

**KELLY CRISTINA FAGUNDES LAGGER**

**DISLEXIA E TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA: UMA  
PROPOSTA DE TRATAMENTO**

CAMPINAS  
2009

**KELLY CRISTINA FAGUNDES LAGGER**

**DISLEXIA E TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA: UMA  
PROPOSTA DE TRATAMENTO**

Monografia elaborada como exigência parcial do curso Especialização em Terapia Comportamental Cognitiva - Instituto de Psicologia e Controle do Stress Marilda E. Novaes Lipp sob a orientação da Profa Isolina Proença.

**CAMPINAS– SP**

**2009**

Dedico aos meus pais,  
CIDA e CLOVIS  
pela oportunidade de crescimento  
profissional.

Agradeço a Deus pela força e  
superação neste momento tão difícil  
da minha vida...

## MENSAGEM

Você pode aprender a ler e escrever quando lhe for ensinado adequadamente! Não aceite o veredito de que você é preguiçoso, burro ou retardado. Você pode ser mais inteligente e muito mais famoso do que as outras pessoas da sua idade.

Pessoas brilhantes são conhecidas como disléxicas: Leonardo da Vinci, Einstein, Nelson Rockefeller, Walt Disney, e tantos outros.

Aceite o fato de que você tem uma dificuldade, não tente escondê-la. Você não tem desculpa, você tem um desafio.

Encare o desafio.

Nunca desista!

E lembre-se, todos nós somos únicos, e você tem um talento especial. Não o enterre em suas próprias incertezas. Use-o e seja feliz em seu caminho!

*Dra. Sylvia Richardson*

(Ex-presidente da Orton Dyslexia Society / atual  
Internacional Dyslexia Association)

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>08</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>Definição Etiologia e Causa da Dislexia .....</b>	<b>11</b>
<b>Classificação da Dislexia.....</b>	<b>15</b>
<b>Sinais da Dislexia.....</b>	<b>16</b>
<b>O Desenvolvimento da Leitura e Escrita nos Disléxicos.....</b>	<b>19</b>
<b>Diagnóstico.....</b>	<b>21</b>
<b>Terapia Comportamental Cognitivo: definição e história.....</b>	<b>23</b>
<b>TCC na Reeducação dos Disléxicos.....</b>	<b>26</b>
<b>PROPOSTA DE TRATAMENTO DA DISLEXIA NA TCC.....</b>	<b>33</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>40</b>
<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>40</b>
<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>40</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO 3.....</b>	<b>76</b>

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo discorre sobre a Dislexia, um transtorno que gera sérias conseqüências no aprendizado da leitura e escrita e que afeta boa parte da população mundial.

De modo geral, a presente investigação se tornou possível pela pesquisa bibliográfica.

O conteúdo do trabalho foi planejado e composto da seguinte forma:

Introdução teórica, onde foi abordada a definição, causa, classificação e tratamento da dislexia, tendo destaque à intervenção psicoterápica na abordagem comportamental cognitiva. Em seguida uma proposta de tratamento foi desenvolvida pela autora, onde se investigou as múltiplas possibilidades de coletas de dados como também as intervenções.

Seqüencialmente são citados os objetivos do estudo, onde a autora visa salientar a contribuição do trabalho, que se possibilita uma compreensão aprimorada dos educadores e profissionais como também dos pais de crianças com problemas na aprendizagem da leitura e escrita e assim atuando com maior segurança e adequação frente a essa dificuldade. Seguindo posteriormente as referências bibliográficas e todo conteúdo de atividades terapêuticas em anexo.

## JUSTIFICATIVA

Na infância a única obrigação da vida é ir à escola, aprender a ler e a escrever, a expectativa dos pais e da sociedade para que isto aconteça é grande. Porém como será que se sente uma criança que não consegue atingir estes objetivos?

Pensando na angústia desta criança e na frustração vivenciada pelos pais e educadores é que busco a compreensão e tratamento adequado para este transtorno aqui apresentado.

Foi pela experiência de um atendimento de um paciente com hipótese diagnóstica de Dislexia no ano de 2007, que tive o despertar para investigar e estudar esse tema e conseqüentemente desenvolver esse trabalho.

Minha busca pelo tema se deu pelas referencias bibliográficas disponíveis, como também pelo curso de formação em dislexia pela ABD e os recursos existentes na Terapia Comportamental Cognitiva, os quais me auxiliaram para uma intervenção e tratamento de maneira mais segura e eficaz, onde se possibilitou o resgate do indivíduo saudável que existe atrás da dislexia.

A minha pretensão na execução desse trabalho é de amparar e ajudar os disléxicos, pais, educadores e profissionais na busca de conhecimento e aperfeiçoamento no tratamento da dislexia, para eliminar o estigma e elevar a auto-estima da criança, sendo esta uma das prioridades descritas no tratamento na TCC.

A dislexia atualmente, é ainda desconhecida para muitos de nós. As crianças com dificuldade de aprendizado, são consideradas no sistema de ensino “desiguais” ou mesmo estigmatizadas.

Na maioria das vezes, a falta de atenção adequada e de conhecimento dos profissionais sobre o assunto, conduz a criança a um afastamento e exclusão no ambiente escolar e social, e conseqüentemente gerando fortes abalos emocionais.

Contudo, a minha expectativa é que, os leitores deste trabalho, sejam eles profissionais ou leigos, compreendam e que a dislexia seja apenas uma dificuldade e não uma impossibilidade.

## INTRODUÇÃO

O termo Dislexia tem sido alvo de muita polemica no âmbito da educação e da saúde. Isso ocorre porque em muitos casos a dislexia é confundida com outros problemas de adaptação escolar, principalmente com atraso de desenvolvimento intelectual ou deficiência mental.

No entanto, a dislexia não é considerada uma doença e sim um transtorno de aprendizagem com uma série de características. Tem base neurológica e biológica, seus sintomas podem ser identificados desde a pré-escola.

Ianhez & Nico (2002) mencionam que aproximadamente 15% da população mundial é disléxica. A principal característica dos indivíduos disléxicos é que apresentam inteligência média à superior. No entanto, há uma falha no processo de aquisição de linguagem, tornando-a silábica, hesitante, sem ritmo, com erros de antecipações. Frequentemente inventam palavras e não possuem qualquer prazer pela leitura e pela escrita, na qual confunde letras e palavras com o mesmo som (F-V, CH-J, P-T) ou nível do grafismo (b-d, d-p, d-q) e inversão parcial ou total de sílabas ou palavras (ai-ia, per-pre).

Para Coelho e Assunção (1999), a dislexia geralmente esta associada à disortografia (presença de erros ortográficos), disgrafia (caligrafia irregular) e discalculia (dificuldade na capacidade aritmética).

O papel dos pais e da escola é fundamental, não somente na detecção dos sintomas, como também no acompanhamento da aprendizagem, pois as crianças disléxicas aprendem de maneira diferenciada. Podem acompanhar o ensino convencional se tiverem o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar para contornar suas dificuldades específicas.

Diversos autores adotam termos como distúrbios, dificuldades, problemas e transtornos; estes são encontrados na literatura e empregados de forma inadequada. De acordo com Rotta (2006), o termo transtorno de aprendizagem compreende uma inabilidade específica, como de leitura, escrita ou matemática, em indivíduos que apresentam resultados significativamente

abaixo do esperado para seu nível de desenvolvimento, escolaridade e capacidade intelectual. Portanto, o termo transtorno e dislexia possuem a mesma definição e são usados de forma alternada na literatura. Atualmente não se usa mais o termo distúrbio.

As repercussões psicológicas da dislexia são várias e geralmente são conseqüências aos problemas do fracasso escolar tais como: sentimentos de insegurança e baixa auto-estima, inferioridade diante dos colegas, rejeição à escola/professores e tarefas escolares, apatia e desinteresse, podendo muitas vezes evoluir para casos de depressão e ansiedade.

A importância dada aos problemas relacionados à aprendizagem tem aumentado nos últimos tempos. Isso se deve em grande parte ao fato de que o sucesso do indivíduo está relacionado ao bom desempenho escolar. A busca pelo sucesso escolar é uma condição do sistema social atual, é ele que reforça as expectativas e que justifica projetos e esperanças familiares. Portanto, o objetivo deste trabalho é apresentar a dislexia, como é na realidade, desmistificando os rótulos e preconceitos tão presentes em seu diagnóstico, enfatizando os métodos facilitadores no processo da alfabetização nas crianças disléxicas como também o acompanhamento psicológico na terapia cognitivo-comportamental.

## **DEFINIÇÃO, ETIOLOGIA E CAUSA DA DISLEXIA**

A partir do século XIX, passou-se a dar maior atenção às crianças com problemas relacionados à leitura, mas que nas demais disciplinas escolares não apresentavam fracassos e nem possuíam quaisquer outras deficiências.

Morais (1986) menciona que foi Kerr em 1896 quem descreveu pela primeira vez o transtorno de leitura. Desse período até os dias de hoje, muitas descrições foram formuladas. Morgan usou o termo Cegueira Verbal Congênita em 1896 para caracterizar um rapaz de 14 anos de idade que não conseguia

ler e escrever. As dificuldades observadas por Morgan eram decorrentes de um desenvolvimento defeituoso do giro angular – giro cerebral localizado no lobo temporal um dos responsáveis pela leitura.

Strephosymbolia, termo que significa “símbolos torcidos”, foi usado por Orton em 1920 para designar crianças que invertiam letras ou números durante a leitura e escrita. A explicação deste neurologista segundo Morais (1986), baseava-se na teoria da dominância cerebral formulada por Broca em 1863.

O termo dislexia, do grego *dys*, dificuldade e *lexis*, linguagem, é um distúrbio de aprendizagem na área da leitura, escrita e soletração. De acordo com Santos (1986) e Fonseca (1995), estas dificuldades são independentes do método de alfabetização desenvolvido. Eles acrescentam que esta dificuldade depende de funções cognitivas, sendo portanto de origem orgânica na maioria dos casos.

Para Rotta (2006), o termo dislexia está reservado ao nível grave dos transtornos da aprendizagem que, diferentemente dos transtornos leves e moderados, não é passível de cura.

Condemarin (1986) e Rotta (2006), atribuem que a dislexia é um conjunto de sintomas reveladores de uma disfunção lobo parietal onde se localiza a escrita. Geralmente hereditária ou às vezes adquirida, afeta a aprendizagem da leitura num contínuo que se estende de sintomas leves ao severo. Os autores ressaltam que a influência genética demonstra ser mais relevante na decodificação fonológica e na consciência do fonema, ou seja no processamento auditivo do som da letra; do que para o reconhecimento da palavra e a codificação ortográfica.

Morais (1986) menciona que em 1950, Halgreen realizou uma pesquisa com 276 crianças consideradas disléxicas, comparando-as com um grupo de crianças normais e os resultados obtidos foram, que a dislexia se devia a fator hereditário, pois 80% dos casos constatou-se que, haviam pais, avós, tios ou irmãos que apresentavam alguma dificuldade da leitura e escrita.

De acordo com Kandel (1997), na dislexia adquirida o indivíduo perde a capacidade de leitura devido a uma lesão cerebral ocorrida por acidente vascular cerebral, seja tumor, derrame, isquemia, entre outros.

No Brasil, a Associação Brasileira de Dislexia (ABD), fundada em 1983, define a dislexia como,

“um dos muitos distúrbios de aprendizagem, específico de origem constitucional caracterizado por uma dificuldade na decodificação de palavras simples que, como regra, mostra uma insuficiência no processamento fonológico. Essas dificuldades independem da idade e não são um resultado de distúrbios de desenvolvimento geral nem sensorial.”

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (2002) caracteriza a dislexia como comprometimento acentuado no desenvolvimento das habilidades de reconhecimento das palavras e da compreensão da leitura.

Santos e Navas (2002) citam que existem diferenças neurológicas na região cerebral temporo-parieto-occipital de indivíduos com transtorno de leitura e leitores proficientes. Nos leitores normais, o plano esquerdo é maior que o direito; percebem que quanto maior é o plano esquerdo em relação ao direito, melhores são as habilidades lingüísticas. Nas pessoas com dislexia, o plano esquerdo é mais ou menos do tamanho do direito.

Os estudos realizados com cérebros humanos post-mortem, em indivíduos com transtornos de aprendizagem, foram observados uma simetria do plano temporal. Isso provavelmente tenha sido consequência de uma agressão vivida durante o período de gênese e migração neuronal, que ocorre do 5º ao 7º mês de vida gestacional.

Coll (1995) enfatiza que uma criança progride através de vários estágios de aquisição e desenvolvimento de linguagem. Estes estágios de desenvolvimento incluem exploração sensorial motora, balbucio, imitação, diferenciação, conceptualização, generalização estrutural e controle simbólico-operacional. Existem ligações neuropsicológicas que ocorrem para cada um destes processos psicolingüísticos e alterações ou desordens nestes processos, podendo desencadear a dislexia ou outros problemas inter-relacionados de linguagem.

Segundo Orton (apud Moraes, 1986) a dislexia seria o resultado de uma indefinição da dominância lateral. Esta indefinição seria decorrente da luta travada pelos dois hemisférios cerebrais para se tornarem dominantes. Desta maneira, a criança não possuiria o predomínio cerebral estabelecido ou apresentaria lateralidade cruzada, tendo como conseqüência os símbolos de forma torcida ou espelhada, atrasos na linguagem e casos de gagueira. Acredita-se atualmente, que os problemas encontrados por Orton sobre lateralidade não são a causa específica da dislexia.

A causa e origem e etiologia da dislexia descrita acima, se refere a partir de diversos aspectos, de acordo com a evolução das pesquisas na área. Pode-se observar que há concordância quanto à importância dos aspectos neurológicos como causa da dislexia, sendo os outros fatores como inteligência, tipo de instrução, déficits sensoriais, entre outros descartados como causa do transtorno.

## CLASSIFICAÇÃO DA DISLEXIA

Para classificar os tipos de dislexia Rotta (2006) e Santos e Navas (2002) fundamentam que é necessário descrever as duas vias independentes que possibilitam o reconhecimento de uma palavra escrita. A *via léxica* ou *direta* que estabelece a forma visual, a pronúncia e o significado da palavra e a *via fonológica* ou *indireta*, pré-léxica ou de subpalavras, na qual ocorre um processo de recodificação que envolve um conjunto de regras para conversão da letra-som.

Com base neste Modelo Dual, Rotta (2006) classifica a dislexia em três tipos:

Dislexia fonológica (sublexical ou disfonética), caracterizada por uma dificuldade seletiva para operar a rota fonológica durante a leitura apresentando problemas no conversor grafema-fonema. Sendo assim, as dificuldades fundamentais residem na leitura de palavras não familiares. Como consequência negativa, a lentidão para reconhecer a palavra acarreta falta de compreensão do que foi lido. Dislexia lexical (de superfície), as dificuldades residem na leitura de palavras irregulares tendo como consequência uma leitura lenta e silabada. Na dislexia mista, os disléxicos apresentam problemas para operar em ambas as vias, léxica e fonológica.

Morais (1995) e Seymour (1987) (apud Capovilla e Capovilla, 2000) ressaltam que os principais padrões de disfunção na leitura são divididos em dislexias periféricas e centrais. Nas dislexias periféricas, os distúrbios ocorrem na análise visual ou no reconhecimento das palavras (dislexia visual) e nas dislexias centrais, os distúrbios ocorrem em componentes das rotas fonológica ou lexical (dislexia auditiva).

Existem diferentes versões de classificação da dislexia e das formas em que se subdividem. A dislexia apresenta-se em três grupos, sendo eles:

A dislexia auditiva relaciona-se aos aspectos auditivos. Apresenta dificuldade para estabelecer diferenciação na análise, síntese e discriminação de sons, dificuldades temporais referentes à percepção da sucessão e duração de sons.

A dislexia visual caracteriza-se na inabilidade para a leitura, disfunção na percepção gestáltica, na análise e síntese e dificuldades espaciais relacionadas à percepção das direções, das relações de distância e localização espacial. Tendo como consequência a leitura silabada, aglutinação, fragmentação de sílabas e/ou palavras e trocas fonéticas. Finalmente, a dislexia mista é uma combinação dos dois tipos anteriores.

Ellis (1995) ressalta que é muito freqüente nos quadros de dislexia, que as alterações descritas se apresentem de modo combinado, ou seja, a dislexia visual e auditiva, denominada como mista.

Segundo Capovilla e Capovilla (2000 apud Jardini 2003) em suas pesquisas mais recentes, a dislexia fonológica representa cerca de 67% dos quadros disléxicos.

As terminologias dadas à dislexia variam de acordo com os pressupostos teóricos de cada autor. Observa-se que, dificuldades no processamento das vias visual e auditiva são significativas para classificação de uma criança disléxica.

## **SINAIS DA DISLEXIA**

Shaywitz (2006) e Ianhez (2002) ressaltam que o primeiro sinal indicativo da dislexia pode ser um atraso na fala.

De acordo com as fases do desenvolvimento infantil, as crianças dizem suas primeiras palavras por volta de 1 ano e as primeiras frases por volta de 1 ano e 6 meses a 2 anos. Crianças vulneráveis à dislexia pronunciam suas primeiras palavras com certo atraso, por volta de 1 ano e 3 meses e talvez não pronunciem frases antes dos 2 anos. Esta condição, no entanto pode não estar presente em muitas crianças disléxicas.

Fonseca (1995) e Morais (1986) fundamentam estudos sobre crianças disléxicas, no qual pontuam características psicomotoras como: má lateralização e orientação esquerda-direita, problemas de noção corporal,

distorções perceptivo-espaciais, déficits na memória de curto termo, dificuldade grafomotoras e problemas de coordenação motora.

Shaywitz (2006) e Rotta (2006) sugerem a importância de se observar a fala em três períodos: pré-escola à 1ª série, 2ª série em diante e adultos. Os anos da pré-escola são marcados por características como dificuldade na aprendizagem de rimas infantis comuns; palavras mal pronunciadas, persistência da chamada linguagem de bebê, dificuldade em aprender e lembrar nome de letras e deficiência em saber as letras do próprio nome.

Nos anos que precedem da pré-escola e 1ª série, apresentam deficiência em entender que as palavras podem ser divididas em partes; incapacidade de aprender a associar letras e sons, tais como ser incapaz de conectar a letra b com o som “b”; erros de leitura que não demonstram conexão alguma dos sons com as letras; incapacidade de ler palavras simples de uma só sílaba ou de pronunciar; reclamações sobre o quanto é difícil ler e histórico de problemas de leitura presente nos pais e irmãos.

É importante frisar, que além dos problemas de fala e de leitura, Shaywitz (2006) menciona pontos positivos nos processos do pensamento de nível superior em crianças da pré-escola e 1ª série, tais como, curiosidade, grande imaginação, boa compreensão dos conceitos, maturidade surpreendente, grande vocabulário para sua faixa etária, satisfação em resolver quebra-cabeças e excelente compreensão de histórias quando lidas.

A partir da 2ª série, os sinais de dislexia começam a ficar mais evidentes na fala e na leitura. Quanto à fala, podem ser observados problemas na pronúncia; discurso não fluente com pausas ou hesitações; uso de linguagem imprecisa utilizando as palavras “coisa” e “negócio” para nomear objetos, quando não encontra a palavra correta; necessidade de tempo para elaborar uma resposta oral e dificuldade de lembrar partes isoladas de informação verbal de datas, números de telefones ou nomes. Quanto à leitura, nota-se um progresso lento; falta de estratégia para palavras desconhecidas; tropeços ao ler palavras polissilábicas ou deficiência para pronunciar a palavra inteira; omissão de partes da palavra; medo de ler em voz alta; a leitura em voz

alta é entrecortada e trabalhosa, não sendo fluente; dependência do texto para compreensão do que lê; incapacidade de terminar no tempo estabelecido; ortografia desastrosa; extrema dificuldade em aprender língua estrangeira; auto-estima em declínio e histórico familiar de problemas de leitura e ortografia.

Além dos sinais fonológicos, as crianças da 2ª série podem apresentar habilidades conservadas no processo de pensamento, tais como, alto nível de compreensão daquilo que se lêem para ela ; vocabulário sofisticado, excelentes habilidades de pensamento na conceitualização, raciocínio, imaginação e abstração; ótimo desempenho em áreas que não dependem da leitura, como a matemática, computadores e artes visuais.

Os sinais de dislexia em jovens e adultos também estão evidenciados nos problemas de fala e de leitura.

Shaywitz (2006) assinala que nos problemas de leitura, apresentam persistência de dificuldades precoces da linguagem oral; pronúncia equivocada de nomes de pessoas e de lugares; ignoram partes de uma palavra; dificuldades para lembrar nomes de pessoas, lugares e confusão quando estes aparecem; o vocabulário é expressivo e oralizado, mas consegue compreender quando ouve.

Nos sinais de problema de leitura, os jovens e adultos pontuam histórico infantil de problemas de leitura e ortografia; falta de fluência; problemas ao ler e pronunciar palavras incomuns, estranhas ou singulares; substituição de palavras que não consegue ler por inventadas; fadiga extrema após a leitura; lentidão na leitura de quase tudo, como livros, manuais, legendas; maus resultados em testes de múltipla escolha; preferência por livros ilustrados e a ortografia permanece desastrosa.

Os jovens e adultos, também apresentam habilidades positivas nos processos de pensamento de alto nível, tais como alta capacidade para aprendizagem; sucesso nas áreas que não dependem da memória imediata; resiliência observável e capacidade de adaptação.

Percebe-se através do texto acima que, tanto os pontos fracos como os fortes, irão variar de acordo com a idade e provavelmente nível

educacional. Reconhecer estes sinais é muito importante para o diagnóstico da dislexia, assim como para se buscar ajuda especializada.

## **DESENVOLVIMENTO DA LEITURA E ESCRITA NOS DISLÉXICOS**

Segundo Valett (1990) e Santos e Navas (2002), a habilidade de leitura é adquirida por capacidades cognitivas e perceptivo-linguísticas como: focalizar a atenção, concentrar-se e seguir instruções; entender e interpretar a língua falada no cotidiano; memória auditiva e visual com ordenação, decodificação de palavras, análise estrutural e contextual, fluência na leitura e habilidades de referência.

Coll (1995) ressalta que existe uma série de requisitos para que a criança tenha um desenvolvimento normal da linguagem. Em primeiro lugar, ressalta a natureza sensorial, motora e neurológica. Para que ocorra um desenvolvimento harmonioso da linguagem, precisa-se da integridade anatômica e funcional de todos os órgãos que participam do processo de produção e recepção. Sendo assim, a dificuldade de leitura significa uma desorganização nestas funções básicas necessárias para o desenvolvimento da linguagem.

Rotta (2006) menciona que aprender a ler não é um ato isolado. Quando a criança aprende a ler está simultaneamente aprendendo a soletrar e a escrever, está processando informações em vários níveis além do visual e auditivo, como, por exemplo, o atencional, seqüencial, conceitual e de fala, nas diferentes fases do desenvolvimento. Portanto, ressalta que quando existe falha neste processo, pode ser por diversas causas, e é daí que surgem os chamados transtornos de leitura.

Fonseca (1995) pontua que na leitura normal, encontramos três tipos de dificuldades, a primeira é o atraso geral de leitura, ocasionado por baixa inteligência, caracterizado por dificuldade de leitura em palavras isoladas e falta de compreensão de textos. Uma segunda dificuldade é o atraso específico de

leitura, que compreende dificuldades na leitura de palavras isoladas e na compreensão de texto, porém ocorre o atraso somente na leitura e escrita sendo habilidoso para outras aprendizagens. E uma terceira dificuldade, é de compreensão, que apenas se refere à dificuldade para entender o texto, embora consiga ler textos e palavras isoladas.

Capovilla e Capovilla (2000) ressaltam que no processo de aquisição de leitura e escrita a criança evolue por 3 fases diferentes para desenvolver a habilidade de leitura e escrita. Na primeira fase, a logográfica a palavra é tratada como se fosse desenho, percebe a letra porém ainda não atribui significado. Na segunda fase, a fonológica ou seja alfabética, implica em analisar as palavras em seus componentes letras e fonemas e utilizar para codificação e decodificação. Com o desenvolvimento desta fase o indivíduo passa a ser capaz de ler corretamente palavras regulares. Por último, a terceira fase, a lexical ou seja ortográfica, implica pelo uso de sequencias de letras e padrões de ortografia para reconhecer palavras visualmente, e são estabelecidas às relações entre grafemas no qual possibilita a escrita de palavras irregulares.

Frith (1985, apud Santos e Navas, 2002) ressalta que a dislexia do desenvolvimento consiste numa parada ou diminuição do desenvolvimento ao longo da seqüência de suas fases. Quando o desenvolvimento é bloqueado no nível logográfico, não progredindo ao alfabético, a criança apresenta um quadro de *dislexia fonológica*, caracterizado pela dificuldade em ler palavras incomuns e pseudopalavras. Quando o desenvolvimento é bloqueado no nível alfabético, não progredindo ao ortográfico, esta apresenta um quadro de *dislexia morfêmica(ou de superfície)*, que é caracterizado por leitura lenta, tanto de palavras como de pseudopalavras.

Capovilla e Capovilla (2000) pontuam que pesquisas internacionais vêm demonstrando que crianças com atrasos em consciência fonológica, geralmente apresentam atrasos de leitura e escrita.

Jardini (2003) define consciência fonológica como a habilidade de analisar a fala em seus componentes fonológicos, ou seja, análise dos sons, sendo este um subtipo de consciência lingüística que envolve vários níveis de

processamento, tais como: segmentação, exclusão e adição, substituição ou inversão de sílabas ou fonemas de uma palavra.

Capovilla e Capovilla (2002, apud Santos e Navas 2002) ressaltam o resultado de uma pesquisa, no qual percebeu-se que, as habilidades fonológicas, de leitura e escrita de crianças em processo de alfabetização, podem ser melhoradas com o desenvolvimento da consciência fonológica.

Diante do exposto, observa-se que a leitura é uma forma complexa de aprendizagem simbólica, e mudanças relativamente triviais em uma palavra podem alterar completamente sua pronuncia e significado. Os autores acima afirmam que para aprender a ler e escrever, precisa desenvolver as capacidades de análise e síntese de fonemas, pois estes são fundamentais para o processo de associação grafema-fonema. Por isso, é importante mencionar que os disléxicos apresentam uma dificuldade com o reconhecimento de palavras e esta se deve, em parte, a um déficit no uso dos códigos fonológicos necessários para reconhecer as palavras.

## **DIAGNÓSTICO**

Shaywitz (2006) ressalta que a maior parte dos pais e educadores demoram para fazer a avaliação de uma criança com dificuldades de leitura, porque acreditam que os problemas sejam temporários e que portanto, serão superados.

Ianhez e Nico (2002) recomendam que o diagnóstico seja feito por uma

equipe multidisciplinar composta por, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo e um neurologista.

O processo de avaliação diagnóstica deve ser significativo para os pais e educadores, assim como para a criança, pois simplesmente encontrar um rótulo não deve ser o objetivo da avaliação.

Nos últimos anos tem aumentado muito a solicitação do exame psicológico por parte de médicos e técnicos de áreas afins. Esta avaliação tem sido valorizada como um instrumento útil e valioso, para a compreensão dos múltiplos e complexos fatores que influenciam no funcionamento emocional e cognitivo do indivíduo.

Ilanhez e Nico (2002) descrevem que o psicólogo deve aplicar uma bateria de testes que envolvem: o nível de inteligência, para determinar as habilidades globais de aprendizagem do indivíduo e testes visuomotores, neurológicos e de personalidade. Estes testes irão revelar comprometimentos na inteligência, indícios de lesões neurológicas ou de comprometimentos emocionais.

Deve-se ao final do processo, estabelecer um prognóstico e elaborar um programa de reeducação.

Santos e Navas (2002) e Rotta (2006) acreditam que, para um diagnóstico de dislexia estar correto, deve-se primeiramente verificar se há histórico familiar, casos de dificuldade de aprendizagem entre os parentes próximos e atraso na aquisição da linguagem.

Rotta (2006) ressalta ainda que para um diagnóstico completo, deve-se considerar a presença de co-morbidades neuropsicológicas, que não são infreqüentes e transtornos associados como, déficit de atenção, disgrafia, disortografia, dislalia, disartria e discalculia.

Diante de um diagnóstico complexo como o citado, é fundamental a parceria estabelecida entre os profissionais, os pais e a escola. Só assim poderão ser evitadas situações que impeçam o progresso e o sucesso do planejamento elaborado. É importante ressaltar que para dislexia o diagnóstico é clínico, o entendimento é científico e o tratamento é educacional e psicológico.

## **TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVO: definição e história**

A terapia comportamental cognitiva é uma modalidade terapêutica desenvolvida a partir dos princípios da aprendizagem, e posteriormente da ciência cognitiva, conforme estabelecida pela psicologia experimental.

Reinecke, Dattilio e Freeman (1999) descrevem por meio de pesquisas, que crianças com transtornos de aprendizagem apresentam características cognitivas associadas, nas quais a ajuda da terapia cognitiva contribui para a melhora do desempenho acadêmico. Estes processos cognitivos específicos são, memória, atenção, metacognição e atribucionais. Os estudantes com transtornos de aprendizagem foram rotulados de muitas formas, como alunos passivos, inadequados na resolução de problemas, desamparados e ineficientes no uso de estratégias cognitivas.

Knapp (2002) ressalta que a reeducação para pais, crianças e professores faz parte do programa cognitivo-comportamental. Esta intervenção psicoterápica, tem o objetivo de ajudar o paciente a compreender melhor os prejuízos decorrentes, desfazendo rótulos prévios que frequentemente acompanham as crianças disléxicas. Neste sentido a terapia cognitivo-comportamental é importante na organização do desenvolvimento da criança, criando estratégias de enfrentamento e aumento da auto-estima que é abalada após anos de impacto do transtorno.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) em suas diferentes modalidades, trouxe uma verdadeira explosão de inovação, podendo ser considerada a abordagem terapêutica que apresentou maior crescimento na última década em comparação com outras psicoterapias. As intervenções da TCC enfocam o presente, isto é, lidando com problemas e dificuldades atuais, sendo assim, sua ajuda, contribui para o disléxico na construção de uma nova e mais adaptativa maneira de processar o mundo.

Segundo Rangé (1998) seu objetivo é o comportamento humano e seus fatores determinantes, como ambiente e processos cognitivos. O termo comportamento não se restringe apenas a comportamentos manifestos e

respondentes, mas também cognições tais como, pensamentos, respostas verbais, imagens, lembranças, interpretações e percepções; sentimentos ou emoções e seus desencadeantes fisiológicos.

Para Rangé (1998),

“A psicoterapia cognitivo comportamental é uma prática de ajuda psicológica que se baseia em uma ciência e uma filosofia do comportamento caracterizada por uma concepção naturalista e determinista ao comportamento humano, pela adesão a um empirismo e a uma metodologia experimental como suporte do conhecimento e por uma atitude pragmática quanto aos problemas psicológicos .” p. 36

Stallard (2007) menciona que a terapia cognitivo-comportamental é o termo utilizado para descrever as intervenções psicoterapêuticas que visam reduzir o sofrimento psicológico humano e comportamentos desajustados, alterando processos cognitivos. É baseada no pressuposto subjacente de que o afeto e o comportamento são produtos de cognições, sendo assim as intervenções cognitivas e comportamentais podem gerar mudanças na tríade: pensamento, sentimento e comportamento.

A base teórica da terapia cognitivo-comportamental evoluiu através de uma série de pesquisas, uma das primeiras influências comportamentais foram a de Pavlov e do condicionamento clássico. Pavlov destacou através de combinações repetidas, respostas de ocorrência natural, ou seja fisiológica como a salivação, que podiam ser associadas ou melhor, condicionadas com estímulos específicos como por exemplo o som de um sino. Nesta pesquisa, Pavlov demonstrou que respostas emocionais como exemplo o medo, podiam ser condicionadas a eventos e situações específicas.

A segunda influência comportamental foi a obra de Skinner (apud Stallard, 2007) que ressaltou a interação do ambiente no comportamento. Tal influencia se tornou conhecida como condicionamento operante e enfoca o relacionamento entre antecedentes (condições desencadeadoras) e as conseqüências (reforços) e o comportamento. Em essência, se o comportamento aumenta de freqüência tanto positiva como negativa é porque esta sendo reforçado.

Albert Bandura (apud Stallard, 2007) considera a proposta do papel mediador dos processos cognitivos no desenvolvimento da teoria da aprendizagem. Esta teoria enfatiza que, através da observação de outra pessoa ocorreria a aprendizagem e propunha um modelo de auto-controle, com base na auto-observação, na auto avaliação e no auto-reforço.

Em 1962 Ellis (apud Stallard, 2007) propôs a ligação entre emoções e cognições na terapia racional-emotiva (TRE). Este modelo sugeria que, a emoção e o comportamento se manifestam pela maneira como os eventos são construídos. Sendo assim, os eventos ativadores são avaliados em relação as crenças do indivíduo, que através destas resulta em conseqüências emocionais. Segundo Ellis, as crenças podem ser racionais e irracionais, sendo que estados emocionais negativos tendem a surgir de crenças irracionais e são mantidos pelas mesmas.

Stallard (2007) pontua que a terapia cognitivo comportamental requer uma capacidade de identificar, desafiar e gerar diferentes maneiras de pensar. Este processo envolve um grau de maturidade cognitiva e uma capacidade de engajar-se em tarefas abstratas, como ver os fatos diante de perspectivas diferentes.

Portanto a TCC para crianças menores de 9 anos , vem sendo tema de debate por conta da falta de maturidade cognitiva apresentada. Apesar da TCC ser complexa, muitas atividades requerem uma capacidade de raciocinar sobre determinados assuntos, portanto o estágio operatório concreto do desenvolvimento cognitivo, adquirido entre 7 e 12 anos de idade, é suficiente para muitas tarefas básicas.

De acordo com o desenvolvimento da TCC, percebeu-se um crescimento no desenvolvimento desta terapia mais focada e breve. Esta abordagem terapêutica incorpora uma ampla gama de estratégias, programas e técnicas para entender como os eventos e experiências são interpretados de maneira saudável ou distorcidos.

## TCC NA REEDUCAÇÃO DOS DISLÉXICOS

A TCC representa métodos preventivos nas habilidades escolares, segundo Reinecke, Dattilio e Freeman (1999), esta abordagem portanto, ajuda os estudantes e neste caso os disléxicos.

Existem 2 tipos de TCC aplicada a problemas de aprendizagem, uma que enfatiza o *controle de antecedentes* e outra que enfatiza o *controle de conseqüências*.

No *controle de antecedentes*, a intervenção precede a ocorrência do comportamento acadêmico. Coloca-se a ênfase nos fatos cognitivos que precedem a dificuldade comportamental. Usa-se o treinamento de auto-instrução e treinamento de estratégia. No treinamento de auto-avaliação aprende-se a verbalizar para si próprio silenciosamente perguntas, informações e julgamentos que afetam seu desempenho e no treinamento de estratégia, aprende-se a resolução positiva de problemas, sendo necessária no ajuste social e no desempenho acadêmico.

No *controle de conseqüências*, a intervenção ocorre depois de ter ocorrido à conduta, a ênfase é ressaltada na análise e resposta do problema escolar. Usa-se o auto-monitoramento da conduta e /ou auto-avaliação como estratégia terapêutica. No auto-monitoramento a criança aprende a se observar durante as atividades acadêmicas, tendo como conseqüências, melhoras na atenção e no aumento da produtividade.

Sendo a memória, atenção e a metacognição características cognitivas precárias em estudantes com transtornos de aprendizagem, a TCC sugere que o resgate destas habilidades capacita o estudante a envolver-se de forma mais eficiente nas tarefas acadêmicas.

Reinecke, Dattilio e Freeman (1999) enfatizam que estes estudantes frequentemente não possuem habilidades de regularem seu próprio aprendizado, ou seja, não sabem como controlarem ou dirigirem seus pensamentos, como obterem novos conhecimentos ou como lembrar do que

aprenderam, não adotam novas estratégias com o material novo, necessitando de intervenção constante.

Além das pesquisas, sobre atenção, memória e metacognição, existe uma evidência de acordo com os autores acima, que muitas crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam o desamparo aprendido, ou seja, a crença de que nada adianta se esforçar, pois nunca chegarão a lugar algum. Não possuem uma visão otimista de si próprio e não acreditando que podem ter sucesso, não sabem como iniciar a tarefa do aprendizado.

Condemarin (1986) ressalta que crianças disléxicas tendem a exibir um quadro de reações psicológicas, tais como:

- atitude depressiva diante de suas dificuldades. O sujeito mostra-se deprimido, triste e culpado. Recusa-se a vivenciar situações que exijam um rendimento sistemático e ativo. Diante do temor de sentir-se fracassado novamente retira-se e não compete.

- atitude agressiva e pejorativa diante de seus superiores e iguais. O disléxico revela rechaço, negativismo, franca hostilidade com seu professor e seus colegas de sala.

- suas dificuldades produzem uma sensação de antipatia com relação à leitura, o que resulta em maiores complicações em função do escasso contato com o material didático.

Como resultado destes sintomas, o disléxico experimenta uma diminuição em sua auto-estima, tendo como conseqüência o afastamento da aprendizagem e de qualquer competição.

Ianhez e Nico (2002) ressaltam que para melhorar a auto-estima e auto-confiança é necessário:

- focalizar sempre o que ela faz de melhor e encorajá-la a fazê-la.

- fazer elogios quando consegue fazer algo difícil e não deixá-lo desistir. O modelo comportamental segundo Rangé (1998) ensina que a maneira mais eficaz de motivar um aluno e acelerar o seu ritmo de aprendizagem, é por meio da distribuição de reforço positivo contingente à emissão do comportamento ou resposta desejada.

- ressaltar sempre as respostas corretas e não as erradas, valorizando seus acertos. Para Rangé (1998) embora a prática tradicional seja que se aprende pelos próprios erros, tem sido há muito tempo demonstrado que erros dificultam a aprendizagem, além de provocarem serias reações emocionais. Quando um sujeito começa a encontrar grandes obstáculos para a aprendizagem de um novo comportamento, ele passa a cometer erros até em tarefas nas quais já havia sido previamente bem sucedido.

- tranquilizar a criança sempre que possível, embora tenha dificuldades de aprendizagem, demonstrando que ela é inteligente e esperta.

- não deixar a criança sentir seu valor como pessoa somente no que se refere ao seu desempenho escolar.

- ensinar a expressar sentimentos e ter diálogo.

Santos e Navas (2002) mencionam que o sucesso da reeducação depende da qualidade da relação terapêutica e do discernimento da escolha das estratégias mais adequadas para cada disléxico. É preciso respeitar as características e necessidades pessoais, na busca de uma linguagem escrita proficiente e acima de tudo, garantir que o disléxico encontre prazer nas atividades de leitura e escrita.

Condemarin (1986) declara que por meio da aplicação de técnicas terapêuticas, a maioria dos disléxicos podem dominar a habilidade de leitura e escrita, porém este domínio sempre exigirá muito esforço. O objetivo principal da reeducação é solucionar as dificuldades localizadas no diagnóstico, que impedem ou dificultam o processo da leitura.

Rotta (2006) recomenda uma série de normas que otimizam o rendimento escolar do disléxico e ao mesmo tempo tenta evitar que os problemas emocionais de frustração e baixa auto-estima aumentem, tais como:

Atitudes:

-Mostrar para o disléxico que seu problema é conhecido, dando atenção especial e encorajando-o nos momentos difíceis.

-Destacar seus pontos positivos nos trabalhos realizados e não fazê-lo repetir por causa de uma escrita mal feita.

-Evitar leitura em público, sempre prepará-lo com antecedência.

-Comprovar sempre que o material oferecido para ler é apropriado para seu nível leitor, não pretendendo .que alcance um nível igual da sala de aula.

-Aceitar que se distraia com maior facilidade que os demais, posto que a leitura lhe exige um esforço maior que os demais.

-Nunca ridicularizá-lo.

Proposta de ação pedagógica:

-Ensinar a resumir anotações que sintetizem o conteúdo de uma explicação.

-Permitir o uso de meios informáticos, de corretores, de calculadora e de gravadores quando possível, isso lhe garantirá tranquilidade.

-Usar materiais que permitem visualizações (figuras, gráficos, ilustrações) para acompanhar o texto impresso.

-Evitar cópias extensas, oferecendo fotocópia.

-Dar tarefas escolares reduzidas na leitura e escrita.

Avaliação escolar:

-Sempre que possível realizar avaliações orais, em todos os níveis de ensino.

-Prever tempo extra como recurso obrigatório.

-Evitar a utilização de testes de múltipla escolha.

-Valorizar os trabalhos pelo conteúdo e não pela escrita.

-Oportunizar um local tranquilo ou sala individual para executar as avaliações.

Ianhez e Nico (2002) enfatizam que o método multissensorial funciona com muito sucesso para crianças disléxicas, ele trabalha simultaneamente o uso dos olhos, ouvidos, órgãos da fala, dedos e músculos, envolvendo todos os caminhos para o cérebro. No disléxico os canais sensoriomotores, isto é, o auditivo, o visual, o da fala e o cinestésico-motor, não trabalham em harmonia, tendo como consequência a incapacidade da criança em produzir um estímulo para uma resposta automática. Os exercícios são apresentados de forma concreta para estimular todos os sentidos, a

introdução de cada letra é feita com ênfase na sua relação com nome/som e com a importância da sua forma correta.

A vantagem desse método segundo as autoras é que a criança disléxica é capaz de usar áreas de força, ao mesmo tempo em que exercitam e fortalecem áreas mais fracas. O objetivo é fazer com que a criança aprenda a dar respostas automáticas duradouras e desenvolver a habilidade de sequenciá-las corretamente nas palavras.

Condemarin e Blomquist (1986) mencionam que existem várias técnicas terapêuticas para as dificuldades da leitura da criança disléxica. O método de Fernald, o qual utiliza o aspecto visual, auditivo, cinestésico e tátil num enfoque analítico, na qual a leitura é vista como um ato global e ideovisual ou seja a criança tem um texto pronto para ler, não sendo necessário converter letras em sons e sons em letras. Prevê-se o reconhecimento global das palavras ou orações, a análise dos componentes é uma tarefa posterior. Não se importa com dificuldades auditivas daquilo que se aprende, já que a leitura tem um enfoque predominantemente visual.

O método de Gillinghan utiliza essas mesmas vias num enfoque sintético, na qual consiste na correspondência entre o oral e o escrito, entre o som e a grafia, estabelecendo a correspondência a partir dos elementos mínimos que são as letras, em um processo que consiste em ir das partes ao todo. Alguns princípios desse método sintético são pronúncia correta para evitar confusões entre os fonemas; grafar de formas semelhantes são apresentadas separadamente para evitar confusões visuais entre elas e ensinar um par de grafema-fonema de cada vez até a memorização. O reeducador não deve perder de vista que, ao mesmo tempo em que se exercita o domínio de fonemas (sons das letras), grafemas (sinais gráficos das letras) e soletração (nome das letras), deve alcançar o sentido das palavras e das frases, isto é, o conceito.

Capovilla e Capovilla (2005) ressaltam que toda a revisão da bibliografia científica publicada sobre alfabetização nos últimos 80 anos, demonstrou a eficiência do método fônico, no qual se trabalha atividades fônicas concentradas na introdução sistemática de correspondências

grafofonêmicas, para construir a leitura e a escrita. E atividades metafonológicas, que concentram-se em exercícios para desenvolver a consciência fonológica, no nível fônico. Destaca que o método fônico constrói de maneira lúdica e sistemática, a competência e a sensação de prazer de dominar o processo de leitura.

Shaywitz (2006) declara que independente do método utilizado, que apenas o significado constrói o caminho da aprendizagem do disléxico, ou seja, oferece um modelo para que ele se lembre do que aprendeu.

A intenção das intervenções da TCC para os disléxicos é a substituição de aprendizado ineficiente e não dirigido, por uma abordagem regrada e auto-regrada para a aquisição do conhecimento e resolução dos problemas. Estas intervenções precisam ser projetadas para o nível de desenvolvimento cognitivo da criança. O desafio do terapeuta comportamental, é traduzir conceitos abstratos em exemplos cotidianos simples e concretos, com os quais as crianças poderão se relacionar.

Segundo Jardini (2003) o ideal seria, um tratamento preventivo por volta de 4-6 anos, onde a criança apresentaria alguma dificuldade de fala como por exemplo, resistência na automatização do grupo consonantal e fonema /r/, fala truncada, entrecortada, sem consequência lógico temporal, carecendo de elementos essenciais à compreensão, forte dispersão, interesse seletivo por áreas de aprendizagem, oscilação na aquisição de conceitos simples como cores, formas geométricas, noções espaciais e lateralidade. Os pais e o professor devem ficar atentos, tratando-a como criança de risco. Com o tratamento preventivo os sintomas podem minimizar-se na alfabetização, prevenindo a discriminação e favorecendo a auto-estima.

Jardini (2003) e Santos (2001) consideram que todo o tratamento de reeducação deve oferecer resultados, enfatizam que as variações dependem da metodologia aplicada, tempo de atendimento, grau de severidade e idade na intervenção. A reeducação não durará menos que 6 meses podendo estender-se a cerca de 2 anos consecutivos.

As considerações acima a respeito da reeducação dos disléxicos, ressaltam um prognóstico otimista. Percebe-se que a ciência, a moral e o

direito estão convergindo para a elaboração de uma linha de pensamento, do bem social para que as pessoas disléxicas consigam desenvolver estratégias de ajuda e superem seus obstáculos na leitura e escrita.

# **PROPOSTA DE TRATAMENTO DA DISLEXIA NA TCC**

## **1 – Entrevista com Pais:**

- Questionário de anamnese (ANEXO - 1).
- Lista de Verificação Comportamental para crianças – Relatório para professores (ANEXO - 1).

## **2. Testes:**

- Wisc III / *Escala de Inteligência Wechsler para Crianças*, tem por finalidade avaliar a capacidade intelectual. É composto por 13 subtestes, sendo 12 deles mantidos do WISC-R e um novo subteste, Procurador de Símbolos, organizados em dois grupos: Verbais e Perceptivos-motores ou de Execução, que são aplicados nas crianças em ordem alternadas, ou seja, um subteste de Execução e depois um subteste verbal e vice-versa. Os Subtestes Verbais são compostos pelos itens: Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Dígitos, enquanto que os subtestes de Execução são formados pelos itens: Completar Figuras, Código, Arranjo de Figuras, Cubos, Armar Objetos, Procurar Símbolos e Labirintos.

- TDE /Teste de Desempenho Escolar, é um instrumento psicométrico que busca oferecer de forma objetiva uma avaliação das capacidades fundamentais para o desempenho escolar, mais especificamente da escrita, aritmética e leitura. Indica de uma maneira abrangente, quais as áreas da aprendizagem escolar que estão preservadas ou prejudicadas no examinando. O teste foi concebido para a avaliação de escolares de 1ª a 6ª séries do primeiro grau, ainda que possa ser utilizado com algumas reservas para a 7ª e 8ª séries. Cabe ressaltar que o processo de concepção do TDE está fundamentado em

critérios elaborados a partir da realidade escolar brasileira, visando preencher a lacuna existente de instrumentos de medição psicopedagógicos validados e padronizados para o nosso país.

O TDE é composto por 3 subtestes:

1. Escrita: escrita de nome próprio e de palavras isoladas apresentadas sob a forma de ditado;
2. Aritmética: solução oral de problemas e cálculos de operações aritméticas por escrito;
3. Leitura: reconhecimento de palavras isoladas do contexto.

- HTP/ Consiste em desenhar numa folha em branco com o tema Casa, Árvore e Pessoa. Através da análise do desenho produzido busca-se um traço de personalidade: a imagem interna de si mesmo e de seu ambiente. Considera-se, no teste HTP, que os desenhos têm grande poder simbólico, reveladores de experiências emocionais e de ideais ligados ao desenvolvimento da personalidade.

- Papel de Carta / Projeto para avaliação das dificuldades de aprendizagem da criança. Aplicável em crianças de 5 a 11 anos. A aplicação deve ser efetuada na fase diagnóstica, do trabalho de consultório, após Sujeito e Aplicador já terem estabelecido um certo vínculo. Tempo de aplicação: sem limite de tempo (em média de 50 a 60 minutos). São 6 pranchas com figuras para que a criança relate uma história.

- Bender / Consiste em 9 figuras, que são apresentadas uma a uma para serem copiadas pelo sujeito numa folha em branco. Tem o objetivo de fornecer um índice de maturação percepto motora, captar se existe sinais de lesão neurológica.

- Avaliação psicomotora

- Escala de Stress Infantil

- Questionário de Crenças Infantil (ANEXO - 2)

- Faz de conta / Consiste num questionário projetivo com 50 perguntas referentes a família, escola e lazer. Aplicável em crianças de 5 a 12 anos, sendo efetuado na fase diagnóstica como complemento dos testes padronizados. (ANEXO - 2)

\*Os testes grifados não possuem cópias em anexo, por serem padronizados.

### **3.- Educação sobre a Dislexia para os pais / criança :**

- conceito
- sintomas
- classificação

### **4 - Orientação aos pais sobre o tratamento na TCC:**

Os pais podem contribuir na motivação e no exercício das habilidades e tarefas novas em casa. Como co-terapeutas, possuem um papel ativo, podendo estimular, monitorar e revisar a utilização das habilidades dos filhos, desta maneira ajudam a reduzir o estresse psicológico vivenciado pela dificuldade escolar.

### **5 - Educação sobre o tratamento Cognitivo-comportamental para o paciente:**

- auxiliará a explorar a importante ligação entre o que pensamos, sentimos e fazemos relacionados às dificuldades encontradas no transtorno da Dislexia.

### **6 - Técnicas cognitivo-comportamentais: (ANEXO - 3)**

#### 1- Participar da terapia: vantagem / desvantagens

Objetivo: ajuda o paciente a refletir sobre a importância e real necessidade de fazer terapia, observar as expectativas e motivá-lo para o tratamento ( Knapp, 2002).

#### 2- Lista de problemas / dificuldades

Objetivo: ajudá-lo a explorar suas dificuldades, ter consciência das mesmas ( Knapp, 2002).

#### 3- Lista das expectativas / meus objetivos

Objetivo: reestruturação das dificuldades e problemas.

#### 4- Desenhe seu auto-retrato IDEAL

Objetivo: repassar para o concreto sua imagem ideal, ou seja, como pretendo ser diferente. Ajudá-lo a reestruturar um sujeito ideal porém não fantasioso, mostrar a realidade do transtorno.

#### 5- O que penso, o que faço, como me sinto...

Objetivo: introduzir a terapia cognitivo-comportamental para explicar a ligação entre os pensamentos, sentimentos e o comportamento. Mostrar o efeito dos pensamentos positivos e dos negativos sobre o sentimento e o comportamento. Usar exemplos concretos do paciente ( Stallard, 2007).

#### 6- O círculo mágico

Objetivo: trabalha com pensamentos agradáveis do paciente, mostrando suas conseqüências ( Stallard, 2007).

#### 7- A armadilha negativa

Objetivo: explora situações difíceis do paciente e suas conseqüências (Stallard, 2007).

#### 8- RPD

Objetivo: auto-monitoramento das emoções, pensamentos e comportamentos. Para o disléxico é necessária a ajuda dos pais para a escrita ou deixa-se apenas as figuras para identificação com o motivo ao lado. Pode-se usar gravador ou computador. ( Knapp, 2002 / Stallard, 2007).

#### 9- Rotina diária

Objetivo: ajuda na organização das atividades diárias escolares e pessoais. Os pais descrevem a rotina realizada em casa numa folha a parte e junto com a criança cria-se uma nova proposta mais adaptativa para suas dificuldades. (Knapp, 2002).

#### 10- A charada Se/ Então...

Objetivo: ajuda o paciente a mostrar seu padrão de pensamento diante das atitudes apresentadas. A proposta é ajudá-lo a fazer uma reestruturação cognitiva nos pensamentos distorcidos (Stallard, 2007).

#### 11- Pensamentos bons sobre mim...

Objetivo: melhorar a auto-estima do paciente, resgatando o máximo possível de pensamentos agradáveis ( Stallard, 2007).

#### 12- Pensamentos bons sobre meu futuro...

Objetivo: melhorar a auto-estima, criar objetivos escolares e pessoais (Stallard, 2007).

#### 13- Pensamentos desagradáveis sobre mim...

Objetivo: trabalhar a auto-estima, fazer uma lista com vários pensamentos negativos de si próprio e reestruturá-los com o paciente ( Stallard, 2007).

#### 14- Pensamentos preocupantes sobre que faço na escola...

Objetivo: trabalhar a auto-estima, fazer uma lista com vários pensamentos negativos sobre sua visão escolar e reestruturá-los. Ajudá-lo a dar um novo significado para a aprendizagem (Stallard, 2007).

15- O que eles estão pensando?

Objetivo: observar os pensamentos projetados nas figuras, reestruturar caso tenha pensamentos negativos e distorções cognitivas (Stallard, 2007 / Knapp, 2002).

16- Descreva o que você vê?

Objetivo: ajuda a desenvolver a atenção do ambiente micro e macro trabalhando os canais: visual, auditivo e o cinestésico. O disléxico consegue gravar melhor quando utiliza as vias sensoriais (Stallard, 2007).

17- Quebra-cabeça mental

Objetivo: trabalhar a memória e atenção, ocupar a mente em situações estressantes, melhorar o vocabulário e consciência fonológica das palavras (Stallard, 2007).

18- Fala positiva interna I / II

Objetivo: reestruturar mentalmente seus pensamentos pessimistas ou distorcidos, para diminuir sentimentos negativos. Melhora a auto-estima (Stallard, 2007).

19- Pensamentos e sentimentos

Objetivo: resgatar os bons e os maus pensamentos mostrando a consequência dos mesmos. Observar se o paciente consegue ter esta consciência (Stallard, 2007).

20- Atividades e sentimentos

Objetivo: resgatar as atividades prazerosas e as que incomoda. Dar reforço positivo nas prazerosas (Stallard, 2007).

### 21- Relaxamento físico

Objetivo: melhora a atenção, concentração e ansiedade. Ajuda o paciente a se sentir bem em situações desagradáveis. Gravar uma fita junto com o disléxico para que possa escutar em casa (Stallard, 2007).

### 22- Atividades Psicomotoras

Objetivo: ajudam desenvolver orientação temporo-espacial, coordenação visuomotora e esquema corporal, percepção e memória (Jardini, 2003).

### 23- Jogos

Objetivo: trabalhar memória, atenção, concentração, regras, lateralidade, ansiedade, socialização, auto-estima, frustração, estratégia, resolução de problemas, organização, entre outros (Davi, 2007).

## **OBJETIVOS**

### **GERAL**

Realizar um levantamento bibliográfico sobre o tema, assim como uma investigação das possibilidades de alfabetização com crianças disléxicas, descrevendo os métodos de reeducação e técnicas comportamentais cognitivas para atuação psicológica.

### **ESPECÍFICOS**

- a) Definição do transtorno de linguagem e escrita Dislexia.
- b) Apresentação da classificação, características e diagnóstico.
- c) Planejamento de uma proposta de tratamento psicológico na abordagem comportamental cognitiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos perceber que a alfabetização passou a ser um dos grandes objetivos da sociedade e portanto, a preocupação com as dificuldades de aprendizagem na qual são persistentes, tem despertado um interesse para se obter um diagnóstico e a necessidade de um plano de tratamento mais adequado.

O estudo sobre a dislexia teve início a partir da percepção da discrepância existente entre o conceito de inteligência e desempenho escolar. Iniciou-se desta maneira a pergunta de como alunos com condições intelectuais normais obtinham um mau desempenho diante de tarefas de leitura e escrita.

Após a pesquisa bibliográfica realizada sobre dislexia, foi possível perceber que a dislexia é uma alteração neurológica que impede a criança de ler e compreender com a mesma facilidade com que as outras da mesma faixa etária conseguem, independe de qualquer causa intelectual, cultural ou emocional.

Pode-se perceber que todo o desenvolvimento da criança de modo geral é normal, até entrar nas séries iniciais. É um problema de base cognitiva que afeta as habilidades lingüísticas, existem graus do leve ao severo, com 3 classificações: a auditiva, a visual e a mista.

Para chegar a um diagnóstico preciso é importante a interação entre diversos profissionais, ou seja, uma equipe multidisciplinar. A avaliação psicológica busca analisar as atitudes da criança frente à escola e a aprendizagem, tem como objetivo identificar os fatores etiológicos, as competências ou as inabilidades que interferem no processo de aprender.

É importante ressaltar que o disléxico é um indivíduo aparentemente saudável e com uma infinita vontade de aprender. A diferença é que ele percebe e aprende de maneira diferenciada. Dentre os métodos apresentados, os mais funcionais são o multissensorial e o fonético.

O tratamento psicoterápico cognitivo comportamental tem como objetivo, desenvolver com a criança a sua auto-estima, mostrando-lhe sua

capacidade de formas alternativas em outro ritmo, tendo desta maneira sessões estruturadas. É importante resgatar uma nova auto-imagem, reestruturar seus pensamentos para que possa agir de forma consciente e reflexiva.

Diante de toda problemática apresentada pela dislexia, é primordial que os pais e educadores tenham mais tolerância diante de suas dificuldades, que entendam que preguiça e burrice não são rótulos funcionais, e que estes causam sérios prejuízos emocionais, impedindo que estes indivíduos possam aprender e mostrar seu verdadeiro potencial, prejudicando assim todo o desenvolvimento natural e saudável do ser humano.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C. N. ; GUILHARDI, H. J. *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas*. São Paulo: Rocca, 2004

ADAMS, M. J.; FOORMAN, B. R.; LUNDBERG, I.; BEELER, T. *Consciência fonológica em crianças pequenas*. Porto Alegre: Artmed, 2006

BOSSA, N. A. *A psicopedagogia no Brasil*. 2ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000

CAMINHA, Renato M.; CAMINHA, Marina G. *A prática cognitiva na infância*. São Paulo: Rocca, 2007

CAPOVILLA, Alessandra; CAPOVILLA, Fernando *Alfabetização fônica: construindo competência de leitura e escrita: livro do aluno*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

CAPOVILLA, Alessandra; CAPOVILLA, Fernando *Problemas de leitura e escrita: como identificar, prevenir e remediar numa abordagem fônica*. 2ª.ed. São Paulo: Memnon, 2000.

COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. . *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CONDEMARIN, M.; Blomquist, M. *Dislexia: manual de leitura corretiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

DAVI, L. *Apostila do curso: O Jogo e o Brincar*. Instituto Pieron. São Paulo, Junho, 2007

ELLIS, A. *Escrita e dislexia: uma análise cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FERREIRO, E. *Reflexões sobre a alfabetização*. São Paulo: Ed Cortez, 1987.

FONSECA, V. *Introdução às dificuldades de aprendizagem*. 2ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GARCIA, J.N. *Manual de dificuldades de aprendizagem: linguagem, leitura, escrita e matemática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

IANHEZ, M. E.; NICO, M. A. *Nem sempre é o que parece: como enfrentar a dislexia e os fracassos escolares*. São Paulo: Elsevier, 2002

JARDINI, R. S. *Método das boquinhas: alfabetização e reabilitação dos distúrbios da leitura e escrita: fundamentação teórica*, livro 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

JARDINI, R. S. *Método das boquinhas: alfabetização e reabilitação dos distúrbios da leitura e escrita: caderno de exercícios*, livro 3. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ASSUNÇÃO, J. E.; COELHO, M. T. *Problemas de aprendizagem*. 10<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Ática, 1999.

KANDEL, E. R.; SCHWARTS, J. H.; JESSEL T. M. *Fundamentos da neurociência e do comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997

KNAPP, P. [ET AL]. *Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Art Med, 2002

MORAIS, A.M.P. *Distúrbios de aprendizagem uma abordagem psicopedagógica*. São Paulo: Edicon, 1986.

MYKLEBUST, H.; JOHNSON, D. *Distúrbios de aprendizagem*. São Paulo: Pioneira, 1983.

PENNINGTON, B.F. *Diagnóstico de distúrbios de aprendizagem: um referencial neuropsicológico*. São Paulo: Ed. Pioneira, 1997.

RANGÉ, B. *Psicoterapia Comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editorial Psy, 1998

REINECKE, M.; DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. *Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ROTTA, N. T.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. S. *Transtorno de aprendizagem: uma abordagem neuropsicológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SANTOS, C. C. *Dislexia Específica de evolução*. 2. Ed. São Paulo: Sarvier, 2001

SANTOS, M.T.M; NAVAS, A.L.G.P. *Distúrbios de leitura e escrita: teoria e prática*. São Paulo: Manole, 2002

SHAYWITZ, S. *Entendendo a dislexia: novo e completo programa para todos os níveis de problemas de leitura*. Porto Alegre: Artmed, 2006

STALLARD, P. *Bons pensamentos – Bons sentimentos: manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Art med, 2007

VALLET, R. E. *Dislexia: uma abordagem neuropsicológica para educação de crianças com graves desordens de leitura*. São Paulo: Manole, 1990

# **ANEXOS - 1**

## **ENTREVISTA COM OS PAIS**

### **1- IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

### **2- QUEIXA OU MOTIVO DA CONSULTA**

a. Histórico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

b. Medidas tomadas (encaminhamento, outro tratamento, exames realizados)

---

---

---

---

c. Atitude da família em relação ao problema (mãe, pai, irmãos, parentes)

---

---

### **3. ANTECEDENTES PESSOAIS**

a. Concepção:

- A criança foi desejada ?                       s     n

- Já teve caso de aborto ?                       s     n

b. Gestação:

- Quanto tempo após o casamento?

---

- Enjoou?                      Quanto tempo?

---

- Quais as sensações psicológicas sentidas durante a gravidez?

---

- Quando sentiu a criança mexer?

---

- Como reagiu a esta sensação?

---

---

- Fez tratamento pré-natal?

---

- Levou algum tombo ou susto acidental durante a gestação?

---

---

---

- Teve algum problema de saúde durante a gestação?

---

---

---

- Descreva o parto: antes, durante e depois.

---

---

---

---

---

Primeiras Reações:

Chorou logo? \_\_\_\_\_  
Precisou de oxigênio? \_\_\_\_\_  
Ficou na encubadeira? \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_  
Altura: \_\_\_\_\_

**4- DESENVOLVIMENTO**

a. Sono:

Dorme bem? \_\_\_\_\_ -  
Sono calmo( ) agitado( ) Sonâmbulo( )  
Fala? \_\_\_\_\_  
Grita? \_\_\_\_\_  
Range os dentes? \_\_\_\_\_  
Atitude dos pais para separa de cama: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Acorda e vai para cama dos pais? \_\_\_\_\_

b. Alimentação:

Quanto tempo após o parto recebeu a primeira alimentação?  
\_\_\_\_\_  
Mamou logo? \_\_\_\_\_  
Engoliu logo? \_\_\_\_\_  
Vomitou? \_\_\_\_\_  
Alimentação natural até quando? \_\_\_\_\_  
Mamadeira? \_\_\_\_\_ Até quando? \_\_\_\_\_  
Em que idade começou alimentação salgada? \_\_\_\_\_  
Consistência? \_\_\_\_\_

-Atitude do desmame:

Seio e mamadeira

Como se sentiu? \_\_\_\_\_

---

---

Rejeitou ou rejeita alimentação? Quais?

---

---

É forçado a comer?

---

---

Quais os alimentos preferidos?

---

---

---

Quais os rejeitados?

---

---

---

Quando começou a comer sem ajuda? \_\_\_\_\_

Toma as refeições com os familiares? \_\_\_\_\_

c. A V D (atividades de vida diária)

Toma banho sozinho? \_\_\_\_\_ Desde que idade? \_\_\_\_\_

Escova os dentes sozinho? \_\_\_\_\_ Desde que idade? \_\_\_\_\_

Sabe abotoar e amarrar sozinho? \_\_\_\_\_ Desde que idade? \_\_\_\_\_

Sabe servir-se de líquidos? \_\_\_\_\_

d. Desenvolvimento

Engatinhou? \_\_\_\_\_ Andou? \_\_\_\_\_ Ficou em pé? \_\_\_\_\_

Caiu muito? \_\_\_\_\_ Possui bom equilíbrio? \_\_\_\_\_

Sobe e desce escada? \_\_\_\_\_ Sincinesias? \_\_\_\_\_

Destro ou sinistro? \_\_\_\_\_

Habilidade para lidar com objetos pequenos? \_\_\_\_\_

Esbarra nas coisas, deixa cair coisas das mãos? \_\_\_\_\_

É tenso? \_\_\_\_\_ Em quê? \_\_\_\_\_

Calma? \_\_\_\_\_ Agitada? \_\_\_\_\_ Apática? \_\_\_\_\_

Quais situações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falou corretamente? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

Trocou letras? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Apresentou ou apresenta gagueira? \_\_\_\_\_

Apresenta algum problema de fala? \_\_\_\_\_

Línguas faladas em casa? \_\_\_\_\_

Controle dos esfíncteres? \_\_\_\_\_

Anal diurno: \_\_\_\_\_

Anal noturno: \_\_\_\_\_

Vesical diurno: \_\_\_\_\_

Vesical noturno: \_\_\_\_\_

Como o controle dos esfíncteres foi ensinado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e. Manipulações:

Usou chupeta? \_\_\_\_\_ Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Chupou o dedo? \_\_\_\_\_ Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Rói unhas? \_\_\_\_\_

Morde os lábios? \_\_\_\_\_

Brinca com cabelo, orelha,...? \_\_\_\_\_

## 5- DOENÇAS

Doenças infantis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alguma complicação? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Outras doenças? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teve febre alta? \_\_\_\_\_

Apresenta ou apresentou desmaios? \_\_\_\_\_

Convulsões? \_\_\_\_\_

Dores de cabeça? \_\_\_\_\_ Tipo e frequência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Manifestações alérgicas: \_\_\_\_\_

Ouve bem? \_\_\_\_\_

Enxerga bem? \_\_\_\_\_

Defeitos físicos? \_\_\_\_\_

Quais as providências tomadas? \_\_\_\_\_

## 6. SEXUALIDADE

Curiosidade sexual: Idade \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Atitude dos pais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Masturbação: \_\_\_\_\_ Qdo? \_\_\_\_\_

Atitude da família: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Foi feita educação sexual? \_\_\_\_\_ Por quem? \_\_\_\_\_  
Como? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **7. COMPORTAMENTO SÓCIO-EMOCIONAL**

a. Personalidade:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. Recreação (atividade de interesse, brincadeiras que mais gosta):

Em grupo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Isolado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. Quais os comportamentos e atitudes da criança que os pais apreciam?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d. Quais os comportamentos que mais aborrecem?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e. Como a criança reage quando contrariada?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f. Quando elogiada?

---

---

g. Qual o tipo de relacionamento que a criança apresenta com:

Pai: \_\_\_\_\_

---

Mãe: \_\_\_\_\_

---

Parentes ou amigos próximos: \_\_\_\_\_

---

h. Quais as medidas disciplinares usadas com a criança?

---

---

i. Como a criança reage?

---

---

j. A criança teve alguma experiência fora do comum?

---

---

- Descreva a rotina da criança:

---

---

---

## **8. ESCOLARIDADE**

Quando entrou na escola? \_\_\_\_\_

Como foi seu primeiro dia de aula? \_\_\_\_\_

Quais as escolas que freqüentou: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Foi reprovado alguma vez? \_\_\_\_\_

Quer ser o primeiro aluno? \_\_\_\_\_

Apresenta problema de escrita, que tipo?(letra, traçado, trocas, omissões)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apresenta problemas de leitura? \_\_\_\_\_

Outros problemas e área de maior facilidade:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Atitude da professora (gosta da professora): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tem acompanhamento particular? \_\_\_\_\_

Tarefas feitas em casa:

Recebe ajuda? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Tem dificuldade de compreensão? \_\_\_\_\_

Ritmo de trabalho? \_\_\_\_\_

Local de trabalho? \_\_\_\_\_

Quanto tempo dispõe para a tarefa? \_\_\_\_\_

## **9. MEDOS, BIRRAS, MENTIRAS**

Apresentou ou apresenta medos? (de pessoas, animais ou coisas imaginárias)

\_\_\_\_\_

---

---

Inventa fatos não ocorridos?

---

---

---

Tem amigos imaginários?

---

---

---

Mente, em que situação?

---

---

---

Tem crises de birra?

---

---

---

Tem ciúmes?

---

---

---

Atitude dos familiares?

---

---

---

---

## 10- ANTECEDENTES FAMILIARES

Nervosismo? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Como? \_\_\_\_\_

Déficit mental? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Doença mental? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Sintomas ou diagnósticos:

Alcoolismo? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Jogo? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Fumar? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Asma? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Alergia? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Suicídio? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Homicídio? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

-Observação:

As questões acima devem ser respeitadas, considerando-se pai, mãe, avós paternos e maternos, tios e primos.

## 11. AMBIENTE FAMILIAR

Entre os pais:

---

---

---

Entre a mãe e a criança:

---

---

---

Entre o pai e a criança:

---

---

---

Entre os pais e os demais filhos:

---

---

---

Entre irmãos:

---

---

---

Entre avós e os pais da criança:

---

---

---

Entre os avós e a criança:

---

---

---

**LISTA DE VERIFICAÇÃO COMPORTAMENTAL PARA**  
**CRIANÇAS**  
**RELATÓRIO PARA PROFESSORES**

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Idade da criança: \_\_\_\_\_

Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_

Nome da escola: \_\_\_\_\_

Nome do professor: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nas páginas seguintes apresenta-se uma lista de afirmações que descrevem comportamentos e situações de alunos.

Para cada afirmação trace um círculo de acordo com a frequência observada no aluno/a.

0	Se a afirmação NÃO for verdadeira
1	Se a afirmação for FREQUENTEMENTE verdadeira
2	Se a afirmação for ALGUMAS VEZES verdadeira

0	1	2	1. Comporta-se de maneira demasiado infantil para sua idade
0	1	2	2. Faz “hum” ou outros ruídos estranhos na sala de aula
0	1	2	3. Discute muito
0	1	2	4. Não consegue terminar o que começou
0	1	2	5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6. Provocador/a, responde desafiadoramente ao pessoal da escola
0	1	2	7. Gaba-se, mostra-se vaidoso/a

0	1	2	8. Tem dificuldade em concentrar-se, não consegue estar atento/a
0	1	2	9. Não consegue tirar certas idéias da cabeça: obsessões (descreva-as em anexo)
0	1	2	10. Tem dificuldade em estar sentado/a, quieto/a
0	1	2	11. Agarra-se aos adultos ou é excessivamente dependente
0	1	2	12. Queixa-se estar muito sozinho/a
0	1	2	13. Fica confuso/a ou parece ficar sem saber onde está
0	1	2	14. Chora muito
0	1	2	15. Mostra-se agitado/a
0	1	2	16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade com os outros
0	1	2	17. Sonha acordado/a ou perde-se nos seus próprios pensamentos
0	1	2	18. Magoa-se deliberadamente ou tenta suicidar-se
0	1	2	19. Exige muita atenção
0	1	2	20. Destrói suas próprias coisas
0	1	2	21. Destrói coisas que pertencem a outras pessoas
0	1	2	22. Tem dificuldades em seguir instruções
0	1	2	23. É desobediente na escola
0	1	2	24. Incomoda outros alunos
0	1	2	25. Não se dá bem com outros alunos
0	1	2	26. Não parece sentir-se culpado/a depois de se comportar mal
0	1	2	27. Fica ciumento/a com facilidade
0	1	2	28. Come ou bebe coisas que não são próprias para beber
0	1	2	29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares (descreva-os em anexo)
0	1	2	30. Tem medo de ir à escola
0	1	2	31. Tem medo de pensar ou fazer coisas más
0	1	2	32. Acha que deve ser perfeito/a
0	1	2	33. Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele/a
0	1	2	34. Sente-se inferior ou desprezível
0	1	2	35. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	36. Mete-se em muitas brigas

0	1	2	37. É freqüentemente ridicularizado
0	1	2	38. Ouve sons ou vozes que não estão presentes (descreva-as em anexo)
0	1	2	39. É impulsivo/a, age sem pensar
0	1	2	40. Gosta de estar sozinho/a
0	1	2	41. Usa mentir
0	1	2	42. Rói unhas
0	1	2	43. É nervoso/a, muito excitado/a ou tenso/a
0	1	2	44. Tem tiques (descreva-os em anexo)
0	1	2	45. Segue regras
0	1	2	46. Os outros alunos não gostam dele/a
0	1	2	47. Tem dificuldade de aprendizagem (descreva-as em anexo)
0	1	2	48. É medroso
0	1	2	49. É ansioso
0	1	2	50. Sente tonturas
0	1	2	51. Sente-se demasiado culpado/a
0	1	2	52. Responde fora da sua vez
0	1	2	53. Cansa-se demasiado
0	1	2	54. Tem peso excessivo
0	1	2	55. Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico (descreva-os em anexo)
0	1	2	56. Ataca fisicamente outras pessoas
0	1	2	57. Dorme na sala de aula
0	1	2	58. Mostra-se apático/a ou desmotivado/a
0	1	2	59. Seus trabalhos escolares são fracos
0	1	2	60. Tem falta de coordenação motora (descreva-as em anexo)
0	1	2	61. Prefere estar com crianças mais velhas
0	1	2	62. Prefere estar com crianças mais novas
0	1	2	63. Recusa-se a falar
0	1	2	64. Repete várias vezes as mesmas ações: compulsões (descreva-as em anexo)
0	1	2	65. Perturba a disciplina da sala de aula

0	1	2	66. Grita muito
0	1	2	67. É reservado/a e guarda as coisas para si mesmo/a
0	1	2	68. Vê coisas que não estão presentes (descreva-as em anexo)
0	1	2	69. Seus trabalhos são desorganizados
0	1	2	70. Comporta-se de modo irresponsável
0	1	2	71. Exibe-se ou faz palhaçadas
0	1	2	72. É tímido/a
0	1	2	73. As suas exigências têm que serem satisfeitas imediatamente
0	1	2	74. Tem problemas de linguagem
0	1	2	75. Fica de olhar fixo
0	1	2	76. Sente-se magoado/a quando o/a criticam
0	1	2	77. Rouba
0	1	2	78. Tem comportamentos estranhos (descreva-os em anexo)
0	1	2	79. Tem idéias estranhas (descreva-as em anexo)
0	1	2	80. É mal humorado
0	1	2	81. Tem mudanças subitas de humor
0	1	2	82. É desconfiado/a
0	1	2	83. Fala em matar-se
0	1	2	84. Faz menos do que é capaz, não trabalha à altura do seu potencial
0	1	2	85. Fala muito
0	1	2	86. Tem crises de fúria, temperamento exaltado
0	1	2	87. Parece preocupado/a com sexo
0	1	2	88. Chega atrasado/a à escola ou às aulas
0	1	2	89. Preocupa-se excessivamente com limpeza ou elegância
0	1	2	90. É pouco ativo/a, move-se com lentidão, tem falta de energia
0	1	2	91. Anda infeliz, triste ou deprimido/a
0	1	2	92. Usa álcool ou drogas
0	1	2	93. Não gosta da escola
0	1	2	94. Tem receio em cometer erros



# **ANEXOS - 2**

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO DE CRENÇA - INFANTIL

(Stallard,2007)

<b>CRENÇA</b>	 <b>CONCORDO</b>	 <b>DISCORDO</b>
1. É importante ser melhor do que os outros em tudo que eu faço.		
2. Outras pessoas são melhores do que eu.		
3. Ninguém me ama ou se preocupa comigo.		
4. É importante que meus pais/responsáveis estejam envolvidos em tudo o que faço.		
5. Não sou responsável pelo que faço ou digo.		

6. Sou um fracasso.		
7. Sou mais importante/especial do que os outros.		
8. As pessoas ficarão contrariadas ou aborrecidas se eu disser coisas que realmente quero dizer.		
9. Não devo mostrar meus sentimentos para os outros.		
10. É mais importante colocar os desejos e idéias das outras pessoas antes dos meus próprios.		
11. Os outros só querem me pegar ou machucar.		
12. Ninguém me entende.		

13. As pessoas que amo nunca vão me aceitar.		
14. Preciso de outras pessoas para me ajudar a vencer obstáculos.		
15. As coisas ruins acontecem para mim.		

OBSERVAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## FAZ DE CONTA...

Eu conheço um menino chamado Roberto, você vai imaginar como ele é e porque faz as coisas assim. Diga-me a primeira coisa que pensar...

1. Roberto não tem tempo para ouvir rádio. Porque?
2. Roberto não jantou ontem a noite. Porque?
3. Roberto não brinca com os outros meninos?
4. Roberto não foi ao cinema domingo. Porque?
5. A professora de Roberto disse que queria vê-lo depois da aula. Porque?
6. Quando o pai de Roberto chegou ontem a noite, o que aconteceu?
7. Roberto levantou-se durante a noite. Porque?
8. Roberto não fez nenhuma lição de casa porque?

9. Quando Roberto abriu a porta o que foi que ele viu?
10. Roberto uma noite sonhou. Com o quê?
11. Roberto trouxe ontem seu boletim. O que aconteceu?
12. A mãe de Roberto vestiu o casaco e saiu. Porque?
13. Roberto chegou chorando em casa. Porque?
14. Roberto ficou com raiva de sua mãe. Porque?
15. Roberto queria ser mais sabido do que ele é. Porque?
16. Roberto foi para seu quarto. Porque?
17. Roberto está com medo de alguma coisa, o que é?
18. Às vezes, aborrecem, magoam o Roberto. Porque?
19. Roberto queria ser mais forte do que ele é. Porque?

20. A mãe de Roberto está muito preocupada com alguma coisa. O que é?  
Porque?

21. Roberto não veio jantar em casa. Porque?

22. Ontem aconteceu algo muito ruim. O que foi?

23. Roberto não gosta de alguma coisa em seu pai. O que é?

24. Roberto pensa que sua mãe e seu pai não gostam dele. Porque?

25. Roberto não quer ir à escola hoje. Porque?

26. Roberto não gosta de recitar em classe. Porque?

27. Roberto às vezes gostaria de ser uma menina. Porque?

28. Roberto gostaria de ser maior do que ele é. Porque?

29. Roberto gosta de uma coisa em sua professora. O que é?

30. Roberto às vezes fica com raiva na escola. Porque?

31. Roberto às vezes não faz o que sua mãe manda. Porque? O que acontece?

32. Roberto queria já ser grande. Porque?

33. Roberto prefere brincar com meninas ou meninos. Por que?

34. Roberto briga às vezes com seu irmão. Por que? O que acontece?

35. Roberto não gosta de um menino da sua classe. Por que?

36. Roberto às vezes fica nervoso e preocupado na escola. Por que? O que acontece?

37. Certo dia Roberto deixou sua casa. Por que?

38. Um dia Roberto e sua mãe brigaram seriamente. Por que?

39. Roberto não gosta de alguma coisa em sua professora. O que é?

40. Roberto às vezes fica muito triste. Por que?

41. Roberto gosta de ficar sozinho. Por que?

42. Roberto quis fugir de casa certa vez. Por que?
43. Roberto acha que na escola tem uma pessoa muito boa. O que ela faz? Por que?
44. Roberto não gosta de ser chamado em classe. Por que?
45. Quantos anos você pensa que Roberto tem?
46. Se Roberto fosse grande e forte, o que faria que não pode fazer agora?
47. Se Roberto fosse rico, o que faria que não pode fazer agora?
48. Se Roberto fosse sabido, o que faria que não faz agora?
49. Se Roberto pudesse fazer tudo o que quisesse, o que faria que não pode fazer agora?
50. O que Roberto quer acima de tudo?

# **ANEXOS - 3**

## PARTICIPAR DA TERAPIA



VANTAGENS



DESVANTAGENS

 VANTAGENS	 DESVANTAGENS

## LISTA DE PROBLEMAS / dificultades




## LISTA DE EXPECTATIVAS / objetivos




## **Desenhe seu auto-retrato...IDEAL**

## O QUE PENSO, O QUE FAÇO, COMO ME SINTO...

Estes são: pensamentos, sentimentos ou o que faço ???

Vou fazer isto errado \_\_\_\_\_

Raiva \_\_\_\_\_

Tristeza \_\_\_\_\_

Brincar com amigos \_\_\_\_\_

Isto é realmente bom \_\_\_\_\_

Ficar sozinho \_\_\_\_\_

Tomar sorvete \_\_\_\_\_

Estressado \_\_\_\_\_

Fazer compras \_\_\_\_\_

Fazer dever da escola \_\_\_\_\_

Amedrontado \_\_\_\_\_

## O CÍRCULO MÁGICO

Pense em algo que você fez recentemente de que realmente gostou. Escreva ou desenhe nos círculos abaixo:

- O que FEZ.
- Como se SENTIU.
- O que estava PENSANDO.

## **A ARMADILHA NEGATIVA**

Pense sobre uma das situações mais difíceis e escreva ou desenhe:

- O que ACONTECE.
- Como SE SENTE.
- O que PENSA quando esta nesta situação.

**RPD**  
**(REGISTRO DOS PENSAMENTOS DIÁRIOS)**



**AGENDA DA TERAPIA**



DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



## ROTINA DIÁRIA

Horário	2ª. Feira	3ª.feira	4ª. feira	5ª.feira	6ª.feira	Sábado	Domingo
07:00hs							
08:00hs							
09:00hs							
10:00hs							
11:00hs							
12:00hs							
13:00hs							
14:00hs							
15:00hs							
16:00hs							

17:00hs							
18:00hs							
19:00hs							
20:00hs							
21:00							
22:00hs							
23:00hs							

## A CHARADA SE/ENTÃO...

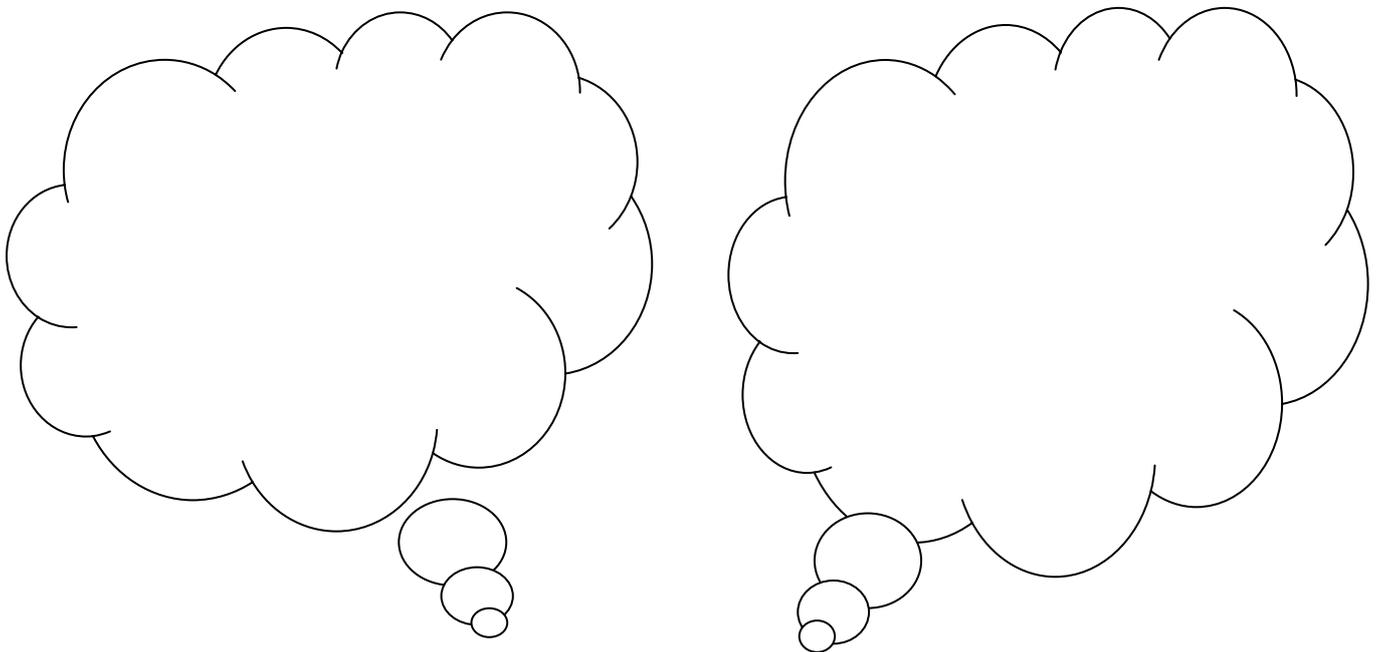
Experimente a Charada SE / ENTÃO.

O que você acha que vai acontecer?

SE	eu sou bom	ENTÃO
SE	eu arranjo problemas	ENTÃO
SE	eu cometo erros	ENTÃO
SE	eu trabalho duro	ENTÃO
SE	eu não tenho amigos	ENTÃO
SE	as pessoas não gostam de mim	ENTÃO
SE	faço as pessoas felizes	ENTÃO
SE	eu deixo meus pais tristes	ENTÃO
SE	eu não consigo ler	ENTÃO
SE	tiro notas ruins	ENTÃO
SE	eu não sou gentil	ENTÃO

## PENSAMENTOS BONS SOBRE MIM

Preencha os balões de pensamento escrevendo os pensamentos bons que você tem sobre si mesmo.



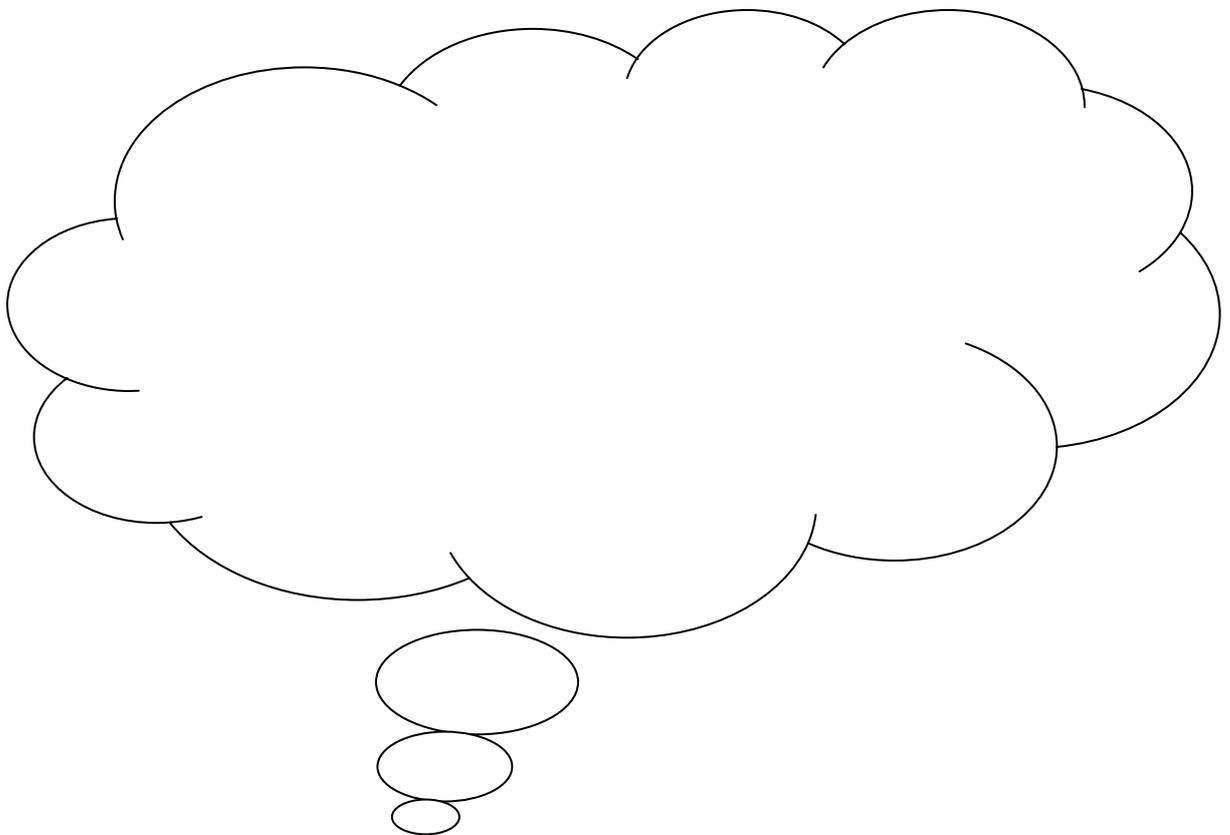
## PENSAMENTOS BONS SOBRE MEU FUTURO

Preencha os balões de pensamento escrevendo os pensamentos bons que você tem sobre o seu futuro.



## PENSAMENTOS DESAGRADÁVEIS SOBRE MIM

Preencha os balões de pensamento escrevendo os pensamentos desagradáveis que você tem sobre si mesmo.



## PENSAMENTOS PREOCUPANTES SOBRE O QUE FAÇO NA ESCOLA

Preencha os balões de pensamento escrevendo os pensamentos preocupantes que você tem sobre as coisas que faz na escola.



## O QUE ELES ESTÃO PENSANDO ?

Escreva sobre a situação abaixo e descreva os pensamentos do personagem.





## **QUEBRA-CABEÇA MENTAL**

Tente ocupar seus pensamentos propondo uma forma de quebra-cabeça de pensamentos. Isso pode ser para qualquer coisa:

- Contar de trás para frente a partir de um certo número, de 2 em 2, de 5 em 5...
- Soletrar os nomes de seus amigos e família de trás para frente e da forma correta.
- Dar nomes e sons as suas atividades diárias.

## FALA POSITIVA INTERNA



1

Com freqüência, os pensamentos negativos aumentam os sentimentos de ansiedade, ou infelicidade.

Em vez de escutar seus pensamentos negativos, tente mudá-los utilizando a fala interna positiva.

Ela é útil porque:

- Pode ajudar a se sentir mais relaxado
- Pode fazer você se sentir mais confiante
- Encoraja a tentar, em vez de desistir ou evitar fazer coisas

.Exemplo:

- em vez de pensar “só respondi uma questão, nunca serei capaz de terminar...” diga: “esta é a primeira questão terminada não vou ter pressa...”

## **FALA INTERNA POSITIVA**



Anote alguns dos seus pensamentos negativos no final de cada dia.

OS MEUS PENSAMENTOS NEGATIVOS FORAM:

AS COISAS POSITIVAS QUE NÃO VI FORAM:

QUAL SERIA A SUA FALA POSITIVA PARA ESTES  
PENSAMENTOS NEGATIVOS:

## PENSAMENTOS E SENTIMENTOS

Pensamentos que me fazem sentir **BEM** :

1.

2.

3.

Pensamentos que me fazem sentir **INCOMODADO** :

1.

2.

3.

## ATIVIDADES E SENTIMENTOS

Atividades que me faz sentir **BEM**:

1.

2.

3.

Atividades que me fazem sentir **INCOMODADO**:

1.

2.

3.

## **RELAXAMENTO FÍSICO**

(Stallard,2007 – Bons pensamentos – Bons sentimentos)

Este método tem duração de 10 minutos, é indicado para situações de tensão e magoa. É importante concentrar-se em como sente os músculos quando eles estão tensos e quando estão relaxados. Desta maneira poderá perceber as partes mais tensas de seu corpo.

Escolha uma música que gosta e que seja repousante e siga as instruções abaixo:

1. Escolha algum lugar acolhedor e silencioso.
2. Sente-se em uma cadeira confortável ou deite-se na sua cama.
3. Escolha um momento em que não vá ser interrompido.
4. Tencione seus músculos apenas o bastante para observar como os sente. Não exagere.
5. Tencione seus músculos por cerca de 3 a 5 segundos.
6. Tencione cada grupo muscular duas vezes.
7. Depois de ter tencionado um músculo, tente não o mover novamente.
8. Controle a sua respiração, inspire lenta e profundamente, segure por 5 segundos e, depois expire lentamente. Enquanto respira, diga para si mesmo “relaxe”.

**BRAÇOS E MÃOS:** cerre os punhos, ponha seus braços retos para a frente.

**PERNAS E PÉS:** force os dedos para baixo, levante as pernas suavemente e estique-as na sua frente.

**ESTÔMAGO:** aperte os músculos da barriga, respire e segure.

**OMBROS:** jogue os ombros para trás.

PESCOÇO: empurre a cabeça contra a poltrona ou a cama.

FACE: faça caretas, aperte bem os olhos e feche bem os lábios.

## **ATIVIDADES PSICOMOTORAS**

(Método das Boquinhas/ caderno de exercício – Jardini, 2003)

1. Coordenação motora com o dedo, olhos fechados, no ar, na lixa, na argila, etc. de letras ou de traçados simples.
2. Transpor para o papel um traçado simples dado no ar. Estando orientado para a criança, trabalhando as noções de baixo / cima / direita / esquerda.
3. Coordenação motora, associada à orientação espacial. Ex: a criança traça linhas contínuas no papel, conforme escuta as ordens: sobe, vira à direita, etc. depois comparam-se os resultados.
4. Quadricular uma folha, fazendo riscos verticais e horizontais, bem paralelos.
5. Atenção auditiva e orientação espacial. Ex: a criança se locomove conforme escuta a ordem: vivo / morto – para frente / para trás / - direita / esquerda.
6. Letrinhas são espalhadas pela sala. A criança deverá ir buscar uma letrinha pedida, dando um número de passos determinados para chegar lá. Se forem vários passos, e a distância for curta, deverá diminuir o tamanho dos mesmos ou aumentar.
7. Quatro cestos na sala, ao redor da criança. Frente / trás / direita / esquerda, contendo palavras ou figuras . a criança parte do centro e seguindo a ordem dada, 2, 3 ou 4 itens, pega as figuras pedidas. Ex: frente, trás, trás, direita. Não virar o corpo para não perder a espacialidade. Formar frases com as palavras encontradas.
8. Quebra-cabeça de revista. Escolher uma figura grande, traçar um quadriculado grande, recortar, remontar. Antes explorar oralmente a figura.
9. A terapeuta faz na parede, com uma lanterna, traçados espaciais simples, um por um. A criança vê, memoriza e depois copia no caderno.

10. Coordenação visuo motora, colocando palitos em uma folha, conforme desenho dado na lousa ou parede, em sequencia. Horizontal, vertical ou inclinado à direita, ou esquerda.
11. Cortar a criança ao meio com uma linha imaginária. Direita / esquerda. Desenhar o que vê, lado por lado.
12. Caminhar no ritmo de uma música, lento, rápido.
13. Noção de relaxado / tenso. Andar durinho, andar molenga.
14. Desenhar quadrado no chão. Pular dentro / fora / cima / baixo / direita / esquerda, conforme solicitado.
15. Traçar na parede uma cruz. Pedir que jogue uma bola em cima / direita, baixo / esquerda, etc.
16. Traçar labirintos e ao percorrê-los, dizer a posição espacial. Ex: andei para frente, virei à direita, voltei para trás, etc.
17. Antes e depois. Realizar duas ou mais ações. Pedir o que fez antes, e depois. Ex : abrir a janela, pegar o lápis e fazer uma casinha.
18. Histórias em quadrinhos. Só figuras, ou com histórias simples, para ser colocada em ordem de ocorrência.

# SUGESTÃO DE JOGOS

(O jogo e o brincar – Davi, 2007)

## **QUEBRA – CABEÇA**

- organização espacial
- percepção de figura fundo
- aceitação de regras
- controle de ansiedade
- percepção visuo manual

## **JOGO DE MEMÓRIA**

- atenção e concentração
- conceito matemático : pareamento
- aceitação de regras e limites
- socialização (ganhar e perder)
- memória (imediate e remota)
- ansiedade

## **JOGO DE DAMAS**

- atenção e concentração
- habilidades de : antecipação e estratégia
- respeito a regras e limites
- auto-estima
- ansiedade
- noção de causa e efeito

## **LINCE**

- ansiedade
- respeito a regras e limites
- confiança no outro
- rapidez de pensamento e de movimento

- atenção e concentração
- o todo e as partes
- memória e discriminação visual
- lateralidade

### **DOMINÓ**

- fixação de conteúdos
- avaliação
- regras e limites
- ganhar e perder
- estratégia e planejamento

### **SENHA SIMPLES**

- estratégia
- comunicação não verbal
- frustração
- organização
- raciocínio lógico
- atenção e concentração

### **CARA A CARA**

- discriminação visual e auditiva
- percepção de detalhes e de conceitos gerais
- discriminação de aparências: femininas e masculinas
- organização de espaço
- atenção e concentração

### **CAN CAN**

- raciocínio lógico
- discriminação visual
- frustração e ansiedade
- incerteza

- raiva e agressividade
- reversibilidade
- estratégia
- consequência
- atenção e concentração

### **JOGO DA VIDA**

- estratégia
- poder de decisão
- ganhos e perdas relacionados a bens e dinheiro
- a formação familiar
- situação de sorte
- sentimentos: raiva, inveja, insegurança, frustração e alegria

### **AMARELINHA**

- organização espacial
- coordenação motora global
- lateralidade
- números
- equilíbrio

### **STOP**

- organização de espaço
- caligrafia e ortografia
- sentimentos: raiva, inveja, frustração, alegria
- rapidez de pensamento e execução
- ansiedade
- cálculos matemáticos: soma
- atenção e concentração
- memória de curto, médio e longo prazo
- socialização

## **IMAGEM E AÇÃO**

- organização de espaço e tempo
- comunicação não verbal
- coordenação motora global e fina
- ansiedade
- percepção visual
- memória, principalmente de médio e longo prazo
- agilidade de respostas
- cooperação

## **LIG 4**

- organização de espaço
- raciocínio lógico
- discriminação visual
- causa e efeito
- estratégia e antecipação
- agressividade, raiva, frustração

