

# DISLEXIA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COM O MÉTODO FONO-VISIO-ARTICULATÓRIO.

NATALIA BARBOSA VERISSIMO<sup>1</sup>

MARÍLIA BAZAN BLANCO<sup>2</sup>

## RESUMO:

O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência do atendimento realizado na Escola Municipal Ana Nery, situada no Município de Sertaneja estado do Paraná, junto a uma aluna regularmente matriculada na 3ª série do Ensino Fundamental, com o diagnóstico de dislexia e por meio desta experiência, apresentar uma proposta de intervenção junto aos alunos que apresentam o diagnóstico de dislexia. Por intermédio de uma intervenção, embasada no método fono-visio-articulatório que enfatiza os três *inputs* neurológicos: fonema, grafema e articulema método este que possui características básicas do Método Fônico, porém com atividades significativas e condizentes indo a encontro ao tratamento de reabilitação dos alunos disléxicos, atividades estas que englobaram: apresentação de cada letra do alfabeto confrontando fonema, grafema e articulema e demais atividades apresentadas nas referências utilizadas para a elaboração dos exercícios de reabilitação. O trabalho realizado com a aluna, mostrou que é possível trabalhar com eficiência obtendo sucessos na reabilitação dos alunos que apresentam distúrbio de aprendizagem, e mostrando também que o método fono-viso-articulatório pode ser o caminho para esse sucesso.

**Palavras-chave:** distúrbios da leitura e escrita, dislexia, aprendizagem.

## 1- INTRODUÇÃO

Ao longo de sua trajetória de docente, muitos educadores se deparam com os insucessos das escolas perante o trabalho realizado com os alunos que apresentam distúrbio de leitura e escrita. Devido à desmotivação apresentada por eles acabam deixando professores e familiares descrentes de suas reais capacidades.

1-Aluna de Pós-Graduação em Educação Especial Inclusiva- UENP

2-Professora Orientadora Pós-Graduação em Educação Especial Inclusiva- UENP

A leitura e a escrita têm sido uma das ferramentas que confere maior poder a seus usuários, sendo motivo de sucesso, de alegria e prosperidade; mas, em igual número, de discriminação, exploração e vergonha, ao se deparar com a realidade atual de muitas crianças analfabetas funcionais, os excluídos "de dentro", que freqüentam até séries avançadas, (Jardini, 2003).

Hoje, a exclusão de dentro é maior do que a exclusão de fora. Do sistema educacional, todos passaram a fazer parte, com suas histórias e caminhos contraditórios, e pouquíssimas chances de chegarem a algum lugar, visto que seus próprios professores não estão partindo de algum lugar que lhes confira significado (FERNÁNDEZ, 2001).

A realidade de uma Escola Municipal do município de Sertaneja, não é diferente, visto que foi diagnosticado pela equipe pedagógica e professores, um número razoável de crianças com dificuldade de aprendizagem e após uma avaliação clínica feita pela psicóloga e fonoaudióloga, foram diagnosticados distúrbios de aprendizagem na maior parte dos alunos avaliados.

Após esta constatação, houve a realização de um estudo para a verificação de como trabalhar com significado e eficiência para a reversão desse quadro e melhorar a vida educacional e social de nossos alunos. A escola propôs um projeto de reabilitação dos mesmos, para que eles pudessem seguir com êxito em seus estudos posteriores.

Este trabalho consiste num relato de experiência desse projeto, apresentando o caso da aluna NGS, 9 anos, regularmente matriculada na 3ª série do Ensino Fundamental, com distúrbio de leitura e escrita e diagnosticada como disléxica. Além de relatar a experiência de atendimento, teve ainda por objetivos específicos: apresentar quais são os distúrbios de aprendizagem mais freqüentes no cotidiano escolar, porém com um enfoque maior na dislexia, apresentar uma proposta de intervenção para os alunos que apresentam o diagnóstico de dislexia, relatar quais foram às dificuldades diagnosticadas e tratadas, os desafios enfrentados e os sucessos obtido durante a intervenção e orientar professores, por meio da experiência relatada, quanto à possibilidade de trabalhar com alunos que possuem um diagnóstico de dislexia.

## **2- A APRENDIZAGEM DA LÍNGUA ESCRITA**

Aprender a falar faz parte da herança biológica, hereditária. Pode-se afirmar que o homem nasce para falar independente de sexo, raça, cultura, condições econômicas, sociais ou geográficas.

Já a aprendizagem da língua escrita, não é uma herança biológica, mas sim cultural. A língua escrita é uma criação social, é um produto da cultura que só se transmite pelo ensino, ou seja, por meio de uma intervenção social planejada para tal fim.

Aprender a ler e escrever tem uma dependência muito grande de um conjunto de condições sociais, algumas delas especialmente preparadas para tanto. E as escolas, em cultura atual, foram criadas para assumir essa função.

Escrever não se limita a traçar letras que representam sons e palavras e tampouco a leitura está restrita a decodificar os sons que as letras representam. A apropriação da escrita implica compreender seus usos, funções e também envolve uma capacidade de atribuir-lhes graus variados de significações, o que irá identificar um leitor mais ou menos “astuto”. (ZORZI, 2003)

Contudo, ao se deparar com alunos que ainda não adquiriram esse grau de complexidade de leitura e escrita, é necessário intervir com todos os mecanismos existentes para identificar o problema, que pode estar relacionado a uma simples dificuldade de aprendizagem ou a um distúrbio mais complexo, e saná-lo de modo que o aluno possa recuperar o tempo e os conteúdos perdidos.

## **3- COMO DIFERENCIAR DIFICULDADE E DISTÚRBO DE APRENDIZAGEM?**

### **3.1- DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM:**

Fernández (1991) considera as dificuldades de aprendizagem como sintomas ou “fraturas” no processo de aprendizagem, que estão em jogo necessariamente quatro níveis: o organismo, o corpo, o desejo e a inteligência. A dificuldade para aprender, segundo a autora, seria resultado da anulação das capacidades e do bloqueamento das possibilidades de aprendizagem de uma pessoa e, com o intuito de apresentar essa condição, utiliza-se do termo inteligência aprisionada.

A autora, enfatiza que a origem dos problemas ou dificuldades de aprendizagem não relacionam-se apenas com a estrutura da criança, e sim também com a estrutura familiar a que a criança está vinculada. No entanto estariam relacionadas as dificuldades de aprendizagem, as seguintes causas:

a) Causas externas a estrutura familiar e individual: originariam o problema de aprendizagem relativo, a qual afeta o aprender, mas não aprisiona a inteligência e, geralmente, surge do confronto entre aluno e a instituição;

b) Causas internas a estrutura familiar e individual: originariam o problema considerado como sintoma e inibição, afetando a dinâmica de articulações necessárias entre organismo, corpo, inteligência e desejo, causando o desejo inconsciente de não conhecer e, portanto de não aprender;

c) Modalidades de pensamento derivadas de uma estrutura psicótica, que ocorrem em pequenos casos;

d) Fatores de deficiência orgânica: em casos raros.

Para Fernández (1991), a aprendizagem e seus desafios compreendem não somente a elaboração objetivamente, como também a elaboração subjetivamente, ambas relacionadas com as experiências pessoais, os intercâmbios afetivos e emocionais, recomendações e fantasias.

O Código Internacional de Doenças (CID-10, 1993) apresenta as seguintes definições e características das dificuldades de aprendizagem: São alterações não específicas no rendimento escolar; encontradas com maior frequência (5 a 10%); aparecem em anos escolares mais avançados e pertencem a diagnóstico de exclusão.

As dificuldades de aprendizagem estão associadas às deficiências da escola ou do professor como: ensino deficiente; alta exigência de tarefas; inadequação metodológica; alta rotatividade de professores; mudança constante de escolas; falta de domínio da metodologia utilizada; ausência de recursos ou espaço físico deficitário ou salas de aula com números excessivos de alunos, (JARDINI 2003).

Para Jardini (2003) os sintomas mais comuns são: falta de interesse para aprender; comportamento apático ou agressivo; fica no “mundo da lua”, não atentando ao chamado ou as explicações expositivas; alta desmotivação dentro da sala de aula,

contaminando os demais alunos; recusa para participar ou freqüentar as aulas; respostas lacônicas, com evasivas ou “não sei”; trocas aleatórias de letras; inconsistência no aprendizado, sem motivos aparentes; a anamnese apresenta-se com relatos vagos e inconsistentes, não denotando patologia sistemática.

### 3.2- DISTURBIO DE APRENDIZAGEM

Etimologicamente, a palavra *distúrbio* compõe-se do radical *turbare* e do prefixo *diz*. O significado do radical *turbare* é: “violenta alteração na ordem natural”, podendo ser identificado também nas palavras *turvo*, *turbilhão*, *perturbar* e *conturbar*. O prefixo *diz* tem o significado “alteração com sentido anormal, patológico” e possuindo valor negativo. O prefixo *diz* é muito utilizado na terminologia médica (por exemplo: *distensão*, *distrofia*). Em síntese, etimologicamente, a palavra *distúrbio* pode ter como tradução “anormalidade patológica por alteração violenta na ordem natural” (ZANTUT, 2002)

Segundo a definição apresentada em 1981 pelo National Joint Committee for Learning Disabilities (NJCLD – Comitê Nacional de Dificuldade de Aprendizagem), nos Estados Unidos da América, *Distúrbio de aprendizagem* é um termo genérico que refere a um grupo heterogêneo de alterações manifestadas por dificuldades significativas na aquisição e uso da audição, fala, escrita, leitura, raciocínio ou habilidades matemáticas. Estas alterações intrínsecas ao indivíduo ocorre devido à disfunção do sistema nervoso central e que pode ocorrer ao longo do ciclo vital.

Segundo o NJCLD, os *distúrbios de aprendizagem* estão presentes em cerca de 3% das crianças e aparecem desde os estágios iniciais do desenvolvimento, mais observáveis nos primeiros anos escolares e não são decorrentes da falta de oportunidades socioculturais. São persistentes, não pioram, mas podem ser mais facilmente observáveis com o passar do tempo, e melhoram com tratamento especializado (JARDINI, 2003)

Pennigton (1991) afirma que os *distúrbios de aprendizagem*, representam exemplos de *disfunção cerebral específica*, causada por fatores genéticos e ambientais, que interrompem o desenvolvimento do cérebro.

Uma segunda concepção explícita é que existe uma relação recíproca entre o progresso no entendimento dos domínios e mecanismos do desenvolvimento normal do cérebro e o progresso e desenvolvimento no entendimento das patologias do

desenvolvimento.

Ciasca (2008) cita os cinco sistemas funcionais ou moduladores relacionados com funções cognitivas, cada um correspondente a uma área ou circuito bem definido do cérebro, cujo mau funcionamento origina transtornos específicos da aprendizagem, reconhecidos por (PENNINGTON 1991):

*A região perisilviana esquerda tem funções neurolinguísticas de processamento fonológico e sua disfunção ocasionará transtornos disléxicos.*

*A área hipocampo e amígdalas de ambos hemisférios tem relação com a memória de longo prazo e sua alteração originará transtornos mnésicos.*

*A região posterior do hemisfério cerebral direito tem função cognitiva espacial e sua disfunção leva a síndrome de disfunção hemisférica direita, provocando sintomas de déficit visuoespacial, discalculia e disgrafia;*

*Havendo comprometimento da região anterior do hemisfério cerebral direito, podendo ocorrer alterações comportamentais, cuja expressão mais grave é o espectro autista. Isto porque a região do sistema límbico e região orbito-frontal do hemisfério direito tem função cognitiva social e sua alteração leva aos transtornos da conduta e espectro autista.*

*O lobo pré-frontal de planejamento e de execução motora; a disfunção frontal e alteração levam a síndrome disexecutiva e se caracteriza por déficit de atenção e de iniciativa, falha de planejamento e antecipação, déficit nas abstrações e outras manifestações comportamentais. (PENNINGTON, 1991, p.34)*

O diagnóstico de uma síndrome neuropsicológica pode ser feito pela avaliação que utilize baterias de testes comuns, desde que o profissional avaliador saiba interpretar os déficits do paciente. A análise dos recursos dos testes deve se sustentar no conhecimento adequado das funções superiores e das manifestações que produzem as suas alterações (CIASCA, 2008).

## **4- OS DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM**

### **4.1- DISLEXIA**

Segundo Jardini (2003), a dislexia foi o primeiro distúrbio específico de linguagem a ser considerado, porque é o mais comum e melhor compreendido distúrbio de aprendizagem da infância.

Uma das primeiras denominações da dislexia classificava-a como dificuldade específica de aprendizagem da leitura e escrita, dificuldades estas, provenientes de falhas no desenvolvimento da dominância do hemisfério cerebral esquerdo para a linguagem. Jardini (2004),

Jardini (2003) adota a seguinte definição, sobre a dislexia:

São alterações resultantes de limitações sensoriais discretas ou de anomalias na organização dinâmica dos circuitos cerebrais responsáveis pela coordenação visuo-audio-motora. Os indivíduos acometidos são portadores de diferenças de aprendizagem específicas, não tratando-se portanto de uma patologia e sim de um modo diferente de pensar, não uma incapacidade". (JARDINI, 2003, p. 37)

O "nome" dislexia pode, muitas vezes, rotular a criança, caracterizando-a como um problema a ser resolvido e, como consequência, passa a enfrentar muitas dificuldades, decorrentes desta discriminação. No entanto, toda e qualquer rotulação é consequência da ignorância referente ao tema, a falta de informação e interesse perante a compreensão do distúrbio e suas formas de abordagem. As experiências sobre este tema, vivenciadas por Jardini (2003), apontam que a discriminação que uma criança disléxica sofre, nasce anteriormente na atitude do educador, que se depara com suas limitações no ato de ensinar, do que com as deficiências apresentadas pela própria criança.

#### **4.1.1- Etiologia**

Atualmente é unânime a constatação de que se refere um distúrbio de origem neurológica, congênito e hereditário. Porque há mais de uma etiologia em cada categoria, a dislexia é sem dúvida, etiologicamente heterogênea.

As evidências atuais apóiam a perspectiva de que a dislexia é familiar (cerca de 35% a 40% dos parentes de primeiro grau são afetados) herdada (com uma hereditariedade de cerca de 50%) heterogênea em seu modo de transmissão (com evidências tanto a forma poligênica como a de gene predominante responsável pelo distúrbio) e ligada em algumas famílias a marcadores genéticos no cromossomo 15 e possivelmente em outras a marcadores genéticos no cromossomo 6, confirmado por

Pennington (1991).

Segundo Jardini (2006), as alterações no processamento cerebral atualmente têm sido pesquisadas pela Neuropsicologia e Neuroquímica. Estudos recentes afirmam que o gene DYX3, do cromossomo 2, estaria relacionado aos distúrbios da leitura e escrita. Em consequência da incidência de disléxicos no sexo masculino (7 meninos para 3 meninas), confirmado por Jardini (2006). Estão sendo realizados estudos em relação a quantidade de testosterona no cérebro.

Pennington (1991) confirma que a agregação familiar da dislexia deu-se a partir de 1897, quando o distúrbio foi descrito pela primeira vez por Kerr, que afirmou que crianças com dislexia frequentemente tinham parentes afetados.

Alguns autores acreditam que causas ambientais tais como insultos ambientais infecciosos ou tóxicos podem causar algum tipo de dislexia (PENNINGTON, 1991)

Deve-se ressaltar também que, as condições sócio-financeiras da família, bem como sua estabilidade emocional não são fatores etiológicos da dislexia, mas podem, no entanto, agravar o distúrbio, uma vez que podem alterar a estabilidade e promover desarmonia no seio familiar (JARDINI, 2006)

#### **4.1.2- Mecanismos Cerebrais**

Para Pennington (1991), a dislexia é algum tipo de anomalia evolutiva no desenvolvimento do hemisfério esquerdo. Estudos usando eletrocefalograma (EEGs) potenciais evocados e tomografia por emissão de positron (TEP) geralmente são consistentes ao mostrar diferenças no funcionamento do hemisfério esquerdo em disléxicos.

Estudos confirmam que alterações na simetria do plano são especificamente relacionadas com a dislexia (PENNINGTON, 1991)

#### **4.1.3- Sintomas e características**

Os principais sintomas da dislexia são dificuldades para ler e soletrar frequentemente com desempenho melhor em matemática (MORAES, 1997).

Não são capazes de soletrar até mesmo palavras simples de forma correta, apresentam ritmos lentos de leitura e de escrita, inversão de letras e números, dificuldades na memorização de fatos matemáticos básicos e erros não comuns em leitura e soletração.

A dislexia é essencialmente um distúrbio sutil no processamento da linguagem,



e não um distúrbio de processamento visual ou espacial.

Os disléxicos apresentam um problema com o reconhecimento de palavras e este problema é devido a um déficit no uso dos códigos fonológicos para reconhecer as palavras, também uma frequência mais alta de problemas de linguagem oral, incluindo distúrbios nas primeiras articulações, apesar de possuírem uma inteligência adequada.

No entanto, a indicação inicial pode ocorrer não só pelos sintomas cognitivos, mas também pelos físicos ou emocionais.

#### **4.1.4- Tipos de dislexia**

Com base em dados, Ciasca (2000) apresenta três tipos de dislexia:

Dislexia disfonética ou fonológica: caracterizada por uma dificuldade na leitura oral de palavras pouco familiares. A dificuldade encontra-se na conversão letra-som. Normalmente associada a uma disfunção do lóbulo temporal;

Dislexia diseidética: é uma dificuldade na leitura caracterizada por um problema de ordem visual, ou seja, o processo visual é deficiente. O leitor lê por meio de um processo extremamente elaborado de análise e síntese fonética que está associada a disfunção do lóbulo occipital;

Dislexia mista: caracterizada por leitores que apresentam problemas dos dois subtipos disfonéticos e diseidéticos, sendo associados as disfunções dos lobulos pré-frontal, frontal, occipital e temporal. (CIASCA, 2000, p. 59 – 60)

## **4.2- DISGRAFIA**

A disgrafia é um distúrbio neurológico que afeta especificamente a produção da escrita, e pode ocorrer de maneira isolada ou combinada a outras patologias tais como a dislexia ou o DDAH.

Segundo o DSM-IV (1995) o transtorno da expressão escrita consiste de

habilidades da escrita abaixo do nível esperado para a idade cronológica, inteligência e escolaridade. Este transtorno pode ou não estar associado a um transtorno de leitura, e geralmente compromete a ortografia ou a caligrafia.

Quanto ao diagnóstico, raramente faz-se antes do fim da primeira série escolar porque não afeta de maneira tão visível o desenvolvimento escolar nos anos iniciais de escolarização.

Ciasca (2008) cita três subtipos de disgrafia classificados por ROURKE (1995)

Disgrafia baseada na linguagem: consiste na dificuldade para construir corretamente a palavra escrita;

Disgrafia de execução motora: refere-se a capacidade de precisão da escrita relacionada a um problema puramente motor;

Disgrafia visuoespacial: está relacionada com uma baixa capacidade visuoespacial.

Estudos apresentam os seguintes sintomas: dificuldade para escrever; letra muito irregular; dificuldade com lateralidade orientação espacial, tanto no esquema corporal como no espaço do papel; mistura de letras maiúsculas e minúsculas na palavra ou uso de letra de forma cursiva; traçado de letra ilegível; grandes alterações de coordenação motora fina piorando muito quando nervosos ou ansiosos; dificuldade para realizar cópias; falta de respeito com as margens e parágrafos (JARDINI, 2003)

A gravidade do problema pode ir além, desde erros na soletração até erros na sintaxe, estruturação ou pontuação das frases (JARDINI, 2003).

### **4.3- DISCALCULIA**

A discalculia segundo estudos caracteriza-se como uma dificuldade específica com a matemática, não se relacionando com a ausência das habilidades básicas de contagem, e sim com a capacidade da criança em relacionar essas habilidades com o mundo (CIASCA, 2003).

Segundo o DSM-IV (1995) o transtorno da matemática é uma alteração na capacidade para a realização de operações matemáticas abaixo do esperado para a idade cronológica, nível cognitivo e escolaridade, sem presenças de alterações neurológicas ou deficiências sensoriais ou motoras.

A discalculia pode aparecer de diferentes formas, tanto na construção de um modelo matemático, ou na execução de estratégias de resolução de problemas com enunciados, que pode estar associada a alterações de linguagem/aprendizagem

(CIASCA, 2008).

Sendo assim a dificuldade específica com a matemática (discalculia) dificilmente ocorre separada dos transtornos de aprendizagem, necessitando então, de uma avaliação específica para verificar a existência ou não de comprometimento de linguagem que acarretem dificuldades para a realização de procedimentos matemáticos, principalmente nos que necessitam de leitura e compreensão para a resolução.

Apesar de poucos estudos realizados com este distúrbio específico, é importante considerar que mecanismos neurocognitivos comuns estão presentes durante a aprendizagem da leitura e da aritmética e por isso as dificuldades com as capacidades matemáticas podem existir em combinação com outros distúrbios e o déficit atencional, exigindo um diagnóstico que investigue além dos processos de assimilação da linguagem, as operações lógicas da criança, que incluem o cálculo e o domínio de conceitos complexos (CIASCA, 2008).

#### **4.4- TRANSTORNO/DISTÚRBIO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE DDAH / TDAH**

Segundo estudos, o DDAH é definido em termos de comportamento problemático que refletem falta de atenção, impulsividade e hiperatividade (PENNINGTON, 1991)

Tanto fatores genéticos quanto ambientais podem causar o DDAH, sendo mais observada no sexo masculino (3:1).

Há vários distúrbios genéticos, incluindo a síndrome de Turner (45,X) no sexo feminino, 47, XYY no sexo masculino e síndrome do X frágil, que incluem DDAH em seu fenótipo (PENNINGTON, 1991).

Estudos confirmaram também que o DDAH tem um componente herdado que podem ou não ser distintos dos fatores genéticos que contribuem para a variação normal. Dentre as causas ambientais encontram-se a síndrome fetal do alcoolismo; exposição ambiental a chumbo, lesão pediátrica da cabeça e insulto infeccioso do cérebro (PENNINGTON, 1991).

Pennington (1991) confirma que o déficit da função executiva de crianças é causado por hipofrontalidade funcional que, por sua vez é causada ou por mudanças estruturais e/ou mudanças bioquímicas nos lobos pré-frontais e é detectável como fluxo

sanguíneo frontal reduzido. Do ponto de vista bioquímico, a causa estaria nos baixos níveis de dopamina, que o tratamento com medicamento inverte, pelo menos parcialmente.

Para os autores Barkley (2008); Goldstein e Goldstein (2000), Condemarin (2004) e, baseados no DSM-IV, o TDAH:

- É frequente e recorrente, com início antes dos sete anos de idade, persiste na vida do indivíduo há pelo menos mais de seis meses e em alguns casos, desde o nascimento;

- Apresenta graus entre leve, moderado e grave, que variam segundo a ocorrência do número de sintomas e os prejuízos socioemocionais acometerem além da escola, o lar e os ambientes sociais;

- Não depende da situação nem do lugar para que se manifeste, isto é, se mantém a respeito de condutas educacionais adotadas;

- Não necessariamente está atrelado a outros déficits neurossensoriais ou perceptuais, ou ainda à estimulação psicossocial recebida e, geralmente apresenta história genética positiva.

Pesquisas apontam que sintomas críticos ou primários incidem em três categorias: desatenção, impulsividade e hiperatividade.

Outros sintomas tais como perturbação de sono; Pennington (1991) labilidade emocional; baixa autoestima, habilidades sociais fracas, incapacidade de aprendizagem, distúrbio de conduta, ansiedade, superdotação e dislexia demonstram uma associação com DDAH (PENNINGTON, 1991).

Quanto ao tratamento, estudos comprovam que apenas a medicação não é suficiente para grande parte dos casos de DDAH, e recomenda-se também uma abordagem que combine intervenção educacional, medicações e psicoterapia para a criança e educação e/ou terapia para os pais (PENNINGTON, 1991)

Especialistas aconselham tratamento medicamentoso a partir de sete ou oito anos de idade, para conter a atividade exacerbada no período escolar, e não estressar a criança com vários tratamentos concomitantes, que devem ser priorizados. Recomendam também o uso controlado da medicação, atentando-se aos efeitos colaterais, e lembram que os problemas da hiperatividade não podem ser curados, mas sim controlados, sendo os pais muito importantes no trabalho de orientação (PENNINGTON, 1991).

#### **4.5- DISTÚRBO ADQUIRIDOS DA MEMÓRIA/AMNÉSIA**

Se entende por distúrbio da memória a longo prazo a memória especificamente explícita ou episódica a longo prazo (MLP) e não a memória específica explícita ou de procedimento, distúrbio esse chamado de amnésia na infância (PENNINGTON, 1991)

Os prejuízos da memória a longo prazo, são facilmente obtidos pelas baterias psicométricas tradicionais e pelos procedimentos clínicos usuais voltados para as crianças.

A prevalência de fatores de risco mais comuns são especificamente, trauma de crânio fechado (TCF); epilepsia do lobo temporal (ELT); infecções como por exemplo: encefalite por herpes simples, síndrome de Reye, tumores da linha média, anemia falciforme, altas doses de medicamentos de esteróides em asmáticos e anoxia perinatal (PENNINGTON, 1991)

Segundo estudos o hipocampo e a amígdala são cruciais para a memória de reconhecimento no início da vida, não podendo então sofrer nenhuma alteração para um bom funcionamento da memória (PENNINGTON, 1991).

Dentre os sintomas, estão os problemas de memória, falta de atenção, labilidade, impulsividade, outros problemas de linguagem e cognição, declínio de QI, fracasso escolar, confabulação e autoestima baixa (PENNINGTON, 1991).

#### **4.6- AUTISMO**

O autismo é um distúrbio evolutivo raro, no qual o principal sintoma é o déficit severo no contato social que surge cedo na vida e principalmente na idade adulta.

Para Pennington (1991) o autismo é familiar e herdado, entretanto se fazem necessárias mais pesquisas.

Pesquisas apontam que sua ocorrência de 2 a 5 casos para cada 10 mil.

Em função do sexo M/F de 3:1 (PENNINGTON, 1991)

As teorias neurológicas do autismo apontam que muitas anormalidades neurológicas relatadas em autistas dizem respeito ao aumento ventricular lateral, sugerindo atrofia evolutiva nas estruturas límbicas, atrofia do cerebelo, principalmente do verme (PENNINGTON, 1991).

O diagnóstico do autismo é baseado principalmente nos sintomas e na história individual, visto que ainda não há um perfil de teste neuropsicológico definidos para tal, pois não avaliam a cognição social. Há, entretanto, perfis de testes cognitivos que

parecem ser consistentes com o distúrbio.

Dentre os sintomas, podemos observar problemas no contato social e na compreensão social, retardamento mental, outros déficits cognitivos e de linguagem, comportamentos autolesivos e acessos, ecolalia, estereotípias, habilidades de estilhaçar, déficits em jogo simbólico (PENNINGTON, 1991).

O tratamento é em longo prazo e multimodal, incluindo colocação em escolas especiais, trabalho com os pais e potencialmente medicação (PENNINGTON, 1991)

## **5- APRESENTAÇÃO DE CASO**

NGS, 9 anos aluna da 3ª série, nas dependências de uma Escola Municipal no Município de Sertaneja-Pr, foi avaliada pela equipe avaliadora do município, devido as queixas feitas pela professora, que enfatizava a dificuldade na leitura e escrita apresentada pela aluna. A respeito da dificuldade, a professora afirmava que a aluna era muito dedicada e preocupada, e se esforçava muito para melhorar.

Foram avaliados os aspectos fono-articulatórios, os OFAs, que são: os lábios, a língua, os dentes, as bochechas, o palato (céu da boca) o duro e mole, úvula ("campanhia"). Quanto à morfologia, tonicidade, mobilidade e motricidade, e também a Comunicação Oral em nível de significado e significante, Linguagem Escrita e Sistema Funcional da Linguagem.

Quanto à avaliação de OFAs, o resultado foi dentro do esperado e considerado normal para sua idade e grau de escolaridade.

Na avaliação da Comunicação Oral, foi observada a emissão oral em nível de significado por meio de lista de palavras e significantes por meio de conversa espontânea, e a aluna apresentou as seguintes alterações: substituição da líquida lateral do fonema /l/.

Na avaliação da linguagem escrita e leitura, realizada por meio de interpretação de texto, a aluna apresentou muita dificuldade em responder as questões. No ditado de palavras, puderam ser observadas as seguintes trocas (b-p, c-q, z-s, ç-s, l-u, lh-l e t-d) e omissões (z e s dentro e fora da palavra) de grafema. A aluna também teve muita dificuldade de escrever um pequeno texto por meio da observação de figuras, não conseguindo realizar a atividade.

Apresentou ainda dificuldade acentuada na leitura de palavras, frases e texto, lendo de forma compassada, apresentando muita dificuldade na junção das sílabas, além de trocas e omissões de fonemas (lendo primeiro para si e só depois em voz alta,

com muito medo de errar).

Foram avaliadas também as noções de cálculo matemático por meio de contas simples de adição e subtração, nas quais a aluna obteve êxito.

Na avaliação do Sistema Funcional de Linguagem, foram avaliados: linguagem seriada (contagem, música, dias da semana e meses do ano), audibilização (discriminação auditiva, memória auditiva, sequência de dígitos para a repetição, análise e síntese auditiva), esquema corporal (desenhos, nomeação e localização no próprio corpo), percepção visual (cores formas e tamanhos), orientação espacial (localização, localização no corpo, dominância lateral), onde a mesma apresentou algumas dificuldades.

Através da avaliação descrita, obteve-se o seguinte resultado:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA SINDRÔMICA- Distúrbio no aprendizado da leitura e escrita - Dislexia

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ETIOLÓGICA- Ambiente familiar pouco estimulante; Imaturidade;

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE MANIFESTAÇÃO- Trocas grafêmicas e dificuldade na leitura

Após a avaliação feita pela equipe especializada, a aluna foi encaminhada para um tratamento específico de reforço escolar, realizado três vezes por semana com sessões de 30 a 40 minutos.

Antes de iniciar o tratamento, foi realizada uma reunião com a equipe pedagógica, a professora de sala, a professora de reforço e a mãe da aluna, para passar orientações sobre o caso, intervenção e de como a professora em sala e a mãe em casa, poderiam auxiliar no tratamento que seria realizado com a aluna.

No primeiro dia do tratamento, pode ser observada na aluna a sua grande insatisfação em apresentar dificuldades de aprendizagem e a sua grande vontade e esforço em saná-las.

O que mais chamou a atenção foi à baixa autoestima da aluna e, a partir daí, realizou-se sessões de elevação da sua autoestima por meio de conversas e valorização das suas qualidades.

Com uma sondagem, foi possível verificar que além das dificuldades levantadas pela fonoaudióloga, a aluna também apresentava aglutinação de palavras.

Após esse contato inicial, passou-se a trabalhar os distúrbios específicos de leitura e escrita, com atividades apresentados nos livros: *Método das Boquinhas* -

alfabetização e reabilitação dos distúrbios da leitura e escrita Livro 1, fundamentação teórica, JARDINI 2003; *Método das Boquinhos* - alfabetização e reabilitação dos distúrbios da leitura e escrita livro 2. Jardini 2003; Caderno de exercícios, *Método das Boquinhos* – Passo a Passo da Intervenção nas Dificuldades e Distúrbios da Leitura e Escrita, Jardini, 2004.

As atividades realizadas durante a intervenção, embasadas no método fonovisio-articulatório, tiveram início com a apresentação das vogais, inicialmente na forma maiúscula, por meio das fotos das “boquinhos” enquanto se pronuncia (articulema), fazendo o reconhecimento e conscientização frente ao espelho. Em seguida a apresentação das vogais (grafema), associando estas, com os articulemas correspondentes, memorização de sua forma espacial, traçada na mesa, no chão no ar, no caderno, no computador, em letras em alto-relevo, etc. e a associação ao som que ela produz (fonema) e seu reconhecimento dentre as cinco outras vogais, realizando assim o fechamento dos três inputs neuroperceptuais, grafema/fonema/articulema.

Terminada esta fase, teve início os exercícios de reconhecimento auditivo/articulatório, do uso das vogais em palavras, análise síntese auditiva, consciência fonológica; introdução das vogais em letra manuscrita, treino de sua coordenação visoespacial e associação as letras de forma correspondentes; separação silábica simples auditiva, sendo uma sílaba para cada vogal; introdução da consoante //, com a apresentação do fonema da letra (e não o seu nome éle), em letra de forma e manuscrita e abrangendo os sentidos de visão, audição e tato com exercícios correspondentes e com a repetição e associação fonema, grafema e articulema da letra //, fixação da família silábica. Ex: /la, le, li, lo, lu, lã/ , análise silábica da primeira sílaba na palavra, com a introdução de palavras iniciadas pela família silábica estudada, novas palavras contendo a mesma sílaba em posição não inicial. Todos esses passos foram realizados por meio de exercícios escritos e jogos simbólicos diversos em prol de uma melhor fixação pela aluna.

Em seguida houve a introdução de novas consoantes, uma de cada vez, observando o resumo das dificuldades fonológicas/ortográficas, na seguinte sequência: /t/, /p/, /f/, /m/, /n/, /d/, /v/, /b/, /k/, /R/, /j/, /s/, /g/, /x/, /r/, /as/, /an/, /am/, /al/, /ss/, /rr/, /nh/, /lh/, /grupos r-l/. Para cada consoante introduzida, houve o seguimento dos mesmos passos de fixação apresentados em //.

A partir de cinco famílias silábicas dominantes, puderam ser apresentadas as letras de imprensa, que são usadas somente para leitura. Assim, houve a apresentação



gradativa de todo o alfabeto, com o nome das letras, fonema, grafema e articulema.

Após a apresentação de todo o alfabeto, que a partir de cinco famílias, a aluna já dominou as demais de forma mais ágil e eficaz, e foram trabalhados exercícios de confronto de palavras certas e erradas. Ex: Circule a palavra correta: porta - borta; boneca - poneca; etc.

O passo seguinte se deu por meio da soletração, de exercícios e jogos de competição. E em seguida, partiu-se para a fixação de sílabas complexas, usando apoio fono/visio/articulatório.

Na fase seguinte, se iniciou os rudimentos de frases, expressando um pensamento completo, a partir de duas palavras. Ex: bola leve, casa amarela, etc., associando ao significado na forma de figuras e desenhos. Partindo então para frases mais estruturadas, contendo verbos, que traduzem ação. A partir de figuras, selecionando verbos pertinentes. Ex: porta combina com abrir, fechar, bater, quebrar, chutar. Ex: /A porta fechou/ , /Ela chutou a porta/.

Foi trabalhado então, exercícios para sanar a dificuldade de aglutinação de palavras, com exercícios apresentados na bibliografia correspondente.

Em seqüência houve a apresentação de pequenos textos, expressando um pensamento complexo inserido numa seqüência lógico-temporal, utilizando figuras de gibis, TV, histórias, fatos reais de sala de aula e contexto pessoal da aluna. Trabalhou-se noção gramatical de parágrafo inserido no texto, interpretação e produção de texto autêntico. A partir então, iniciou-se o trabalho com feedback. Todas estas atividades podem ser encontradas nos livro Método das Boquinhas - Passo a Passo da intervenção nas Dificuldades e Distúrbios da Leitura e Escrita Jardim (2004).

Após a intervenção que durou aproximadamente seis meses, a aluna não apresentava mais trocas de letra e já lia fluentemente, interpretava com muito êxito e produzia textos com todos os argumentos necessários. Tal resultado acabou surpreendendo toda a equipe pedagógica da escola e seus familiares.

Ao fim da intervenção, a aluna já tinha consciência dos seus erros e então prestava mais atenção na realização das tarefas para não cometê-los novamente. Obteve também mais autonomia e confiança durante seu dia-a-dia escolar.

O sucesso do trabalho deu-se principalmente pela a interação entre a Secretaria Municipal e toda a equipe pedagógica da escola, envolvendo a direção, coordenação, professor de sala e professor de reforço escolar. A Secretaria de Educação com o apoio da gestão atual forneceu todos os cursos e materiais

necessários realizando diversas capacitações para que os professores pudessem trabalhar de forma que eficaz e sanar assim o problema. Faz se então, a importância de se ressaltar que quando a Escola tem o apoio de seus governantes, a educação caminha para o sucesso. Visto o exemplo da Escola Municipal Ana Nery, Sertaneja.

Perante o resultado positivo obtido na aprendizagem da aluna, a mãe deu a seguinte declaração: “Eu jamais pensei que ia ver minha filha lendo tão bem, porque quando eu ia tomar a leitura dela em casa, chegava a chorar com ela. Ela chorava quando ia ler, mas não podia ajudá-la porque não sabia como fazer. Eu também pensava que ela nunca iria conseguir fazer um vestibular... Eu só tenho a agradecer a todos vocês”

A intervenção realizada com a aluna NGS, mostra que é possível trabalhar bem com os alunos que possuem distúrbios de aprendizagem, com significado e eficiência, revertendo este quadro e melhorando a vida educacional e social desses alunos.

Frente ao êxito dessa experiência inicial, foi preparada uma reunião com todos os professores da escola para relatar o trabalho realizado e os resultados obtidos, apresentando e discutindo dicas que auxiliam o trabalho em sala de aula com alunos disléxicos. As dicas discutidas e apresentadas em reunião com o propósito de melhorar o desempenho do aluno disléxico, segue em sequência:

### **DICAS PARA A SALA DE AULA DE UM ALUNO DISLEXICO:**

- Colocá-lo de frente e no centro da lousa, preferencialmente na 1ª carteira.
- Tê-lo sempre perto da professora, que observa e orienta suas atividades principalmente na organização e sequência das atividades.
- Escrever de forma clara e espaçada na lousa, delimitando suas partes (duas ou três no máximo) com uma linha divisória vertical bem forte. Escrever cores diferentes de giz cada parte da lousa. Ex.: à esquerda com branco, centro com azul e à direita com amarelo.
- Explicar que as divisórias devem ser feitas apenas na lousa, para facilitação da leitura não devendo ser realizadas no caderno dos alunos.
- Exigir disciplina e concentração perante o conteúdo apresentado, permitindo interrupções e opiniões espontâneas, desde que pertinentes ao assunto. Dizer aos alunos, quando a colocação estiver fora do contexto.
- Valorizar o conteúdo trabalhado e “tolerar” as dificuldades gramaticais, como letra maiúscula, parágrafo, pontuação, acentuação, caligrafia irregular, etc. No

entanto deve diminuir essa tolerância à medida que os anos escolares se sucederem.

- Geralmente o disléxico tem dificuldade com a orientação e organização espaciais, podendo, sem perceber, pular folhas do caderno, pular linhas indevidamente, escrever na apostila trocada, fazer anotações em locais inadequados. O professor deve mostrar ao aluno sempre o certo, não punir o erro e não criticá-lo pela falta de atenção, devendo diminuir a tolerância à medida que os anos escolares se sucedem.
- O disléxico geralmente tem dificuldade em ficar sentado na carteira por muito tempo seguido. Permitir que o aluno levante-se, aponte o seu lápis, dirija-se até a lousa, ou realize outro movimento que o relaxe, exigindo que retorne ao seu lugar em seguida.
- Ser sempre claro e sucinto nas explicações das ordens dadas oralmente, dando exemplos e mostrando onde quer que realize a atividade. Ex.: do lado direito superior da folha, mostrar o lado e a orientação.
- Em lugar de dizer o que não deve ser feito, diga sempre o que é esperado que se faça e como é para ser feito. Repetir a ordem quando necessário.
- Elaborar aulas com material visual claro, criativo, que chame a atenção.
- Abordar sempre mais de um canal de aprendizagem e informação, com diferentes recursos audiovisuais. Ex.: entonação na voz, dramatização, sons, desenhos, texturas, luzes, músicas, descobertas, data show, retroprojektor, etc. além da memorização de aulas expositivas.
- Manter contato com o profissional que atende a criança, sabendo quais as letras já trabalhadas para que possa se exigir o acerto.
- Não trabalhar no limite, esperando que com o tempo vai passar. Entrar sempre em contato com a coordenação, pais e com os profissionais que assistem o disléxico. O stress do professor só tende a piora o quadro, trazendo frustração e afetando a motivação de todos. Mantenha o bom humor e a confiança de que haverá sucesso.
- Trabalhar sempre com o erro como forma de aprendizado e jamais como meio de punição. Ex.: se trocou letras, mostrar o erro, lendo o erro, produzindo o erro e estimulando a classe a corrigi-lo, sem estigmatizar o aluno.
- Produzir erros propositalmente para que os alunos descubram. Só aquele que aprendeu pode corrigir.
- Estimular atividades conjuntas, onde um começa, o outro continua e vice-versa. Ex.: troca de cadernos, o aluno é o professor, trocam-se os lugares, ficando os cadernos, etc.

- Não dar muitos exercícios repetidos. O disléxico não aprende pela repetição, ao contrário, cansa-se mais facilmente e desmotiva-se.
- Criar diferentes formas de ensinar o mesmo conteúdo, pedir que as crianças elaborem exercícios, se tornando coautoras do aprendizado.
- Em um texto espontâneo, deve valorizar separadamente as idéias, o conteúdo. Dando notas separadas para a idéia escrita.
- Em provas de outras disciplinas, como ciências, história, etc., corrigir pelo conteúdo e não descontando nota de erros de português. No entanto deve-se aumentar a exigência à medida que avançam os anos escolares.
- Em avaliações, sublinhar (quando possível) o que se está sendo pedido, destacando o enunciado da pergunta. Ensinar a criança, a destacar as palavras-chave do texto.
- Não se deve exagerar na quantidade de tarefas, deve-se prezar pela qualidade.
- Orientar os pais para que não corrijam as tarefas, para que assim o professor seja capaz de avaliar o nível de aprendizado e reestruturar o conteúdo.
- Os cálculos matemáticos deverão ser delimitados em colunas, para que não se confunda na orientação espacial.
- Aceitar respostas objetivas, diretas, curtas, desde que apresentem a resposta solicitada. A exigência deve ser aumentada à medida que os anos escolares avancem. Os textos dos alunos disléxicos tendem a ser desorganizados, apresentando falhas na seqüência dos fatos e excesso de pronomes. Explicar e numerar os parágrafos. Geralmente a leitura dos disléxicos é muito ruim, podendo, porém a compreensão estar preservada. Ele pode ler palavras trocadas, de conteúdo semântico semelhante. Ex.: /unir/ por /juntar/; /beber/ por /tomar/. Tolerar, desde que a compreensão seja preservada.
- Não se deve privilegiar o disléxico em nada, apenas se deve compreender que são reais e neurológicas suas dificuldades, e que ele necessita tratamento especializado para evoluir como os demais. O aluno disléxico apresenta falhas de percepção de origem neurológica. Ele não erra de propósito, nem se dispersa por falta de interesse. Necessita de variedade e flexibilidade por parte do professor, além de uma boa dose de paciência e tolerância. A orientação, a disciplina e a criatividade são fatores chave para que um disléxico tenha sucesso em sala de aula. A rigidez e os modelos preconcebidos não se encaixam com este aluno.
- As disciplinas que envolvem memorização são de difícil assimilação. Use preferencialmente cartazes com resumos, com cenas, figuras alusivas ao tema, dramatizações, filmes, que facilitem a associação com o conteúdo a ser memorizado.

- Ensinar o aluno a resumir, extrair as palavras-chave da frase, do parágrafo, do texto.
- Ensinar o aluno como parafrasear, dizendo com suas palavras o que entendeu, passando para a escrita.
- Ensinar o aluno a ler, parar e avaliar verificando sua compreensão. Não permitir que leia toda a página para chegar a conclusão, no final, de que não entendeu nada. É necessário, no entanto, sempre procurar literatura especializada, orientação e metodologias adequadas para que a atuação com esses alunos tenha resultados positivos.

Estas dicas, podem ser encontradas no livro Método das Boquinha – Alfabetização e reabilitação dos distúrbios de leitura e escrita. Livro 2, Jardini (2003) e no site: [www.metododasboquinhas.com.br](http://www.metododasboquinhas.com.br)

## **7-CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Frente aos resultados apresentados, pode-se perceber que em 6 meses de intervenção a aluna se tornou significativamente melhor, em todos os aspectos avaliados tanto por sua professora, como por seus pais, mostrando assim que a reabilitação e aquisição da leitura e da escrita obtém resultados significativos por meio do uso de um método adequado de intervenção. Houve uma evolução expressiva em todos os itens avaliados, verificados pelos pais e equipe pedagógica da escola.

Após os três primeiros meses de intervenção a aluna passou para nível intermediário de aprendizagem e após 6 meses apresentou-se capaz em todos os itens avaliados. Os resultados não propiciaram apenas um melhor rendimento escolar, como a beneficiaram em relação à auto-estima para aprendizagem, podendo melhor enfrentar suas diferenças.

O trabalho realizado com a aluna NGS mostrou que é possível trabalhar com eficiência obtendo sucessos na reabilitação dos alunos que apresentam distúrbio de aprendizagem, e mostrando também que o método fono-viso-articulatório pode ser o caminho para esse sucesso.

**REFERÊNCIAS:**

ALMEIDA, Geraldo Peçanha de. **Dificuldade de Aprendizagem em Leitura e Escrita: método fônico para tratamento.** Rio de Janeiro: Wak, 2009.

BARKLEY , R.A. (orgs). **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – manual para diagnóstico e tratamento.** 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CIASCA, S.M.; ROSSINI, S.D.R. **Distúrbio de aprendizagem: mudança ou não?** Correlação de dados de uma década de atendimento. *Temas sobre Desenvolvimento*, v.8, n.48, p.11-16, 2000.

CIASCA, Sylvia Maria. **Distúrbio de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar.** 3ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

**Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Organização Mundial de Saúde (Org.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

CONDEMARIM, M; GOROSTEGUI, E; MILICIC, N. **Transtorno do déficit de atenção.** São Paulo: Planeta, 2004.

DSM-IV (1995). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: Artes Médicas.

FERNÁNDEZ. A. **A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e da família.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991

JARDINI, R. S. R e VERGARA, F. A. **Alfabetização de crianças com distúrbios de aprendizagem, por métodos multissensoriais, com ênfase fono-vísuo-articulatória: Relato de uma Experiência.** *Pró-Fono Rev. Atual. Cient.*, Carapicuíba, v. 9, n.1, p. 25-34,1997.

JARDINI, R.S.R. **Método das Boquinhas - alfabetização e reabilitação dos distúrbios da leitura e escrita.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. (Livro 1, fundamentação teórica)

JARDINI, R.S.R. **Método das Boquinhas - alfabetização e reabilitação dos distúrbios da leitura e escrita.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. (Livro 2, caderno de exercícios)

JARDINI, R.S.R. **Método das Boquinhas – Passo a Passo da Intervenção nas Dificuldades e Distúrbios da Leitura e Escrita.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MORAES, Antônio Manuel. **Distúrbio da Aprendizagem Psicopedagógica**. São Paulo: EDICON, 1997.

ZANTUT, Juliana. **Distúrbio, Transtorno, Dificuldades e Problemas**. Psicopedagogia.com, p.3-7. 2002.

ZORZI, Jaime Luiz. **Aprendizagem e Distúrbio da Linguagem Escrita: Questões clínicas e educacionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.