a criança disléxica

ISABEL ADRADOS *

Entre as crianças que não conseguem aprender a ler e escrever, sem entretanto serem portadoras de um *deficit* intelectual, temos as chamadas crianças disléxicas. Alguns autores e técnicos em Pedagogia empregam o têrmo de dislexia em um sentido amplo, enquadrando sob êsse rótulo tôda perturbação de origem neurológica, psíquica ou educativa que esteja perturbando o processo de alfabetização. Contudo, a verdadeira "dislexia" ou "cegueira verbal congênita", é um síndrome muito mais complexo, que não envolve apenas um problema de leitura e escrita, mas, como afirma Ana Maria Poppovic, um síndrome psico-neurológico de desorganização da aprendizagem, de provável causa hereditária.

Não devemos confundir a dificuldade que certos escolares experimentam nas primeiras fases de alfabetização, provenientes de distúrbios neurológicos ou psíquicos, com o problema que enfrenta o verdadeiro disléxico. Enquanto os primeiros superam fàcilmente suas dificuldades mediante orientação de pessoas especializadas, e conseguem mais tarde alfabetizar-se normalmente, o disléxico continua com essas mesmas dificuldades através da fase adulta.

ETIOLOGIA DA DISLEXIA

Embora o centro da linguagem se encontre geralmente no hemisfério esquerdo, as crianças canhôtas, com dominância portanto do hemisfério direito, não apresentam maiores dificuldades na aprendizagem

* Do Instituto de Seleção e Orientação Profissional, FGV.

da leitura ou da escrita desde que sejam definidamente canhôtas. O que temos visto com freqüência são casos de crianças cuja dominância lateral não está ainda definida na fase em que deveria iniciar-se a alfabetização, o que é fonte de grande confusão para a criança, que passa a inverter as letras e a ter muita dificuldade na leitura.

Dois fatôres parecem ser responsáveis pela falta de disposição do cérebro para atuar exclusivamente por um dos seus hemisférios: o predomínio manual e ocular unilateral ou misto e a imposição do uso da mão direita quando a criança tem acentuada tendência para usar a esquerda.

Algumas pesquisas feitas nos Estados Unidos têm confirmado a concordância existente entre capacidade para a aprendizagem da leitura e dominância cerebral. Contudo, existem também estudos estatísticos que discordam dêsse ponto de vista. Leo Kanner acredita que essas discrepâncias possam decorrer dos diferentes critérios empregados para determinar a dominância manual e ocular.

Num ponto parecem estar de acôrdo com os estudiosos do assunto: o nível de maturidade e desenvolvimento neurológico nas crianças disléxicas é inferior ao das crianças normais. Como todos os técnicos de ensino sabem, a aprendizagem da leitura de uma criança não decorre tanto de seu nível de inteligência como de uma série de fatôres que, em conjunto, podem ser chamados de nível de maturação. Foi justamente para avaliar êsse nível de maturação que o professor Lourenço Filho idealizou os testes, hoje universalmente conhecidos, do "A.B.C.".

O Dr. Zaldo Rocha e a psicóloga Yvone Lins fizeram uma pesquisa sôbre um grupo de crianças disléxicas e outro de normais. Ambos os grupos foram submetidos ao teste do professor Lourenço Filho e os resultados apontaram que a diferença entre os grupos, quanto a nível de maturidade para a leitura, é significativa em 01.

Os fatôres mais comprometidos na criança disléxica foram a coordenação visual-motora e a coordenação auditivo-motora.

Na etiologia da dislexia encontra-se quase sempre um fator constitucional hereditário. Hallgren, no seu estudo de 273 disléxicos, conclui que a dislexia específica de evolução resulta de um gene monohíbrido dominante auto-sônico.

DIAGNÓSTICO DA DISLEXIA

Os dados anamnésicos do Orientando já nos podem colocar no caminho para a determinação da origem de suas dificuldades.

Em primeiro lugar, devemos atentar para o fator herança. De acôrdo com os dados que Julio B. de Queirós apresenta no seu livro sôbre dislexia na infância, 44% das crianças com o síndrome disfasia-dislexia têm parentesco com canhotos. As condições de gestação e partos não parecem ser particularmente importantes; já o número de crianças que sofrem de convulsões e são portadores do síndrome-dislexia, de acôrdo com Queirós, é de 17,2%, para 3,6% nas outras crianças.

Assim, quando a criança não consegue aprender a ler e, mesmo conhecendo as letras, tem dificuldade ou incapacidade para soletrar a palavra, troca as letras ou as inverte, age da mesma forma com as sílabas ou tenta ler de trás para diante, podemos suspeitar de dislexia.

Embora a criança se apresente como normalmente inteligente, seus problemas com a leitura estendem-se também à escrita. Quando o problema limita-se ùnicamente à escrita, a criança falha no ditado e fica prejudicada para assimilar conhecimentos escolares que lhe sejam transmitidos pela escrita.

É difícil encontrarmos crianças que, apresentando problemas de dislexia e disgrafia, não sejam postadoras, simultâneamente, de distúrbios psicomotores e de linguagem.

Como problemas secundários, porém não menos importantes, teríamos os emocionais. A criança disléxica logo percebe que algo anda errado com ela; se, às suas dificuldades escolares, ainda se junte a incompreensão dos professôres e dos próprios pais, e sua deficiência fôr por êles interpretada como displicência, oposição e negativismo, não será de se estranhar que reaja neuròticamente.

Não há neurose sem ansiedade, nem criança que, sofrendo seus efeitos, consiga um bom índice de concentração. Assim, em princípio, poderíamos concluir que o disléxico tem dificuldade não apenas para se alfabetizar, mas que essa dificuldade se faz extensível para a assimilação de qualquer conhecimento escolar que envolva maior complexidade.

O diagnóstico precoce da dislexia pode evitar muito sofrimento a crianças portadoras dêsse defeito. Muitos casos passam despercebidos para os pais e familiares, mas, na fase de iniciação escolar, êsses podem ser diagnosticados fàcilmente, desde que a professôra tenha algumas noções sôbre êsse síndrome. Cabe à professôra, desde que suspeite de qualquer anormalidade, encaminhar a criança para um centro especializado, visando a despistar a existência ou não do problema.

No I.S.O.P., temos recebido crianças encaminhadas pelas escolas apresentando problemas de aprendizagem com suspeita de qualquer defi-

ciência intelectiva. Todavia, submetidas a provas de inteligência, seus resultados enquadram-se na média. Contudo, a forma de resolver certos itens e o próprio histórico da criança, nos levaram a completar o exame com os testes de organização perceptiva e espacial de Bender, Figura complexa de Rey, prova de ritmo, testes de motricidade e o A.B.C., do professor Lourenço Filho. Quando o caso assim o exige, ainda aplicamos os cubos de Kohs, o Goodenough e o Grace Arthur.

Quando os testes confirmam a suspeita de dislexia, a criança é encaminhada para alguma das clínicas especializadas, onde, além de completar o exame com técnicas mais apuradas, é submetida a tratamento adequado.

Para que êsse tratamento se torne eficiente, as técnicas pedagógicas empregadas precisam ter orientação psicológica.

Na entrevista do aconselhamento, procuramos levar os pais à compreensão e aceitação da deficiência do filho, tentando, ao mesmo tempo, obter a sua colaboração.

O ideal seria que, da mesma forma como os pais das crianças excepcionais se reúnem periòdicamente, também o fizessem os pais dos disléxicos sob a orientação de um psicoterapeuta. Essas crianças se beneficiariam muito num ambiente familiar calmo e propício, onde pudessem recuperar a confiança nos próprios recursos. Já que, como acima levantamos, a criança se ressente da incompreensão do ambiente e mostra-se inferiorizada e muito frustrada, a agressividade decorrente de sua frustração costuma ser canalizada contra si mesma, pois nos testes de personalidade o disléxico costuma mostrar-se auto-agressivo. Nesses casos, a terapia individual ou de grupo é recomendável.

Vejamos a seguir um caso ilustrativo referente a um menino de sete anos.

Motivo da consulta: dificuldade de aprendizagem da leitura e da escrita, dispersividade.

Dados anamnésicos: O Or. é o caçula numa família de 3 irmãos, a gestação foi normal, o nascimento, a cesariana; precisou tomar oxigênio. Ao nascer, pesava 3.200 kg e media 51 cm. Foi alimentado com mamadeira.

O sono foi sempre um tanto intranqüilo. Até hoje gosta de ir à cama dos pais quando acorda de manhã. Acorda mal-humorado. O contrôle dos esfínteres foi normal, mas caminhou e falou tardiamente; também houve retardo nas restantes manifestações motoras: até hoje é es-

tabanado, tropeça nas pessoas e nas coisas; é irrequieto e cai com facilidade. É canhoto com os pés, quando menor era canhoto também com as mãos. É bastante independente nos hábitos higiênicos. A alimentação é limitada e sujeita a caprichos.

Saúde: operou amígdalas e adenóides com 4 anos, tem alergia a certos alimentos, apresentando reações de urticária, violentas.

Muito afetivo com os familiares e amigos. No grupo infantil é aceito, mas quando precisa defender seus direitos não sabe brigar, choraminga e se acovarda. Nessas situações, os pais o encorajam a se defender. Todavia, o pai e os irmãos o protegem em qualquer situação.

Vida escolar: fêz o jardim-de-infância com alegria, mas já os professôres se queixavam da sua falta de jeito para realizar os trabalhos normais. As dificuldades aumentaram no período preparatório para a alfabetização e acentuaram-se ainda mais durante o primeiro ano primário. Como não conseguisse acompanhar a turma, a conselho da professôra foi matriculado em outro colégio onde a aprendizagem da leitura se processava pelo antigo sistema de silabação. Mesmo assim, as dificuldades continuam: apresenta tendência a inverter os números, especialmente o 1, 5 e 7, e certas letras.

Ambos os pais frisam que, no seu entender, é mais inteligente que os irmãos; todavia, êstes não apresentaram dificuldade no período da alfabetização.

Perante suas dificuldades reage, em aula, mostrando-se desatento e dispersivo e, no lar, dando mostras de irritabilidade e mau humor sempre que os pais ou os irmãos intentam ensiná-lo a ler.

Nas últimas semanas, nega-se a ir à escola, chora, inventa doenças, etc. A conselho da atual professôra resolveram consultar o ISOP.

Antecedentes familiares: o pai tem 37 anos, saúde ótima, mas é gago e canhoto para escrever, socialmente dextro. Gosta do filho; é seu preferido.

A mãe está com 35 anos, sofre de distúrbios do fígado e tem fases de insônia; ajustamento normal com o espôso.

Um tio, irmão do pai do Or., teve problemas sérios de leitura e foi também igual ao pai, sempre complexado; é o único dos quatro irmãos que não fêz curso de nível superior.

Outros dados: o lar é alegre, aberto aos amigos, sempre há crianças brincando, talvez pelo fato de que o apartamento é térreo com um grande pátio.

Resultado dos testes: durante o andamento do processo de orientação, solicitamos a obtenção de um exame eletroencefalográfico que se apresentou como anormal generalizado, com distúrbios ao nível têmporo-parietal.

Temos visto que, embora apareçam os casos disléxicos "puros", isentos de qualquer perturbação neurológica, a percentagem maior de crianças disléxicas aparece naquelas que, concomitantemente, são portadoras de disritmia cerebral.

No teste de inteligência WISC, apresentou Q.I. de .120, nível superior, apesar de ter fracassado em subtestes tais como "números", "arrumação de figuras" e "reunião de objetos".

No ABC, do professor Lourenço Filho, obteve um total de 13 pontos o que corresponde a um nível de maturidade situado no quartil médio.

Entretanto, analisando as provas isoladamente, nota-se que o deficit observado na percepção visual e na motricidade devem trazer ao Or. graves dificuldades na aprendizagem, da leitura e da escrita. Chama a atenção, sobretudo, a desintegração das formas no item 3, fato que raramente aparece com tal intensidade.

Bender: O Orientando obteve 19 pontos, classificando-se, portanto, abaixo da média de crianças com a mesma idade cronológica, que costuma obter 26 pontos.

Ângulos: no que se refere à construção de ângulos, classificou-se dentro da média.

Orientação: obteve 5 pontos, classificando-se, portanto, abaixo da média do grupo, que é de $8 \div 1$.

Posição relativa: Obteve 4 pontos, abaixo da média do grupo, que é de $7 \div 1.5$.

A deficiência observada no Or. quando à orientação e posição relativa é freqüente em todos aquêles que sofrem de transtôrno da organização espacial.

O Bender levantou ainda a possibilidade do Or. ser portador de lesão cerebral pelos seguintes dados: fig. A: distorção do quadro. fig. 1.: Rotação, o que raramente ocorre, a não ser entre indivíduos com lesão cerebral. Figura 3: Integração de formas. Indivíduos com lesão cerebral têm dificuldade com êste item até à idade de 9 anos. Figura 4: Integração da Figura no Centro do Quadrado, integração muito difícil para crian-

ças com lesão cerebral, qualquer que seja sua idade. Figura 5: Integração, isto é, as 2 linhas não se cruzam, o que pode ser também considerado índice significativo de lesão cerebral. Figura 6: Omissão dos ângulos do hexágono, ou também a impossibilidade de integrar os 2 hexágonos, o que acontece, principalmente, no grupo de crianças com lesão cerebral.

No teste Machover, desenhou duas figuras mínimas na parte inferior da fôlha, colocando em evidência sua precária motricidade. Como características de personalidade, nesse teste, apresentou uma personalidade reprimida, deprimida e agressiva, caracterizando-se pela dependência e fixação emocional à figura materna, além de hipersensibilidade às críticas e necessidade de aprovação social.

As outras provas de personalidade, tais como o Madeleine Thomas e as Fábulas de Duss, revelam características de personalidade que são reacionais à situação de vivência pelo fracasso escolar, assim como insegurança, sentimentos de inferioridade, fraco conceito de auto-estima e identificação do Or. com características negativas devido, possìvelmente, aos conceitos emitidos a seu respeito pelos adultos que o cercam.

Assim verificamos que o Or., embora inteligente, está fracassando na sua vida escolar, desde o início, pois a leitura e a escrita exigem combinação de imagens visuais, auditivas e motrizes que independem do nível de inteligência. Outrossim, as alterações de seu ritmo cerebral, predominantemente localizadas na região têmporo-parietal, devem dificultar em certo grau seu processo de alfabetização.

Como um grande número de disléxicos, o Or. apresentou retardo na aquisição da fala, o que importa em falhas na memorização de sons apropriados. Como assinala Júlio B. Queirós, baseando-se na leitura numa associação visual e auditiva, é preciso aceitar que, quando há deficiências na retenção das imagens auditivas, torna-se mais difícil o reconhecimento dos símbolos gráficos visuais que procuram representá-las. De outro lado, o retardo na aquisição da fala impõe uma restrição de vocabulário e a leitura, por sua vez, se baseia num bem formado vocabulário preexistente.

No fato de o Or. apresentar-se como canhoto, parece existir um fator genotípico. Temos, na família, o pai do Or. e o tio que, além de canhotos, são gagos. O menino em estudo é canhoto tanto dos pés como das mãos, mas, por exigências sociais, passou a usar a mão direita. Fica fora de dúvidas que o tio do menino é também disléxico e deve ter levado consigo êsse problema, sem resolvê-lo, até à fase adulta.

Os esclarecimentos dados aos pais, especialmente o fato de o Or. ter confirmado nos testes tratar-se de criança bem dotada intelectualmente, preparou-os para aceitar suas deficiências perante a alfabetização.

Abandonaram sua atitude de exigir que a aprendizagem se processasse como nos outros filhos; compreenderam que a reação do Or., não querendo freqüentar a escola e sentindo-se irritado, tôda vez que tentavam o ensino da leitura, era justificada e compreensível. Encaminharam o menino a uma clínica especializada, onde foi confirmado o diagnóstico. Após receber orientação durante 6 meses, ficou alfabetizado, mas continuaram o tratamento durante mais dois anos, fazendo simultâneamente terapia de apoio e completando o tratamento com exercícios lúdico-práxicos.

O caso em estudo é ilustrativo também para demonstrar como o diagnóstico precoce da dislexia pode evitar numerosos fracassos e sofrimentos à criança.