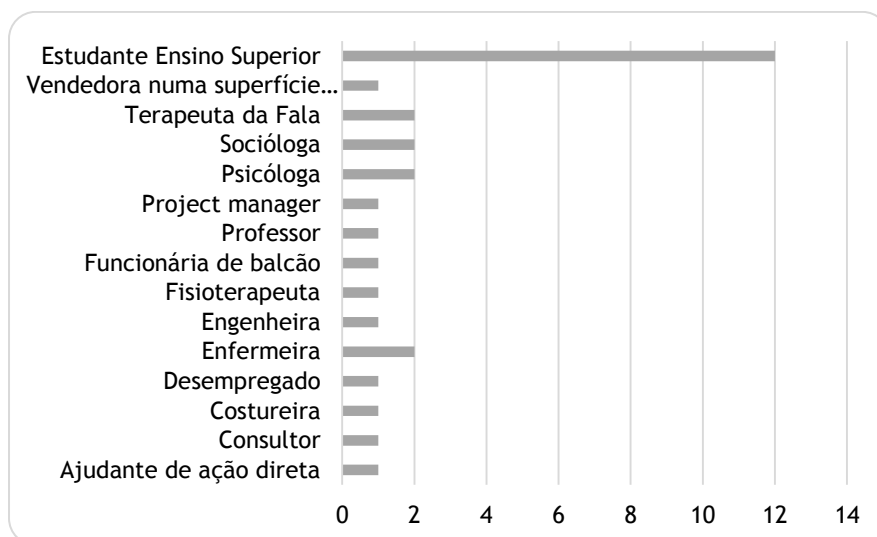


Figura 3. Frequências relativas à profissão do grupo normativo

3.1.3. Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados deste estudo foram os seguintes: questionário sociodemográfico; Questionário Brief COPE (adaptação para a população portuguesa de Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004); e Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC, adaptação portuguesa de Anjos & Ribeiro, 2008). Seguidamente faz-se uma breve descrição de cada um deles e apresentam-se os alfas de Cronbach respetivos aos dois últimos.

3.1.3.1. Questionário Sociodemográfico

Com vista a uma análise mais detalhada acerca das características da amostra, elaborou-se um questionário sociodemográfico para levantamento de dados, tais como: idade; género; estado civil; habilitações literárias; emprego; nacionalidade, naturalidade e local de residência; existência de doenças prévias (e.g., dislexia) (cf. Anexo 1).

3.1.3.2. Questionário Brief COPE

O Brief COPE é a versão reduzida do Inventário COPE, desenvolvido por Carver e colaboradores 1989. Este inventário deriva, do modelo da teoria de Lazarus e Folkman (1984) e do modelo de auto-regulação comportamental (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). O instrumento foi elaborado com intuito de facilitar a sua aplicação, pois a versão original contempla 60 questões. Assim, a versão reduzida integra apenas 28 itens, distribuídos por 14 escalas, a saber: Coping ativo; Planear; Utilizar suporte instrumental; Utilizar suporte social emocional; Religião; Reinterpretação positiva; Auto-culpabilização; Aceitação; Expressão de sentimentos; Negação; Auto-distração; Desinvestimento comportamental; Uso de substâncias e Humor. A resposta é dada numa escala tipo *Likert* de 0 (nunca faço isto) até 3 (faço sempre isto) (Carver, 1997). O objetivo do instrumento é o de avaliar os estilos de coping adotados pelas pessoas, e é precedido por uma introdução breve em que se pede para responderem sobre o modo como lidam com os problemas da vida (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2005, Martins, Cunha, Guerreiro, & Marques, 2015).

Para o presente estudo foi utilizada a versão traduzida e validada para a população portuguesa, por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004). O estudo de validação desta versão contou com a participação de 364 indivíduos, e os resultados encontrados foram idênticos à versão original, demonstrando consistência interna satisfatória para as escalas e uma estrutura fatorial com características idênticas à escala original que confirma a distribuição dos itens pelas respetivas escalas (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Seguidamente apresenta-se a definição de cada um dos estilos de coping, se acordo com os mesmos autores:

1. **Coping Ativo (CA)** - Iniciar uma ação ou implementar esforços para eliminar ou circunscrever o estímulo gerador de stress.
2. **Planear (P)** - Pensar acerca da forma de confrontar o stressor ou planear esforços.
3. **Utilizar Suporte Instrumental (USI)** - Procurar ajuda, conselhos ou informação sobre o que fazer.

4. **Utilizar Suporte Social Emocional (USSE)** - Obter suporte emocional ou simpatia de alguém.
5. **Religião (R)** - Participação em atividades religiosas
6. **Reinterpretação Positiva (RP)** - Ver a situação de um modo mais favorável.
7. **Auto-culpabilização (AC)** - Culpabilizar-se e criticar-se pelo ocorrido.
8. **Aceitação (A)** - Aceitar que aconteceu o evento stressor e que esta é real.
9. **Expressão de Sentimentos (ES)** - Auto-consciência do stress emocional e tendência para a expressão emocional.
10. **Negação (N)** - Tentativa de rejeição da realidade stressante.
11. **Auto-distração** - Desinvestir mentalmente do objetivo com que o stressor está a interferir (e.g., sonhar acordado, dormir, distrair-se com outra coisa).
12. **Desinvestimento Comportamental (DC)** - Desistir ou deixar os esforços em tentar alcançar o objetivo com o qual o stressor está a interferir.
13. **Uso de substâncias (US)** - Consumir substâncias (e.g., álcool, drogas, medicamentos) como forma de desinvestir do stressor.
14. **Humor (H)** - Fazer piadas sobre o stressor.

As escalas *Autoculpabilização*, *Negação*, *Desinvestimento comportamental* e *Uso de substâncias* são consideradas desadaptativas e as restantes adaptativas (Kluwe-Schiavon, Fabres, Daruy-Filho, & Grassi-Oliveira, 2011).

Neste estudo a consistência interna do questionário, medida através do Alfa de Cronbach, foi de .605, uma pontuação considerada fraca, de acordo com a classificação de Pestana e Gageiro (2008). Nas escalas foram encontrados valores de alfa de Cronbach entre .53 (Aceitação) e .64 (Desinvestimento comportamental), como se pode verificar na tabela abaixo, considerados inadmissíveis e fracos, respetivamente (Pestana & Gageiro, 2008). Tais valores podem dever-se ao reduzido número de itens (apenas dois) que constituem cada escala, pelo que se optou por mantê-las.

Tabela 3
Consistência interna das escalas do Questionário Brief COPE

Escalas	Alfa de Cronbach
CA	.589
P	.563
USI	.581
USSE	.556
R	.599
RP	.551
AC	.598
A	.534

ES	.606
N	.646
AD	.552
DC	.648
US	.611
H	.547

3.1.3.3. Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC)

A Escala de Resiliência de Connor-Davidson foi desenvolvida originalmente por Connor e Davidson (2003), como instrumento de autorrelato composto por 25 itens, respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos (0 “Não verdadeira”; 1 “Raramente verdadeira”; 2 “Às vezes verdadeira”; 3 “Geralmente verdadeira” e 4 “Quase sempre verdadeira”), sendo pedido ao respondente que indique até que ponto concorda com as afirmações e de que modo se aplicam à sua realidade no último mês. O objetivo desta escala é avaliar e quantificar o nível de resiliência (o resultado final varia entre 0 e 100, pelo que resultados mais elevados refletem maior resiliência) (Connor & Davidson, 2003). Na análise fatorial da versão original encontraram cinco fatores: (1) competência pessoal, padrões elevados e tenacidade (CPP); (2) confiança nos seus instintos, tolerância a afetos negativos e efeitos fortalecedores do stress (CIT); (3) aceitação positiva da mudança e relações seguras (APM); (4) controlo (em alcançar o próprio objetivo e obter assistência); e (5) influência da espiritualidade (entenda-se fé) (IE) (Connor & Davidson, 2003).

Para o presente estudo foi utilizada a versão portuguesa, adaptada por Faria-Anjos, Ribeiro e Ribeiro, da qual emergiram como independentes quatro fatores, pois o fator “*Controlo*” foi retirado, mas manteve-se um bom nível de consistência interna (0.88).

As autoras desenvolveram esta versão em português, dado que reconheceram que apesar do número crescente de instrumentos desenvolvidos para avaliar a resiliência, nenhum tinha sido adaptado à população portuguesa. Segundo as mesmas autoras, a CD-RISC apresenta uma potencial utilidade para a prática clínica tal como para a investigação, dadas as suas boas propriedades psicométricas.

No presente estudo a consistência interna da CD-RISC foi de .945, considerada muito boa ($\alpha > .9$), segundo a classificação de Pestana e Gageiro (2008).

Tabela 4

Consistência interna das dimensões e da escala total CD-RISC

Dimensões	Alfa de Cronbach
CPP	.707
CIT	.698
APM	.807
IE	.850
Escala total	.811

Da tabela 4 pode-se concluir que os valores de alfa variaram entre razoáveis ($\alpha = .69$) e bons ($\alpha = .80$) (Pestana & Gageiro, 2008).

3.2. Resultados

Após a recolha dos dados, estes foram analisados estatisticamente com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics 23*, interpretados e discutidos, conforme os objetivos estipulados. Nesta secção são apresentados os resultados obtidos através das seguintes análises com recurso ao *t-test*, ao Coeficiente de Correlação de Pearson e à análise de variâncias (ANOVA).

É de relevante importância verificar se os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos foram cumpridos (Marôco, 2011), pelo que se recorreu ao teste de *Kolmogorov-Smirnov (K-S)*, calculou-se a assimetria e a curtose e ainda se verificou a homogeneidade das variâncias. Os resultados são a seguir apresentados.

Tabela 5

Testes de normalidade para as variáveis sociodemográficas

Variáveis	K-S			Assimetria		Curtose	
	Estat.	gl	Sig.	Estat.	Erro Padrão	Estat.	Erro Padrão
Idade	.278	55	.000	1.917	.322	3.339	.634
Género	.490	55	.000	1.542	.322	.392	.634
Hab. Lit.	.256	55	.000	.608	.322	1.073	.634

Tabela 6

Testes de normalidade para as escalas do Brief COPE

Escalas/ Variáveis	K-S			Assimetria		Curtose	
	Estat.	gl	Sig.	Estat.	Erro Padrão	Estat.	Erro Padrão
CA	.174	55	.000	.347	.322	-.813	.634
P	.178	55	.000	.129	.322	-.332	.634
USI	.147	55	.005	.174	.322	-.138	.634
USSE	.174	55	.000	-.106	.322	-.738	.634
R	.265	55	.000	.929	.322	.056	.634
RP	.118	55	.054	.087	.322	-.940	.634
AC	.183	55	.000	.14	.322	-.307	.634
A	.176	55	.000	.178	.322	-.804	.634
ES	.216	55	.000	.220	.322	-.617	.634
N	.143	55	.007	.559	.322	-.103	.634

AD	.159	55	.001	.192	.322	-.656	.634
DC	.282	55	.000	1.133	.322	.673	.634
US	.449	55	.000	2.479	.322	7.465	.634
H	.146	55	.005	.197	.322	-.928	.634
Estilos de coping desadaptativos	.117	55	.060	.465	.322	-.161	.634
Estilos de coping adaptativos	.085	55	.200	.432	.322	1.026	.634

Tabela 7

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

Subescalas	K-S			Assimetria		Curtose	
	Estat.	gl	Sig.	Estat.	Erro Padrão	Estat.	Erro Padrão
CPP	.074	55	.200	-.542	.322	-.227	.634
CIT	.089	55	.200	-.280	.322	-.472	.634
APM	.109	55	.100	-.179	.322	-.117	.634
IE	.177	55	.000	-.093	.322	-.793	.634
Escala Total da Resiliência	.119	55	.050	-.379	.322	-.446	.634

Após a análise dos testes de normalidade, pôde-se constatar que nem todas as variáveis apresentaram distribuição normal, atendendo ao teste K-S (variáveis sociodemográficas, a maioria das escalas do Brief COPE e algumas da CD-RISC). No entanto essas variáveis encontram-se dentro do intervalo normal da assimetria e curtose, pelo que se assumiu distribuição normal. No que concerne à homogeneidade, cumpriram-se os pressupostos (cf. Anexo 2). Desta forma usaram-se testes paramétricos, a seguir apresentados.

Para a hipótese 1, que postula existirem diferenças estatisticamente significativas nos estilos de coping entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL, realizou-se o *t-test* para amostras independentes.

Tabela 8

Análise das diferenças nos estilos de coping para os dois grupos

	M		DP		T	gl	p
	PAE-DL	~PAE-DL	PAE-DL	~PAE-DL			
CA	3.12	4.00	1.20	1.17	-2.74	53	.008
P	3.24	3.80	1.45	1.35	-1.48	53	.145
USI	2.52	2.93	1.58	1.39	-1.03	53	.307
USSE	2.48	3.30	1.36	1.39	-2.20	53	.032
R	1.20	1.57	1.32	1.79	-.85	53	.401
RP	2.96	3.20	1.88	1.69	-.50	53	.620
AC	2.60	2.47	1.35	1.31	.37	53	.712
A	3.28	3.03	1.81	1.50	.55	53	.583
ES	2.52	2.67	1.42	1.32	-.40	53	.693
N	2.16	1.53	1.57	1.41	1.56	53	.125
AD	3.00	3.03	1.55	1.79	-.07	53	.942
DC	1.40	.70	1.29	1.15	2.13	53	.038
US	.52	.43	.87	1.07	.32	53	.747
H	2.20	3.07	1.85	2.07	-1.62	53	.110

Constatou-se diferenças significativas entre o grupo com PAE-DL e o grupo sem PAE-DL a nível de três estilos de coping: *Coping ativo*, $t(53) = -2.74$, $p = .008$; *Utilizar Suporte Social Emocional*, $t(53) = -2.20$, $p = .032$; *Desinvestimento Comportamental*, $t(53) = 2.13$, $p = .038$. Estes resultados mostraram que os participantes com PAE-DL pontuaram significativamente mais baixo nos estilos *Coping Ativo* e *Utilizar Suporte Social Emocional* e mais alto no *Desinvestimento Comportamental*.

Para testar a hipótese 2 (adultos com PAE-DL pontuam mais alto em estilos de coping adaptativos e mais baixo em estilos desadaptativos do que o grupo sem PAE-DL) recorreu-se à análise da variância unidirecional (ANOVA *one-way*) e obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 9

Resultados da análise de variância unidirecional para os estilos de coping (des)adaptativos dos dois grupos

	PAE-DL	~PAE-DL	F	p
	(n = 25)	(n = 30)		
	Média			
	Média (DP)	(DP)		
Estilos de coping adaptativos	2.65 (.79)	3.06 (.87)	3.24	.078
Estilos de coping desadaptativos	1.67 (.93)	1.28 (.82)	2.70	.106

Não se constatou diferenças estatisticamente significativa a nível dos estilos de coping adaptativos e desadaptativos, $F(1, 53) = 3.24$, $p = .078$; $F(1, 53) = 2.70$, $p = .106$.

Na hipótese 3 comparou-se as médias dos estilos de coping adaptativos e desadaptativos, numa perspetiva intra-sujeitos (i.e., no grupo com PAE-DL).

Tabela 10

Comparação de médias dos estilos de coping (des)adaptativos para o grupo com PAE-DL

Estilos de Coping	M	DP	t	gl	P
Adaptativos	2.65	.79	16.75	24	.000**
Desadaptativos	1.67	.93	8.99	24	.000**

** $p < .001$

A partir deste resultado, apurou-se que os sujeitos com PAE-DL pontuaram mais alto em estilos de coping adaptativos do que nos desadaptativos e a diferença foi estatisticamente significativa, $t(24) = 16.75, p = .000$; $t(24) = 8.99, p = .000$ (respetivamente).

A hipótese 4 (adultos com PAE-DL implementam mais estilos de coping quando comparados a adultos sem esta perturbação) foi analisada através da análise das frequências dos estilos de coping, bem como da comparação de médias (*t-test* para amostras independentes).

Tabela 11

Frequências dos estilos de coping para o grupo com PAE-DL

N.º de estilos de coping	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	1	4.0	4.0
2	1	4.0	8.0
3	2	8.0	16.0
4	4	16.0	32.0
5	1	4.0	36.0
6	3	12.0	48.0
7	4	16.0	64.0
8	4	16.0	80.0
9	5	20.0	100
Total	25	100.0	

Da análise da tabela anterior, nota-se que o grupo com PAE-DL possui cinco participantes que implementam, no máximo, nove estilos de coping, o equivalente a 20% do referido grupo. 48% do grupo implementa até seis estilos de coping.

Tabela 12
Frequências dos estilos de coping para o grupo sem PAE-DL

N.º de estilos de coping	Frequência	Percentagem	
		Percentagem	cumulativa
2	2	6.7	6.7
3	1	3.3	10.0
4	1	3.3	13.3
5	4	13.3	26.7
6	5	16.7	43.3
7	4	13.3	56.7
8	3	10.0	66.7
9	5	16.7	83.3
10	2	6.7	90.0
11	2	6.7	96.7
12	1	3.3	100
Total	30	100	

No grupo sem PAE-DL, verifica-se que um elemento implementa 12 dos 14 estilos de coping, dois implementam 11 estilos, outros dois implementam 10, e cinco implementam nove estilos. 56.7% deste grupo implementa até sete estilos de coping.

Tabela 13
Análise da diferença na implementação de estilos de coping dos dois grupos

M		DP		t	gl	p
PAE-DL	-PAE-DL	PAE-DL	-PAE-DL			
6.08	7.07	2.51	2.59	-1.43	53	.160

Apesar de, em média, o grupo normativo implementar mais um estilo de coping (7) que o grupo com PAE-DL (6), essa diferença não é estatisticamente significativa ($t(53) = -1.43$, $p = .160$).

A hipótese 5 (há uma correlação positiva entre o número de anos de estudo e o número de estilos de coping do grupo com PAE-DL) foi testada com recurso ao Coeficiente de Correlação de Pearson.

Tabela 14

Correlação entre o número de anos de estudo e o número de estilos de coping utilizados no grupo com PAE-DL

Correlações			
		N.º de estilos de coping utilizados	N.º de anos de estudo
N.º de estilos de coping utilizados	Correlação de Pearson	1	.118
	Sig. (bilateral)		.575
N.º de anos de estudo	Correlação de Pearson	.118	1
	Sig. (bilateral)	.575	

Não há correlação positiva significativa entre o número de anos de estudo e o número de estilos de coping utilizados pelo grupo com PAE-DL, $r = .12$, $p = .575$.

A hipótese 6 (há uma correlação positiva entre o número de anos de estudo e o número de estilos de coping do grupo sem PAE-DL) também foi testada com o mesmo teste estatístico.

Tabela 15

Correlação entre o número de anos de estudo e o número de estilos de coping utilizados no grupo sem PAE-DL

Correlações			
		N.º de estilos de coping utilizados	N.º de anos de estudo
N.º de estilos de coping utilizados	Correlação de Pearson	1	-.115
	Sig. (bilateral)		.545
N.º de anos de estudo	Correlação de Pearson	-.115	1
	Sig. (bilateral)	.545	

Para o grupo sem PAE-DL também não se verifica uma correlação significativa, $r = -.12$, $p = .545$.

Com intuito de testar a hipótese 7 (adultos com PAE-DL possuem um maior nível de resiliência do que adultos sem PAE-DL), utilizou-se o *t-test* para amostras independentes.

Tabela 16

Comparação de médias relativas à resiliência (escala total) entre os dois grupos

	M		DP		t	gl	p
	PAE-DL	-PAE-DL	PAE-DL	-PAE-DL			
Resiliência (escala total)	57.00	64.17	20.66	17.42	-1.40	53	.168

Apesar das médias apresentarem valores diferentes entre os dois grupos, no que respeita ao nível de resiliência, a diferença não é estatisticamente significativa ($t(53) = -1.40, p = .168$).

A hipótese 8 visa a existência de diferenças entre as características da resiliência entre os dois grupos e foi testada com o *t-test*.

Tabela 17

Comparação de médias relativas às dimensões da resiliência

Dimensões da resiliência	M		DP		t	gl	p
	PAE-DL	-PAE-DL	PAE-DL	-PAE-DL			
CPP	22.92	26.17	8.58	6.80	-1.57	53	.124
CIT	19.16	21.20	8.65	7.52	-.94	53	.354
APM	9.68	10.40	3.35	3.12	-.82	53	.414
IE	5.24	6.40	2.26	3.10	-1.56	53	.126

Apesar do grupo sem PAE-DL pontuar, em média, mais elevado nas quatro dimensões da resiliência, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas características da resiliência entre os dois grupos. Podemos, ainda, verificar que a primeira dimensão é a mais pontuada por ambos, sugerindo a noção de característica como a competência pessoal, padrões elevados, tenacidade e persistência; a dimensão menos pontuada é a quarta - influências espirituais.

A hipótese 9 pressupõe a existência de uma correlação positiva entre estilos de coping adaptativos e resiliência e, a hipótese 10, uma correlação negativa entre estilos de coping desadaptativos e resiliência, ambas no grupo com PAEDL. Para verificá-las, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Pearson.

Tabela 18

Correlação entre estilos de coping (des)adaptativos e resiliência no grupo com PAE-DL

		Resiliência (escala total)	Estilos de coping adaptativos
Resiliência (escala total)	Correlação de Pearson	1	.440*
	Sig. (bilateral)		.028
Estilos de coping desadaptativos	Correlação de Pearson	-.357	-.232
	Sig. (bilateral)	.080	.264

*A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral)

Há uma correlação positiva significativa entre os estilos de coping adaptativos e a resiliência no grupo com PAE-DL, $r = .44$, $p = .028$ (consultar anexo 3 para ver tabela completa). Quanto mais estilos de coping adaptativos, em média, maior o nível de resiliência. Não há correlação negativa significativa entre estilos de coping desadaptativos e a resiliência, neste grupo, $r = -.36$, $p = -.232$. Abaixo está representada a correlação positiva encontrada entre os estilos adaptativos e o nível de resiliência.

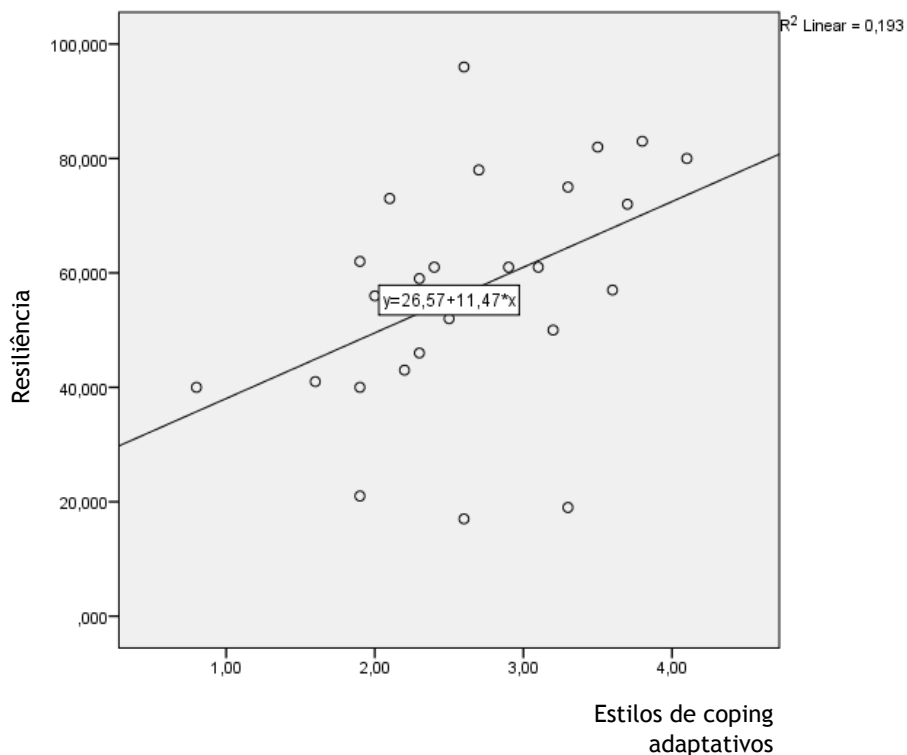


Figura 4. Correlação positiva entre os estilos adaptativos e o nível de resiliência do grupo com PAE-DL

Tabela 19

Correlações entre estilos de coping (des)adaptativos e resiliência no grupo sem PAE-DL

		Resiliência (escala total)	Estilos de coping adaptativos
Resiliência (escala total)	Correlação de Pearson	1	.600**
	Sig. (bilateral)		.000
Estilos de coping desadaptativos	Correlação de Pearson	-.496**	-.156
	Sig. (bilateral)	.005	.409

**A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral)

Há uma correlação positiva significativa entre os estilos de coping adaptativos e a resiliência no grupo sem PAE-DL, $r = .60$, $p = .000$ (consultar anexo 3 para ver tabela completa). Quanto mais estilos de coping adaptativos, em média, maior o nível de resiliência. Também se identificou uma correlação negativa entre os estilos de coping desadaptativos e a resiliência, $r = -.50$, $p = .005$. Quanto menos estilos de coping desadaptativos, em média, menor resiliência. Estas duas correlações podem ser vistas nas figuras cinco e seis, a seguir apresentadas.

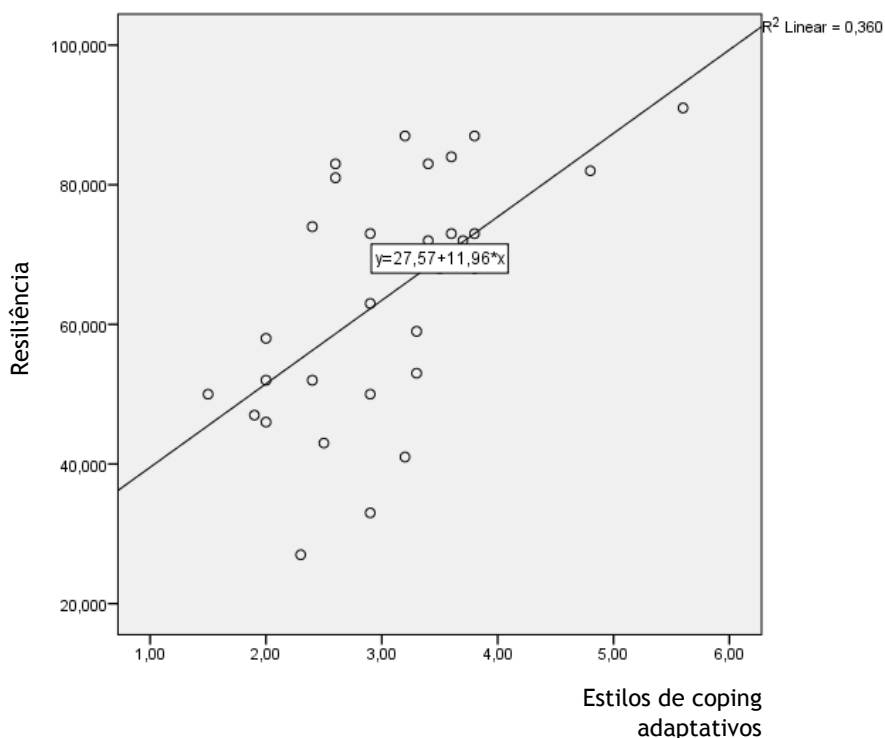


Figura 5. Correlação positiva entre os estilos adaptativos e o nível de resiliência do grupo sem PAE-DL

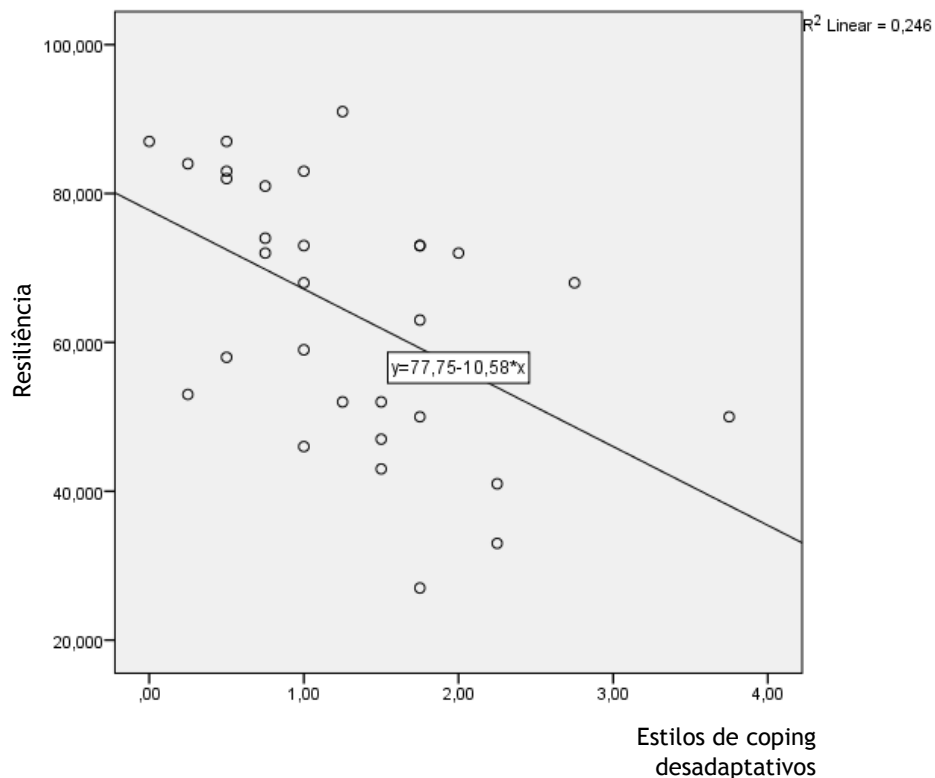


Figura 6. Correlação negativa entre os estilos desadaptativos e o nível de resiliência do grupo sem PAE-DL

3.3. Discussão dos resultados

A questão central deste estudo foi a análise de um grupo de pessoas com PAE-DL, comparando com pessoas sem esta perturbação, em termos dos estilos de coping e da resiliência.

No que respeita aos estilos de coping, postularam-se algumas hipóteses que visaram explorá-los, tendo sempre em conta o grupo sem PAE-DL como comparação. Assim, a hipótese 1 que postulava a existência de diferenças nos estilos de coping entre os dois grupos (com e sem PAE-DL), foi confirmada uma vez verificadas diferenças estatisticamente significativas, concretamente a nível do estilo *Coping ativo*, mais pontuado pelo grupo sem PAE-DL; no estilo *Utilizar Suporte Social Emocional*, igualmente mais pontuado por esse grupo; e no estilo *Desinvestimento comportamental*, este já mais pontuado pelo grupo com PAE-DL. Para a hipótese 2 (adultos com PAE-DL pontuam mais baixo em estilos de coping desadaptativos e mais alto em estilos adaptativos do que adultos sem PAE-DL) foi rejeitada, pois apesar do grupo com PAE-DL ter pontuado, em média, inversamente ao postulado, não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos. Quanto à hipótese 3 (adultos com PAE-DL pontuam mais alto em estilos de coping adaptativos do que em estilos desadaptativos), testada numa ótica intra-sujeitos (grupo com PAE-DL), esta foi confirmada, uma vez que, em média, este grupo pontuou mais nos estilos adaptativos, e essa diferença foi estatisticamente significativa. Já a hipótese 4 (adultos com PAE-DL implementam mais estilos de coping quando comparados a adultos sem

esta perturbação) foi rejeitada, pois não se obteve diferenças significativas. A hipótese 5 (há correlação positiva entre o número de anos de estudo e o número de estilos de coping do grupo com PAE-DL) foi rejeitada e a 6, que postulava o mesmo mas no grupo sem PAE-DL, foi igualmente rejeitada. No geral, não se verificaram muitas diferenças com significância estatística, exceto nos estilos *Coping ativo* e *Utilizar suporte social emocional*, mais pontuados pelo grupo sem PAEDL; e no estilo *Desinvestimento comportamental*, em que o grupo com PAE-DL pontou mais alto. Apesar de o grupo com PAE-DL ter pontuado mais alto num estilo considerado desadaptativo, que subjaz a ideia de desistir ou deixar de realizar esforços para tentar alcançar o objetivo com o qual o stressor está a interferir, ao analisar todos os estilos deste grupo, nota-se que esse estilo, em média (1.40), é dos menos utilizados. Atente-se que o estilo *Aceitação* é o mais pontuado por este grupo, o que conduz à hipótese de que o facto de aceitarem o stressor, neste caso a PAE-DL, pode fazê-los lidar melhor com a sua condição. Acresce que este grupo também faz mais uso dos estilos adaptativos ($M = 2.65$) do que dos desadaptativos ($M = 1.67$), tal como ocorre no grupo normativo.

A literatura é escassa no que concerne ao estudo da população adulta com PAE-DL e respetivos estilos de coping, sendo que a maioria dos estudos apresenta amostras de crianças em idade escolar e nem todos com grupo de comparação (e.g., Jordan e colaboradores, 2014; Joost de Beer e colaboradores, 2014; Logan, 2009; Carrol & Iles, 2006). Ainda assim, estes resultados podem, em parte e hipoteticamente, ser justificados pela experiência que os indivíduos tiveram na sua infância, ou seja, é fulcral perceber que a experiência escolar na faixa etária infantil pode ter repercussões tanto positivas como negativas para o indivíduo que se tornará adulto e continuará com a PAE-DL e respetivas dificuldades. Parte desta experiência pode ser facilitada pelos pais e professores, que podem fornecer ajuda aos alunos com PAE-DL (Singer, 2007), o que cria margem para uma reflexão sobre os seus benefícios, como por exemplo, permite construir uma base de suporte social, emocional e instrumental. Este grupo com PAE-DL pode ter tido na sua infância toda esta rede de suporte. Outros autores (e.g., Wilson & Savery, 2013; Firth, Greaves, & Frydenberg, 2010) defenderam a ideia de que ter *insight* sobre o que é a PAE-DL é um ponto fulcral e adjuvante no percurso vital de sujeitos com esta perturbação, permitindo uma maior auto-compreensão e auto-estima. Todos os participantes deste estudo têm conhecimento acerca da sua perturbação, dado que foram identificados precisamente pela pergunta sobre a existência deste diagnóstico.

Quanto às hipóteses rejeitadas relativas à correlação entre número de anos de estudo e o número de estilos de coping, sob uma ótica mais exploratória, dada a escassez de fontes científicas neste tema, pode ser explicadas pelo facto de estes adultos já terem desenvolvido os seus estilos de coping desde a infância e tal pode ter sido consolidado como parte das características personalísticas, atendendo ao estilo de coping como disposicional, tal como defenderam Carver e colaboradores (1989), pelo que as pessoas podem ter um reportório de estratégias relativamente fixas ao longo do tempo e circunstâncias. Este reportório de estratégias pode ser um fator favorável ao longo das suas vidas, inclusive quando se deparam com um ambiente académico. Dado que grande parte desta amostra é de estudantes

universitários, e não se verificam grandes diferenças na implementação de estilos de coping, este resultado está de acordo com estudos da literatura (e.g., Pino e Mortari, 2014). O facto de estas pessoas terem de aprender com métodos convencionais, permitiu-lhes estimular a criatividade e desenvolver habilidades para lidar com os seus problemas/dificuldades (Alves de Abreu, 2012). O paradoxo da PAE-DL diz, precisamente, que pessoas com esta perturbação apresentam profundas e persistentes dificuldades em ler, contudo podem ser muito inteligentes (Shaywitz, 1996). Este sucesso pode ser explicado, por exemplo, pelo facto de estes indivíduos manifestarem elevado interesse num determinado assunto, o que os leva a lerem muito acerca do mesmo, estimula-os a não evitar as palavras, superando essa dificuldade e comportando-se como leitores sem quaisquer défices (Shaywitz, 2008, *cit. in* Alves de Abreu, 2012).

Apesar do coping e da resiliência serem construtos dissemelhantes, focam-se nas respostas ao stress e estão relacionados. A resiliência está direcionada para os resultados adaptativos/positivos face à adversidade, sendo indicativa de um resultado bem-sucedido na aplicação das estratégias de coping (portanto adaptativas) (Stratta e colaboradores, 2015; Connor & Davidson, 2003). A ligação entre o coping e a resiliência é, então, demonstrada pela necessidade de implementar estratégias de coping para desenvolver resiliência (Everet, Marks, & Clarke-Mitchell, 2016; Rooke & Pereira-Silva, 2016; Stratta e colaboradores, 2015; Pereira & Branco, 2016).

No que toca ao campo da resiliência, também se postularam algumas hipóteses no intuito de explorar este construto na amostra com PAE-DL e compará-la ao grupo normativo. Nesta ordem de ideias, a hipótese 7 (adultos com PAE-DL possuem um maior nível de resiliência do que adultos sem PAE-DL) foi rejeitada porque não se evidenciaram diferenças estatísticas, e ambos os grupos pontuaram acima da média (grupo com PAE-DL pontuou 57, e sem PAE-DL, 64.17, numa escala de 0 a 100). Este resultado suscita a ideia de que, apesar do grupo com PAE-DL deter dificuldades decorrentes da sua condição, o nível de resiliência não diferiu significativamente e é considerado elevado. Mesmo adotando, em média, mais o estilo de coping *Desinvestimento comportamental* (considerado desadaptativo), em comparação com os sujeitos normativos, conseguem deter um nível similar de resiliência. Alguns autores defenderam a asserção de que estratégias de coping como as de evitamento (distração ou evitar pensar no stressor) consideram-se menos eficazes pois inibem o indivíduo de procurar uma solução. Todavia, este tipo de coping pode ser útil em situações em que o stressor seja de curta duração ou incontrolável (Cardoso, 2013; Dinis, Gouveia, & Duarte, 2011). Esta asserção pode sugerir que no presente estudo, o grupo com PAE-DL, apesar de ter pontuado mais elevado que o grupo normativo, no dito estilo de coping desadaptativo, esse estilo pode ter sido favorável uma vez deparando-se com uma situação incontrolável (no sentido de irreversibilidade), que é a presença da PAE-DL.

Outro estudo (Ghisi e colaboradores, 2016) comparou estudantes universitários com PAE-DL com um grupo de controlo e concluíram que, apesar de o primeiro grupo ter manifestado mais queixas somáticas, problemas sociais, menor auto-estima, entre outros problemas, nas pontuações relativas à resiliência os dois grupos pontuaram de igual forma, o

que se encontrou também no presente estudo (i.e., resultados similares no nível de resiliência). O facto de o grupo com PAE-DL apresentar características de uma personalidade resiliente (e.g., competência pessoal, padrões elevados e tenacidade, confiança nos seus instintos, tolerância a afetos negativos e efeitos do stress) tal como o grupo normativo (hipótese 8 rejeitada por não haver diferenças significativas), favorece o seu nível geral de resiliência. Este elevado nível de resiliência no grupo com a perturbação, atua como um fator protetor que permite “amortecer” o impacto negativo da PAE-DL, revertendo a predição de resultados negativos (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

Foram encontradas correlações significativas entre estilos de coping adaptativos e resiliência em ambos os grupos (hipóteses 9 e 11) o que vai ao encontro da literatura (e.g., Everet, Marks, & Clarke-Mitchell, 2016; Rooke & Pereira-Silva, 2016; Stratta e colaboradores, 2015; Pereira & Branco, 2016; Stratta e colaboradores, 2015). No grupo sem PAE-DL encontramos, também uma correlação negativa entre estilos de coping desadaptativo e resiliência (hipótese 12). No entanto essa correlação negativa não foi significativa no grupo com PAE-DL (hipótese 10), o que apesar de não estar de acordo com alguns estudos, vai ao encontro do acima descrito, concretamente que o uso de um estilo de coping desadaptativo não significa, necessariamente menor resiliência, pelo que até se pode constituir adaptativo em determinadas circunstâncias, como esta (a da existência de dificuldades advindas desta perturbação) (Cardoso, 2013; Dinis, Gouveia, & Duarte, 2011).

Em Portugal e no que toca às NEE, que incluem a PAE-DL, defende-se uma educação inclusiva que pressupõe, como descrito no Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, “equidade educativa, [...] garantia de igualdade, quer no acesso quer nos resultados”. Também se depreende do artigo 1.º do mesmo Decreto, no ponto 4 que “As crianças e os jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente têm direito ao reconhecimento da sua singularidade e à oferta de respostas educativas adequadas”. Esta educação especial tem como objetivos a inclusão educativa e social, autonomia, preparação para a vida profissional, para uma transição da escola para o emprego, etc. Assim sendo, é de esperar que crianças e jovens com estas necessidades tenham os apoios necessários e adequados para levar a cabo um percurso vital de sucesso. Especificamente no Decreto Legislativo Regional n.º 33/2009/M, da Região Autónoma da Madeira e no Decreto Legislativo Regional n.º 15/2006/A, da Região Autónoma dos Açores, surge o conceito de *empowerment* como um objetivo estipulado pela educação inclusiva, que se entende como aquisição de capacidades e conhecimentos sobre si mesmo e sobre o ambiente em redor, de competências sociais para inserção familiar e comunitária, aumentando a autoconfiança e preparando a transição do jovem para a vida ativa. Hipotetiza-se que esta providência de uma educação inclusiva pode estar na origem da criação de margem para a efetivação de uma rede de apoio/suporte social, bem como para a promoção do desenvolvimento de competências inerentes aos estilos de coping. Pode-se afirmar que estas são condições favoráveis à construção de resiliência que podem ter sido uma razão plausível para os resultados encontrados.

Em suma, o facto de se ter apurado que o grupo com PAE-DL possui elevadas habilitações literárias, a grande maioria frequenta o ensino superior, e os mais velhos deterem empregos que requerem curso superior, demarca largamente uma igualdade entre este grupo e o normativo. Tal é exaustivamente corroborado pelos elevados níveis de resiliência manifestados pelo grupo com PAE-DL, associados à utilização de seis estilos de coping (em média) e de estilos adaptativos.

Apesar de se ter encontrado literatura com resultados semelhantes aos obtidos, também é possível encontrar estudos com resultados opostos, como por exemplo, o estudo de Ghisi e colaboradores (2016) que reconheceu que, na literatura, também se demonstra a existência de pessoas com PAE-DL com menor nível de resiliência quando comparados a grupos de controlo. Daqui decorre alguma ambiguidade, encontrada também noutros aspetos tais como nas estratégias de coping e no assunto “PAE-DL” em geral. A ambiguidade quanto à nomenclatura e definição deste construto é denotada pela inexistência de um conceito universal e unânime. Além disto, a etiologia é algo também muito ambíguo na literatura sobre este assunto. No que diz respeito à teoria da perturbação no processamento auditivo, outras investigações se contrapõem e sugerem que o processamento auditivo não é suficiente para justificar as dificuldades de aprendizagem e escrita, acrescentando que processos sensório-motores também detêm um especial foco neste âmbito (Saraiva e colaboradores, 2012). Apesar da diversidade de teorias explicativas acerca da PAE-DL, é possível encontrar estudos que referiram que a teoria do défice fonológico é a mais aceite na comunidade científica (Signor, 2015; Teles, 2004). Contudo, Saraiva e colaboradores (2012) defenderam que assumir qualquer teoria como mais credível que as outras, carece de precaução para não se descartar o contributo potencial de cada uma delas para a compreensão global deste problema. Dada a heterogeneidade dos sintomas revelados pelas pessoas com PAE-DL, é fulcral não colocar apenas uma teoria, mas várias, para explicar a etiologia. Contudo, serão necessários mais estudos científicos no intuito de descobrir ou reforçar os indícios já conhecidos, e permitir o aprofundar do conhecimento.

3.4. Conclusão

No global pode-se retirar deste estudo que o grupo com PAE-DL demonstra ter vários estilos de coping (confirmado pelos dados do Brief COPE) que os permite lidar de forma ajustada e adaptada às suas dificuldades, tanto no ambiente académico com as exigências daí decorrentes, quanto no ambiente laboral. Este reportório de estilos de coping adaptativos permite-lhes desenvolver habilidades favorecedoras da superação de dificuldades e deter características personalísticas que se associam a elevados níveis de resiliência acedido através da CD-RISC. O facto de não se ter identificado muitas diferenças entre os dois grupos, permite afirmar que o grupo com a perturbação conseguem obter sucesso na sua vida académica e laboral.

Reconhece-se, em Portugal, posições políticas que tentam assumir uma postura no sentido de apelar neste âmbito, o que se torna uma mais-valia para a população com PAE-DL,

pois reconhecer as suas dificuldades pode favorecer o aumento de apoios que, por sua vez, podem constituir-se um complemento às características pessoais acima referidas, contribuir para o fortalecimento do bem-estar e aumento das oportunidades igualitárias no acesso ao ensino superior. Neste âmbito é enaltecido a divulgação, pelo Conselho Nacional de Educação, no Diário da República, 2.ª série, N.º 34, a 16 de fevereiro de 2017, de um parecer sobre estudantes com necessidades educativas especiais no ensino superior, que consagra a situação atual em Portugal e incita à implementação de apoios à população em questão. Este parecer elucida para um conjunto de aspetos que devem merecer especial atenção na elaboração das políticas de inclusão no ensino superior, como por exemplo, se pode ler no ponto 8.4 da parte II deste parecer: “Deve evitar-se a aprovação de legislação simbólica, criadora de expectativas não realizáveis. Pelo mesmo motivo, as instituições centrais dos Ministérios responsáveis pelo ensino secundário e pelo ensino superior devem articular-se para identificar a situação de cada estudante que esteja a frequentar o ensino superior e assim programar as medidas específicas que em cada instituição e curso do ensino superior possam vir a justificar-se”. Estes artigos legislativos permitem concluir que, em Portugal, há legislação favorável à população com PAE-DL, e permite olhar para o futuro com uma visão positiva desta situação.

Do presente estudo pode-se retirar algumas implicações práticas. Por exemplo, muitos estudos se referem à PAE-DL como um problema que acarreta um impacto negativo na vida destes indivíduos referindo, inclusive, que o pode levar a desistir da carreira académica. Contudo tal não se verificou neste estudo, e reconheceu-se que sujeitos com PAE-DL mostram-se tão capazes e eficazes como sujeitos sem esta perturbação. Assim, este estudo pode contribuir para o esbatimento da visão negativa e patologizadora atribuída a esta população, e o fortalecimento do conhecimento acerca desta perturbação como não sendo impedimento ao sucesso na vida, nos seus vários domínios. Além do exposto, este estudo também pode contribuir para o aumento do conhecimento acerca da PAE-DL, deveras importante dado ser uma realidade com que os psicólogos clínicos e da saúde se deparam. Este conhecimento também pode interessar aos professores/educadores, o que lhe poderá auxiliar num precoce reconhecimento das dificuldades e rapidamente prover-lhes suporte e educação ajustada e instigadora ao desenvolvimento de estratégias eficazes de coping que possam permitir a construção de uma personalidade resiliente.

Reconhece-se que este estudo conteve algumas limitações, especificamente ao nível da reduzida amostra de sujeitos com PAE-DL (N = 25), ainda que representativa da percentagem de PAE-DL na população (quando comparado com a amostra bruta) o que não permite a generalização dos resultados. Além disso, a percentagem de participantes do sexo feminino (80%) foi muito díspar da do sexo masculino (20%) o que inviabilizou a exploração dos dados nessa perspetiva. Teria sido pertinente, no questionário sociodemográfico, ter colocado uma pergunta acerca de há quantos anos têm o diagnóstico de PAE-DL, de modo a se poder perceber melhor se o efeito “tempo” teve, ou não, repercussão na atenuação dos efeitos negativos/dificuldades da perturbação, pelo desenvolvimento precoce de estratégias de coping.

Reconhecida a grande escassez de estudos com amostras de sujeitos adultos com PAE-DL, particularmente em Portugal, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos para colmatar esta lacuna. Além disso, também se sugere não só o estudo destes sujeitos mas também a comparação com grupos de controlo de modo a perceber melhor as diferenças ou semelhanças entre ambos, bem a comparação de adultos com crianças com a mesma condição. Estudos longitudinais poderiam fortalecer este conhecimento, e perceber melhor o desenvolvimento dos estilos de coping, desde a infância até à idade adulta, permitindo verificar o carácter personalístico (ou não) dos mesmos. Seria pertinente estudar, além dos estilos de coping, as estratégias de coping levadas a cabo por sujeitos com PAE-DL, possível através de entrevistas e estudos qualitativos que possibilitariam conhecer as estratégias em concreto e dá-las a conhecer a quem delas careça, ou a quem lhes dá suporte (formal/informal).

Bibliografia

- Álvares, C. P. (2016). Revisión de programas de intervención en Dislexia Evolutiva. *REIDOCREA*, 5, 310-315.
- Alves de Abreu, S. I. (2012). *Dislexia - Aprender a aprender*. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Washington : Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - II* (2ª ed.). Washington : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - III* (3ª ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV* (4ª ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais - 5* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association. (2016). *The Road to Resilience*. Obtido em 4 de Março de 2017, de <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Amorim, E. B., & Farias de Oliveira, G. (2016). Dislexia em perspetiva: Contribuições da psicopedagogia e da psicologia. *Id on Line Multidisciplinary Journal and Psychology*, 10 (31), 135-146. Obtido de <http://idonline.emnuvens.com.br/id>
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-195.
- APPDAE. (2016). *Associação Portuguesa de Pessoas com Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Obtido em 10 de Dezembro de 2016, de http://www.appdae.net/o_que_sao_dif_apren.htm
- Baker, J. P., & Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition and Emotion*, 21 (1), 95-118. doi:DOI: 10.1080/02699930600562276
- Barnard, N., Crewther, S. G., & Crewther, D. (1996). Visual processing and dyslexia. *Clinical and experimental optometry*, 79 (1), 19-27.
- Benfatto, M. N., Seimyr, G. Ö., Ygge, J., Pansell, T., Rydberg, A., & Jacobson, C. (2016). Screening for dyslexia using eye tracking during reading. *PLOS ONE*, 11 (12), 1-16. doi:10.1371/journal.pone.0165508
- Bensky, M. K., Paitz, R., Pereira, L., & Bell, A. M. (2017). Testing the predictions of coping styles theory in threespined sticklebacks. *Behavioural Processes*, 136, 1-10. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.beproc.2016.12.011>
- Bergen, E., Jong, P. F., Maassen, B., & Leji, A. (2014). The effect of parents' literacy skills and children's preliteracy skills on the risk of dyslexia. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 1187-1200. doi:10.1007/s10802-014-9858-9

- Bergen, E., Zuijen, T., Bishop, D., & Jong, P. F. (2016). Why Are Home Literacy Environment and Children's Reading Skills Associated? What Parental Skills Reveal. *Reading Research Quarterly*, 52(2), 147-160. doi:10.1002/rrq.160
- Bertamoni, T., Ebert, G., & Dornelles, V. G. (2013). Estudo correlacional sobre diferentes perfis de estratégias de coping de acordo com os traços de personalidade. *Aletheia*, 42, 92-105.
- 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
- Boscariol, M., Guimarães, C. A., Hage, S. R., Cendes, F., & Guerreiro, M. M. (2010). Temporal auditory processing: correlation with developmental dyslexia and cortical malformation. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 22 (4), 537-542. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872010000400030.
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21 (49), 263-271. Obtido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305423783014>
- Bruning, R. H., Schraw, G. J., & Ronning, R. R. (2002). *Psicología cognitiva e instrucción*. Madrid: Alianza Editorial.
- Burns, E., Poikkeus, A.-M., & Aro, M. (2013). Resilience strategies employed by teachers with dyslexia working at tertiary education. *Teaching and Teacher Education*, 34, 77-85. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.tate.2013.04.007>
- Capellini, S. A., Bianca dos Santos, & Uvo, M. F. (2015). Metalinguistic skills, reading and reading comprehension performance of students of the 5th grade. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 174, 1346-1350. doi:10.1016/j.sbspro.2015.01.757
- Capovilla, A. G., Trevisan, B. T., Capovilla, F. C., & Alves de Rezende, M. C. (2007). Natureza das dificuldades de leitura em crianças brasileiras com dislexia do desenvolvimento. "Acolhendo a alfabetização nos países de língua portuguesa" - *Revista Eletrônica*, 1 (1), 6-18. doi:http://dx.doi.org/10.11606/issn.1980-7686.v1i1p7-25
- Cardoso, C. S. (2013). *Estudo dos níveis de stress e estratégias de coping nos alunos de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*. Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Carroll, J. M., & Iles, J. E. (2006). An assessment of anxiety levels in dyslexic students in higher education. *British Journal of Educational Psychology*, 76, 651-662. doi:10.1348/000709905X66233
- Carter, L. S. (2000). Scrambled Sounds. *Dartmouth Medicine*, 24 (4), 32-37.

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Chang, Y. (2012). The relationship between maladaptive perfectionism with burnout: Testing mediating effect of emotion-focused coping. *Personality and Individual Differences*, 53 (5), 635-639. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.05.002>
- Coelho, D. T. (2013). *Dificuldades de aprendizagem específicas: Dislexia, disgrafia, disortografia e discalculia*. Porto: Areal Editores.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 405-411. doi:0022-006X/88/100.75
- Conboy, J., & Carvalho, C. (2013). Desenvolvimento Cognitivo e da Linguagem. Em F. H. Veiga, *Psicologia da Educação* (pp. 67-120). Lisboa: Climepsi 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
- Cortiella, C., & Horowitz, S. H. (2014). *The State of Learning Disabilities: Facts, Trends and Emerging Issues* (4 ed.). New York: National Center for Learning Disabilities, Inc.
- Cravinho, C. R., & Barros da Cunha, A. C. (2015). Enfrentamento da morte fetal pela enfermagem na abordagem disposicional e na Teoria Motivacional do Coping. *Estudos de Psicologia*, 32 (2), 307-317. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200014>
- Cretney, R. (2014). Resilience for whom? Emerging critical geographies of socio-ecological resilience. *Geography Compass*, 8 (9), 627-640. doi:10.1111/gec3.12154
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lisboa: LIDEL - Edições técnicas, Lda.
- Decreto Legislativo Regional n.º 15/2006/A, da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores [Em linha]. Diário da República – I Série-A - N.º 70 – 7 de Abril de 2006. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/652799>
- Decreto Legislativo Regional n.º 33/2009/M da Assembleia Legislativa da Região autónoma da madeira [Em linha]. Diário da República, 1.ª série – N.º 252 – 31 de Dezembro de 2009. Disponível em: http://www.spm-ram.org/conteudo/ficheiros/legislacao/educacaoespecial/Dec-Leg-Reg_33_2009_M_Regime_Jurid_Ed_Especial_RAM.pdf

- Dinis, A., Gouveia, J. P., & Duarte, C. (2011). Contributos para a validação portuguesa do Questionário de Estilos de Coping. *Psychologica*, 54, 35-62. doi:<http://iduc.uc.pt/index.php/psychologica/article/view/1100>>
- Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. (2016). *Necessidades Especiais de Educação*. Obtido de <http://www.dgeec.mec.pt/np4/224/>
- Döla, D., & Heim, S. (2016). Developmental dyslexia and dysgrafia: what can we learn from the one about the other? *Frontiers in Psychology*, 6, 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2015.02045
- Dyslexia Association of Ireland. (s.d.). Obtido em 22 de Janeiro de 2017, de Dyslexia Association of Ireland: <http://www.dyslexia.ie/information/adults-and-the-workplace/dyslexia-in-adults/>
- Eden, G. F., VanMeter, J. W., Rumsey, J. M., Maisog, J. M., Woods, R. P., & Zeffiro, T. A. (1996). Abnormal processing of visual motion in dyslexia revealed by functional brain imaging. *Nature*, 382, 66-69. doi:10.1038/382066a0
- Ellis, A. W. (1995). *Leitura, escrita e dislexia: uma análise cognitiva* (2ª ed.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Everet, J. E., Marks, L. D., & Clarke-Mitchell, J. F. (2016). A qualitative study of the black mother-daughter relationship: Lessons learned about self-esteem, coping, and resilience. *Journal of Black Studies*, 47 (4), 334-350. doi:10.1177/0021934716629339
- Faria-Anjos, J., Ribeiro, M. T., & Ribeiro, M. (s.d.). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Não publicado*.
- Feitosa, F. B., Prette, Z. A., & Gaspar de Matos, M. (2006). Definição e avaliação das dificuldades de aprendizagem (I): Os impasses na operacionalização dos distúrbios de aprendizagem. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 13, 33-46.
- Filipe, C. N. (2012). Dificuldades de aprendizagem no adolescente e no adulto: Formas de apresentação e diagnóstico diferencial. *Revista Diversidades*, 36, 4-7. Obtido de <http://www.madeira-edu.pt/dreer>
- Firth, N., Frydenberg, E., Steeg, C., & Bond, L. (2013). Coping successfully with dyslexia: An initial study of an inclusive school - based resilience programme. *Dyslexia*, 19 (2), 113-130. doi:10.1002/dys.1453
- 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
- Fisher, C., Chekaluk, E., & Irwin, J. (2015). Impaired driving performance as evidence of a magnocellular deficit in dyslexia and visual stress. *Dyslexia*, 21 (4), 350-360. doi:10.1002/dys.1504
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003. doi:DOI: 10.1037/0022-3514.50.5.992

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 571-579. doi:DOI: 10.1037/0022-3514.50.3.571
- Fonseca, V. d. (2009). Dislexia, cognição e aprendizagem: uma abordagem neuropsicológica das dificuldades de aprendizagem da leitura. *Revista Psicopedagogia*, 26 (81), 339-356.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495. doi:10.1590/1413-81232015205.00502014
- Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.
- Gabel, L. A., Manglani, M., Escalona, N., Cysner, J., Hamilton, R., Pfaffmann, J., & Johnson, E. (2016). Translating dyslexia across species. *Annals of Dyslexia*, 66, 319-336. doi:10.1007/s11881-016-0125-3
- Galaburda, A. M., Menard, M. T., & Rosen, G. D. (1994). Evidence for aberrant auditory anatomy in developmental dyslexia. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 91, 8010-8013.
- Galaburda, A. M., Sherman, G. F., Rosen, G. D., Aboitiz, F., & Geschwind, N. (1985). Developmental dyslexia: four consecutive patients with cortical anomalies. *Annals of Neurology*, 18 (2), 222-233. doi:10.1002/ana.410180210
- García, N. B. (2016). Adultos con trastornos del aprendizaje: dificultades adaptativas. *Revista Poiesis*, 31, 121-131. doi:10.21501/16920945.2099
- García-Vesga, M. C., & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77. doi:10.11600/1692715x.1113300812
- 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
- Glazzard, J., & Dale, K. (2013). Trainee teachers with dyslexia: personal narratives of resilience. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 13 (1), 26-37. doi:10.1111/j.1471-3802.2012.01254.x
- González, G. F., Zaric, G., Tijms, J., Bonte, M., Blomert, L., Leppänen, P., & Molen, M. W. (2016). Responsivity to dyslexia training indexed by the N170 amplitude of the brain potential elicited by word reading. *Brain and Cognition*, 106, 42-54. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.bandc.2016.05.001>
- Grinblat, N., & Rosenblum, S. (2016). Why are they late? Timing abilities and executive control among students with learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 105-115. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2016.07.012>
- Guimarães, S. R. (2004). Dislexias adquiridas como referência para a análise das dificuldades de aprendizagem da leitura. *Educar*, 23, 285-306.
- Guimarães, S. R. (2004). Dislexias adquiridas como referência para a análise das dificuldades de aprendizagem da leitura. *Educar em Revista*, 23, 285-306.

- Haft, S. L., Myers, C. A., & Hoefl, F. (2016). Socio-emotional and cognitive resilience in children with reading disabilities. *Behavioral Sciences*, 10, 133-141. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.06.005>
- Harlaar, N., Spinath, F. M., Dale, P. S., & Plomin, R. (2004). Genetic influences on early word recognition abilities and disabilities: a study of 7-year-old twins. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 373-384. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00358.x
- Heppner, P. P., Cook, S. W., Wright, D. M., & Johnson, W. C. (1995). Progress in resolving problems: A problem-focused style of coping. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (3), 279-293. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.279>
- Herrera, D., Chau, C., Calderón, A., Krenke, I. S., & Pérez, R. (2016). Coping styles and risk behaviors tendencies among latinamerican adolescents. *Revista de Orientación Educacional*, 30 (57), 45-63.
- Holahan, C., & Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Horst, A., & Kruszielski, L. (2013). Rotas funcionais de leitura de palavras isoladas em crianças bilíngues. *Psicologia Argumento*, 31 (72), 45-55.
- Hulme, C., & Snowling, M. J. (2017). The interface between spoken and written language: developmental disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 369, 1-8. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2012.0395>
- IPODINE. (2016). *Instituto Português de Dislexia e Outras Necessidades Especiais*. Obtido em 10 de Dezembro de 2016, de <http://ipodine.pt/>
- Jardim da Silva, J. M. (2011). *Necessidades Educativas Especiais/Dificuldade de Aprendizagem Específica / Dislexia (NEE/DAE/DISLEXIA)*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Jenner, A. R., Rosen, G. D., & Galaburda, A. M. (1999). Neuronal Asymmetries in Primary Visual Cortex of Dyslexic and Nondyslexic Brains. *Annals of Neurology*, 46 (2), 189-196.
- Jones, M., Snowling, M., & Moll, K. (2016). What automaticity deficit? Activation of lexical information by readers with dyslexia in a RAN Stroop-switch task. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 42 (3), 465-474. doi:10.1037/xlm0000186
- Joost de Beer, Engels, J., Heerkens, Y., & Klink, J. (2014). Factors influencing work participation of adults with developmental dyslexia: a systematic review. *BMC Public Health*, 14 (77), 1-22. Obtido de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/77>
- Jordan, J.-A., McGladdery, G., & Dyer, K. (2014). Dyslexia in higher education: implications for maths anxiety, statistics anxiety and psychological well-being. *Dyslexia*, 20 (3), 225-240. doi:10.1002/dys.1478
- Kajihara, O. T. (2008). Modelos teóricos atuais da dislexia do desenvolvimento. *Olhar de Professor*, 11 (1), 153-168. Obtido de <http://www.uepg.br/olhardeprofessor>
- Kirkpatrick, R. M., Legrand, L. N., Iacono, W. G., & McGue, M. (2011). A twin and adoption study of reading achievement: Exploration of shared-environmental and gene-

- environment-interaction effects. *Learning and Individual Differences*, 21 (4), 368-375. doi:10.1016/j.lindif.2011.04.008
- Kluwe-Schiavon, B., Fabres, C. S., Daruy-Filho, L., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Adequação da Brief COPE como medida de coping traço. *XII Salão de Iniciação Científica - PUCRS*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38, 245-254.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping in aging*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leonard, C. M., & Eckert, M. A. (2008). Asymmetry and Dyslexia. *Developmental Neuropsychology*, 33 (6), 663-681. doi:10.1080/87565640802418597
- Livingstone, M. S., Rosen, G. D., Drislane, F. W., & Galaburda, A. M. (1991). Physiological and anatomical evidence fo a magnocellular defect in developmental dyslexia. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 88, 7943-7947.
- Lockiewicz, M., & Matuszkiewicz, M. (2016). Parents' literacy skills, reading preferences, and the risk of dyslexia in year 1 students. *Polish Psychological Bulletin*, 47 (3), 281-288. doi:10.1515/ppb-2016-0034
- Logan, J. (2009). Dyslexic entrepreneurs: The incidence; their coping strategies ande their business skills. *Dyslexia*, 15 (4), 328-346. doi:10.1002/dys.388
- Lopes da Silva, S. S. (2009). Conhecendo a dislexia e a importância da equipe interdisciplinar no processo de diagnóstico. *Revista Psicopedagogia*, 26 (81), 470-475.
- Lorusso, M. L., Vernice, M., Dieterich, M., Brizzolarara, D., Mariani, E., Masi, S., . . . Mele, A. (2014). The process and criteria for diagnosing specific learning disorders: indications from the Consensus Conference promoted by the Italian National Institute of Health. *Ann Ist Super Sanità*, 50 (1), 77-89. doi:10.4415/ANN_14_01_12
- Lorusso, M. L., Vernice, M., Dieterich, M., Brizzolarara, D., Mariani, E., Salvatore De Masi(, . . . Mele, A. (2014). The process and criteria for diagnosing specific learning disorders: indications from the Consensus Conference promoted by the Italian National Institute of Health. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 50 (1), 77-89. doi:10.4415/ANN_14_01_12
- Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). Defining dyslexia, comorbidity, teachers' knowledge of language and reading: A definition of Dislexia. *Annals of Dyslexia*, 53, 1-14.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com utilização do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Report Number.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Martins, L., Cunha, M., Guerreiro, D., & Marques, M. (2015). Corretalos psicológicos de cuidadores formais de pessoas com deficiência mental: amostra portuguesa. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1 (1), 17-29.

- 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. A. (2007). *A dislexia em questão*. São Paulo: Plexus.
- Massi, G., & Santana, A. P. (2011). A desconstrução do conceito de dislexia: conflito entre verdades. *Paidéia*, 21 (50), 403-411.
- Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85 (1), 6-20. doi:10.1111/cdev.12205
- Mebarki, A. (2017). Resilience: Theory and metrics - A metal structure as demonstrator. *Engineering Structures*, 138, 425-433. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.engstruct.2017.02.026
- Moojen, S. M., Bassôa, A., & Gonçalves, H. A. (2016). Características da dislexia de desenvolvimento e sua manifestação na idade adulta. *Revista Psicopedagogia*, 33 (100), 50-59.
- Moura, O. (2017). *Portal da Dislexia*. Obtido em Janeiro de 2017, de <https://dislexia.pt/>
- Mousinho, R., & Navas, A. L. (2016). Mudanças apontadas no DSM-5 em relação aos transtornos específicos de aprendizagem em leitura e escrita. *Revista Debates em Psiquiatria*, 6 (3), 38-46.
- Mousinho, R., & Navas, A. L. (2016). Mudanças apontadas no DSM-5 em relação aos transtornos específicos de aprendizagem em leitura e escrita. *Revista Debates em Psiquiatria*, 38-46.
- Mullis, R. L., & Chapman, P. (2000). Age, gender, and self-esteem differences in adolescent coping styles. *The Journal of Social Psychology*, 140 (4), 539-541. doi:10.1080/00224540009600494
- Murphy, C. F., & Schochat, E. (2009). How auditory temporal processing deficits relate to dyslexia. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 42(7), 647-654.
- 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.
- O'Brien, T. B., & DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. *Journal of Personality*, 64 (4), 775-813.
- Ozernov-Palchik, O., Yu, X., Wang, Y., & Gaab, N. (2016). Lessons to be learned: how a comprehensive neurobiological framework of atypical reading development can inform educational practice. *Behavioral Sciences*, 10, 45-58. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.05.006
- Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do BRIEF COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Parecer n.º 1/2017, do Conselho Nacional de Educação [Em linha]. Diário da República, 2.^a

série — N.º 34 — 16 de fevereiro de 2017. Disponível em:
<https://dre.pt/application/conteudo/106458750>

- Pereira, T. B., & Branco, V. L. (2016). As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: Uma revisão bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde, 8* (1), 24-31. doi:10.20435/2177093X2016104
- Perfetti, C., & Stafura, J. (2014). Word Knowledge in a Theory of Reading Comprehension. *Scientific Studies of Reading, 18*, 22-37. doi:10.1080/10888438.2013.827687
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pino, M., & Mortari, L. (2014). The inclusion of students with dyslexia in higher education: A systematic review using narrative synthesis. *Dyslexia, 20* (4), 346-369. doi:10.1002/dys.1484
- Radnitz, C. L., & Tiersky, L. (2007). Psychodynamic and Cognitive Theories. Em E. Martz, & H. Livneh, *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects* (pp. 29-48). New York: Springer Science+Business Media, LLC.
- Ramli, S., Omar, K., El Baki, M. A., & Surat, S. (2016). Do children with dyslexia have difficulty in reading the quranic verses too? *Creative Education, 7*, 1018-1023. doi:<http://dx.doi.org/10.4236/ce.2016.77106>
- Ramos, F. P., Enumo, S. R., & Pereira de Paula, K. M. (2015). Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia, 32* (2), 269-279. doi:10.1590/0103-166X2015000200011
- Reynolds, A. E., & Caravolas, M. (2016). Evaluation of the Bangor Dyslexia Test (BDT) for use with Adults. *DYSLEXIA, 22*, 27-46. doi:10.1002/dys.1520
- Ribeiro, A. B., & Batista, A. I. (2006). *Dislexia: Compreensão, avaliação, estratégias*. Coimbra: Quarteto.
- Richlan, F., Kronbichler, M., & Wimmer, H. (2009). Functional abnormalities in the dyslexic brain: A quantitative meta-analysis of neuroimaging studies. *Human Brain Mapping, 30*, 3299-3308.
- Ripamonti, E., Aggularo, S., Molteni, F., Zonca, G., Frustaci, M., & Luzzatti, C. (2014). The anatomical foundations of acquired reading disorders: A neuropsychological verification of the dual-route model of reading. *Brain and language, 134*, 44-67. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.bandl.2014.04.001>
- Rodrigues, S. D., & Ciasca, S. M. (2016). Dislexia na escola: Identificação e possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia, 33* (100), 86-97.
- Rolka, E. J., & Silverman, M. J. (2015). A systematic review of music and dyslexia. *The arts in psychotherapy, 56*, 24-32. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2015.09.002>
- Rooke, M. I., & Pereira-Silva, N. L. (2016). Indicativos de resiliência familiar em famílias de crianças com síndrome de Down. *Estudos de Psicologia, 33* (1), 117-126. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/1982-027520160001000012>

- Rosen, S. (1999). Language disorders: A problem with auditory processing? *Current Biology*, 9 (18), 698-700. Obtido de [http://dx.doi.org/10.1016/S0960-9822\(99\)80443-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0960-9822(99)80443-6)
- Rozemberg, L., Avanci, J., Schenker, M., & Pires, T. (2014). Resiliência, gênero e família na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (3), 673-684. doi:10.1590/1413-81232014193.21902013
- Rutter, M. (1986). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatry disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147 (6), 598-611. doi:10.1192/bjp.147.6.598
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, A. (2014). Personalidad y resiliencia en un cuerpo especial de la Policía Nacional de España. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 30 (2), 75-81. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rpto.2014.06.003>
- Saraiva, J. P., Rêgo, C., Nunes, M. G., & Ferreira, S. (2012). Dislexia: Teorias explicativas. *II Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos"*, (pp. 591-600). Braga.
- Scanlon, D. (2013). Specific learning disability and its newest definition: Which is comprehensive? And which is insufficient? *Journal of Learning Disabilities*, 46 (1), 26-33. doi:10.1177/0022219412464342
- Scerri, T. S., & Schulte-Körne, G. (2010). Genetics of developmental dyslexia. *European child & adolescent psychiatry*, 19 (3), 179-197. doi:10.1007/s00787-009-0081-0
- Schirmer, C. R., Fontura, D. R., & Nunes, M. L. (2004). Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *Jornal de Pediatria*, 80 (20), 95-103. doi:0021-7557/04/80-02-Suppl/S95
- Schulte-Körne, G., Bartling, D. W., & Remschmidt, H. (1999). The role of phonological awareness, speech perception, and auditory temporal processing for dyslexia. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8 (3), 28-34.
- Selenius, H., & Hellström, Å. (2015). Dyslexia prevalence in forensic psychiatric patients: dependence on criteria and background factors. *Psychiatry, Psychology and Law*, 22 (4), 1934-1687. doi:10.1080/13218719.2014.960069
- Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Pugh, K. R., Mencl, W. E., Fulbright, R. K., Skudlarski, P., . . . Gore, J. C. (2002). Disruption of posterior brain systems for reading in children with developmental dyslexia. *Society of Biological Psychiatry*, 52, 101-110. doi:10.1016/S1053-8119(00)91048-6
- 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), 98 - 104.
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2004). Reading disability and the brain. *Educational Leadership*, 61 (1), 6-11.
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2005). Dyslexia (Specific Reading Disability). *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1301-1309. doi:10.1016/j.biopsych.2005.01.043

- Shaywitz, S. E., Escobar, M. D., Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., & Makuch, R. (1992). Evidence that dyslexia may represent the lower tail of a normal distribution of reading ability. *The New England Journal of Medicine*, 326 (3), 145-150.
- Shaywitz, S. E., Fletcher, J. M., Holahan, J. M., Shneider, A. E., Marchione, K. E., Stuebing, K. K., . . . Shaywitz, B. A. (1999). Persistence of dyslexia: The connecticut longitudinal study at adolescence. *Pediatrics*, 104 (6), 1351-1359. doi:10.1542/peds.104.6.1351
- Signor, R. (2015). Dislexia: uma análise histórica e social. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, 15 (4), 971-999. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1984-639820158213
- Simões, M. B., & Schochat, E. (2010). Transtorno do processamento auditivo (central) em indivíduos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 22(4), 521-524. Obtido de <http://producao.usp.br/handle/BDPI/9240>
- Singer, E. (2007). Coping with academic failure, a study of Dutch children with dyslexia. *Dyslexia*, 14 (4), 314-333. doi:10.1002/dys.352
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-44. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085705
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category critique of category. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216-269. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216
- Snowling, M. J. (2013). Early identification and interventions for dyslexia: a contemporary view. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 13 (1), 7-14. doi:10.1111/j.1471-3802.2012.01262.x
- Snowling, M. J., & Hulme, C. (2012). Annual research review: The nature and classification of reading disorders - a commentary on proposals for DSM-5. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (5), 593-607. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02495.x
- Solso, R. L., MacLin, M. K., & MacLin, O. H. (2005). *Cognitive Psychology*. USA: Allyn & Bacon.
- Soriano-Ferrer, M., & Martínez, E. P. (2017). Una revisión de las bases neurobiológicas de la dislexia em población adulta. *Neurología*, 32 (1), 50-57. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.08.003
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5 (1), 1-14. Obtido de <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Southwick, S. M., Sippel, L., Krystal, J., Charney, D., Mayes, L., & Pietrzak, R. H. (2016). Why are some individuals more resilient than others: the role of social support. *World Psychiatry*, 15 (1), 77-79. doi:10.1002/wps.20282
- Sternberg, R. J., & Sternberg, K. (2012). *Cognitive Psychology* (6 ed.). USA: Wadsworth Cengage Learning.
- Stratta, P., Capanna, C., Del'Osso, L., Carmassi, C., Patriarca, S., Emidio, G., . . . Rossi, A. (2015). Resilience and coping in trauma spectrum symptoms prediction: A structural

- equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*, 77, 55-61. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.035>
- Taormina, R. J. (2015). Adult personal resilience: a new theory, new measure, and practical implications. *Psychological Thought*, 8 (1), 35-46. doi:10.5964/psyc.v8i1.126
- Taylor, J. S., & Rastle, K. (2012). Can cognitive models explain brain activation during word and pseudoword reading? A meta-analysis of 36 neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, 1-26. doi:10.1037/a0030266
- Teles, P. (2004). Dislexia: Como identificar? Como intervir. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20 (6), 713-730.
- The Yale Center for Dyslexia & Creativity. (s.d.). Obtido em 22 de Janeiro de 2017, de The Yale Center for Dyslexia & Creativity: <http://dyslexia.yale.edu/whatisdyslexia.html>
- Torres, R. M., & Fernández, P. F. (2001). *Dislexia, disortografia e disgrafia*. Amadora: McGraw-Hill.
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic nursing practice*, 18 (1), 3-8. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/8883380>
- Urquhart, A. H., & Weir, C. J. (2013). *Reading in a second language: Process, product and practice*. New York: Routledge.
- Vandermosten, M., Hoeft, F., & Norton, E. S. (2016). Integrating MRI brain imaging studies of pre-reading children with current theories of developmental dyslexia: a review and quantitative meta-analysis. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10, 155-161. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.06.007>
- Vellutino, F. R., Fletcher, J. M., Snowling, M. J., & Scanlon, D. M. (2004). Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (1), 2-40.
- Wang, J.-L., & Zhang, D.-J. (2015). Resilience theory and its implications for chinese adolescents. *Psychological Reports: Disability & Trauma*, 117 (2), 354-375. doi:10.2466/16.17.PR0.117c21z8
- 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>
- Yuan, W., Zhang, L.-f., & Li, B. (2017). Adapting the Brief COPE for chinese adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 111 (1), 20-32.
- Zhang, J., Zhang, J.-P., Cheng, Q.-M., Huang, F.-F., & Li, S.-W. (2017). The resilience status of empty-nest elderly in a community: A latent class analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 68, 161-167. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.10.011>
- Zhou, Y., Li, D., Li, X., Wang, Y., & Zhao, L. (2017). Big five personality and adolescent Internet addiction: The mediating role of coping style. *Addictive Behaviors*, 64, 42-48.

- Ziegler, J. C., & Goswami, U. (2005). Reading Acquisition, developmental dyslexia, and skilled reading across languages: A psycholinguistic grain size theory. *Psychological Bulletin*, 131 (1), 3-29. doi:10.1037/0033-2909.131.1.3
- Zíkl, 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*, 176, 915 - 922.

ANEXOS

Anexo 1: Questionário Sociodemográfico

Investigação em neurodesenvolvimento cognitivo: perturbações específicas da aprendizagem - leitura

(Magalhães, M, Santos, B, Monteiro, F, Mendes, P, Castanho, L., Augusto, T., Eusébio, A.,
Rodrigues, P., Maia, L., Simões, F, 2016)

Somos um grupo de investigação da Universidade da Beira Interior constituído por 3 docentes e 8 alunos do 2º ano do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Neste trabalho pretendemos avaliar o impacto da dislexia em diversos fatores da vivência na fase adulta, pelo que só deve preencher quem tenha mais de 18 anos. Ao responder às perguntas, faça-o de forma honesta e despreocupada sem se demorar muito tempo em cada uma delas. Não existem respostas certas nem erradas.

Ao submeter este questionário está a concordar que os seus dados sejam usados na presente investigação, sabendo que as suas respostas serão tratadas de forma anónima e confidencial.

Se estiver interessado em participar noutras fases deste estudo, por favor, deixe o seu contacto de email. Se não estiver interessado, deixe o espaço em branco.

A equipa responsabiliza-se, ainda assim, por um tratamento dos dados anónimo e confidencial.

Questionário Sociodemográfico

Nesta secção fazemos algumas perguntas sobre quem é.

Data de nascimento

Género

Masculino

Feminino

Nacionalidade

Naturalidade

País (de residência)

Distrito (de residência)

Estado Civil

Solteiro

Comprometido

União de facto

Casado

Separado

Divorciado

Viúvo

Agregado Familiar

Sozinho

Somente o Casal

Nuclear (pais e filhos)

Alargada (pais, filhos e avós/tios)

Reconstruída (casal Monoparental em que pelo menos um dos membros tem filhos de uma relação anterior)

Número de pessoas que vive em sua casa

Habilitações Literárias

Sem escolaridade, mas sabe ler e escrever

Até ao 4º ano

Até ao 6º ano

Ensino básico (até ao 9º ano)

Ensino secundário (até ao 12º ano)

Bacharelato

Licenciatura pré - Bolonha

Licenciatura pós - Bolonha

Mestrado pré - Bolonha

Mestrado pós - Bolonha

Doutoramento

Pós-Doutoramento

Profissão

Estudante Ensino

Estudante

Outra

Superior

Estudante Ensino Superior

Instituição

Aluno

Nacional

Erasmus

Outro programa de mobilidade

Ciclo

1º Ciclo

2º Ciclo

3º Ciclo

Ano

Curso

Estudante

Escola

Ano

Profissão

Profissão

Há quantos anos exerce a profissão indicada?

Estatuto Socioeconómico

Qual o rendimento médio mensal do seu agregado familiar?

(opcional, mas agradecemos que responda)

Moeda em que recebe o rendimento

Saúde

Está atualmente doente?

Sim

Não

Doenças atuais

Que doenças tem?

Internamento

Consulta Externa

Sem tratamento

Regime de tratamento

Há quanto tempo?

Doenças prévias

Assinale as opções que correspondem a patologias com que já foi diagnosticado

	Sim	Não
Ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Défice de atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algum familiar seu foi diagnosticado com Dislexia?

Sim

Não

Se respondeu sim à pergunta anterior indique o parentesco, por favor.

Anexo 2: Tabelas relativas aos testes de homogeneidade das variâncias para as escalas Brief COPE e CD-RISC

Testes de homogeneidade das variâncias para as escalas do Brief COPE

Variáveis	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.	
Coping ativo	Com base em média	.233	1	53	.631
	Com base em mediana	.066	1	53	.799
	Com base em mediana e com gl ajustado	.066	1	52.975	.799
	Com base em média aparada	.101	1	53	.752
Planejar	Com base em média	.005	1	53	.942
	Com base em mediana	.003	1	53	.954
	Com base em mediana e com gl ajustado	.003	1	51.099	.954
	Com base em média aparada	.006	1	53	.939
Utilizar suporte instrumental	Com base em média	1.374	1	53	.246
	Com base em mediana	.763	1	53	.386
	Com base em mediana e com gl ajustado	.763	1	51.954	.386
	Com base em média aparada	1.261	1	53	.266
Utilizar suporte social emocional	Com base em média	.001	1	53	.970
	Com base em mediana	.005	1	53	.942
	Com base em mediana e com gl ajustado	.005	1	50.809	.942
	Com base em média aparada	.001	1	53	.977
Religião	Com base em média	2.548	1	53	.116
	Com base em mediana	1.064	1	53	.307
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.064	1	41.068	.308
	Com base em média aparada	2.151	1	53	.148
Reinterpretação positiva	Com base em média	.594	1	53	.444
	Com base em mediana	.677	1	53	.414

	Com base em mediana e com gl ajustado	.677	1	52.968	.414
	Com base em média aparada	.592	1	53	.445
Auto-culpabilização	Com base em média	.001	1	53	.974
	Com base em mediana	.003	1	53	.958
	Com base em mediana e com gl ajustado	.003	1	52.008	.958
	Com base em média aparada	.000	1	53	.984
Aceitação	Com base em média	2.771	1	53	.102
	Com base em mediana	2.522	1	53	.118
	Com base em mediana e com gl ajustado	2.522	1	52.999	.118
	Com base em média aparada	2.822	1	53	.099
Expressão de sentimentos	Com base em média	.365	1	53	.548
	Com base em mediana	.123	1	53	.727
	Com base em mediana e com gl ajustado	.123	1	52.726	.727
	Com base em média aparada	.364	1	53	.549
Negação	Com base em média	.047	1	53	.829
	Com base em mediana	.062	1	53	.804
	Com base em mediana e com gl ajustado	.062	1	52.961	.804
	Com base em média aparada	.039	1	53	.845
Auto-distração	Com base em média	1.289	1	53	.261
	Com base em mediana	1.223	1	53	.274
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.223	1	52.991	.274
	Com base em média aparada	1.276	1	53	.264
Desinvestimento comportamental	Com base em média	.327	1	53	.570
	Com base em mediana	.824	1	53	.368
	Com base em mediana e com gl ajustado	.824	1	50.978	.368

	Com base em média aparada	.410	1	53	.525
Uso de substâncias	Com base em média	.096	1	53	.758
	Com base em mediana	.105	1	53	.747
	Com base em mediana e com gl ajustado	.105	1	50.968	.747
	Com base em média aparada	.463	1	53	.499
Humor	Com base em média	.786	1	53	.379
	Com base em mediana	.747	1	53	.391
	Com base em mediana e com gl ajustado	.747	1	52.999	.391
	Com base em média aparada	.809	1	53	.372
Estilos de coping desadaptativos	Com base em média	.655	1	53	.422
	Com base em mediana	.539	1	53	.466
	Com base em mediana e com gl ajustado	.539	1	52.927	.466
	Com base em média aparada	.705	1	53	.405
Estilos de coping adaptativos	Com base em média	.053	1	53	.819
	Com base em mediana	.074	1	53	.786
	Com base em mediana e com gl ajustado	.074	1	51.550	.786
	Com base em média aparada	.046	1	53	.831

Testes de homogeneidade das variâncias para as subescalas CD-RISC

Variáveis	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig.	
CPP	Com base em média	1,489	1	53	,228
	Com base em mediana	1,303	1	53	,259
	Com base em mediana e com gl ajustado	1,303	1	49,231	,259
	Com base em média aparada	1,423	1	53	,238
	Com base em média aparada	,136	1	53	,713
APM	Com base em média	,028	1	53	,868
	Com base em mediana	,020	1	53	,888
	Com base em mediana e com gl ajustado	,020	1	52,148	,888
	Com base em média aparada	,026	1	53	,872
IE	Com base em média	3,528	1	53	,066
	Com base em mediana	1,267	1	53	,265
	Com base em mediana e com gl ajustado	1,267	1	49,257	,266
	Com base em média aparada	3,363	1	53	,072
Escala total de resiliência	Com base em média	,181	1	53	,672
	Com base em mediana	,207	1	53	,651
	Com base em mediana e com gl ajustado	,207	1	49,548	,651
	Com base em média aparada	,188	1	53	,666

Anexo 3: Tabelas relativas às correlações entre estilos
(des)adaptativos e resiliência (escala total) para os dois grupos

Correlação entre estilos de coping (des)adaptativos e resiliência no grupo com PAE-DL

		Correlações		
		Resiliência (escala total)	Estilos de coping desadaptativos	Estilos de coping adaptativos
Resiliência (escala total)	Correlação de Pearson	1	-.357	.440*
	Sig. (bilateral)		.080	.028
	N	25	25	25
Estilos de coping desadaptativos	Correlação de Pearson	-.357	1	-.232
	Sig. (bilateral)	.080		.264
	N	25	25	25
Estilos de coping adaptativos	Correlação de Pearson	.440*	-.232	1
	Sig. (bilateral)	.028	.264	
	N	25	25	25

*A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral)

Correlações entre estilos de coping (des)adaptativos e resiliência no grupo sem PAE-DL

		Correlações		
		Resiliência (escala total)	Estilos de coping desadaptativos	Estilos de coping adaptativos
Resiliência (escala total)	Correlação de Pearson	1	-,496**	,600**
	Sig. (bilateral)		,005	,000
	N	30	30	30
Estilos de coping desadaptativos	Correlação de Pearson	-,496**	1	-,156
	Sig. (bilateral)	,005		,409
	N	30	30	30
Estilos de coping adaptativos	Correlação de Pearson	,600**	-,156	1
	Sig. (bilateral)	,000	,409	
	N	30	30	30

**A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral)