



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**Sintomas Psicopatológicos e Perceção de Suporte
Social em indivíduos com PAE-DL
Um olhar sobre a dislexia**

Tânia Soraia Andrade Augusto

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

VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA

Orientador: Prof. Doutora Fátima Simões
Co-orientadores: Prof. Doutor Paulo Rodrigues e Prof. Doutor Luís Maia

Covilhã, outubro de 2017

Dedicatória

“Talvez um dia nos voltemos a encontrar. Num outro fuso horário qualquer. Não te preocupes, onde quer que estejas, eu encontro o teu sorriso. Até no céu, há sempre uma estrela a brilhar mais que todas as outras”.

Pedro Rodrigues, *in* A(mar)

Para-trás-não-fico-sempre-ao-teu-lado s2

Olha por mim, do sítio onde estiveres *

Agradecimentos

No fechar deste ciclo tão importante, deixo uma dívida especial de agradecimento a todos os que me acompanharam nesta luta. A todos os que acreditaram e demonstraram carinho e apoio sinceros. Por isto, não posso deixar de agradecer:

À Professora Doutora Fátima Simões, minha orientadora de dissertação, pela disponibilidade e atenção com que me presenteou;

Ao Professor Doutor Paulo Rodrigues, por me permitir “desligar o complicómetro” nas horas de maior aflição;

Ao Professor Doutor Luís Maia, por todos os ensinamentos imprescindíveis;

À Professora Doutora Sofia Nascimento, pelo apoio incondicional prestado e todos os ensinamentos que me trouxe, que pela sua riqueza se tornam impossíveis de numerar, mas sem os quais a minha prática profissional futura não teria o mesmo sentido e o mesmo sentir;

Aos meus pais e irmãos, por tudo o que me dão até hoje, principalmente, pela ajuda e esforço que fizeram para eu conseguir chegar até aqui;

À Ana Almeida e ao Ricardo Carrilho, pelo contributo e papel fundamental que assumiram na minha formação académica e pessoal;

À Paula Guerreiro e à Ana Barata, pela amizade e companheirismo;

Ao João Marques, por ser o meu porto de abrigo e por poder contar, sempre, com o seu carinho e motivação. Por me fazer acreditar que, às vezes, tudo começa por dar muito errado, até que a vida nos mostra que chega sempre a hora de dar certo.

Que se preservem na nossa vida aqueles que nos fazem bem e, que protejamos bem perto de nós os que nos esticam a mão, os que nos garantem refúgio e conforto, os que dividem connosco os seus braços em *xi's* apertados, os que são presença constante na hora de falar alto e na hora do silêncio. Que se façam luzir sempre as nossas-pessoas-luz, porque todas as possibilidades que temos de sermos muito felizes começam no dia em que conseguimos escolher, guardar e cuidar os que nesta vida fazem (só) o Bem do nosso mundo girar.

“Agora é tempo de olhar em frente, com a mão no coração, e toda a confiança no caminho que vier”.

Resumo

A dislexia é uma perturbação da aprendizagem específica com base na leitura, que permanece ao longo da vida, mas que pode ser detetada desde logo, nos primeiros anos escolares. Com a avaliação e intervenção adequadas, as crianças afetadas tendem a obter maiores benefícios, desde que o problema seja identificado cedo. Com efeito, procura-se entender se, no caso dos adultos com esta perturbação, existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (portadores e não portadores de PAE-DL) relativamente aos sintomas psicopatológicos (de ansiedade e depressão) e à perceção de suporte social. Neste estudo participaram 265 sujeitos adultos, entre os quais 204 são mulheres e 61 homens, sendo que 24 são diagnosticados com PAE-DL, 97 com ansiedade e 60 com sintomatologia depressiva. Os resultados não revelam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (portadores e não portadores de PAE-DL).

Palavras-chave

Dislexia; Sintomas Psicopatológicos; Perceção de Suporte Social; Dificuldades de Aprendizagem; Leitura.

Abstract

Dyslexia is a Specific Learning Disability with Reading Deficit that lasts throughout life but can be detected early in the school years. With proper assessment and intervention, affected children tend to gain greater benefits, as long as the problem is identified early. Indeed, we try to understand whether, in the case of adults with this disorder, there are statistically significant differences between the two groups (carriers and noncarriers of PAE-DL) for the psychopathological symptoms (anxiety and depression) and the perception of social support. In this study 265 adult subjects participated, among which 204 were women and 61 men, 24 of whom were diagnosed with PAE-DL, 97 with anxiety and 60 with depressive symptomatology. The results did not reveal statistically significant differences between the groups (carriers and non-carriers of PAE-DL).

Keywords

Dyslexia; Psychopathological Symptoms; Perception of Social Support; Learning Difficulties; Reading.

Índice:

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
Introdução.....	1
1.1. Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura.....	3
1.1.1. Concetualização Histórica	3
1.1.2. Definição	4
1.1.3. Tipos de PAE-DL.....	7
1.1.4. Etiologia e Prevalência	9
1.1.5. Diagnóstico Diferencial e Comorbilidades.....	10
1.1.6. Diagnóstico, Avaliação e Intervenção	12
1.2. Apoio Social: Perceção de Suporte Social	13
1.3. Sintomas Psicopatológicos na PAE-DL.....	16
1.3.1. Sintomas de Ansiedade	17
1.3.2. Sintomas Depressivos.....	19
CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO	23
2.1. Apresentação do estudo	23
2.2. Método.....	24
2.2.1. Participantes	24
2.2.2. Instrumentos	29
2.2.3. Procedimentos	34
CAPÍTULO III: RESULTADOS	35
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	39
Referências Bibliográficas.....	43
ANEXOS	49

Lista de Figuras

Figura 1. Percentagem relativa ao género da amostra	25
Figura 2. Percentagens relativas ao estado civil dos participantes	25
Figura 3. Percentagens relativas à nacionalidade dos participantes	26
Figura 4. Percentagens relativas ao país de residência dos participantes.....	26
Figura 5. Percentagens relativas à profissão exercida pelos participantes.....	27
Figura 6. Percentagens relativas às habilitações literárias dos participantes	27

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Média e Desvio Padrão das idades dos participantes.....	24
Tabela 2 - Descrição da amostra quanto ao diagnóstico de PAE-DL	28
Tabela 3 - Descrição da amostra quanto ao familiar diagnosticado com PAE-DL.....	28
Tabela 4 - Descrição da amostra quanto ao diagnóstico de Ansiedade	28
Tabela 5 - Descrição da amostra quanto ao diagnóstico de Depressão	29
Tabela 6 - Descrição da amostra quanto ao diagnóstico de Déficit de Atenção	29
Tabela 7 - Cálculo da confiabilidade do Medical Outcomes Study Social Support Survey, através do Alpha de Cronbach.....	31
Tabela 8 - Consistência Interna para as 9 dimensões do BSI (adaptado de Canavarro, 1999)..	32
Tabela 9 - Cálculo da confiabilidade do Inventário de Sintomas Psicopatológicos, através do Alpha de Cronbach.....	33
Tabela 10 - Testes de Normalidade.....	36
Tabela 11 - Comparação dos resultados obtidos	37

Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
PAE-DL	Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura
DA	Dificuldades de Aprendizagem
IPODINE	Instituto Português de Dislexia e outras Necessidades Especiais
QI	Quociente de Inteligência
PAE	Perturbação da Aprendizagem Específica
IDA	<i>International Dyslexia Association</i>
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
MOS-SSS	<i>Medical Outcome Study Social Support Survey</i>
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Introdução

Para a finalização do 2º ciclo de estudos em Psicologia, na área Clínica e da Saúde, pela Universidade da Beira Interior (UBI), é requisito obrigatório a realização da dissertação de Mestrado. O Departamento de Psicologia e Educação da UBI disponibilizou uma lista de projetos, pelo que foi escolhido “Neurodesenvolvimento Cognitivo: da investigação básica à aplicação clínica”, sob orientação da Professora Doutora Fátima Simões e coorientação do Professor Doutor Paulo Rodrigues e Professor Doutor Luís Maia. Neste sentido, propôs-se desenvolver uma investigação cuja temática pretende analisar os sintomas psicopatológicos, como a ansiedade e a depressão, e a perceção de suporte social em indivíduos adultos diagnosticados com Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura (PAE-DL, mais conhecida como “Dislexia”).

Além de ser um desafio em termos profissionais, é também um repto em termos pessoais, por considerar ser uma problemática tentadora, no que concerne às dificuldades associadas à patologia. Trata-se de um tema de grande pertinência, visto que subsistem poucas publicações que abordam a dislexia na vida adulta. Porém, ao falarmos de dificuldades de aprendizagem (DA), torna-se imprescindível entender, primeiramente, os processos que estão implicados na aprendizagem normativa. Por si só, a aprendizagem é um fator que segue o desenvolvimento do homem e que está em constante aperfeiçoamento e construção. E a evolução faz-nos compreender que, ao estarmos numa transformação contínua, é necessário recorrer a subsídios que nos permitam acompanhar e entender o processo, adaptando-nos ao conhecimento para instituir relações e vínculos que nos possibilitem crescer e desenvolver perante as mudanças (Hemsing & Skrsypsack, s.d.).

A aprendizagem constitui, então, a aquisição de novos comportamentos/conhecimentos, que resultam da necessidade psicológica ou fisiológica de adaptação ao meio. Por sua vez, a aprendizagem envolve a entrada e codificação da informação nos sistemas recetores do organismo, o seu armazenamento e a sua posterior recuperação (Pinto & Fernandes, 2015).

Assim, subjacente à palavra “aprendizagem” está a palavra “escola”. E é quando nos confrontamos com o ambiente escolar que percebemos a heterogeneidade presente e o quanto se diferem os conceitos educacionais entre os alunos. Desta forma, aparecem as particularidades e características individuais que caracterizam as especificidades e dificuldades com que cada criança se depara no seu processo de aprendizagem (Hemsing & Skrsypsack, s.d.).

Por isto, são muitas as crianças que apresentam dificuldades durante o seu processo de aprendizagem. Samuel Kirk (citado por Barbosa, 2015) foi um dos pioneiros a utilizar o termo “*learning disability*”, que centra as DA em “dificuldades nos processos implicados na linguagem e no rendimento académico, devido a uma disfunção cerebral ou alteração emocional ou comportamental, independentemente da idade” (Ribeiro & Baptista, 2006, p. 25).

A perturbação da aprendizagem específica (PAE) é diagnosticada quando existem declínios específicos na capacidade de um sujeito entender ou processar informação de forma eficiente e com precisão (APA, 2014) e, manifesta-se durante os primeiros anos de escolaridade. É caracterizada por dificuldades constantes e incapacitantes na aprendizagem de capacidades académicas elementares de leitura, matemática e/ou escrita (APA, 2014). Por sua vez, o desempenho do sujeito nas capacidades académicas afetadas é marcadamente abaixo da média para a idade ou apenas onde são atingidos os níveis aceitáveis de desempenho dado os esforços extraordinários (APA, 2014).

Para todas as pessoas, a perturbação da aprendizagem específica pode gerar incapacidades vitalícias para com as atividades que dependem das capacidades, incluídas no desempenho ocupacional (APA, 2014). O termo “dislexia” é, muitas vezes, utilizado para denominar várias dificuldades específicas de aprendizagem. Contudo, a dislexia refere-se a uma dificuldade específica de aprendizagem da leitura (Ribeiro & Baptista, 2006). Para Rideau (citado por Pinto & Fernandes, 2015, p. 47), “a dislexia é entendida como uma dificuldade em identificar, compreender e reproduzir os símbolos, o que origina problemas na aprendizagem da leitura e da ortografia”.

Em Portugal, a dislexia é ainda recente e pouco explicada, sendo também raros os instrumentos de avaliação que foram alvo de aferição. A raridade do diagnóstico de dislexia em adultos portugueses passa por isso mesmo: “a própria construção e administração desses instrumentos é em si mesma custosa, pois exige formação específica, tempo considerável, recursos laboratoriais, administração individual e disponibilidade das pessoas avaliadas” (Alves & Castro, 2005, p.2).

O objetivo primordial desta dissertação consiste, essencialmente, em avaliar a diferença na perceção de suporte social e a existência de sintomas psicopatológicos de ansiedade e depressão entre portadores de PAE-DL e não portadores de PAE-DL. Assim, pretende-se compreender a relação entre esta investigação e os factos abordados em estudos nacionais e internacionais, e desta forma retirar os melhores resultados e conclusões possíveis. Por esta razão, este trabalho divide-se em quatro partes: a primeira diz respeito à fundamentação teórica do estudo; a segunda corresponde à investigação empírica, que inclui o método e os resultados; apresentar-se-á ainda a discussão dos resultados, conclusões, assim como limitações e sugestões para eventuais futuros estudos.

1.1. Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura

1.1.1. Concetualização Histórica

A palavra “dislexia” é apenas um dos muitos termos que foram utilizados ao longo dos anos para descrever crianças com dificuldades de alfabetização. Recentemente, no século XX, alguns autores expressavam reservas ao utilizar a palavra “dislexia” para descrever esse grupo. Por exemplo, para alguns, a palavra “dislexia” foi considerada sinónimo de “dificuldade específica de aprendizagem” (Rutter e Yule, citado por Lawrence, 2009), enquanto que para outros, o termo “dislexia de desenvolvimento específica” (Pumphrey, citado por Lawrence, 2009) era melhor aceite (Lawrence, 2009).

A dislexia é, então, caracterizada por uma dificuldade inesperada na leitura em crianças e adultos, que de outra forma, possui inteligência, motivação e escolaridade consideradas necessárias para uma leitura precisa e fluente (Shaywitz, citado por Shaywitz & Shaywitz, 2003). Historicamente, a dislexia em adultos foi observada na segunda metade do século XIX, e a dislexia do desenvolvimento em crianças foi relatada, pela primeira vez, em 1896 (Shaywitz & Shaywitz, 2005). Os pacientes com dislexia eram vistos, com frequência, por oftalmologistas, que chamavam a desordem de “*word blindness* - cegueira de palavras” (Shaywitz & Shaywitz, 2003). Antes do ano 1900, os temas de infância, desenvolvimento infantil e como as crianças aprendem eram, ainda, objeto de muita teorização, sem a vantagem dos métodos empíricos de pesquisa atuais (Lawrence, 2009).

Neste sentido, a dislexia da criança surge no seguimento de estudos a propósito das perturbações da linguagem em geral. Os estudos conduzidos em França (1865) por Paul Brocca e na Alemanha (1874) por Carl Wernicke são os primeiros a designar as áreas específicas da linguagem no hemisfério esquerdo do cérebro (Ribeiro & Baptista, 2006). Tendo por base os princípios da frenologia, Brocca, através de investigações *post-mortem* em sujeitos que perderam a capacidade de falar por causa de lesões na cabeça, inicia o estudo da afasiologia, em 1860 (Ribeiro & Baptista, 2006). Assim, concluiu-se que o hemisfério esquerdo do cérebro atua de maneira diferente do hemisfério direito, sendo que as dificuldades da fala e da linguagem expressiva são provocadas por lesões na terceira circunvolução frontal do cérebro (área de Broca) (Ribeiro & Baptista, 2006). Por outro lado, a equipa americana de Geschwind e Galaburda põe em evidência o facto do cérebro dos sujeitos com a perturbação apresentarem falhas específicas nas áreas da linguagem (Ribeiro & Baptista, 2006).

A este propósito, Lawrence (2009) refere que, como as dificuldades de aprendizagem da maioria das crianças eram consideradas problemas médicos, as palavras usadas eram, geralmente, originárias do medicamento, sendo que, por sua vez, a profissão médica desempenhou o papel dominante na área das dificuldades de aprendizagem durante os primeiros dias.

O primeiro “Congresso Internacional de Psicologia da Criança” onde é utilizado o termo “dislexia” teve lugar em França, em 1937 (Ribeiro & Baptista, 2006). A situação atual, no século XXI, é radicalmente diferente daqueles primeiros anos. O desenvolvimento de métodos científicos permitiu investigações sobre dificuldades de aprendizagem que, anteriormente, não eram possíveis. Mais importante ainda, a evidência científica para a existência da dificuldade de aprendizagem específica chamada “dislexia” está agora bem estabelecida. E embora tenha sido aceite, há muito tempo, que existe um grupo discreto de crianças que têm dificuldades de alfabetização, apesar das oportunidades de aprendizagem adequadas, o uso da palavra “dislexia” para descrever esses sujeitos é de origem relativamente recente (Lawrence, 2009). Porém, a nomenclatura da perturbação em vigor, que por todos nós é conhecida como “dislexia”, confere-lhe a designação de Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura (PAE-DL) (APA, 2014).

1.1.2. Definição

Na etimologia da palavra “dislexia” consta o radical “dis”, que significa dificuldade ou distúrbio, e “lexia”, que significa *leitura* no latim e *linguagem* no grego, ou seja, o termo supracitado anteriormente refere-se a dificuldades na leitura ou na linguagem (Lerner, citado por Cruz, 2004; Almeida, s.d). Em 1968, a Federação Mundial de Neurologia utilizou pela primeira vez o termo “dislexia do desenvolvimento”, definindo-a como uma perturbação que se manifesta por dificuldades na aprendizagem da leitura, apesar dos métodos de ensino ajustados, inteligência normativa e oportunidades socioculturais adequadas (Critchley, citado por Teles, 2004; Alves & Castro, s.d.; Ribeiro & Baptista, 2006). Também a Associação Internacional de Dislexia (2002, do inglês *International Dyslexia Association* - IDA), define esta perturbação da seguinte forma:

A dislexia é uma dificuldade específica de aprendizagem de base neurológica. É caracterizada pelas dificuldades no correto e/ou fluente reconhecimento de palavras e pelas pobres capacidades de descodificação e problemas na ortografia. Estas dificuldades resultam tipicamente de um défice no componente fonológico da linguagem que é, frequentemente, inesperado em relação a outras competências cognitivas e ambiente escolar favorável. Consequências secundárias podem incluir problemas na compreensão da leitura e reduzida experiência de leitura que impedem o enriquecimento vocabular e o enriquecimento do conhecimento (IDA, 2002).

Desta forma, e apesar da falta de consenso das muitas definições que explicam o conceito, a dislexia refere-se a uma perturbação específica da leitura, com bases genéticas que afeta o desenvolvimento neurológico (Morão & Oliveira, s.d.). É, portanto, congénita e hereditária, sendo que os seus sintomas podem ser, desde logo, identificados nos primeiros anos escolares (Almeida, s.d.). E mesmo que seja diagnosticada na pré-escola, o quadro mantém-se presente em todas as fases da vida (Morão & Oliveira, s.d.). Nesta perturbação, as dificuldades na aprendizagem da leitura são frequentes, uma vez que a leitura é um dos objetivos de aprendizagem e um meio para alcançar outras aprendizagens. Assim sendo, as dificuldades encontradas no campo da leitura estão intimamente ligadas às dificuldades de aprendizagem (Ribeiro & Baptista, 2006).

A dislexia é, então, caracterizada por uma dificuldade inesperada na leitura em crianças e adultos que, de outra forma, possuem a inteligência, motivação e escolaridade consideradas necessárias para uma leitura precisa e fluente (Shaywitz, et al., 2001). Dados epidemiológicos recentes indicam que, tal como a hipertensão e a obesidade, a dislexia se ajusta a um modelo dimensional. Noutras palavras, dentro da população, a capacidade e a incapacidade de leitura ocorrem ao longo de um *continuum*, com a incapacidade de leitura a representar a parte inferior de uma distribuição normal de capacidade de leitura (Shaywitz, et al., 2001). A dislexia é, talvez, o transtorno neurocomportamental mais comum que afeta crianças, com taxas de prevalência que variam de 5-10% a 17,5% (Interagency Committee on Learning Disabilities; Shaywitz, Fletcher & Shaywitz, citados por Shaywitz et al., 2001).

Nos últimos anos, a dislexia tem suscitado maior interesse de investigação e discussão, porque afeta, principalmente, a capacidade de leitura, uma vez que se trata de uma ferramenta cultural que garante acesso a outros conhecimentos e ao desenvolvimento de outras capacidades, sendo que o não domínio desta habilidade pode provocar danos evidentes, tanto no domínio afetivo, como no social (Bonini, Mari, Anjos, Joveliano, & Teixeira, 2010; Sacchetto, 2012). Com efeito, como referem Mangas e Sánchez (2010), “Os estudos têm sido convergentes, de uma forma geral, na admissão dos fatores causadores desta dificuldade de aprendizagem em fatores neurológicos, fatores cognitivos e fatores genéticos” (Mangas & Sánchez, 2010, p.3).

Conforme adianta o IPODINE (Instituto Português de Dislexia e outras Necessidades Especiais, 2014), só em Portugal, a dislexia atinge milhares de crianças e adolescentes em idade escolar e centenas de milhar em adultos. Na população em geral, os estudos expõem que cerca de 1 em cada 10 pessoas padece de dislexia. Contudo, quando não são diagnosticados, estes sujeitos têm muitas dificuldades, usualmente, nas aprendizagens, caso sejam crianças ou adolescentes, ou no emprego, na hipótese de já serem adultos (IPODINE, 2014).

Em termos de indicadores de dislexia no que concerne aos problemas na leitura, nos jovens adultos e em adultos, segundo Abreu (2012; Teles, 2004) podem ser identificados os seguintes:

1. História, na infância, de dificuldade em ler e em soletrar;
2. Leitura de palavras torna-se mais precisa ao longo do tempo, mas continua a exigir grande esforço;
3. Falta de fluência;
4. Embaraço causado pela leitura em voz alta; evita grupos de estudo ou discursar a partir de um texto escrito;
5. Dificuldades em ler e em pronunciar palavras fora do comum, estranhas ou isoladas, tal como nomes de pessoas, nomes de ruas, de lugares, de pratos de um menu;
6. Fadiga extrema provocada pela leitura;
7. Leitura lenta da maior parte dos materiais: livros, manuais e legendas de filmes estrangeiros;
8. Penalização em testes de escolha múltipla;
9. Número de horas incaracteristicamente longo passado a ler materiais escolares ou relacionados com a escola;
10. Sacrifício frequente da vida social para estudar;
11. Preferência por livros com imagens, mapas ou gráficos;
12. Preferência por livros com menos texto por página ou com grandes manchas de branco por página;
13. Falta de predisposição para ler por prazer;
14. Ortografia contínua desastrosa; preferência por palavras menos complicadas que são mais fáceis de soletrar e escrever;
15. Desempenhos particularmente pobres em tarefas que implicam decorar.

Contudo, o sujeito, com um nível de inteligência adequado, não apresenta problemas emocionais, sensoriais ou neurológicos que expliquem as dificuldades (Morão & Oliveira, s.d.). Já que se trata de uma incapacidade com base na linguagem, que persiste e interfere na aprendizagem de um indivíduo, é fundamental que a identificação e a intervenção ocorram tão cedo quanto possível (Agencia de Educación de Texas, 2014). A este propósito, Bonini, *et al.*, (2010) referem que os sintomas persistirão durante a fase adulta, acrescentando possíveis prejuízos emocionais e, conseqüentemente, sociais e profissionais, caso o diagnóstico de dislexia não seja claro e preciso, ainda na infância. Quando não existe um acompanhamento na fase escolar, os aspetos afetivos emocionais agravam-se e poderão manifestar-se sob forma de depressão, ansiedade, baixa autoestima e, nalguns casos, a ingestão de drogas e álcool (Bonini, *et al.*, 2010; Gomes, & Hirschmann, 2013). Morão e Oliveira (s.d.) referem que os disléxicos adultos podem adotar estratégias simples para melhorar o desempenho no dia-a-

dia do trabalho e dos estudos, sendo que podem experimentar maior qualidade de vida e autoconhecimento sobre as suas necessidades e potencialidades a serem desenvolvidas.

Com a revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, o DSM-5 (5ª Edição, APA, 2014), contempla algumas alterações introduzidas, nomeadamente, no que diz respeito à Perturbação da Aprendizagem Específica. Assim, em vez de estarem distribuídas por várias perturbações (da Leitura, da Escrita e do Cálculo), dentro da Perturbação da Aprendizagem Específica existem três especificadores, que têm a finalidade de identificar de modo mais rigoroso as características sintomatológicas das dificuldades de aprendizagem, sendo eles: Leitura, Expressão Escrita e Matemática (APA, 2014). Por sua vez, “o não sucesso nestes três domínios comprometem o sucesso escolar” (Ribeiro & Baptista, 2006, p. 46).

Para este trabalho interessa destacar a que diz respeito ao Défice na Leitura [315.00, (F81.0)] (APA, 2014) designada como Dislexia, que nos remete para a “Precisão da leitura de palavras”; “Ritmo ou fluência da leitura” e, ainda, “Compreensão da leitura”. Doravante, será mencionada como PAE-DL (Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura).

1.1.3. Tipos de PAE-DL

Para melhor entender os processos envolvidos na leitura, vejamos primeiro as pessoas que têm problemas para ler. As pessoas com dislexia - dificuldade em decifrar, ler e compreender o texto - podem sofrer muito numa sociedade que coloca um alto índice na leitura fluente. De acordo com Sternberg e Sternberg (2012), vários processos diferentes podem ser prejudicados na dislexia: consciência fonológica, que se refere à consciência da estrutura de som da linguagem falada; leitura fonológica, que implica a leitura de palavras isoladamente (também conhecida como "descodificação de palavras" ou "ataque de palavras"); codificação fonológica (na memória de trabalho), processo que está envolvido em recordar sequências de fonemas que às vezes são confusas; e, acesso lexical, que se refere à capacidade de recuperar os fonemas da memória a longo prazo.

Os mesmos autores referem que existem vários tipos diferentes de dislexia, sendo que o tipo mais conhecido é a dislexia do desenvolvimento, que se reflete na dificuldade em ler, que começa na infância e normalmente continua durante a idade adulta. Mais comumente, as crianças com dislexia de desenvolvimento têm dificuldade em aprender as regras que relacionam letras com sons (Démonet, Taylor e Chaix; Shaywitz & Shaywitz, citados por Sternberg & Sternberg, 2012). Também Bennett e Lagopoulos (2015) fazem referência à dislexia do desenvolvimento como uma deficiência específica na leitura, sendo uma desordem em que crianças com inteligência normal e habilidades sensoriais apresentam défices de

aprendizagem com preponderância a perturbações fonológicas (Demonet, et al., citados por Bennett & Lagopoulos, 2015).

Tal como acontece com a PHDA (Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção), existem fortes evidências de elevado grau de hereditariedade, indicando o papel fundamental de fatores de risco genéticos subjacentes. O surgimento de tais deficiências dependerá, provavelmente, de mudanças cerebrais ao nascer ou durante a idade muito inicial, em vez de depender da experiência (Bennett & Lagopoulos, 2015). Sendo a dislexia uma perturbação familiar e hereditária (Pennington & Gilger, citados por Shaywitz & Shaywitz, 2005), a história familiar é um dos fatores de risco mais importantes a estudar. De facto, entre 23 e 65 por cento das crianças que têm um dos progenitores com dislexia são também identificadas como portadoras da perturbação (Scarborough, citado por Shaywitz & Shaywitz, 2005); uma taxa entre os irmãos de pessoas com dislexia de aproximadamente 40% e entre pais, que varia de 27 a 49% (Pennington & Gilger, citados por Shaywitz & Shaywitz, 2005), proporciona oportunidades para a identificação precoce de irmãos portadores da patologia e, muitas vezes, para a identificação adiada, mas útil, de adultos afetados (Shaywitz & Shaywitz, 2005).

Um segundo tipo de dislexia é a dislexia adquirida, que normalmente é causada por uma lesão cerebral traumática, onde um bom leitor quando sofre uma lesão cerebral pode adquirir dislexia (Coslett, citado por Sternberg & Sternberg, 2012; Ribeiro & Baptista, 2006). Assim, a dislexia ligada ao processo de aquisição da escrita assemelha-se às afasias pela analogia de factos compreendidos como sintomas, sendo que num segundo momento, a perturbação alcançou um estatuto distinto da “dislexia adquirida”, relacionada com as afasias, pelo distanciamento da causa orgânica: a lesão cerebral (Massi & Santana, 2011).

Ainda a este propósito, Almeida (s.d.) salienta que existem três tipos de dislexia: acústica, visual e motriz. A dislexia acústica manifesta-se na insuficiência para a diferenciação acústica, isto é, sonora ou fonética, dos fonemas e na análise e síntese dos mesmos, ocorrendo omissões, distorções, transposições ou substituição dos fonemas. Desta forma, confundem-se os fonemas pela sua semelhança articulatória. A dislexia visual surge quando há imprecisão de coordenação visuo-especial, manifestando-se na confusão de letras com semelhança gráfica. Já a dislexia motriz evidencia-se na dificuldade para o movimento ocular, existindo uma clara limitação do campo visual que provoca regressões e, principalmente, intervalos mudos ao proceder à leitura. Neste sentido, o IPODINE (2014) refere que no caso da dislexia visual, o problema tem origem no percurso do estímulo visual até ao córtex visual que se prende, portanto, com a forma como o cérebro organiza e interpreta o estímulo. Ao passo que, no caso da dislexia auditiva o cérebro tem dificuldade em processar e interpretar a informação que é ouvida, estando a origem do problema no percurso do estímulo auditivo até ao córtex auditivo (Almeida, s.d.).

Ribeiro e Baptista (2006) fazem referência à identificação do subtipo de dislexia, que pode ser: dislexia fonológica, dislexia morfé mica e dislexia visual analítica. Na dislexia fonológica ocorrem erros na qual a palavra apresentada como estímulo e a resposta do indivíduo partilham a mesma raiz. Na dislexia morfé mica, os erros são, essencialmente, fonéticos, em que a resposta constitui uma interpretação fonética. E, por último, a dislexia visual analítica, em que a exploração psicolinguística nos permite saber se os indivíduos fazem uso preferencial da via visual ou se utilizam a via fonológica (Ribeiro & Baptista, 2006, p. 58).

Silva, Quercia e Robichon (s.d.) direcionam os subtipos de dislexia para a “dislexia visuolé xica” (p. 100) e “dislexia fonológica” (p. 104), indo ao encontro do que já foi dito anteriormente.

1.1.4. Etiologia e Prevalência

Almeida (s.d.) refere que “não há nenhuma segurança em afirmar uma ou outra etiologia para a causa da dislexia, mas há algumas situações que foram descartadas” (p. 2), pois segundo a Teoria das Inteligências Múltiplas, o ser humano detém capacidades cognitivas como “inteligência interpessoal, inteligência intrapessoal, inteligência lógica-matemática, inteligência espacial, inteligência corporal-cinestésica, inteligência verbal-linguística, inteligência musical, naturalista, existencial e pictórica” (Almeida, s.d., p. 2). Desta forma, o sujeito com dislexia tem a inteligência mais predisposta à inteligência corporal-cinestésica, espacial e musical (Almeida, s.d.). Na vertente emocional pode existir um comprometimento como consequência das dificuldades da perturbação, mas não como uma causa única (Almeida, s.d.). A mesma autora menciona ainda que não existe perda auditiva na pessoa dislé xica, afirmando que existem vários estudos nesse sentido: uma falha no sistema nervoso central na capacidade em organizar os grafemas; diferenças entre os hemisfé rios e alteração do lado direito do cérebro, que implica uma dominância da lateralidade invertida ou indefinida; processamento auditivo desajustado (consciência fonológica) da informação linguística (Almeida, s.d.).

Ainda que se considere, segundo Torres e Fernández (2001), que os fatores neurológicos e cognitivos representam os tipos de problemas elementares que podem regular a sua ocorrência, permanece difícil reconhecer uma causa única da dislexia. Estas autoras afirmam que, tanto os dislé xicos como os que não são apresentam uma “especialização do hemisfé rio esquerdo para o processamento linguístico, mas os dislé xicos evidenciam uma taxa de processamento inferior” (Torres & Fernández, 2001, p. 9). Uma vez que as contribuições dos estudos neurológicos parecem ser mais adequadas para as dislexias adquiridas, ao contrário das dislexias de desenvolvimento, porque “na ausência de lesão ou dano cerebral, não é possível falar de uma correspondência de dano ou lesão estrutural com uma função

específica” (Torres & Fernández, 2001, p. 9). Desta forma, as disfunções neurológicas têm maior evidência nas dislexias adquiridas (Fletcher, 2009; Torres & Fernández, 2001).

Quanto aos fatores cognitivos, a psicologia cognitiva possibilita traçar as estratégias de processamento que tornam exequível a leitura normal, que incluem as formas de codificar ou produzir a informação linguística e os modos de a interpretar ou analisar, utilizando a memória, a análise de formas das letras e sons, etc. Assim, a grande vantagem da identificação destas estratégias concerne na possibilidade de realizar predições sobre os distintos problemas que podem ocorrer na evocação de letras ou palavras (Fletcher, 2009; Torres & Fernández, 2001).

Segundo Shaywitz (citado por Teles, 2004), a dislexia corresponde à perturbação mais frequente entre a população escolar, sendo-lhe atribuída uma prevalência entre 5 a 17.5%. Porém, a prevalência é inconstante, pois depende do grau de dificuldade dos diferentes idiomas (Teles, 2004). No nosso país não existem estudos que incidam nesta vertente (Teles, 2004). Para a APA (2014), a prevalência da perturbação da aprendizagem específica nas diversas áreas académicas (leitura, escrita e matemática) ronda os 5%-15%, em crianças em idade escolar, enquanto nos adultos é ainda desconhecida, porém parece ser aproximadamente de 4%. Contudo, Torres (2009) refere que a dislexia afeta entre 10 a 15% de alunos e que, normalmente, se associa ao fracasso escolar. Landerl, Fussenegger, Moll e Willburger (2009), mencionam que as taxas de prevalência no fraco desempenho académico nos domínios da leitura e aritmética variam de forma ampla, dependendo dos critérios de definição de cada perturbação. No mesmo sentido, as taxas de prevalência para tais distúrbios são comparáveis (4-7%) (Landerl, et al., 2009).

1.1.5. Diagnóstico Diferencial e Comorbilidades

Capovilla e Capovilla (s.d.) salientam que uma das tarefas mais importantes dos psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos diz respeito à avaliação de perturbações de leitura, sendo relevante que o profissional conheça os diversos tipos associados, para que desta forma possa orientar o diagnóstico diferencial entre eles e que, baseado nesse diagnóstico, realize a intervenção mais adequada (Capovilla & Capovilla, s.d.; Snowling, 2012). A APA (2014) faz distinções entre “variações normais na realização académica”, “incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual)”, “dificuldades de aprendizagem devido a perturbações neurológicas ou sensoriais”, “perturbações neurocognitivas”, “perturbação de hiperatividade/défice de atenção” e “perturbações psicóticas” (p. 86-87).

A primeira concerne aos fatores externos, como a falta de oportunidades educativas, ensino consistentemente pobre e aprendizagem numa segunda língua, referindo que as dificuldades de aprendizagem persistem na presença de oportunidades educacionais adequadas, exposição

ao mesmo tipo de ensino que o grupo de pares e competência na língua de instrução (mesmo quando é diferente da língua falada primariamente) (APA, 2014).

A segunda evidencia que as dificuldades da aprendizagem ocorrem na presença de níveis normais de funcionamento intelectual (ou seja, um QI de pelo menos 70 ± 5), sendo que, por sua vez, se existe presença de incapacidade intelectual, a perturbação da aprendizagem específica (PAE) só pode ser diagnosticada quando as dificuldades de aprendizagem são em excesso em comparação às que habitualmente estão associadas à incapacidade intelectual (APA, 2014).

A terceira é associada a acidente vascular cerebral infantil, lesão cerebral traumática, déficit auditivo ou visual, pois, “nestes casos existem achados anormais no exame neurológico” (APA, 2014, p. 87).

A quarta especifica que “na perturbação da aprendizagem específica a expressão clínica das dificuldades de aprendizagem específicas ocorre durante o período de desenvolvimento e as dificuldades não se manifestam como um declínio marcado de um estado anterior” (APA, 2014, p. 87).

A quinta particulariza que na perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA) os problemas podem não espelhar obrigatoriamente dificuldades específicas nas capacidades de aprendizagem acadêmica, mas sim refletir dificuldades no desempenho dessas capacidades. Contudo, a coocorrência de PAE e PHDA é mais reiterado do que o previsto pela probabilidade, sendo que, se os critérios forem preenchidos para as duas perturbações, ambos os diagnósticos podem ser dados (APA, 2014).

Por último, a PAE distingue-se das dificuldades acadêmicas e de processamento cognitivo que se associam à esquizofrenia ou psicose, porque nestas perturbações há evidência de declínio nestes domínios funcionais (APA, 2014).

As comorbilidades não excluem necessariamente o diagnóstico de PAE, porém podem perturbar o desempenho nos testes e tornar o diagnóstico diferencial mais difíceis, uma vez que cada uma das perturbações concomitantes (perturbações do neurodesenvolvimento - PHDA, perturbações da comunicação, perturbação do desenvolvimento da coordenação, perturbação do espectro do autismo - e perturbações mentais - perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e bipolares) interfere independentemente na execução de atividades de vida diária, que inclui a aprendizagem (APA, 2014). Segundo CADIn (2017), a dislexia pode existir de maneira concomitante com outras perturbações do desenvolvimento, mas deve ter-se em consideração, durante o processo avaliativo, se as dificuldades na leitura decorrem de problemas emocionais ou sociais ou pela escassez ou inadequação de condições de ensino adequadas (CADIn, 2017; Carroll, Maughan, Goodman & Meltzer, 2004).

1.1.6. Diagnóstico, Avaliação e Intervenção

Para se diagnosticar a PAE-DL é essencial que exista uma vasta avaliação, que requer a participação de vários profissionais. A avaliação objetiva deve entender as áreas fortes e fracas do sujeito, os meios que este possui, bem como o seu envolvimento para que, desta forma, se possa formular o diagnóstico e aconselhamento necessários. Uma vez que não existe uma prova única para avaliar a dislexia, o diagnóstico deve, portanto, abranger uma avaliação médica, cognitiva, educacional e psicológica (CADIn, 2017).

A dislexia é diagnosticada quando os resultados do sujeito em provas de leitura estão essencialmente abaixo do previsto para a sua idade, escolarização e nível de inteligência, além das dificuldades na aquisição e uso da leitura serem tão consideráveis que interferem claramente no rendimento escolar e nas atividades da vida diária que carecem das capacidades de leitura. Estas dificuldades são intrínsecas ao sujeito e devem-se, ao que tudo indica, a uma alteração do sistema nervoso central (CADIn, 2017). Caracteristicamente, a dislexia é diagnosticada no 2º ano de escolaridade, para assegurar que já ocorreram momentos de aprendizagem, podendo fazer-se esta avaliação ao longo da vida, tanto na adolescência como na idade adulta. Contudo, é relevante que se recolham informações sobre o início da aprendizagem da leitura e da escrita (CADIn, 2017).

O processo de avaliação tem como finalidade o reconhecimento do indivíduo disléxico, consistindo num processo complexo em virtude da quantidade de fatores que é necessário conferir para assegurar rigor e precisão (Torres & Fernández, 2001), e se existe receio da presença de défices fonológicos e/ou dificuldades de leitura deve ser realizada uma avaliação (Teles, 2004). A avaliação é importante, pois serve para diagnosticar e delinear as dificuldades específicas, assim como para salientar as áreas fortes e para intervir (Teles, 2004) de maneira mais adequada. De acordo com Capovilla e Capovilla (s.d.), a avaliação do sujeito disléxico deve ser tanto qualitativa como quantitativa.

A primeira deve incluir entrevistas com os pais e/ou educadores e com a criança, observação clínica e a análise de relatos e anotações escolares, abarcando a observação de sinais que podem indicar a dislexia. Note-se que, tais sinais não induzem necessariamente a uma pessoa com dislexia, contudo representam fatores de risco, e se tal acontece, deve-se encaminhar para avaliação. A segunda procura analisar os aspetos específicos da leitura e da escrita, averiguando a integridade dos hábitos de leitura e de outras capacidades cognitivas pertinentes como o processamento visual e fonológico, a memória de trabalho e de longo prazo e o sequenciamento. Para isto, podem ser utilizados instrumentos padronizados, psicométricos ou neuropsicológicos (Capovilla & Capovilla, s.d.).

Teles (2004) refere que devem ser realizados testes, selecionados de acordo com a idade, que avaliem as competências fonológicas, o funcionamento intelectual, o processamento cognitivo, a linguagem compreensiva e expressiva (oral e escrita) e as aquisições escolares.

E porque “avaliar sem intervir não faz sentido” (Teles, 2004, p. 18), uma intervenção mais eficaz deve incluir as necessidades e características de cada indivíduo, além de considerar o trabalho realizado em equipa, bem como determinar estratégias eficazes de acordo com cada um, onde são incluídas avaliações frequentes para monitorização das evoluções, promover a aprendizagem de estratégias cognitivas profícuas, assim como, proporcionar várias oportunidades de prática para efeitos de treino (CADIn, 2017). Neste sentido, as áreas de intervenção variam consoante a idade do sujeito, uma vez que em idades mais precoces pode ser fulcral trabalhar a consciência fonológica e a descodificação da leitura, enquanto em idades mais avançadas poderá ser mais pertinente incidir sobre aspetos como a compreensão e competências de estudo (CADIn, 2017). Dado que a dislexia se mantém ao longo da vida, é uma perturbação neurológica que carece de uma intervenção precoce e especializada (Teles, 2004). O importante é que a pessoa identificada com a perturbação seja avaliada e receba uma intervenção exclusiva.

1.2. Apoio Social: Perceção de Suporte Social

Segundo Siqueira (2008), o suporte social é mencionado na literatura como uma condição capaz de proteger e de promover a saúde. O apoio social tem sido definido de muitas formas, sendo-lhe atribuídas várias funções (Durá & Garcés, 1991), daí ser um conceito bastante subjetivo, mas que pode ser compreendido como um ato de suporte executado por uma pessoa, em várias dimensões da sua vida (Fachado, Martinez, Villalva, & Pereira, 2007). Além de ter demonstrado um papel relevante no processo de adaptação à doença, é um elemento crucial em termos da manutenção da integridade psicológica, da mesma forma que pode prevenir o aparecimento de efeitos psicológicos adversos (Fachado, et al., 2007). Como está ligado a estados funcionais adequados e a um melhor ajustamento psicossocial, demonstrou que também influencia a diminuição da mortalidade, assim como da doença cardiovascular. Dá-nos a ideia de que as pessoas que pertencem a famílias funcionais têm melhores níveis de saúde, devido aos recursos materiais e emocionais que lhes garantem (Fachado, et al., 2007).

Cassel (citado por Durá & Garcés, 1991) foi um dos pioneiros em termos de investigação sobre os benefícios psicológicos do apoio social, referindo que este é oferecido pelos grupos primários mais importantes para o indivíduo. A ideia básica subjacente a todas as definições é que o apoio social reforça no indivíduo a sensação de valor e ser amado, ao perceber-se a si mesmo como um membro aceite de um grupo social (Durá & Garcés, 1991). Por outras

palavras, “reporta-se à percepção que o indivíduo tem de que é estimado, que os outros se interessam por ele, que estão disponíveis quando ele precisa e que está satisfeito com as relações que tem” (Cruz, s.d., p. 34).

No entanto, Baptista, Baptista e Torres (2006), referem que o suporte social pode ser considerado como um fator de redução no que concerne ao impacto de acontecimentos *stressantes* e diversas perturbações psicológicas/psiquiátricas, como a depressão e a ansiedade. Os homens que, por exemplo, têm menos percepção de suporte social (i.e., percebem menos suporte social) tendem a ser menos sociáveis, serem fisicamente ativos e apresentarem maiores sintomatologias de depressão (Undén & Orth-Gomér, citados por Baptista, Baptista & Torres, 2006).

O indivíduo humano descobre que o sentimento de controlabilidade do ambiente será determinado com base na eficácia das suas relações interpessoais com os outros. E não só isso, mas essa mesma eficácia nas suas tarefas pode ser alterada pela mera presença de outros. Definitivamente, a pessoa humana continua a mostrar essa necessidade secundária (segundo a teoria de Maslow, de estar com os outros), de comunicar com eles, de os ter para que nos apoiem e para se sentir amada (Durá & Garcés, 1991). É neste sentido que tanto o suporte social como o suporte familiar são importantes para a manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações *stressantes* (Baptista, Baptista & Torres, 2006).

Durá e Garcés (1991) postulam que o apoio social tem efeitos diretos sobre a saúde física e mental dos indivíduos. Estudos a este respeito parecem indicar que as pessoas que têm relações e vínculos sociais fortes vivem mais tempo e têm melhor saúde física e mental que aquelas que não estabelecem tais vínculos (Durá & Garcés, 1991). Na mesma linha, Cohen e Wills (1985), referem que existem numerosos estudos que indicam que as pessoas com cônjuges, amigos e familiares que fornecem recursos psicológicos e materiais estão melhor em termos de saúde do que aqueles com menos contatos sociais de apoio, confirmando que o apoio social é um contribuinte causal ao bem-estar.

Por outro lado, Durá e Garcés (1991) referem que o apoio social reduz diretamente o impacto dos eventos *stressantes* que afetam as pessoas. Isto é, o apoio social relacionar-se-ia não com a saúde em geral, mas sim com o ajuste a um evento *stressante* particular, como é o caso de se ser despedido do trabalho, a viuvez, o enfarte ou hipertensão, entre outros. No entanto, a conceptualização mais complexa sobre os efeitos do apoio social refere que este não influi diretamente nem sobre a saúde nem sobre os *stressores*, sendo que o papel do apoio social é o de modular a relação entre ambos, ou seja, amortizando o impacto dos eventos *stressantes* sobre a saúde das pessoas (Durá & Garcés, 1991). Foi denominada como “*The Buffering Hypothesis*”, segundo Cohen e Wills (1985), afirmando que o *stress* psicossocial terá efeitos negativos sobre a saúde e o bem-estar das pessoas que não tenham apoio social, enquanto estes efeitos negativos se reduziram naquelas pessoas com fortes apoios sociais (Durá &

Garcés, 1991). Quer isto dizer que, as pessoas que passaram por períodos de *stress* recuperam mais rapidamente e alcançam uma melhor saúde e bem-estar se tiverem recebido apoio social (Cohen & Wills, 1985; Durá & Garcés, 1991). Segundo Frank (citado por Bonini, et al., 2010), o sentimento de frustração e fracasso que o sujeito vivencia, enquanto lida com a dislexia, pode aparecer de diversas formas, sendo que os sentimentos comuns vão aparecer de tempos a tempos, seja ao abordar os trabalhos da escola como ao interagir com colegas e familiares.

É a partir da década de 70 que se verifica um interesse crescente perante as dimensões que derivam das relações sociais, em que grande parte deste interesse se deve às formulações teóricas inovadoras de Cassel e Caplan (citados por Fernández, 2005), ao permitir concetualizar os recursos oriundos das relações sociais e estabelecer estratégias de intervenção comunitária dirigidas a melhorar os sistemas de apoio. O primeiro autor refere que as mudanças no ambiente social podem alterar a resistência dos indivíduos perante a doença, devido às alterações metabólicas que desencadeiam, já que a falta de sinais ou de informação relevante a partir das relações sociais (em especial, as que se referem a pessoas significativas e próximas para o indivíduo) pode constituir a origem da doença (Fernández, 2005). Sublinha-se, igualmente, a importância que têm para o bem-estar dos indivíduos os recursos que derivam das distintas relações sociais mantidas, como o apoio emocional e instrumental, destacando a necessidade da realização de atividades para favorecer e promover o desenvolvimento de contactos sociais, fornecedores de apoio numa determinada comunidade (Fernández, 2005).

Neste sentido, Gottlieb (citado por Fernández, 2005) salienta a importância das redes informais de apoio, como os amigos e os vizinhos, para a saúde mental da população, ao demonstrar como as pessoas afetadas por problemas emocionais, situações difíceis e/ou geradoras de *stress*, elegiam as pessoas à sua volta em vez de recorrerem a especialistas em saúde mental, como psiquiatras ou psicólogos, para tentar resolvê-los (Fernández, 2005). Este facto confere reconhecimento às pessoas mais próximas do indivíduo (com formação profissional ou não) como “fontes fornecedoras de apoio” [sic] para a manutenção da saúde mental dentro da comunidade (Fernández, 2005).

Apesar das inúmeras horas em programas especiais ou em colaboração com especialistas, muitas pessoas com dislexia experienciam anos de frustração e sucesso limitado. A sua evolução pode ter sido decadentemente lenta e frustrante, transformando-os emocionalmente frágeis e vulneráveis. E enquanto que alguns foram subjugados a uma pressão desmedida para ter sucesso, sem o treino ou suporte adequados, outros foram comparados de forma contínua com os irmãos, colegas de turma ou de trabalho, tornando-os tímidos, cautelosos e defensivos. Portanto, os sujeitos com dislexia podem ter aprendido que estar na companhia dos outros os coloca em risco de cometer erros públicos e, conseqüentemente, as inevitáveis reações negativas que podem advir. Faz sentido, então,

que muitas pessoas disléxicas se afastem, procurem conviver com pessoas mais novas ou se tornem socialmente isoladas (Schultz, 2013).

Faris (citado por Fernández, 2005) formulou a *Social Isolation Hypothesis* para sustentar que a interação social era essencial para o desenvolvimento de uma personalidade normal e promulgar um comportamento social adequado, em que o isolamento social dos indivíduos constitui o maior risco para desenvolver uma perturbação mental. Alexander-Passe (2010), que analisa a causa e os efeitos da depressão, refere que os grupos com maior exclusão social são mais tendentes à depressão. Neste sentido, os adultos disléxicos, ao aprenderem a lidar com as suas dificuldades e com um suporte pedagógico especializado e apoio social da família e amigos, poderão lidar melhor com o quadro e tornarem-se bem-sucedidos e aceites, já que, o disléxico nunca deixará de ser disléxico. Porém, se o indivíduo estiver inserido num ambiente que valorize as suas capacidades, incremente a perseverança, o *coping* e o uso de estratégias adequadas, poderá conviver em conformidade com a perturbação (Sacchetto, 2012, p.37). As dificuldades de aprendizagem também são causa do desânimo, da baixa de autoestima e défices nas competências sociais e contribuem, naturalmente, para o insucesso escolar e para as dificuldades de inserção social das pessoas portadoras dessas dificuldades (Pinto & Fernandes, 2015).

1.3. Sintomas Psicopatológicos na PAE-DL

Sendo a psicopatologia a ciência que estuda as perturbações mentais e comportamentos anormais, e que investiga os fenómenos psíquicos patológicos conscientes que acontecem no ser humano (Bonomi & Lotufo-Neto, 2010), os sintomas psicopatológicos têm uma dimensão dupla: tanto são indicadores/índices como símbolos (Dalgarrondo, 2008). Como índice, o sintoma indica uma disfunção que está presente no organismo. Além disto, os sintomas psicopatológicos, ao serem denominados pelo paciente passam a ser “símbolos linguísticos. Quando se estudam estes sintomas, tem-se em conta a forma dos sintomas, ou seja, a sua estrutura básica (semelhante nos diversos pacientes - alucinações, labilidade afetiva, etc.), assim como o seu conteúdo, correspondendo a aspetos mais pessoais do sujeito. Geralmente, alguns sintomas referem-se a alterações neuronais, como os sintomas neurológicos primários (paralisias, anestésias, perdas sensoriais, etc.), ou os sintomas neuropsicológicos (afasias, agnosias, apraxias, amnésias, etc.) (Dalgarrondo, 2008). Assim, ao avaliar-se o mal-estar sintomático ao longo de um contínuo que vai desde o mal-estar psicológico, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, o indivíduo fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que mais o perturba (Dalgarrondo, 2008).

Considerando isto, torna-se relevante fazer a distinção entre “sinal” e “sintoma”. Desta forma, “sinal” vem do latim *signalis* e refere-se à manifestação, indício ou vestígio (DPLP, 2013¹), que corresponde a manifestações clínicas visíveis e perceptíveis pelo profissional. Por outro lado, “sintoma” deriva do grego *súptomata* (DPLP, 2013²) e concerne às manifestações subjetivas percebidas pelo paciente e relatadas ao profissional (e.g. dor, náusea, cansaço, dormência, etc.). Por sua vez, a “sintomatologia” (sintoma + *-logia*) (DPLP, 2013³) representa um conjunto de sinais e sintomas presentes numa determinada doença.

Bonomi e Lotufo-Neto (2010) afirmam que as modificações da afetividade estão entre os principais sintomas psicopatológicos representados. Porém, os elevados níveis de emoção negativa estão altamente associados com os distintos tipos de psicopatologia, pois, consistem num fator de vulnerabilidade não específica para o desenvolvimento de perturbação psicológica (Ferraz, Tavares & Zilberman, citados por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2010). De acordo com a perspectiva que assume que os processos de tomada de decisão com diferentes níveis de complexidade vão depender diretamente da associação emocional feita pelo sujeito quando experiencia diferentes situações quotidianas, sublinha-se a importância da capacidade para aceitar e valorar as reações emocionais, sendo que a tendência oposta, isto é, evitar experiências internas negativas, pode originar diferentes sintomas psicopatológicos (Cole, Michel, Teti; Linehan; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, Strosahl, citados por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010).

De facto, demonstrou-se que demorar mais tempo para completar determinadas tarefas de leitura e de escrita, em situações académicas ou profissionais (Hatcher, et al., citados por Ghisi, Bottesi, Re, Cerea, & Mammarella, 2016), afeta as características psicológicas dos adolescentes e jovens adultos com dislexia, que muitas vezes resultam nas mais diversas formas de psicopatologia. Neste sentido, a dislexia tem sido associada a perturbações psicológicas (Undheim, citado por Ghisi, et al., 2016), e quanto mais severa for a dislexia, maior o nível dos sintomas psicológicos associados. Santos e colaboradores (citados por Freitas, 2011) reforçam que os sintomas emocionais que mais afetam os estudantes universitários concernem à depressão e à ansiedade.

1.3.1. Sintomas de Ansiedade

Vaz-Serra (1980) explicava a ansiedade como um “conjunto complexo de emoções, formado pela emoção dominante do medo, á qual se associam outras [emoções], entre as quais a culpabilidade, a amargura, a vergonha e o interesse-excitação” (p.93). Assim, pode-se afirmar que a ansiedade é um estado emocional que se manifesta por um conjunto de sinais e sintomas psicológicos e fisiológicos que fazem parte da vida humana (Cruz, s.d.). De acordo com a APA (2014), as perturbações de ansiedade incluem perturbações que compartilham as

características de medo e de ansiedade excessivos e, alterações do comportamento relacionadas. Enquanto medo diz respeito à “resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida” (p. 223), a ansiedade refere-se à “antecipação de uma ameaça futura (...) mais vezes associada a tensão muscular e a estados de vigilância em preparação para perigos futuros e comportamentos cautelosos e de evitamento” (APA, 2014, p. 223). As perturbações de ansiedade distinguem-se entre si nos tipos de objetos ou situações que incutem medo, ansiedade ou comportamentos de evitamento, e na ideação cognitiva associada. Assim, enquanto as perturbações de ansiedade se aproximam de uma elevada comorbilidade entre si, podem ser distintas através do exame rigoroso dos tipos de situações que são receadas ou evitadas e através do conteúdo dos pensamentos ou das crenças associados (APA, 2014).

“As perturbações de ansiedade diferem do medo ou ansiedade do desenvolvimento normal por serem excessivas ou persistirem para lá dos períodos de desenvolvimento adequados” (APA, 2014, p. 223). Diferenciam-se do medo ou ansiedade transitórios, muitas vezes incutidos pelo stress, por serem constantes (por exemplo, normalmente duram 6 meses ou mais), ainda que os critérios de duração sejam vistos como uma orientação geral com algum grau de flexibilidade, e têm, por vezes, uma duração mais curta em crianças (como na perturbação de ansiedade de separação ou no mutismo seletivo). Dado que, particularmente, os sujeitos com perturbações de ansiedade sobrestimam o perigo em situações de que têm medo ou que evitam, a deliberação primária de se o medo ou ansiedade são exagerados ou desproporcionados é realizada pelo clínico, considerando os fatores culturais da contextualização. Muitas das perturbações de ansiedade desenvolvem-se na infância e, caso não sejam tratadas, têm tendência para persistir, sendo que a maioria ocorre, frequentemente, no sexo feminino perante o masculino (na proporção aproximada de 2:1). Cada perturbação de ansiedade é diagnosticada, apenas, quando os sintomas não estão atribuídos a efeitos fisiológicos de uma substância/medicamento, ou a outra condição médica, ou quando não são mais bem explicados por outra perturbação mental (APA, 2014).

Schultz (2013) expõe que a ansiedade é um estado de preocupação sobre o que pode ser. Assim, o *stress* e a ansiedade tendem a aumentar quando estamos em situações sobre as quais temos pouco ou nenhum controlo (i.e. um carro a sair da estrada, tropeçar nas escadas, ler em público). Todas as pessoas, jovens e idosas, podem enfrentar *stress* irresistível e exibir sinais de ansiedade, mas crianças, adolescentes e adultos com dislexia são, particularmente, vulneráveis. Isso, porque muitos indivíduos não compreendem completamente a natureza da sua dificuldade de aprendizagem e, como resultado, tendem a culpabilizar-se pelas suas próprias dificuldades. Anos de auto-dúvida e auto-recriminação podem prejudicar a auto-estima de uma pessoa, tornando-os menos capazes de tolerar os desafios da escola, do trabalho ou das interações sociais e mais *stressados* e ansiosos (Schultz, 2013).

Num estudo levado a cabo por Alves, Filipe, Pereira, Seco e Sousa (2009), os autores referem que “as dificuldades residuais de adultos disléxicos, incluem, tipicamente, uma reduzida

velocidade de leitura, uma soletração fonética e pobreza na ortografia” (p. 502), relacionando-se com auto-confiança e auto-estima reduzidas, assim como elevados níveis de frustração, que poderão influenciar, de forma negativa, o desempenho escolar. Além disto, para estruturar e organizar o discurso escrito, os estudantes do ensino superior envolvidos no projeto (Alves, et al., 2009) pretendem reduzir os elevados níveis de ansiedade que se encontram associados, com alguma frequência. Também Ryan (2004) faz referência à ansiedade, como sendo o sintoma emocional mais frequente relatado por adultos disléxicos, que se tornam mais temerosos devido à constante frustração e confusão que sentem. Esses sentimentos são exacerbados pelas inconsistências da dislexia, porque podem antecipar o fracasso e, entrar em novas situações pode-se tornar extremamente debilitante. Assim, a ansiedade faz com que os seres humanos evitem o que os assusta e o disléxico não é exceção (Ryan, 2004).

Teles (2004) também salienta que repetir anos de escolaridade não ajuda a superar as dificuldades, pois pode gerar dificuldades acrescidas ao nível afetivo emocional: sentimentos de frustração, ansiedade, desvalorização do autoconceito e da autoestima. Por outro lado, estudos de Silva e Costa (citados por Cruz, s.d.) assinalam que “quanto maior for o sentimento de confiança em si próprio e nos outros, menos ansioso é o indivíduo” (p. 49). Assim, os sujeitos que construíram a sua identidade através do recordar de crises precedentes teriam maior autonomia, mais segurança em si, mais iniciativa e investimento e, por consequência, seriam menos ansiosos (Cruz, s.d.).

Deste modo, o fator emocional deve ser considerado durante o tratamento, dado que o processo é, normalmente, longo e demorado, e podem surgir sentimentos de insegurança e ansiedade (Cabussú, 2009). De facto, o impacto que o estudante tem na sua passagem para o ensino superior vai depender das suas particularidades desenvolvimentais e do auxílio que recebe através dos novos suportes. Por sua vez, as complicações que os novos alunos sentem nesta mudança podem consistir numa crise adaptativa ou em níveis moderados de ansiedade. Nesta fase, o estudante terá de enfrentar e assumir outras responsabilidades (i.e. ter que gerir o tempo e o sair de casa) e confronta-se com novos acontecimentos que requerem decisões, ao mesmo tempo que fortalece a sua autonomia com tudo isto (Cruz, s.d.). Por tudo isto, é habitual que se manifeste a ansiedade associada a esta emergência de adaptação (Cruz, s.d.).

1.3.2. Sintomas Depressivos

Como já mencionado anteriormente, as dificuldades na aprendizagem, tanto na leitura como na escrita, são muito dissemelhantes. Assim, nem todas as dificuldades de leitura se restringem à dislexia e o diagnóstico deve ser feito por um profissional com experiência. Em

muitas situações, as dificuldades escolares trazem consigo uma vasta gama de outros problemas, como a sensação de fracasso, a desilusão, o desinteresse, a agressividade, a depressão, o isolamento e a desatenção (Pavão, s.d.). De acordo com a APA (2014), a característica comum às perturbações depressivas corresponde “à presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo” (p.183).

Selikowitz (citado por Bonini, et al., 2010) salienta que a depressão se pode manifestar através de sintomas como dor de cabeça, perturbação de alimentação, conduta agressiva e revoltada, regressão no percurso escolar e abuso de álcool ou drogas. Os sintomas referidos são difíceis de se identificarem como depressão, pois, segundo o autor, os sintomas mais análogos da depressão são solidão e isolamento, sentimento de tristeza, afirmações autodepreciativas, alteração do sono e protestos de aborrecimento. Estes sintomas podem ocorrer de forma temporária no disléxico que não esteja a sofrer de depressão, pois estes sinais podem surgir devido às dificuldades enfrentadas pelo sujeito (Bonini, et al., 2010). Segundo Ryan (2004), a depressão também é uma complicação frequente na dislexia. Embora a maioria dos disléxicos não estejam deprimidos, as crianças com esse tipo de dificuldade de aprendizagem são mais propensas a sentimentos de tristeza e dor. Desta forma, os disléxicos depressivos não só experienciam grande dor nas atividades do presente, como também preveem uma vida de fracasso contínuo (Ryan, 2004).

De acordo com Cabussú (2009) são várias as reações emocionais que podem surgir nos disléxicos, entre as quais, atitudes depressivas, perante as dificuldades de aprendizagem ao recusarem situações que exijam um rendimento sistemático e ativo pelo medo ou receio de viverem situações de fracasso. Por outro lado, o *stress* pode causar doenças físicas, como úlcera e gastrite, hipertensão, crises de pânico, alterações no sono, depressão e ansiedade, entre outras, podendo estes problemas se agravarem e desencadear enfartes, derrames e etc. (Lipp, citado por Cabussú, 2009). Uma perturbação como a dislexia, além de provocar *stress* no sujeito, também acaba por afetar toda a família (Cabussú, 2009).

Maag e Reid (2006) evidenciam que as crianças com défices de aprendizagem são mais propensas em desenvolver uma perturbação mental, uma vez que têm tendência para baixo auto-conceito, serem menos socialmente aceites e mais ansiosas que os seus pares sem estas dificuldades. Por sua vez, os autores citados referem que os sujeitos com dificuldades na leitura apresentam maiores níveis de depressão, traços de ansiedade e queixas somáticas, quando comparados a leitores fluentes. No mesmo estudo, Maag e Reid (2006) salientam que os estudantes com perturbações de aprendizagem exibem pontuações mais elevadas nos testes de sintomatologia depressiva face aos sujeitos sem o diagnóstico. Por outro lado, Maughan et al. (2003) demonstram haver relação entre as dificuldades severas e persistentes de leitura e o incremento no risco para o humor deprimido em crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 10 anos de idade (Lima, Salgado, & Ciasca, 2011). Finalmente,

Lima, Salgado e Ciasca (2011) salientam que “quanto maior a idade cronológica, maior foi o número de relatos de ideação suicida passiva e preocupação” (p.757).

CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO

2.1. Apresentação do estudo

A relevância deste tema resulta do conhecimento de várias investigações científicas que evidenciam que os sujeitos com PAE-DL revelam uma elevada prevalência de sintomatologia depressiva e, principalmente, de sintomatologia de ansiedade. Sendo a ansiedade e a depressão duas condições psicopatológicas que, mesmo em níveis subclínicos, podem afetar o desenvolvimento do sujeito, é importante compreender de que forma se podem repercutir negativamente na sua saúde, sem a existência de um bom suporte social, seja por parte da família, dos pares ou dos amigos mais próximos.

Neste sentido é pertinente identificar os fatores de risco suscetíveis de influenciarem o desenvolvimento de estados emocionais negativos, com o propósito de prevenir consequências adversas para os indivíduos com PAE-DL, uma vez que essa identificação permitiria a realização de intervenções no sentido de controlar o aparecimento de sintomas psicopatológicos. Desta forma, contribuir-se-ia para uma melhor adaptação à condição neurológica a que estão submetidos, podendo desta forma, implementar intervenções personalizadas de acordo com o estilo de vida e contextos onde estes indivíduos estão inseridos. Com efeito, um investimento desta natureza pode ajudar os profissionais de saúde a detetarem mais facilmente as pessoas que estão mais vulneráveis a desenvolver estados de ansiedade ou depressivos, encaminhando-as para um acompanhamento mais adequado, adotando estratégias preventivas.

Partindo deste pressuposto, avaliou-se a diferença na perceção de suporte social e a existência de sintomas psicopatológicos de ansiedade e depressão entre portadores de PAE-DL e não portadores de PAE-DL. Desta forma, pretende-se avaliar a perceção de suporte social nos portadores com PAE-DL. Neste sentido, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H₁= Os participantes com PAE-DL pontuam mais elevado na dimensão ansiedade do que os participantes sem PAE-DL e essas diferenças são estatisticamente significativas.

H₂= Os participantes com PAE-DL pontuam mais elevado na dimensão depressão do que os participantes sem PAE-DL e essas diferenças são estatisticamente significativas.

H₃= Os participantes sem PAE-DL pontuam mais elevado na dimensão de perceção de suporte social do que os participantes com PAE-DL e essas diferenças são estatisticamente significativas.

2.2. Método

A metodologia utilizada na presente investigação inscreve-se numa metodologia quantitativa, a que corresponde um estudo comparativo, reportando diferenças entre os grupos. No que diz respeito às variáveis, à dependente corresponde a perceção de suporte social e sintomatologia psicopatológica e à independente corresponde o facto de os participantes serem ou não diagnosticados com Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura (PAE-DL).

2.2.1. Participantes¹

Neste estudo participaram 387 sujeitos, dos quais apenas 265 responderam de forma válida à bateria de testes aplicada, tendo sido eliminados os participantes que respondiam sempre nos extremos das possibilidades de resposta e os *outliers*. Trata-se de uma amostra por conveniência, sendo a população alvo adultos com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos ($M= 30.48$; $DP= 10.87$) (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Média e Desvio Padrão das idades dos participantes

Idade	N	Média	Desvio Padrão
	265	30,4830	10,87362

No que diz respeito ao género dos participantes, verifica-se que 204 (77%) são do sexo feminino e 61 (23%) do sexo masculino (cf. Figura 1).

¹ Consultar Anexo 1, onde constam as Tabelas de Frequência retiradas do SPSS.

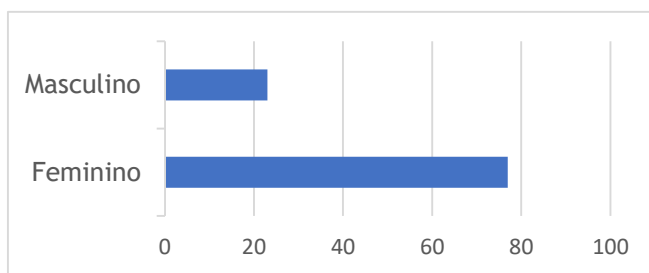


Figura 1. Percentagem relativa ao género da amostra

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes, isto é, 135 (50,9%) indivíduos são solteiros; 52 (19,6%) são casados; 45 (17%) são comprometidos; 18 (6,8%) vivem em união de facto; 13 (4,9%) são divorciados; 1 (0,4%) é separado e outro (0,4%) indivíduo é viúvo (cf. Figura 2).

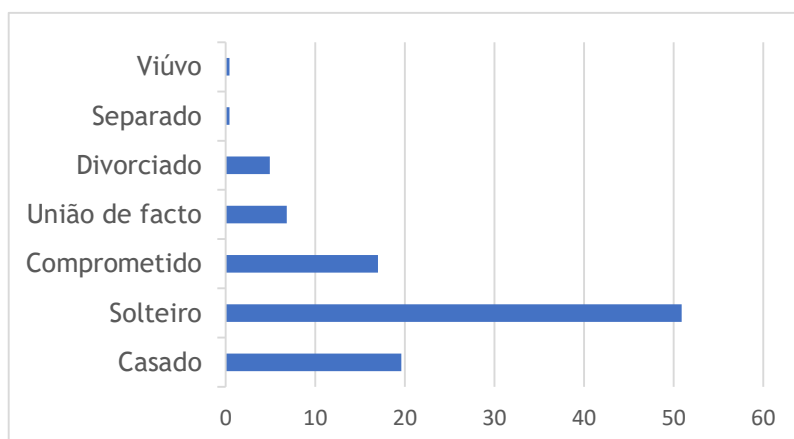


Figura 2. Percentagens relativas ao estado civil dos participantes

No que concerne à nacionalidade, 248 (93,6%) participantes são portugueses; 5 (1,9%) são angolanos; 3 (1,1%) são brasileiros; 3 (1,1%) moçambicanos; 3 (1,1%) venezuelanos; 2 (0,8%) franceses e 1 (0,4%) espanhol (cf. Figura 3).

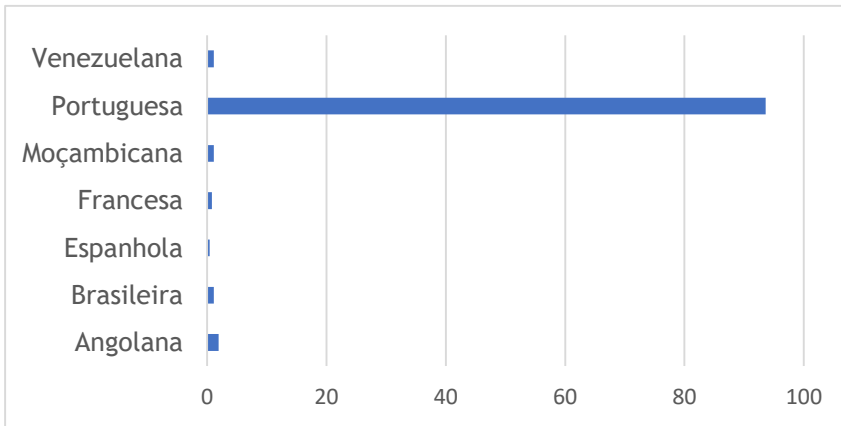


Figura 3. Percentagens relativas à nacionalidade dos participantes

Quanto ao país de residência, 250 (94,3%) sujeitos vivem em Portugal; 3 (1,1%) em Angola, Brasil e Moçambique (respetivamente); 2 (0,8%) no Reino Unido e na Suíça (de modo respetivo) e, por fim, 1 (0,4%) na França e 1 (0,4%) no Luxemburgo (cf. Figura 4).

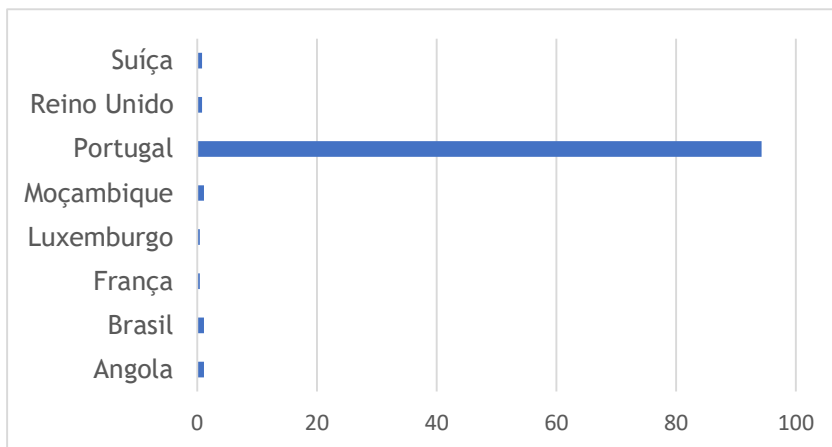


Figura 4. Percentagens relativas ao país de residência dos participantes

Para a profissão, enquanto que contamos com 102 (38,5%) estudantes do ensino superior e 11 (4,2%) estudantes (entenda-se que correspondem a outros níveis de escolaridade), 152 (57,4%) indivíduos dizem ter outra profissão (cf. Figura 5).

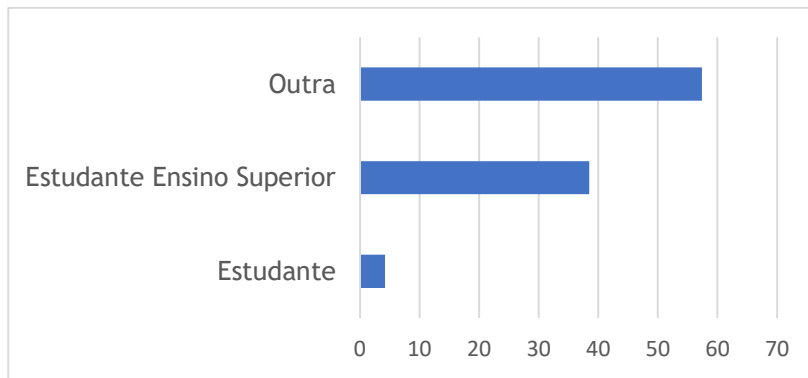


Figura 5. Percentagens relativas à profissão exercida pelos participantes

Relativamente às habilitações literárias, 81 (30,6%) sujeitos têm licenciatura pós-Bolonha; 62 (23,4%) o ensino secundário (até ao 12º ano); 35 (13,2%) licenciatura pré-Bolonha; 34 (12,8%) Mestrado pós-Bolonha; 20 (7,5%) o ensino básico (até ao 9º ano); 13 (4,9%) Mestrado pré-Bolonha; 7 (2,6%) doutoramento; 5 (1,9%) têm estudos até ao 6º ano; 5 (1,9%) bacharelato e 3 (1,1%) têm escolaridade até ao 4º ano (cf. Figura 6).

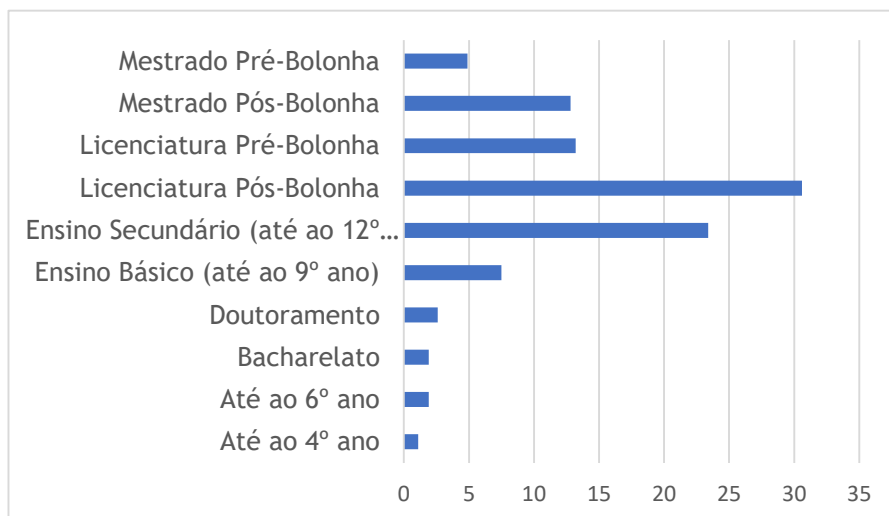


Figura 6. Percentagens relativas às habilitações literárias dos participantes

Na questão de “diagnosticado, anteriormente, com PAE-DL”, 241 (90,9%) participantes responderam que não, enquanto 24 (9,1%) responderam que sim (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Descrição da amostra quanto ao diagnóstico de PAE-DL

	Frequência	Porcentagem
Sim	24	9,1
Não	241	90,9
Total	265	100,0

Quanto ao facto de haver um familiar diagnosticado com PAE-DL, 229 (86,4%) pessoas responderam que não têm ninguém, perante 36 (13,6%) que afirmaram que sim (cf. Tabela 3).

Tabela 3

Descrição da amostra quanto ao familiar diagnosticado com PAE-DL

	Frequência	Porcentagem
Sim	36	13,6
Não	229	86,4
Total	265	100,0

Quanto ao diagnóstico de ansiedade, 168 (63,4%) confirmam a ausência desta sintomatologia, contrariamente aos 97 (36,6%) sujeitos que asseguram a sua presença (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Descrição da amostra quanto ao diagnóstico de Ansiedade

	Frequência	Porcentagem
Sim	97	36,6
Não	168	63,4
Total	265	100,0

Relativamente à sintomatologia depressiva, 205 (77,4%) sujeitos não são diagnosticados com depressão, perante 60 (22,6%) que afirmam o diagnóstico (cf. Tabela 5).

Tabela 5

Descrição da amostra quanto ao diagnóstico de Depressão

	Frequência	Percentagem
Sim	60	22,6
Não	205	77,4
Total	265	100,0

Para o défice de atenção, 255 (96,2%) participantes afirmaram que não são diagnosticados, ao invés dos 10 (3,8%) sujeitos que confirmam o diagnóstico desta perturbação (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Descrição da amostra quanto ao diagnóstico de Défice de Atenção

	Frequência	Percentagem
Sim	10	3,8
Não	255	96,2
Total	265	100,0

2.2.2. Instrumentos

Após uma pesquisa ponderada e uma análise detalhada foram apurados os questionários que se revelaram úteis à recolha de informação, relativamente aos objetivos propostos, nomeadamente o Questionário Sociodemográfico, o *Medical Outcome Study Social Support Survey* (MOS-SSS) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI, adaptado para a população portuguesa como Inventário de Sintomas Psicopatológicos).

Salienta-se que, os cabeçalhos que compõem os instrumentos originais foram devidamente alterados de maneira a não serem reconhecidos pelos participantes e, desta forma, não serem obtidos dados enviesados.

2.2.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído e adaptado para a população-alvo, com perguntas que nos possibilitam a caracterização da amostra. Inclui, essencialmente, questões de resposta aberta, fechada e semifechada, com possibilidade de informações complementares. Engloba, então, temas de cariz sociodemográfico (i.e., idade, profissão, nacionalidade, estado civil e etc.), académicos (ou seja, instituição, ciclo, ano, entre outros) e clínicos (acerca de doenças prévias e/ou existentes).

2.2.2.2. *Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SSS)*

A perceção de suporte social dos participantes foi avaliada com a versão portuguesa do *Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SSS)*, desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991), adaptada e validada para a população portuguesa por Fachado, Martinez, Villalva e Pereira (2007). Esta escala permite avaliar o apoio social estrutural e o apoio social funcional, tendo sido construída com o intuito de avaliar o suporte social em portadores de doença crónica (Fachado et al., 2007). Enquanto a rede social (apoio social estrutural) proporciona informação sobre a quantidade de relações sociais, ou seja, especifica o número de pessoas com as quais o sujeito pode contar quando precisa de ajuda, o apoio social funcional concerne às perceções que os sujeitos têm da sua “própria disponibilidade de suporte” (Fachado et al., 2007, p. 526; Mattos, 2009).

Segundo os autores desta validação, a prova é constituída por 19 itens formulados para uma escala de *Likert* de cinco opções (“nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”), que avaliam quatro domínios do apoio funcional (apoio material: itens 2, 5, 12 e 15; apoio emocional: itens 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 e 19; apoio afetivo: itens 6, 10 e 20; interação social positiva: itens 7, 11, 14 e 18), e um item para avaliar o apoio estrutural, que é efetuado com a questão “quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem?” (Costa & Ludermir, 2005; Fachado et al., 2007).

Desta forma, o MOS-SSS permite obter pontuações separadas (para cada um dos domínios de suporte social), bem como uma pontuação total, que corresponde a um índice global de suporte social. Assim, a pontuação total é obtida através da conjugação de pontuações de todos os domínios, em que, por sua vez, valores mais elevados indicam um maior suporte social percebido (Fachado et al., 2007). Trata-se de um questionário de autorresposta breve, podendo ser administrado de forma oral (Costa & Ludermir, 2005; Fachado et al., 2007; Mattos, 2009).

Em termos de consistência interna e análise de confiabilidade, Fachado et al., (2007) calcularam o “coeficiente alpha de *Cronbach* para cada uma das dimensões no teste e reteste

e a correlação alpha, média e variância se o item era eliminado” (Fachado *et al.*, 2007, p. 527), sendo que o “alpha de *Cronbach* para as subescalas varia entre 0,873 e 0,967 no teste e 0,862 e 0,972 no reteste” (Fachado *et al.*, 2007, p. 525).

No que concerne à consistência interna, o coeficiente alfa de *Cronbach* para a escala total neste estudo é de $\alpha=.80$ (cf. Tabela 7), o que assegura um muito bom nível de fiabilidade.

Tabela 7

Cálculo da confiabilidade do Medical Outcomes Study Social Support Survey, através do Alpha de Cronbach

<i>Dimensões</i>	<i>Nº de itens</i>	<i>a</i>
Apoio Material	4	.892
Apoio Emocional	8	.956
Apoio Afetivo	3	.885
Interação Social Positiva	4	.925
Total	19	.793

2.2.2.3. *Brief Symptom Inventory* (BSI)

O *Brief Symptom Inventory* (BSI-Inventário de Sintomas Psicopatológicos), criado por Derogatis (1982), foi desenvolvido para ultrapassar uma limitação do SCL-90-R (Carneiro, 2010; Laloni, 2001), e que permite a avaliação de sintomas psicopatológicos, segundo nove dimensões (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo), e três Índices Globais (o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) e o Total de Sintomas Positivos (TSP)). Este inventário é composto por 53 itens, numa escala de tipo *Likert* (de 0 - Nunca, a 4 - MUITÍSSIMAS vezes) e a versão portuguesa, designada “Inventário de Sintomas Psicopatológicos” foi adaptada por Cristina Canavarro (1999), com 551 indivíduos (clínicos e não clínicos), obtendo valores de alfa de *Cronbach* que oscilaram entre 0.71 e 0.85, o que configura uma boa consistência interna (Canavarro, 1999; Patrão, 2007).

As nove dimensões primárias são descritas da seguinte forma, segundo Carneiro (2010): (1) Somatização, reflete o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, onde as queixas se localizam no sistema cardiovascular, respiratório e gastrointestinal (inclui sete itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37); (2) Obsessões-Compulsões, focalizam-se nas cognições,

impulsos e comportamentos persistentes a que o indivíduo não consegue resistir (inclui sete itens: 5, 15, 26, 27, 32 e 36); (3) Sensibilidade Interpessoal, diz respeito a sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, sobretudo em comparação com outras pessoas; (4) Depressão, revela sintomas de afeto e de humor disfórico, falta de motivação e de energia vital, assim como sinais de baixo interesse na vida (inclui sete itens: 9, 16, 17, 18, 35 e 50); (5) Ansiedade, destacam-se sinais como o nervosismo, tensão e ataques de pânico, da mesma forma que os sentimentos de terror, de apreensão e de medo também estão presentes (inclui seis itens: 1, 12, 19, 38, 45 e 49); (6) Hostilidade, remete-nos para pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera, refletindo qualidades como irritabilidade, ressentimento, agressão e raiva (inclui cinco itens: 6, 13, 40, 41 e 46); (7) Ansiedade Fóbica, define-se como a resposta de medo persistente, irracional e desproporcionada, que leva a comportamentos de evitamento, podendo ser comparada à definição de “agorafobia” (inclui cinco itens: 8, 28, 31, 43 e 47); (8) Ideação Paranoide, consiste no funcionamento cognitivo perturbado, representado por comportamentos paranoides característicos da hostilidade, suspeição, grandiosidade, desconfiança, desilusão e medo de perder a autonomia (inclui cinco itens: 4, 10, 24, 48 e 51); por último, mas não menos importante, os itens do (9) Psicoticismo refletem-se no isolamento e no estilo de vida esquizoide, incluídos como indicadores de sintomatologia esquizofrénica (alucinações e delírios) (inclui cinco itens: 3, 14, 34, 44 e 53) (Canavarro, 1999; Canavarro, 2007; Derogatis, citado por Carneiro, 2010).

Na Tabela 8 é possível consultar a consistência interna relativamente às nove dimensões:

Tabela 8

Consistência Interna para as 9 dimensões do BSI (adaptado de Canavarro, 1999)

<i>Dimensões</i>	<i>α</i>
Somatização	.797
Obsessões-Compulsões	.773
Sensibilidade Interpessoal	.760
Depressão	.728
Ansiedade	.766
Hostilidade	.759
Ansiedade Fóbica	.624
Ideação Paranoide	.718
Psicoticismo	.621

No entanto, quatro dos itens do BSI (11, 25, 39 e 52) não pertencem a nenhuma dimensão descrita. Porém, são considerados nas pontuações dos três Índices Globais, descritos por Derogatis (citado por Canavarro, 2007) da seguinte forma: Índice Geral de Sintomas (IGS), corresponde a uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados; Índice de Sintomas Positivos (ISP), que oferece a média da intensidade de todos os sintomas assinalados, e por último, o Total de Sintomas Positivos (TSP), que representa o número de queixas somáticas apresentadas (Canavarro, 1999; Canavarro, 2007).

Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, sujeitos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral. A idade mínima recomendada é de 13 anos, com a condição de um técnico se disponibilizar para esclarecer eventuais dúvidas no que concerne a alguns itens. O ponto de corte para a população portuguesa é de 1.7, pelo que a partir deste valor existe indicação de perturbação psicopatológica (Canavarro, 1999; Canavarro, 2007).

No que diz respeito à análise de confiabilidade, o presente estudo obteve um Alpha de Cronbach de $\alpha=.96$, a que corresponde uma consistência interna excelente ($>.70$) (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Cálculo da confiabilidade do Inventário de Sintomas Psicopatológicos, através do Alpha de Cronbach

<i>Dimensões</i>	<i>Nº de itens</i>	<i>α</i>
Somatização	7	.788
Obsessões-Compulsões	6	.813
Sensibilidade Interpessoal	4	.786
Depressão	6	.843
Ansiedade	6	.819
Hostilidade	5	.814
Ansiedade Fóbica	5	.819
Ideação Paranoide	5	.802
Psicoticismo	5	.715
Total	53	.961

2.2.3. Procedimentos

Após obtida a permissão da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), para a utilização dos instrumentos em investigações *online* (Anexo 2), procedeu-se à aplicação dos mesmos, entres os meses de dezembro de 2016 a março de 2017. A recolha dos dados foi, portanto, efetuada *online*, tendo sido solicitado o preenchimento dos questionários através das redes sociais, nomeadamente o *Facebook* e o *Instagram*, e por contacto direto com associações de Dislexia, tendo os participantes sido informados dos objetivos do estudo e das instruções de preenchimento dos instrumentos, bem como da participação voluntária e anónima no estudo. Além disso, garantiu-se aos participantes a confidencialidade dos dados recolhidos (Anexo 3). Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao programa IBM SPSS *Statistics* (versão 22.0 para *Windows*).

Ao longo deste estudo foram cumpridos os princípios éticos e deontológicos recomendados pela OPP para a investigação em Psicologia. Desta forma, a ética profissional tem vindo a ser acompanhada pelo desenvolvimento e difusão de códigos de procedimento em todas as áreas científicas, razão pela qual as questões éticas estão presentes tanto na Psicologia como nas outras áreas mais práticas (Francis, citado por Jerónimo, 2012). Assim sendo, a ética rege-se num sentido limitado, ou seja, no estudo dos fundamentos dos princípios morais, a deontologia reflete-se nas regras e deveres profissionais e, a legislação que vai condicionar a atividade do psicólogo (Pedielli, citado por Jerónimo, 2012). Neste sentido, a Ordem dos Psicólogos Portugueses, segundo a Lei nº 57/2008, de 4 de setembro (OPP, 2011), criou o código ético e profissional pelo qual o profissional se baseia e direciona a sua conduta.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Após uma detalhada e cuidada análise e tratamento dos dados retirados dos questionários aplicados, procede-se à descrição dos mesmos. Considerando os objetivos do presente estudo, a análise dos resultados baseou-se em estatística descritiva (medidas de tendência central) e inferencial (significância das diferenças).

De acordo com Anastasis (1990) a análise da consistência interna proporciona analisar as propriedades de escalas de medida. Por outro lado, o procedimento utilizado calcula as medidas de consistência interna da escala, garantindo também informação sobre as relações que os itens têm entre si, nessa mesma escala (DeVellis, 1991).

Desta forma, o Alpha de Cronbach é um modelo de consistência interna, que se baseia na correlação inter-item, tratando-se daquele que é mais utilizado nas Ciências Sociais para averiguação da consistência interna e validade das escalas, mensurando a fidelidade das respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si; quer dizer, como um conjunto de variáveis que representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). Assim, quando os dados obtiverem uma estrutura multidimensional, o alfa de Cronbach será baixo. Por sua vez, se as correlações entre variáveis forem altas, existe a certeza de que as variáveis medem a mesma dimensão. O que significa que, um coeficiente de consistência interna de, pelo menos, .80 é adequado para a maioria das Ciências Sociais, sendo que um coeficiente de consistência interna entre .70 e .80 se considera aceitável (Muñiz, 2003; Muñiz et al., 2005; Nunnaly, 1978).

De acordo com Field (2009) para se aplicar um teste estatístico paramétrico é necessário verificar-se, primeiro, o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, podendo ser aplicado o teste K-S (*Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lilliefors*), que coloca a hipótese nula (H_0) da variável seguir uma distribuição normal. Com efeito, o teste K-S coloca, então, as seguintes hipóteses:

H_0 : A variável segue uma distribuição normal;

H_1 : A variável não segue uma distribuição normal.

Neste sentido, para que se possa aplicar um teste paramétrico, deve verificar-se a hipótese nula H_0 , sendo que quando tal não acontece, o teste paramétrico precisa de ser substituído pelo teste não paramétrico equivalente (Martins, 2011).

A análise dos pressupostos que permitem escolher entre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos pode ainda ser encontrada em Marôco (2011).

Para isso, o teste de aderência de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) foi aplicado para examinar se as variáveis em estudo apresentavam distribuição normal. Assim, através deste cálculo foi possível obter o tipo de testes que deveriam ser utilizados. Desta forma, sempre que o valor foi superior a um nível de significância de 5%, a amostra é considerada normal, pelo que não é possível utilizar testes paramétricos (*t-test*). Com efeito, uma vez que o valor de K-S apoia a H_0 , então a amostra não segue uma distribuição normal, advindo a necessidade de empregar testes não paramétricos (teste de *Mann-Whitney*) (Field, 2009; Martins, 2011).

Tabela 10
Testes de Normalidade

	PAE-DL	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		<i>Estatística</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Estatística</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
BSI-Depressão	Sim	0,183	24	0,038	0,882	24	0,009
	Não	0,14	241	0	0,915	241	0
BSI-Ansiedade	Sim	0,196	24	0,018	0,873	24	0,006
	Não	0,16	241	0	0,869	241	0
BSI-ISP	Sim	0,112	24	,200*	0,904	24	0,026
	Não	0,096	241	0	0,934	241	0
MOS-SSS Total	Sim	0,192	24	0,023	0,88	24	0,008
	Não	0,131	241	0	0,909	241	0

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Para as variáveis em estudo não se averigua o pressuposto da normalidade (cf. Tabela 10) e o teste paramétrico precisa de ser permutado pelo teste não paramétrico análogo: o teste de *Mann-Whitney* (Anexo 4), que coloca as seguintes hipóteses:

H_0 : Não existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis, para cada um dos grupos da variável dicotômica;

H_1 : Existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis, para os grupos da variável dicotômica.

Sendo o valor de prova o mais importante de analisar, quando é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, tem-se em evidência que existem diferenças entre os dois grupos. Por outro lado, quando o valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não existem diferenças entre os dois grupos em análise.

De acordo com o que foi referido anteriormente, apresentam-se de seguida os resultados encontrados após a utilização do teste *Mann-Whitney* (cf. Tabela 11). Assim, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre portadores (*Mdn*=1.65) e não portadores de PAE-DL (*Mdn*=1.45) no que diz respeito ao índice de sintomas positivos (ISP), $U=2389$, $z=-1.405$, *ns* ($p=.160$). No que concerne à sintomatologia de ansiedade também não existem diferenças estatisticamente significativas entre portadores (*Mdn*=0.67) e não portadores de PAE-DL (*Mdn*=0.50), $U=2346$, $z=-1.534$, *ns* ($p=.125$). Para a sintomatologia depressiva não existem diferenças estatisticamente significativas entre portadores (*Mdn*=0.75) e não portadores de PAE-DL (*Mdn*=0.67), $U=2611$, $z=-.788$, *ns* ($p=.431$). Quanto à perceção de suporte social verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre portadores (*Mdn*=82.89) e não portadores de PAE-DL (*Mdn*=81.58), $U=2872$, $z=-.056$, *ns* ($p=.955$).

Tabela 11

Comparação dos resultados obtidos

	PAE-DL				
		<i>Medianas</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
BSI-Depressão	Sim	0.75	2611	-.788	.431
	Não	0.67			
BSI-Ansiedade	Sim	0.67	2346	-1.534	.125
	Não	0.50			
BSI-ISP	Sim	1.65	2389	-1.405	.160
	Não	1.45			
MOS-SSS Total	Sim	82.89	2872	-.056	.955
	Não	81.58			

CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Uma falha na aquisição da aprendizagem da leitura e da escrita poderá condicionar todo o processo de ensino-aprendizagem de qualquer área escolar, uma vez que não existe uma explicação evidente para a existência de problemas específicos de aprendizagem, quer da leitura quer da escrita, já que apenas se sabe que se situam ao nível cognitivo e neurológico.

Assim, podemos considerar que, pela análise geral dos instrumentos aplicados e das variáveis sociodemográficas nesta amostra, os portadores de PAE-DL e os portadores sem PAE-DL, não se diferenciam tanto na perceção de suporte social e sintomas psicopatológicos, (nomeadamente, sintomas depressivos e de ansiedade).

Isto porque, para a variável de perceção de suporte social entre disléxicos e não disléxicos, de acordo com Alvarenga, Palma, Silva e Dazzani (2013), o apoio social tem sido considerado como um forte preditor de depressão, tendo a literatura se dedicado a definir, avaliar e identificar as suas dimensões mais importantes no estudo da sua associação com esta perturbação. O que confirma o que foi lançado por Dantas, Araújo, Paulino e Maia (2012), expondo que entre os possíveis fatores de proteção relacionados com a sintomatologia depressiva se destaca o apoio social.

No entanto, para a variável sintomatologia de ansiedade entre disléxicos e não disléxicos, Carroll e Isles (2006) averiguaram que os estudantes disléxicos experienciam maiores níveis de ansiedade, assim como de sentimentos de incompetência académica face aos grupos de controlo. Contudo, para a variável sintomatologia depressiva entre disléxicos e não disléxicos, no estudo realizado por Ghisi, et al., (2016) evidenciam que os estudantes universitários com a perturbação [PAE-DL] apresentam níveis mais altos de queixas somáticas, problemas sociais e de atenção, menor auto-estima e, por sua vez, maior índice de depressão.

Segundo o que já foi dito anteriormente, sabemos que, nos adultos, continuam as dificuldades na leitura, escrita e compreensão do texto; a memória imediata e a operacional estão prejudicadas; existe uma dificuldade na nomeação de objetos e pessoas (processo conhecido como “disnomia”); persistem também as dificuldades na orientação da direita e da esquerda e em termos de organização; sendo que, por sua vez, os aspetos afetivos emocionais também se encontram afetados, trazendo como consequências: a depressão, a ansiedade, a baixa autoestima e, algumas vezes, a ingestão de drogas e álcool (Soares, Reis, Aquino, & Assis, 2010).

É expectável que, assim como tem acontecido com crianças e adolescentes, os adultos possam também ter acesso ao diagnóstico e ao tratamento da dislexia [PAE-DL], bem como

maiores oportunidades de desenvolvimento nas áreas académica, profissional e pessoal (Morão & Oliveira, s.d.).

Portanto, é a partir do diagnóstico de PAE-DL que o acompanhamento é orientado consoante as necessidades de cada caso, o que nos permite que seja mais eficaz e mais proveitoso. Porém, as crises emocionais, subjacentes ao desenvolvimento ou específicas da pessoa, vão influenciar de forma crónica a evolução desta aprendizagem.

Devem-se, por isto, salientar as capacidades do sujeito e não as suas limitações, garantindo-lhe, assim, uma educação adequada, delineada e organizada, considerando-se as necessidades do indivíduo e da própria sociedade onde está inserido (Bonini, et al., 2010).

Para os mesmos autores, é importante destacar que a dislexia é uma questão neurológica e que não pode ser ignorada, “pois nenhum disléxico deixará de ser disléxico” (Bonini, et al., 2010, p. 314), mas é com o apoio consistente e estimulante por parte de familiares e através da compreensão por parte dos amigos que vão ajudar o indivíduo com dislexia a conhecer-se melhor e a aprender a viver com a sua perturbação e ser bem-sucedido (Bonini, et al., 2010).

Dada a raridade do diagnóstico de PAE-DL em adultos, um maior investimento neste sentido traria grandes vantagens para a investigação e intervenção na dislexia em Portugal, pois proporcionaria uma maior elucidação das particularidades da dislexia em português; auxiliaria no recrutamento de adultos disléxicos e na identificação de crianças em risco de dislexia devido à condição dos seus pais. Aos adultos diagnosticados com dislexia simplificaria a compreensão pessoal das dificuldades sentidas desde a infância, além de que iria permitir a sua diferenciação positiva, assim como o ingresso em programas de tratamento (Alves & Castro, 2005).

Para Fonseca (2009), uma abordagem cognitiva com base na aprendizagem da leitura e da escrita consiste, portanto, num novo repto perante os sistemas educacionais e formativos, pois têm a obrigação social de fortalecer, da melhor maneira possível, os recursos humanos de uma sociedade em qualquer idade, situação ou contexto. Destaca-se que, apesar da importância deste tema, poucos são os estudos nacionais e internacionais que se têm debruçado sobre este assunto, pelo que, este trabalho pretende auxiliar na fundamentação de ações de saúde a serem desenvolvidas no contexto de avaliação e de intervenção.

Do presente estudo podem retirar-se algumas implicações práticas, nomeadamente o facto de muitos estudos se referirem à PAE-DL como um “problema” que causa um impacto negativo na vida destes indivíduos. No entanto, tal não se verifica no presente estudo, reconhecendo-se que os portadores de PAE-DL se mostram tão eficazes como os não portadores desta perturbação. Desta forma, este estudo pretende combater a visão negativa que está inerente a esta população, assim como tem o objetivo de enriquecer o conhecimento acerca desta patologia como não sendo um impedimento para o sucesso na vida pessoal e profissional.

Porém, também se reconhece que este estudo conteve algumas limitações, especialmente no que diz respeito ao diagnóstico de PAE-DL não ter sido realizado pelos investigadores, pois não se consideraram os instrumentos aplicados, a idade do sujeito quando diagnosticado e os próprios resultados da avaliação. Da mesma maneira que não se reconhece os procedimentos em termos de intervenção, o que também seria pertinente considerar, pois os grupos poderiam ser distribuídos de outra forma. E além da reduzida amostra de sujeitos com PAE-DL (N= 24), que não permite a generalização dos resultados, o facto da disseminação dos questionários ter sido difundida de forma *online* não nos garante fiabilidade dos dados, já que neste caso acabaram por ficar algumas variáveis por controlar (i.e., influência das respostas). No mesmo sentido, não se consideraram as diferenças culturais de cada país, por exemplo. Por outro lado, um dos inconvenientes do autorrelato como forma de resposta é o facto de não ser uma medida fidedigna, pois trata-se de percepções pessoais que cada indivíduo tem acerca de si próprio.

Conforme adiantam Marjerus e Cowan (2016), dado que essas inconsistências podem estar relacionadas a algum grau de heterogeneidade em populações disléxicas, as características da população devem ser relatadas com o maior detalhe possível e incluir informações sobre o histórico do diagnóstico, como os testes utilizados, o ambiente linguístico e socioeconómico, bem como uma caracterização abrangente das habilidades cognitivas linguísticas e não linguísticas.

Referências Bibliográficas

- Abreu, S. I. (2012). *Dislexia - Aprender a aprender*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Agencia de Educación de Texas. (2014). Procedimientos sobre la dislexia y trastornos relacionados. Em *El Manual sobre la Dislexia* (pp. 1-162). Austin, Texas.
- Alexander-Passe, N. (2010). *Dyslexia and Depression - The Hidden Sorrow*. Londres, Reino Unido: London South Bank University. Obtido de https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=10790
- Almeida, M. S. (s.d.). *Dislexia*. Obtido de O Portal dos Psicólogos: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0217.pdf>
- Alvarenga, P., Palma, E. M., Silva, L. M., & Dazzani, M. V. (2013). Relações Entre Apoio Social e Depressão Pós-Parto em Puérperas. *Interação Psicol*, 17 (1), pp. 47-57.
- Alves, R. A., & Castro, S. L. (2005). Despistagem da dislexia em adultos através do Questionário História de Leitura - Adult dyslexia screening using a Portuguese self-report measure. *IberPsicología*, pp. 1-7.
- Alves, R. A., & Castro, S. L. (s.d.). *Linguagem e Dislexia*. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Compreender a Dislexia. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/2091/2/83124.pdf>
- Alves, S., Filipe, L. A., Pereira, A. P., Seco, G. M., & Sousa, C. (2009). Dislexia no ensino superior: contributos do Serviço de Apoio ao Estudante e do Centro de Recursos para a Inclusão Digital do Instituto Politécnico de Leiria. *I International Congress on Family, School and Society*, (pp. 499-510). Obtido de <https://www.iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/123>
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: MacMillan.
- APA - American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). (J. C. Fernandes, Ed.) Climepsi Editores.
- Associação Internacional de Dislexia. (2002). *International Dyslexia Association*. Obtido de [dyslexiaida.org](https://dyslexiaida.org/definition-of-dyslexia/): <https://dyslexiaida.org/definition-of-dyslexia/>
- Baptista, M. N., Baptista, A. S., & Torres, E. C. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC - Revista de Psicologia*, 7 (1), pp. 39-48.
- Barbosa, P. d. (2015). Dificuldades de Aprendizagem. *Anais do Conselho Regional de Psicologia*, p. 29. Obtido de http://oincrivelze.com.br/wp-content/uploads/2015/12/Fasc%C3%ADculo_Dificuldades-de-Aprendizagem-Unidade-1.pdf
- Bennett, M., & Lagopoulos, J. (2015). Neurodevelopmental sequelae associated with gray and white matter changes and their cellular basis: A comparison between Autism Spectrum Disorder, ADHD and dyslexia. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 46, pp. 132-143.

- Bonini, F. V., Mari, R. R., Anjos, S. A., Joveliano, V., & Teixeira, S. C. (2010). Problemas emocionais em um adulto com dislexia: Um estudo de caso. *Rev. Psicopedagogia*, 27(83), pp. 310-22.
- Bonomi, T. M., & Lotufo-Neto, F. (2010). Psicopatologia nas histórias em quadrinhos e cartoons. *Rev Psiq Clín*, 37 (6), pp. 291-295.
- Cabussú, M. A. (2009). Dislexia e estresse: implicações neuropsicológicas e psicopedagógicas. *Rev. Psicopedagogia*, 26 (81), pp. 476-85.
- CADIn. (2017). *Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil*. Obtido de CADIN IPSS: <http://www.cadin.net/saber-mais-dislexia/154-diagnostico-e-intervencao>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I. Em M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Edits.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. Em M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Edits.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 305-331). Lisboa: Quarteto Editora.
- Capovilla, A. G., & Capovilla, F. C. (s.d.). Etiologia, avaliação e intervenção em dislexia do desenvolvimento. Em F. C. C. (Ed.), *Neuropsicologia e aprendizagem: uma abordagem multidisciplinar* (pp. 49-75). Obtido de http://www.ip.usp.br/laboratorios/lance/pdfs_para_download/Capitulos_de_livros/Neuropsicologia_e_aprendizagem/NeuropsicologiaAprendizagem_Cap2.pdf
- Carneiro, A. (2010). *Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Departamento de Psicologia e Educação, Covilhã.
- Carroll, J. M., & Iles, J. E. (2006). *An assessment of anxiety levels in dyslexic students in higher education*. University of Warwick. Obtido de http://wrap.warwick.ac.uk/385/1/WRAP_Carroll_anxietyJMC_140305.pdf
- Carroll, J. M., Maughan, B., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Literacy difficulties and psychiatric disorders: evidence for comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp. 1-9. Obtido de https://www.researchgate.net/profile/Julia_Carroll/publication/7892719_Literacy_difficulties_and_psychiatric_disorders_Evidence_for_comorbidity/links/00463521cbe7d20e2d000000.pdf
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), pp. 310-357.
- Costa, A. G., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), pp. 73-79.

- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Rev Psiq Clín*, 37 (4), pp. 145-151.
- Cruz, M. A. (s.d.). *Ansiedade e Bem-estar na transição para o Ensino Superior: O Papel do Suporte Social*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Cruz, V. (2004). Olhares sobre a Dislexia. *Revista Inclusão*, pp. 35-48. Obtido de <http://ipodine.pt/wp-content/uploads/2015/05/Olhares-sobre-a-dislexia.pdf>
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dantas, M. M., Araújo, P. C., Paulino, D. d., & Maia, E. M. (2012). Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. *Psicologia em Revista*, 18 (1), pp. 90-106.
- DeVellis, R. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
- DPLP¹. (2013). *PRIBERAM*. Obtido de Dicionário Priberam da Língua Portuguesa: <https://www.priberam.pt/DLPO/sinal>
- DPLP². (2013). *PRIBERAM*. Obtido de Dicionário Priberam da Língua Portuguesa: <https://www.priberam.pt/DLPO/sintoma>
- DPLP³. (2013). *PRIBERAM*. Obtido de Dicionário Priberam da Língua Portuguesa: <https://www.priberam.pt/DLPO/sintomatologia>
- Durá, E., & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Aprendizaje, Revista de Psicología Social*, 6 (2), pp. 257-271.
- Fachado, A. A., Martinez, A. M., Villalva, C. M., & Pereira, M. G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Med Port*, 20, pp. 525-533.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria*, 3, pp. 1-16.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS* (3ª ed.). SAGE.
- Fletcher, J. M. (2009). Dyslexia: The evolution of a scientific concept. *J Int Neuropsychol Soc*, 15 (4), pp. 501-508.
- Fonseca, V. d. (2009). Dislexia, cognição e aprendizagem: uma abordagem neuropsicológica das dificuldades de aprendizagem da leitura. *Rev. Psicopedagogia*, 26(81), pp. 339-56.
- Freitas, C. d. (2011). *Perfeccionismo, auto-conceito e sintomatologia psicopatológica em estudantes do Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Departamento de Psicologia e Educação, Covilhã.
- 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), pp. 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2016.00478

- Gomes, R. d., & Hirschmann, D. R. (2013). Dislexia em adultos: a importância do diagnóstico para um favorável processo de aprendizagem. *EFDeportes.com - Revista Digital*, 17 (177). Obtido de <http://www.efdeportes.com/efd177/dislexia-em-adultos-a-importancia-do-diagnostico.htm>
- Hemings, M., & Skrypsack, D. (s.d.). Dificuldades de Aprendizagem. pp. 1-11. Obtido de http://eventos.seifai.edu.br/eventosfai_dados/artigos/semic2016/375.pdf
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- IPODINE - Instituto Português de Dislexia e outras Necessidades Especiais. (2014). Obtido de IPODINE - Instituto Português de Dislexia e outras Necessidades Especiais: <http://ipodine.pt/tipos-de-dislexia/>
- Jerónimo, T. P. (2012). *Diagnóstico e intervenção psicológica em adultos no modelo psicodinâmico em contexto de clínica privada*. Relatório de Estágio, Universidade Lusíada de Lisboa, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R SCL-90-R: Adaptação, precisão e validade*. Tese de Doutoramento, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia, Campinas.
- Landerl, K., Fussenegger, B., Moll, K., & Willburger, E. (2009). Dyslexia and dyscalculia: Two learning disorders with different cognitive profiles. *Journal of Experimental Child Psychology*, 103, pp. 309-324.
- Lawrence, D. (2009). *Understanding Dyslexia: A Guide For Teachers And Parents*. McGraw-Hill. Obtido de <https://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/9780335235940.pdf>
- Lima, R. F., Salgado, C. A., & Ciasca, S. M. (2011). Associação da dislexia do desenvolvimento com comorbidade emocional: um estudo de caso. *Rev. CEFAC*, 13(4), pp. 756-762.
- Maag, J. W., & Reid, R. (2006). Depression Among Students with Learning Disabilities: Assessing the Risk. *Journal of Learning Disabilities*, 39(1), pp. 3-10. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/7265922_Depression_Among_Students_with_Learning_Disabilities_Assessing_the_Risk
- Majerus, S., & Cowan, N. (2016). The Nature of Verbal Short-Term Impairment in Dyslexia: The Importance of Serial Order. *Front. Psychol*, 7:1522, pp. 1-8. doi:10.3389/fpsyg.2016.01522
- Mangas, C. F., & Sánchez, J. L. (2010). A dislexia no ensino superior: características, consequências e estratégias de intervenção. *Revista Iberoamericana de Educación*, 53 (7), pp. 1-14. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.8/413>
- 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.
- Massi, G., & Santana, A. P. (2011). A desconstrução do conceito de dislexia: conflito entre verdades. *Paidéia*, 21(50), pp. 403-411.

- Mattos, A. d. (2009). *Validade dimensional da escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Maughan, B., Rowe, R., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2003). Reading Problems and Depressed Mood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(2), pp. 219-229. Obtido de <http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/17082/Maughan?sequence=2>
- Morão, C., & Oliveira, D. G. (s.d.). Dislexia em Adultos. 1-3. Obtido de http://www.institutoabcd.org.br/portal/arquivos/1357146153_dislexia_em_adultos.pdf
- Muñoz, J. (2003). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirâmide.
- Muñoz, J., Fidalgo, A., García-Cueto, E., Martínez, R., & Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- OPP. (2011). *Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Obtido de https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf
- Patrão, I. A. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Dissertação de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pavão, V. (s.d.). *Dislexia e disortografia: a importância do diagnóstico*. Obtido de IGT - Instituto de Gestalt - Terapia e Atendimento Familiar: https://www.igt.psc.br/Artigos/dislexia_e_disortografia_a_importancia_do_diagnostico.htm#_Nº_01
- Pinto, F. L., & Fernandes, L. G. (2015). Dificuldades de Aprendizagem. Em C. Ussene, & L. S. Simbine, *Necessidades Educativas Especiais: Acesso, Igualdade e Inclusão* (pp. 45-50). Maputo: EDUCAR-UP.
- Ribeiro, A. B., & Baptista, A. I. (2006). *Dislexia - Compreensão, Avaliação, Estratégias Educativas*. Coimbra: Quarteto.
- Ryan, M. (2004). *The International Dyslexia Association*. Obtido de The Regents of the University of Michigan: <http://dyslexiahelp.umich.edu/parents/living-with-dyslexia/home/social-emotional-challenges/what-does-dyslexic-person-feel>
- Sacchetto, K. K. (2012). *Expressão da linguagem escrita por disléxicos adultos em processo seletivo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.
- Schultz, J. J. (2013). The Dyslexia-Stress-Anxiety Connection - Implications for Academic Performance and Social Interactions. *International Dyslexia Association*, pp. 1-4. Obtido de <https://dyslexiaida.org/the-dyslexia-stress-anxiety-connection/>
- Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Pugh, K. R., Fulbright, R. K., Mencl, W. E., Constable, R. T., . . . Gore, J. C. (2001). The neurobiology of dyslexia. *Clinical Neuroscience Research*, 1, pp. 291-299.

- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). The Science of Reading and Dyslexia. *Journal of AAPOS*, 7 (3), pp. 158-166.
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2005). Dyslexia (Specific Reading Disability). *Society of Biological Psychiatry*, 57, pp. 1301-1309.
- Silva, O. A., Quercia, P., & Robichon, F. (s.d.). *Dislexia de evolução e propriocepção*. Graine de Lecteur.
- Siqueira, M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), pp. 381-388.
- Snowling, M. J. (2012). Changing concepts of dyslexia: nature, treatment and comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (9), pp. 1-3.
- Soares, H. M., Reis, M. P., Aquino, K. O., & Assis, J. R. (2010). Diagnóstico Precoce da Dislexia: Importância da Equipe Multidisciplinar. *R. Min. Educ. Fis.*, 5, pp. 209-218.
- Sternberg, R. J., & Sternberg, K. (2012). *Cognitive Psychology* (6ª ed.). Wadsworth.
- Teles, P. (2004). Dislexia: Como identificar? Como intervir? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20, pp. 713-30. Obtido de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10097>
- Torres, M. S. (2009). La Dislexia. *Federación de Enseñanza de CC. OO. de Andalucía*, 4, pp. 1-7. Obtido de <https://www.feandalucia.ccoo.es/andalucia/docu/p5sd5514.pdf>
- Torres, R. M., & Fernández, P. (2001). Dislexia. Em *Dislexia, Disortografia e Disgrafia* (pp. 1-71). Amadora: McGraw-Hill.
- Vaz-Serra, A. S. (1980). O que é a ansiedade? *Psiquiatria Clínica*, 1 (2), pp. 93-104.

ANEXOS

Anexo 1: Análise Descritiva dos Participantes

Género

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Feminino	204	77,0	77,0	77,0
	Masculino	61	23,0	23,0	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

Estado Civil

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Casado	52	19,6	19,6	19,6
	Solteiro	135	50,9	50,9	70,6
	Comprometido	45	17,0	17,0	87,5
	União de facto	18	6,8	6,8	94,3
	Divorciado	13	4,9	4,9	99,2
	Separado	1	,4	,4	99,6
	Viúvo	1	,4	,4	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

Nacionalidade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Angolana	5	1,9	1,9	1,9
	Brasileira	3	1,1	1,1	3,0
	Espanhola	1	,4	,4	3,4
	Francesa	2	,8	,8	4,2
	Moçambicana	3	1,1	1,1	5,3
	Portuguesa	248	93,6	93,6	98,9
	Venezuelana	3	1,1	1,1	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

País (de residência)

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Angola	3	1,1	1,1	1,1
	Brasil	3	1,1	1,1	2,3
	França	1	,4	,4	2,6
	Luxemburgo	1	,4	,4	3,0
	Moçambique	3	1,1	1,1	4,2
	Portugal	250	94,3	94,3	98,5
	Reino Unido	2	,8	,8	99,2
	Suíça	2	,8	,8	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

Profissão

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Estudante	11	4,2	4,2	4,2
	Estudante Ensino Superior	102	38,5	38,5	42,6
	Outra	152	57,4	57,4	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

Habilitações Literárias

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Até ao 4º ano	3	1,1	1,1	1,1
	Até ao 6º ano	5	1,9	1,9	3,0
	Bacharelato	5	1,9	1,9	4,9
	Doutoramento	7	2,6	2,6	7,5
	Ensino básico (Até ao 9º ano)	20	7,5	7,5	15,1
	Ensino Secundário (até ao 12º ano)	62	23,4	23,4	38,5
	Licenciatura Pós-Bolonha	81	30,6	30,6	69,1
	Licenciatura Pré-Bolonha	35	13,2	13,2	82,3
	Mestrado Pós-Bolonha	34	12,8	12,8	95,1
	Mestrado Pré-Bolonha	13	4,9	4,9	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

[Dislexia]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	24	9,1	9,1	9,1
	Não	241	90,9	90,9	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

Algum familiar seu foi diagnosticado com Dislexia?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	36	13,6	13,6	13,6
	Não	229	86,4	86,4	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

[Ansiedade]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	97	36,6	36,6	36,6
	Não	168	63,4	63,4	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

[Depressão]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	60	22,6	22,6	22,6
	Não	205	77,4	77,4	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

[Défice de atenção]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	10	3,8	3,8	3,8
	Não	255	96,2	96,2	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

Anexo 2: Parecer da OPP



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

Parecer 55/CEOPP/2017

Sobre a utilização de inventários em investigações desenvolvidas online

Relator: Raul Melo

Preâmbulo:

A Comissão de Ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses, em reunião ordinária do dia 22 de abril de 2017, e tendo por base uma solicitação de esclarecimento por parte de um associado, entendeu elaborar um parecer sobre a utilização de questionários e inventários em investigações desenvolvidas online.

Este parecer não visa arbitrar nenhuma questão concreta, mas apenas pronunciar-se sobre algumas questões genéricas tidas como relevantes para a boa prática da psicologia em geral e para a investigação psicológica em particular.

Como ponto prévio, não pode esta Comissão deixar de fazer referência ao Código Deontológico da OPP como base para a resposta às questões entretanto colocadas, e em especial, no que diz respeito ao princípio geral da **Responsabilidade**, e aos princípios específicos referentes à **Investigação**.

Reconhece-se a função essencial da investigação psicológica na sustentação de uma intervenção que se pretende de base científica, no plano da caracterização de grupos e populações, na compreensão dos processos



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

psicológicos, na definição de modelos explicativos do comportamento humano e no desenvolvimento de instrumentos de avaliação entre outras áreas da prática psicológica.

Reconhece-se igualmente que a investigação desenvolvida em suporte online tem assumido uma crescente adesão, em função dos menores custos inerentes à mesma, do facto de poder proporcionar a recolha de amostras de dimensões muito superiores à investigação tradicional, com uma maior distribuição geográfica e poder estatístico.

Mesmo salvaguardando todos os procedimentos exigidos a uma investigação rigorosa, nomeadamente a garantia de confidencialidade bem como a obtenção do consentimento informado dos participantes com base na compreensão inequívoca dos propósitos do estudo, um conjunto de questões éticas colocam-se no que diz respeito à utilização dos instrumentos de recolha de dados, sendo sobre as mesmas que este parecer se debruçará.

Considerando que:

1. A escolha dos instrumentos de avaliação psicológica, adiante referidos como instrumentos, utilizados em investigação incide, frequentemente, sobre instrumentos já estudados e anteriormente validados;
2. O psicólogo investigador deve sempre garantir a autorização prévia junto aos autores ou aos detentores dos direitos dos instrumentos por si seleccionados para sua utilização no estudo/investigação;
3. A utilização de um instrumento deverá decorrer de acordo com a sequência dos itens e de acordo com os procedimentos determinados pelo seu autor;



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

4. A acessibilidade a um instrumento que é comercializado afeta o seu valor comercial e prejudica os detentores dos seus direitos;
5. A acessibilidade generalizada da comunidade cibernauta a um instrumento disponibilizado num estudo online, mesmo que este seja de uso gratuito, poderá ter impacto negativo na sua futura utilização, nomeadamente quando aplicado em contexto de seleção profissional ou de avaliação de competências cognitivas ou de aprendizagem;
6. O Psicólogo tem a obrigação de proteger a integridade dos instrumentos seleccionados para a investigação/estudo.

Somos de parecer que:

1. O pedido de autorização para a utilização dos instrumentos junto aos seus autores ou aos detentores dos direitos sobre os mesmos, deverá ser muito claro sobre: (1) os procedimentos definidos para a sua aplicação online; (2) as salvaguardas idealizadas pelo investigador para garantir a proteção dos questionários e inventários quanto ao controlo da exposição dos mesmos ao acesso público;
2. No sentido de proporcionar a segurança necessária à obtenção da autorização para a utilização dos instrumentos, o investigador poderá propor a descaracterização das provas, retirando quaisquer elementos que permitam a identificação dos questionários e inventários, apresentando os itens das diferentes provas numa sequência única, sem contudo comprometer a ordenação dos mesmos dentro de cada um dos materiais;



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

3. O investigador deverá equacionar a possibilidade de recorrer a estratégias que restrinjam aos participantes seleccionados para a amostra o contacto com as provas, limitando esse mesmo contacto ao menor período de tempo possível;
4. Do mesmo modo, mediante o recurso a programação, o investigador poderá equacionar a adoção de estratégias que impeçam a cópia da página em que os instrumentos são apresentados, evitando deste modo que o respondente possa gravar as questões que lhe são colocadas;
5. Caso as estratégias delineadas pelo investigador não sejam suficientes para garantir a proteção dos instrumentos e dos direitos de quem os detém, o psicólogo deverá equacionar estratégias alternativas para atingir os seus objetivos.

A leitura deste parecer não dispensa a consulta do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

22 de abril de 2017

Aprovado pela Comissão de Ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses

Relator do Parecer

Raul Melo

Presidente da Comissão de Ética

Miguel Ricou

Página 4 de 4

Anexo 3: Consentimento Informado

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)

* = Required Question

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 factores 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.

Anexo 4: Teste de *Mann Whitney*

Descritivos

	[Dislexia]		Estatística	Erro Padrão			
BSI-ISP	Sim	Média	1,74075	,124508			
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	1,48319 1,99832			
		5% da média aparada		1,70420			
		Mediana		1,64982			
		Variância		,372			
		Desvio Padrão		,609964			
		Mínimo		1,000			
		Máximo		3,150			
		Intervalo		2,150			
		Intervalo interquartil		,834			
		Assimetria		,951	,472		
		Curtose		,297	,918		
		Não	Não	Média	1,52693	,024982	
				95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	1,47772 1,57615	
				5% da média aparada		1,50282	
				Mediana		1,44737	
				Variância		,150	
Desvio Padrão				,387829			
Mínimo				1,000			
Máximo				2,660			
Intervalo				1,660			
Intervalo interquartil				,556			
Assimetria				,847	,157		
Curtose				,158	,312		
BSI- Depressão	Sim			Média	1,15972	,211980	
				95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	,72121 1,59824	
				5% da média aparada		1,12346	
				Mediana		,75000	
				Variância		1,078	
		Desvio Padrão		1,038485			
		Mínimo		,000			
		Máximo		3,000			
		Intervalo		3,000			
		Intervalo interquartil		1,792			
		Assimetria		,445	,472		

		Curtose		-1,309	,918
Não		Média		,87759	,045722
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	,78752	
			Limite superior	,96766	
		5% da média aparada		,82473	
		Mediana		,66667	
		Variância		,504	
		Desvio Padrão		,709803	
		Mínimo		,000	
		Máximo		3,833	
		Intervalo		3,833	
		Intervalo interquartil		1,000	
		Assimetria		1,044	,157
		Curtose		1,018	,312
	BSI- Ansiedade	Sim	Média		1,01389
95% Intervalo de Confiança para Média			Limite inferior	,64386	
			Limite superior	1,38392	
5% da média aparada				,96142	
Mediana				,66667	
Variância				,768	
Desvio Padrão				,876307	
Mínimo				,000	
Máximo				3,000	
Intervalo				3,000	
Intervalo interquartil				1,167	
Assimetria				1,031	,472
Curtose				,243	,918
Não				Média	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	,63974	
			Limite superior	,80563	
		5% da média aparada		,65956	
		Mediana		,50000	
		Variância		,427	
		Desvio Padrão		,653673	
		Mínimo		,000	
		Máximo		3,667	
		Intervalo		3,667	
		Intervalo interquartil		,667	
		Assimetria		1,439	,157
		Curtose		2,341	,312
	MOS-SSS	Sim	Média		77,35746

Total	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	68,24261		
		Limite superior	86,47230		
	5% da média aparada		78,58187		
	Mediana		82,89474		
	Variância		465,943		
	Desvio Padrão		21,585711		
	Mínimo		30,263		
	Máximo		100,000		
	Intervalo		69,737		
	Intervalo interquartil		40,461		
	Assimetria		-,699	,472	
	Curtose		-,767	,918	
	Não	Média		77,41319	1,297156
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	74,85793	
		Limite superior	79,96845		
5% da média aparada		78,83089			
Mediana		81,57895			
Variância		405,510			
Desvio Padrão		20,137269			
Mínimo		19,737			
Máximo		100,000			
Intervalo		80,263			
Intervalo interquartil		28,947			
Assimetria		-,824	,157		
Curtose		-,129	,312		

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de BSI-ISP é a mesma entre as categorias de [Dislexia].	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,160	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de BSI-Depressão é a mesma entre as categorias de [Dislexia].	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,431	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de BSI-Ansiedade é a mesma entre as categorias de [Dislexia].	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,125	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de MOS-SSS Total é a mesma entre as categorias de [Dislexia].	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,955	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.