



ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI

Pós-Graduação em Educação Especial- Domínio Cognitivo e Motor

**A eficácia da medicação e das estratégias cognitivo
comportamentais numa criança do 2º Ciclo com
PHDA**

Maria João Duarte Sequeira

Porto, setembro 2013



PAULA
FRASSINETTI

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI

Pós-Graduação em Educação Especial- Domínio Cognitivo e Motor

**A eficácia da medicação e das estratégias cognitivo
comportamentais numa criança do 2º Ciclo com
PHDA**

Discente: Maria João Duarte Sequeira

Orientador: Professor Doutor Júlio Emílio Pereira de Sousa

*Projeto de investigação realizado no
âmbito da Unidade Curricular de Seminário
de Projeto- Problemas Cognitivos Motores*

Porto, setembro 2013

*“A PHDA não é um problema de não saber o que se faz,
mas sim de conseguir fazer o que sabe que deve ser feito.”*

Russell Barkley, 1998

RESUMO

O presente trabalho situa-se na área da Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor, e visa compreender em que medida a medicação e as estratégias cognitivo-comportamentais são eficazes na inibição dos comportamentos inadequados de uma criança do 2º. Ciclo com PHDA.

Em termos metodológicos, estamos perante um estudo de caso de natureza qualitativa e descritiva. Partindo da análise e interpretação dos dados recolhidos, concluímos que a criança apresenta características específicas da PHDA em vários contextos, e que esses comportamentos inadequados tendem a diminuir com a terapia farmacológica e com estratégias cognitivo-comportamentais. Verificamos também, que possivelmente seria benéfico para a criança a substituição do atual fármaco prescrito, ou a redução da respetiva dose

Com a realização deste trabalho esperamos ter contribuído para um melhor conhecimento dos comportamentos manifestados pelo sujeito em estudo, percebendo de que forma se realiza a gestão desses comportamentos em contexto sala de aula e em contexto familiar, assim como, o tratamento e as estratégias mais adequadas a aplicar em ambos os contextos.

Consideramos, que este estudo poderá ser o ponto de partida para a reavaliação do tratamento e implementação dessas estratégias, abrindo o caminho para futuras investigações neste âmbito.

Palavras- Chave: Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção; Comportamentos inadequados; Medicação; Estratégias Cognitivo Comportamentais; Escola; Família.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar aqui um agradecimento especial a todos aqueles que, de algum modo, contribuíram para a realização deste trabalho, nomeadamente:

Aos meus familiares e amigos, em especial aos meus pais e ao meu marido, por estarem sempre ao meu lado, por ouvirem com paciência os meus desabafos, dando-me força, coragem e apoio incondicional. As suas palavras de carinho e incentivo nos momentos mais difíceis e de desânimo foram extremamente reconfortantes e valiosos ao longo desta caminhada.

Ao Doutor Júlio Sousa, pela orientação, disponibilidade, apoio, estímulo permanente e paciência que sempre demonstrou, e que foram cruciais para a realização deste trabalho. Os seus vastos conhecimentos, os seus conselhos e as suas palavras sábias contribuíram, sem dúvida, para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

A todos os professores desta Pós-Graduação, por todos os conhecimentos transmitidos, pelas experiências de vida partilhadas, e pela dedicação e entrega à Educação Especial, despertando-nos a sensibilidade e o gosto por esta área da Educação.

A todos os colegas de curso, que proporcionaram momentos de partilha, troca de saberes e experiências, e acima de tudo pelo companheirismo e espírito de interajuda.

Por último, e não menos importante, resta-me agradecer ao TF, a quem dedico este trabalho, à sua família, escola e diretora de turma que gentilmente aceitaram participar neste projeto, mostrando-se sempre afáveis, disponíveis e cooperantes.

A todos, os meus sinceros e profundos agradecimentos!

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	9
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
CAPÍTULO 1 – PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO	13
1.1. Evolução do conceito – perspetiva histórica	13
1.2. Definição e principais características da PHDA.....	18
1.2.1. Défice de atenção.....	21
1.2.2. Impulsividade.....	23
1.2.3. Hiperatividade	25
1.3. Outras características e problemas associados	29
1.4. Distúrbios do sono	33
1.5. Etiologia.....	38
1.5.1. Fatores neurológicos.....	39
1.5.2. Fatores ambientais	40
1.5.3. Fatores genéticos	41
1.5.4. Alguns mitos sobre as causas da PHDA	43
1.6. Avaliação e Diagnóstico.....	46
1.6.1. Diagnóstico Diferencial	50
CAPÍTULO 2 – TRATAMENTO E INTERVENÇÃO	52
2.1. Terapia Farmacológica	53
2.1.1. Os estimulantes	57
2.2. Terapia Cognitivo-Comportamental	64
2.2.1. Técnicas cognitivas	65
2.2.2. Técnicas comportamentais	66
2.3. Tratamentos combinados – Terapia Farmacológica versus Terapia Cognitivo-Comportamental	72
2.4. Seleção do tratamento mais adequado.....	74
2.5. Intervenção Psicossocial	75
2.5.1. Estratégias de intervenção na sala de aula	75

2.5.2. Estratégias de intervenção parental	78
PARTE II- COMPONENTE EMPÍRICA.....	86
CAPÍTULO 1. DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	88
1.1. Problema	88
1.2. Pergunta de partida e objetivos do estudo	89
CAPÍTULO 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	91
2.1. Técnicas e procedimentos de recolha de dados	93
2.1.1 Análise Documental.....	93
2.1.2. Questionários/Escalas de comportamento e atitudes	94
2.1.3. Entrevistas	96
2.1.4. Observação	101
2.2. Métodos e técnicas de tratamento de dados.....	102
CAPÍTULO 3. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA REALIDADE DO SUJEITO EM ESTUDO	104
3.1. Caracterização do meio envolvente.....	104
3.2. Caracterização da escola	105
3.3. Caracterização da turma.....	107
3.4. Caracterização da diretora de turma	108
3.5. Caracterização da família	109
3.6. Caracterização da criança.....	111
3.6.1. Diagnóstico e Intervenção Farmacológica	122
CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .	128
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
ANEXOS	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Critérios de Diagnóstico da PHDA	47
Quadro 2- Categorias de fármacos utilizáveis na PHDA	56
Quadro 3- Quadro comparativo dos três tipos de medicamentos estimulantes prescritos à criança	123

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - Ficha de Anamnese	
ANEXO II - Escala de Conners para professores	
ANEXO III - Escala de Avaliação de PHDA- IV: Versão escolar	
ANEXO IV - Escala de Conners para Pais	
ANEXO V - Escala de Avaliação de PHDA- IV: Versão para pais	
ANEXO VI- Questionário de erros comuns na gestão de comportamentos	
ANEXO VII- Entrevista à mãe: guião e transcrição da entrevista	
ANEXO VIII- Entrevista à diretora de turma: guião e transcrição da entrevista	
ANEXO IX- Entrevista à criança: guião e transcrição da entrevista	
ANEXO X- Contrato comportamental	
ANEXO XI- Programas de recompensas para usar no contexto familiar	
ANEXO XII- Registos de avaliação trimestral do 1º. CEB	
ANEXO XIII- Avaliações trimestrais do 5º. Ano de Escolaridade	
ANEXO XIV- Registos de Observação	
ANEXO XV- Autorizações	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Curricular de Seminário de Projeto, da Pós-Graduação em Educação Especial- domínio cognitivo e motor, sob a orientação do Professor Doutor Júlio Sousa.

Este Projeto de Investigação pretende refletir sobre a eficácia da medicação e das estratégias cognitivo-comportamentais na inibição dos comportamentos inadequados numa criança do 2º Ciclo diagnosticada com PHDA. A escolha desta problemática resultou essencialmente de um interesse e desafio pessoal em conhecer profundamente os comportamentos manifestados pelo sujeito nos diversos contextos, bem como as estratégias implementadas pelos pais e professores a fim de atenuarem os comportamentos inadequados. Justifica-se a pertinência deste estudo, na importância em se encontrar o melhor tratamento e intervenção que possa colmatar as dificuldades sentidas pela criança, pela família e respetivos docentes.

Por outro lado, a nível profissional consideramos o tema de grande relevância visto que hoje em dia a PHDA é reconhecida como sendo uma das causas mais comuns dos problemas comportamentais e das dificuldades de aprendizagem que afetam as crianças em idade escolar. Trata-se de uma problemática real, sobre a qual já incidiram várias investigações e que tem suscitado o interesse, a pesquisa e preocupação de vários elementos da comunidade, desde os médicos, aos psicólogos, professores e pais. Esta preocupação foi crescendo à medida que se foi compreendendo que este distúrbio comportamental pode afetar significativamente o desempenho académico, familiar, emocional, social e laboral, ao longo da vida. Por conseguinte, todos aqueles que têm responsabilidades educativas devem estar conscientes e informados sobre esta perturbação, a fim de conhecerem os sintomas e de terem a capacidade de os reconhecer. Ao mesmo tempo, espera-se que os docentes tenham a preocupação de adequar as respostas educativas às características, necessidades e potencialidades do aluno com PHDA, de forma a garantir uma educação de qualidade, com vista a melhorar as suas possibilidades de sucesso.

Pais e professores têm de estar atentos para a existência desta perturbação, de modo a que as crianças sejam corretamente e precocemente diagnosticadas, beneficiando do adequado tratamento e intervenção.

Neste sentido, partiu-se para esta investigação formulando a seguinte pergunta de partida:

- Em que medida a medicação e as estratégias cognitivo-comportamentais são eficazes na inibição dos comportamentos inadequados de uma criança no 2º. Ciclo com diagnóstico de PHDA?

O objetivo geral deste estudo consiste em perceber se medicação e as estratégias cognitivo-comportamentais contribuem para a melhoria dos comportamentos de uma criança com PHDA. Como objetivos específicos definimos os seguintes: conhecer as características, avaliação, diagnóstico e tratamento da PHDA; identificar os comportamentos manifestados pelo sujeito em estudo no contexto familiar e escolar; conhecer a forma de atuação dos pais e professores na gestão dos comportamentos inadequados; perceber como reage o sujeito em estudo perante determinadas atitudes e estratégias dos adultos em ambos os contextos.

Este estudo visa por um lado, encontrar o tratamento e estratégias de intervenção mais adequadas para a criança em questão, e por outro espera-se que seja um meio de reflexão para todos os intervenientes educativos no sentido de encontrarem as respostas mais adequadas às necessidades destas crianças. Da mesma forma, pretende ser uma mais-valia para a nossa intervenção enquanto Professora de Educação Especial e Educadora de Infância, estando mais atenta e conhecedora desta realidade, melhorando, assim, o nosso nível de intervenção.

Face às preocupações e às metas expostas, o trabalho divide-se em duas partes: uma componente teórica e uma componente prática.

A primeira parte é dedicada ao enquadramento teórico do tema em estudo e é constituída por dois capítulos. Nesta parte procedemos à revisão da literatura, onde consta a informação que consideramos mais relevante para o estudo, sendo esta uma parte vital do processo de investigação. No primeiro capítulo apresentamos uma perspetiva histórica da evolução do conceito de PHDA, a sua definição, principais características e problemas associados, a

etiologia, assim como, a avaliação e diagnóstico. O capítulo seguinte centra-se no tratamento e intervenção da perturbação, no qual fazemos uma descrição da terapia farmacológica, da terapia cognitivo-comportamental e da intervenção psicossocial, que inclui estratégias de intervenção em sala de aula e estratégias de intervenção parental, com vista à mudança de comportamento.

A segunda parte incide sobre o estudo empírico que levamos a cabo, e encontra-se dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo definimos o objeto de estudo, que consiste no problema que motivou a nossa pergunta de partida e os respetivos objetivos. De seguida, o capítulo dois diz respeito à explicitação das opções e procedimentos metodológicos utilizados na investigação, que abrange a metodologia, as técnicas e procedimentos de recolha de dados, bem como, os métodos e técnicas utilizadas no seu tratamento. No terceiro capítulo apresentamos a caracterização e contextualização da realidade do sujeito em estudo, que engloba o meio envolvente, a escola, a turma, a família e a criança em questão. O quarto capítulo refere-se à apresentação e discussão dos resultados obtidos, apontando as conclusões que se podem retirar do estudo.

Por fim, tecemos algumas considerações finais sobre os aspetos e as conclusões mais relevantes do trabalho, pretendendo que este não seja um estudo conclusivo mas que suscite o interesse e abra caminho para futuras investigações e reflexões sobre este tema tão importante e controverso. Faremos ainda referência a algumas limitações sentidas no decorrer da sua realização.

Completa-se o estudo aqui apresentado com os Anexos, onde constam a ficha de anamnese, os questionários e escalas de avaliação da PHDA preenchidos pelos pais e diretora de turma, os registos de observação, as entrevistas realizadas (guiões e as transcrições), os programas de recompensas, os registos de avaliação escolar, e as respetivas autorizações para a elaboração do estudo.

PARTE I - Enquadramento Teórico

CAPÍTULO 1 – PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)

1.1. Evolução do conceito – perspetiva histórica

A Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA), designação científica atual, tem sido estudada ao longo dos anos por diversas áreas de investigação que vão desde a medicina, à psicologia ou educação, fazendo com que a sua concetualização seja bastante ampla. Nos últimos anos tem sido notório o crescente interesse e atenção dedicados à problemática, devido ao considerável impacto que a PHDA tem na vida escolar e familiar de um vasto número de crianças.

As primeiras menções relativas a crianças indisciplinadas e com problemas de controlo dos impulsos surgiram nos finais do século XIX e início do século XX. Neto (2010: 14) menciona o médico Alexander Crichton (1763-1856) como tendo descrito um estado mental de “incapacidade de prestar atenção com o grau necessário de constância a qualquer objeto”, que é acompanhado por um “grau não natural de inquietação mental”.

Em 1902, o pediatra inglês George Still (1868-1941) publica aquela que é considerada a primeira descrição médica detalhada sobre um conjunto de sintomas semelhantes aos que hoje se conhece por PHDA. Esta descrição teve como base a observação de crianças que apresentavam déficit de atenção e excesso de atividade, que não resultavam de qualquer falha na educação (Selikowitz, 2010: 33). Lopes (2003: 16) indica que Still referiu-se a tal comportamento como um “defeito permanente ou temporário do controlo moral”, associando-o a algum distúrbio cerebral. Além desta descrição, Still identificou nestas crianças baixos níveis de inibição da vontade e de atenção, hiperatividade e agressividade, a par de outros problemas que se associavam à desonestidade, crueldade, desobediência sistemática e problemas de aprendizagem escolar. Visto que para alguns sujeitos estes problemas apresentavam-se como crónicos, o risco de desenvolverem condutas antissociais seria maior. Para Still a origem da PHDA nuns casos provavelmente seria hereditária, noutros seria o resultado de uma lesão pré ou

pós-natal. Como é possível verificar, esta linha de pensamento de Still não está muito longe das atuais descrições sobre esta perturbação.

Nos anos de 1917-1918, devido a um grande surto de encefalite ocorrida nos Estados Unidos, surge novamente o interesse dos americanos pelos sintomas desta problemática. Como consequência da encefalite, muitas crianças apresentavam significativas sequelas cognitivas e comportamentais que originavam sintomas de défice de atenção, excesso de atividade e impulsividade (os sintomas centrais do que hoje é designado por PHDA), e ainda outros problemas associados que atualmente são considerados como comorbidades. Nestas crianças, o vírus afetou partes do cérebro que também estavam afetadas nas crianças com PHDA, daí os problemas serem semelhantes. Segundo Selikowitz (2010: 33), “Desde então, a PHDA passou a ser o distúrbio do desenvolvimento de comportamento na infância mais estudado.” Esta situação acarretou uma série de mudanças na sua denominação, verificando-se uma rápida evolução na compreensão destes sintomas.

Muitos dos estudos e trabalhos publicados que surgem nas décadas de 1930 e 1940, sobre o tratamento de crianças com diversos tipos de psicopatologias, constitui um marco na evolução do conceito de PHDA, bem como dos distúrbios desenvolvimentais da infância em geral. As especulações em torno do mecanismo bioquímico de atuação do metilfenidato e dos mecanismos neurológicos subjacentes aos distúrbios comportamentais da infância, contribuíram em grande medida para o desenvolvimento do conceito de “Síndrome de Lesão Cerebral Mínima”, (Strauss e Lehtinen, 1947, citado por Lopes, 2003: 19) que suscitou uma forte controvérsia.

Na década de 50, os estudos incidiram sobre as crianças com hiperatividade, tendo sido apelidado “distúrbio hipercinético-impulsivo”. Nos anos 60, era utilizado o termo “disfunção cerebral mínima”, que igualmente foi alvo de contestação (Selikowitz, 2010: 33). Nesta década, começou a haver divergências entre os estudiosos do Reino Unido e os dos Estados Unidos da América (EUA). No Reino Unido e noutras partes da Europa, seguiu-se a Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS), que apenas reconhecia as crianças com “Distúrbio Hiperkinético”, termo aplicado a crianças com um grave excesso de atividade.

Na América do Norte, seguiu-se o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações mentais (DSM), da Associação Psiquiátrica Americana (APA) (Selikowitz, 2010: 33). Nos EUA, a “hiperatividade era vista como uma síndrome comportamental relativamente frequente, fundamentalmente caracterizada por níveis de atividade superior ao normal, não necessariamente associada a uma patologia cerebral” (Barkley, 1990, citado por Lopes, 2003: 24). Neste sentido, a divergência de posições resultou em diferenças consideráveis relativamente aos critérios de diagnóstico, às estimativas de prevalência e às prescrições de tratamento.

A 7ª (1955) e 8ª edições (1965) da CID referem-se muito vagamente a distúrbios comportamentais na infância, não fazendo uma referência específica à PHDA (Neto, 2010: 17). A caracterização desta perturbação no DSM surge apenas na 2ª edição em 1968 (DSM-II), designando-a por “Reação Hiperkinética da Infância”. Esta é caracterizada por hiperatividade, inquietação, distração e diminuição da capacidade de manter a atenção.

Na década de 70 houve um verdadeiro crescimento do número de estudos sobre a perturbação, que resultaram, no final da década, na publicação de milhares de livros e textos científicos, assistindo-se a uma mudança radical na conceção do distúrbio. Nos EUA, a psicóloga canadiana Virgínia Douglas apresentou como característica principal o défice de concentração. Com base nestes estudos, para definir esta perturbação foi introduzido nesse mesmo país o termo “Distúrbio de Défice de Atenção”, que incluía as crianças com e sem hiperatividade (Selikowitz, 2010: 33). Barkley (1990, citado por Lopes, 2003: 26) realça a importância desta década para a definição e concetualização atuais da perturbação, como também ao nível da produção científica sobre a etiologia, avaliação e terapêutica.

Com a 9ª edição da CID, em 1975, os transtornos mentais passam a ser melhor caracterizados, fazendo referência a esta perturbação pela primeira vez. O “Distúrbio Hiperkinético da Infância” é definido como “pouca concentração e distraibilidade (...) Impulsividade, flutuações do humor e agressividade são comuns.” (Neto, 2010: 18).

Na década de 80 continuou a assistir-se a um incremento acentuado do número de trabalhos publicados, tornando-se este distúrbio no mais estudado da infância. Os peritos da APA consideraram que se os problemas de

sobreatividade motora eram secundários relativamente aos problemas de atenção e impulsividade, então, seria necessário alterar os critérios de diagnóstico e a denominação do distúrbio. Desta forma, com a publicação do DSM-III (1980) a nomenclatura da “Reação Hiperkinética da Infância” (DSM-II, 1968), foi substituída pelo “Distúrbio de Défice de Atenção”, que pode ser dividido em diferentes subtipos: “com hiperatividade”, “sem hiperatividade” e tipo “residual”, este último ainda pouco definido. Este manual revela melhorias quanto à caracterização do distúrbio, apresentando critérios de diagnóstico bem definidos e delimitados, no que concerne ao estabelecimento de um “referencial etário de início do distúrbio, de duração dos sintomas e de critérios de exclusão” (Lopes, 2003: 30).

Nos finais da década de 80, no DSM-III-R (1987), o termo é alterado para “Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção”, que visa descrever crianças com hiperatividade e/ou impulsividade. Neste manual não existe a classificação de subtipos, mas faz-se referência ao grau de gravidade da doença consoante o prejuízo causado ao paciente (Neto, 2010: 17).

Na Europa, a tendência é a manutenção das linhas essenciais de anteriores edições, nomeadamente a denominação “Distúrbio Hiperkinético da Infância” no âmbito dos “distúrbios comportamentais e emocionais com início na infância e adolescência” (CID 10). A entrada em vigor da CID 10, em 1992, descreve estas crianças como tendo “falta de persistência nas atividades que requerem envolvimento cognitivo, tendência para passar de uma atividade para a outra sem completar a primeira, associada à atividade excessiva, desorganizada e desregulada” (Neto, 2010: 18). Na opinião de alguns investigadores, esta classificação internacional apresenta critérios de despiste e diagnóstico diferentes dos compreendidos no DSM-III-R, destacando-se a necessidade de se efetuar o despiste em pelo menos dois contextos. Segundo Lopes (2003: 38), a estrutura apresentada pela CID-10 destaca a hiperatividade (hiperatividade motora) em detrimento da desatenção.

Nas últimas décadas, tanto o Reino Unido como o resto da Europa, começaram a seguir o diagnóstico e o tratamento em vigor nos EUA. A CID-10 de 1992 e o DSM-IV de 1994 apresentam semelhanças nos critérios de diagnóstico desta perturbação (Selikowitz, 2010: 34).

Por conseguinte, em 1994 a Associação de Psiquiatria publicou o DSM-IV, cuja revisão foi realizada em 2000, dando origem ao DSM-IV-TR. Em ambos os manuais definiu-se o termo “Défice de atenção/Distúrbio de Hiperatividade” para abranger as crianças que manifestavam todas as formas desta perturbação. Estabelece-se uma nova subdivisão da lista de sintomas, agrupando por um lado os sintomas de “hiperatividade-impulsividade” e por outro os de “desatenção”. Como veremos mais adiante, o diagnóstico é feito com base numa série de critérios, que incluem uma lista de 18 sintomas, existindo a necessidade dos mesmos se verificarem em pelo menos dois contextos. Este último critério traz alterações significativas quanto à estimativa da prevalência do distúrbio, aproximando a perspetiva americana da perspetiva europeia. Também no manual em questão foram introduzidos os três subtipos de PHDA: o “tipo predominantemente desatento”, o “tipo predominantemente hiperativo/impulsivo” e o “tipo misto”, que serão referidos no próximo ponto deste trabalho.

Em Portugal esta terminologia tem como tradução: Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA). Importa igualmente referir, que atualmente todos os países de língua oficial inglesa utilizam a mesma nomenclatura, critérios de diagnóstico e protocolos de tratamento (Selikowitz, 2010: 34 e 35).

Em jeito de conclusão, partindo desta perspetiva histórica parece-nos evidente que estamos perante uma perturbação complexa, que não é recente, e que foi bastante pesquisada e debatida até aos dias de hoje. Dos estudos mencionados resultaram inúmeras mudanças ao nível da conceitualização, definição e diagnóstico, acarretando uma vasta controvérsia entre a comunidade científica. Contudo, é curioso verificar que os sintomas de falta de atenção, atividade excessiva e impulsividade, que atualmente diversos autores são unânimes em considerar como necessários para validar a existência desta perturbação, já haviam sido descritos no início do século XX.

Estes sintomas essenciais que caracterizam os indivíduos com PHDA serão explanados no próximo ponto deste trabalho.

1.2. Definição e principais características da PHDA

De acordo com a revisão da literatura, é claramente evidente que existem diversos termos para designar esta perturbação, sendo que as terminologias divergem consoante os autores e as épocas, tendo sido utilizados vários conceitos para fazer referência a uma série de características comportamentais comuns.

Atualmente ainda subsistem algumas dificuldades relativamente à aceitação de uma nomenclatura e definição universal, tendo em conta as vastas áreas de investigação que incidem sobre esta problemática. Porém, a terminologia mais correta e aceitável parece ser a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), sendo esta a utilizada pelo DSM-IV-TR da APA, publicado em 2000, e que constitui uma referência internacional nesta área clínica. Esta patologia está classificada na categoria de Perturbações Disruptivas do Comportamento e do Défice de Atenção, e segundo este manual a PHDA define-se como

“(...) padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento.”

(APA - Associação Americana de Psiquiatria, 2002: 85)

Para Sosin & Sosin (2006: 8) a PHDA é uma perturbação genética do foro neurobiológico, que se torna evidente na primeira infância e que geralmente continua a manifestar-se ao longo da vida. Alguns estudos indicam que esta perturbação tem maior incidência nos rapazes do que nas raparigas, embora não existam conclusões que determinem quais os fatores responsáveis por estas diferenças (*ibidem*). Parker (2003: 10) refere que os rapazes tendem a ser mais hiperativos, impulsivos e disruptivos do que as colegas do sexo oposto, e que por isso talvez sejam mais facilmente identificados.

Segundo Barkley (2002: 35) trata-se de um “transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle do impulso e com o nível de atividade.” Hoje em dia, com base em muitos anos de observação e investigação, a comunidade científica não tem dúvidas de que a PHDA é um problema real e permanente,

que afeta um grande número de crianças e que indubitavelmente não é causado por falta de disciplina ou controle parental.

A maioria dos profissionais clínicos identificam três problemas primários na capacidade de um sujeito controlar o seu comportamento: dificuldades em manter a sua atenção, controlo ou inibição dos impulsos e a atividade excessiva, sendo estes os traços fundamentais e característicos desta perturbação. De acordo com Falardeau (1999: 21) “não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo.” Barkley (2002: 50) reconhece que estes indivíduos apresentam “dois problemas adicionais: dificuldade para seguir regras e instruções, e variabilidade extrema em suas respostas a situações (particularmente tarefas ligadas ao trabalho)”.

Garcia (2001: 12) refere que a descrição mais comum e praticamente coincidente a todos os profissionais baseia-se na sua “conduta caótica, inquieta, não focalizada em objetivos ou finalidades e com falta de persistência”. Em termos gerais, estas crianças são desordenadas, descuidadas, mudam constantemente de tarefa sem concluir nenhuma, têm dificuldades em permanecer quietas e sentadas, e costumam responder precipitadamente às questões antes de as mesmas terem sido finalizadas. Para além destes aspetos, demonstram dificuldades em prestar atenção, refletir antes de agir, seguir normas estabelecidas, esperar pela sua vez, tolerar a frustração, manter um bom relacionamento com os colegas e adultos, mostrando-se muito impacientes. Revelam desobediência, apresentando dificuldades em ouvir as ordens dos outros, e como tal, em cumprir as suas instruções. Habitualmente apresentam dificuldades nos jogos cooperativos e no ajustamento do seu comportamento às normas e regras dos mesmos, o que acarreta diversos problemas na relação com os colegas. De acordo com esta perspetiva, podemos inferir que a maioria destas características está bem patente no sujeito em estudo, como se poderá observar na parte empírica. Conforme alguns autores, as crianças com estas alterações estão mais expostas a um isolamento social, a problemas disciplinares e, conseqüentemente, à baixa auto estima.

Importa também referir que as manifestações podem surgir em vários contextos (ex. casa, escola, trabalho) e interferem com o seu funcionamento adequado. As crianças sofrem as conseqüências negativas destes

comportamentos em casa, nas relações com os colegas, no rendimento escolar e devido à sua imprudência têm maior tendência para acidentes e comportamentos de risco. Embora esta perturbação se possa manifestar muito cedo, é difícil efetuar um diagnóstico antes dos quatro ou cinco anos de idade, visto que as crianças nesta fase do desenvolvimento são naturalmente muito ativas, energéticas e curiosas. Geralmente é a partir do 1º. Ciclo que começam a aparecer os primeiros problemas, na medida em que neste contexto é fundamental que a criança apresente o controlo de atenção e atividade para se proceder a uma adequada aprendizagem académica e integração social e educativa. Esta situação é evidente no caso em estudo, sendo que as primeiras queixas que despoletaram a procura de ajuda profissional ocorreram no início do 1º. Ciclo.

Cabe assinalar que os investigadores têm constatado que as crianças com PHDA “constituem um grupo heterogéneo em que nem todos os traços e sintomas que se descrevem como característicos deste distúrbio estão presentes em todos os casos e de forma permanente” (Garcia, 2001: 12). Os estudos demonstram que, provavelmente, alguns sujeitos são notoriamente mais hiperativos e impulsivos, outros são mais claramente afetados por estados de desatenção e outros ainda manifestam uma combinação dos três traços. Neste sentido, a versão de 2002 do DSM-IV-TR (2002: 87), distingue 3 subtipos de PHDA, consoante o predomínio dos sintomas:

- Tipo Predominantemente Desatento – devem persistir pelo menos seis sintomas de falta de atenção (mas menos do que seis sintomas de hiperatividade-impulsividade).
- Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo – persistência de seis sintomas (ou mais) de hiperatividade-impulsividade (mas menos seis sintomas de falta de atenção).
- Tipo Misto – quando persistirem seis sintomas da falta de atenção e seis sintomas de hiperatividade-impulsividade.

A maior parte das crianças é do tipo predominantemente caracterizado pela hiperatividade-impulsividade e misto, e provavelmente, um terço das crianças com PHDA é do tipo predominantemente caracterizado pela

desatenção, não apresentando sinais de hiperatividade ou de impulsividade (Parker, 2003: 9). Os sujeitos com a perturbação do tipo misto (combinação dos diferentes traços) são os que apresentam uma problemática de maior complexidade. Nele estão incluídas um grande número de crianças e adolescentes, mas o caso dos adultos é uma incerteza. As suas manifestações afetam negativamente tanto o comportamento como a aprendizagem. Quanto ao caso em estudo, segundo os relatos dos pais e professores, depreende-se que provavelmente o sujeito se inclua no tipo misto, tendo em conta os seus comportamentos consideravelmente desatentos e impulsivos, como veremos mais adiante.

Segundo Parker (2003: 10) a PHDA do tipo hiperativo-impulsivo, surge mais cedo, no pré-escolar ou nos primeiros anos escolares, manifestando-se por dificuldades ao nível do comportamento. As crianças mostram-se bastante inquietas e incapazes de controlar as suas emoções e comportamentos, diminuindo a sua intensidade ao longo dos anos. Muitas vezes sofrem lesões acidentais e a rejeição por parte dos colegas. A PHDA do tipo predominantemente desatento surge mais tarde, na fase escolar, e está associado a maiores problemas no desempenho escolar. Ao contrário do que acontece com as crianças anteriormente referidas, os sintomas desatentos têm tendência a aumentar. Socialmente, por norma, são mais passivos, acabando por ser mais negligenciados do que rejeitados.

De seguida, debruçar-nos-emos na explicitação de cada um dos principais sintomas característicos desta perturbação.

1.2.1. Défice de atenção

De acordo com vários autores, é comumente aceite que uma das características que as crianças com PHDA apresentam é o elevado nível de desatenção comparativamente com outras crianças da mesma faixa etária. Este sintoma reveste-se de cariz “multidimensional que se pode referir a problemas relacionados com o alerta, a ativação, a seletividade, a manutenção da atenção, a distraibilidade ou com o nível de apreensão, entre outros” (Hale & Lewis, 1979, citado por Lopes, 2003: 69). Lopes acrescenta que “os

problemas de atenção se acentuam particularmente em tarefas em que se exige vigilância ou uma manutenção prolongada da atenção (Douglas, 1983, citada por Lopes, 2003: 70).

Para Sosin & Sosin (2006: 23) a desatenção é a característica predominante em todas as crianças que manifestam esta problemática. A falta de atenção significa que o sujeito tem dificuldade em se manter concentrado numa determinada tarefa por um longo período de tempo. Por sua vez, Selikowitz (2010: 40) salienta que normalmente as crianças com déficit de atenção distraem-se facilmente, esquecem-se de coisas quotidianas, são desorganizadas, apresentam dificuldades em prestar atenção aos pormenores, em seguir todas as instruções e em terminar as tarefas que lhes são solicitadas. Frequentemente pais e professores descrevem estas crianças das seguintes formas: “anda sempre nas nuvens”, “sonha acordado”, “parece não ouvir o que lhe digo”; “distrai-se com facilidade”; “perde coisas com frequência”, “é completamente desorganizado”; “muda de uma atividade incompleta para outra”. Estes comportamentos são mais evidentes na escola, tendo como consequência a diminuição da aprendizagem.

No domínio social, o déficit de atenção pode manifestar-se por frequentes mudanças na conversa, não prestar atenção aos outros, não manter um raciocínio na conversa e não seguir os pormenores ou as regras de jogo ou atividades (DSM- IV-TR, 2002: 86).

Segundo Barkley (2002: 50), trata-se de uma dificuldade significativa quanto ao prestar atenção, o período de atenção ou a persistência de esforço, e que persegue os indivíduos durante toda a sua vida. De acordo com o mesmo autor estas pessoas lutam persistentemente para manterem a sua atenção nas atividades mais longas e complexas, sobretudo aquelas mais monótonas, ou repetitivas, denotando-se alguma imaturidade (Barkley, 2002: 50 e 53). As suas pesquisas demonstram que apesar de terem um período de atenção mais breve, a parte mais difícil é manter a sua atenção em algo por longos períodos de tempo. O autor (2002: 52) acredita que esta situação se deve a dois problemas que não devem ser interpretados como distração. Por um lado, provavelmente estas crianças sentem-se mais aborrecidas ou perdem o interesse pela tarefa mais rapidamente, levando-as a procurar algo mais divertido, interessante e estimulante. Alguns cientistas apontam como principal

argumento o facto do nível de alerta cerebral nas crianças com PHDA se encontrar diminuído e, como tal, necessitem de um estímulo maior para manterem o seu cérebro a funcionar normalmente. Os estudos apontam para o facto destas crianças serem capazes de se fixarem em atividades que vão ao encontro dos seus gostos e interesses. Por norma verifica-se uma certa tendência em centrarem a atenção e em tornarem-se menos impacientes perante atividades que envolvem jogos de vídeo ou televisão. Todavia, alguns estudos concluíram que mesmo perante estas atividades o desempenho e o comportamento das crianças com PHDA não é normalizado (Parker, 2003: 9; Barkley, 2002: 60). Alguns estudos têm também evidenciado que além destas crianças desviarem mais a sua atenção do que as crianças sem PHDA, para elas é mais difícil e demoroso retomar a atenção à tarefa que estavam a realizar antes da mesma ser desviada. Por outro lado, quando se trata de atividades individualizadas, nas quais a criança está a ser observada de perto, supervisionada ou orientada, o seu nível de atenção pode ser normal. Selikowitz (2010: 21) salienta que é provável que o trabalho destas crianças tenha um bom início e um mau final, ao mesmo tempo que na escola manifestam, geralmente, maiores probabilidades no controlo da atenção durante o período da manhã, vendo o seu desempenho diminuído acentuadamente durante a tarde.

Por conseguinte, estes estudos indicam que será desejável que se aumente os estímulos, as inovações, a dinâmica e a variedade de atividades a realizar com estas crianças. As estratégias especialmente adequadas para alunos com PHDA passam por recompensas conquistadas imediatamente após conclusão da atividade, divisão das tarefas em pequenas partes, e permitir pausas mais frequentes aquando da realização dos trabalhos.

1.2.2. Impulsividade

O segundo problema observado na PHDA centra-se na diminuição da capacidade de inibição do comportamento ou do controlo dos impulsos. Segundo Barkley (2002: 54) estas crianças apresentam dificuldades consideráveis em pensar antes de agir e em conter as suas respostas face a

uma determinada situação. Sosin & Sosin (2006: 37) corroboram esta ideia afirmando que estas crianças “parecem não conseguir refrear os pensamentos ou as ações. Simplesmente não conseguem parar para pensar nos seus atos.” Por norma, são indivíduos muito centrados em si próprios, com baixa tolerância à frustração, que são excessivos, falam bastante e num tom alto e expressam sentimentos sem pensar. A sua incapacidade de inibição dos impulsos leva-as muitas vezes a monopolizar as conversas, a interromper as atividades e discursos dos outros, a dirigirem palavras agressivas e a proferirem frases socialmente inadequadas. Estes comportamentos impulsivos são inegavelmente evidentes no sujeito em estudo, tanto no contexto familiar, como escolar e social, sendo uma das principais queixas dos adultos que com ele convivem.

De acordo com Sosin & Sosin (2006: 38) na escola, a impulsividade pode ser um problema sério, na medida em que o aluno impulsivo pode perturbar uma aula falando sem ser a sua vez, fazendo comentários sem pensar e sem levantar a mão, como se verifica frequentemente no caso em investigação. Estes alunos respondem de forma rápida e precipitada às questões mesmo antes de estas terem sido finalizadas, iniciam tarefas ou testes sem ler as instruções com cuidado, fazem palhaçadas e brincam na altura errada ou desviam uma discussão do percurso pretendido. A impulsividade interfere com o adiar da gratificação, sendo para estas crianças difícil trabalhar para um objetivo a longo prazo, necessitando, por isso, de recompensas imediatas. Para estes autores, a impulsividade faz parte da natureza destas crianças, e dizer-lhes “para e pensa” é como pedir o impossível. Na realidade elas não têm consciência do seu comportamento traquina ou desobediente, ficando por vezes chocadas e revoltadas quando lhes chamam a atenção e lhes dizem que se estão a comportar de forma inadequada. Selikowitz (2010: 45 e 47) considera que o problema da impulsividade da criança com PHDA não se revolve ensinando a mesma a pensar nas consequências de uma atitude, pois esta não possui mecanismos inibidores comportamentais e reflexivos para aplicar o que lhe é ensinado na sua vida diária, embora saiba o que deve e não deve fazer tal como as outras crianças da mesma idade. Somente quando os sistemas de inibição comportamental começam a atuar, em resultado da normal maturação cerebral,

ou por efeito da medicação, é que uma criança com PHDA se mostra capaz de parar para pensar antes de agir.

Frequentemente pretendem que os seus desejos se realizem de forma imediata, e apresentam bastantes dificuldades em esperar pelas coisas, pela sua vez (ex. nos jogos, nas filas), pela finalização de alguma atividade, bem como no cumprimento de regras, tornando-se muito impacientes, impulsivas e irritadas, reagindo emocionalmente. Estas crianças são muitas vezes encaradas e rotuladas como “brutas”, “insensíveis”, “mal-educadas”, “impertinentes”, “difíceis de aturar”, acarretando repercussões negativas em todos os contextos onde estão inseridas. Devido às suas atitudes e comportamentos, poucos adultos se apercebem que “são crianças mais castigadas, criticadas e ostracizadas pelos adultos e pelos pares, o que implica um óbvio sofrimento pessoal” (Lopes, 1996: 81). Sosin & Sosin (2006: 39) reforçam esta ideia, referindo que a falta de capacidade para controlar o efeito das suas ações nos outros, pode levar estes indivíduos a confrontos sociais frustrantes e sem sucesso, a problemas disciplinares e a problemas de auto estima para toda a vida.

Na perspetiva de Barkley (2002: 55) o facto destas crianças serem ousadas e destemidas pode resultar numa maior propensão e ocorrência de riscos e acidentes, visto não considerarem antecipadamente as prováveis consequências danosas que podem advir das suas ações, decisões e falta de controlo dos seus impulsos. É portanto essencial que sejam devidamente vigiadas em situações potencialmente perigosas.

De uma forma geral, e como veremos mais à frente neste trabalho, os agentes educativos devem criar rotinas certas e situações estruturadas, traçando objetivos a curto prazo de forma a serem facilmente alcançáveis. O elogio após o cumprimento de um objetivo é extremamente importante (Selikowitz, 2010: 49 e 50). Cabe ao adulto tirar partido dessa energia e transformá-la em canais produtivos e positivos.

1.2.3. Hiperatividade

Outra característica essencial desta perturbação diz respeito à hiperatividade (excesso de atividade), que se traduz pelo movimento excessivo,

inquietação, impaciência, e nível vocal superiores à média das crianças, tendo sido considerada até à década de 80 como o sintoma central desta perturbação (Barkley, 2002: 57; Lopes, 1996: 84). Estas crianças apresentam um padrão de comportamento motor exacerbado, mexendo excessivamente as mãos e os pés, estando constantemente em movimento, revelando grandes dificuldades em permanecerem sentadas e quietas, essencialmente exibindo estes movimentos em momentos desajustados.

Os pais destas crianças costumam descrevê-las como excessivamente faladoras e muito irrequietas, utilizando expressões do tipo “fala pelos cotovelos” e “parece que tem pilhas”. Estas expressões são muito usadas pela mãe da criança em estudo quando esta se refere às suas características e comportamentos mais marcantes.

Para os professores, estes alunos estão constantemente a sair do lugar sem autorização, fazem barulhos inapropriados, respondem na vez dos colegas, brincam com objetos que trazem de casa, mexem em materiais dispensáveis à realização da tarefa. Os professores devem manter o espírito aberto e uma atitude compreensiva para tentar lidar com a hiperatividade, não esquecendo que a atividade motora excessiva manifestada pela criança é um padrão de resposta automático que a criança não consegue controlar na totalidade. A melhor estratégia consiste em ajudar o aluno a gastar as energias em excesso, como por exemplo, movimentando-se na sala de aula através de atividades físicas aceitáveis (ex. apagar o quadro, fazer recados, distribuir materiais, afiar o lápis). Qualquer tarefa que permita que o aluno se desloque pela sala ou pela escola pode ser muito benéfica e o suficiente para libertar as energias reprimidas (Sosin & Sosin, 2006: 45).

Segundo Barkley (2002: 58) alguns estudos demonstram que as crianças com PHDA são significativamente mais ativas do que as crianças sem esta perturbação, independentemente das circunstâncias ou alturas do dia, sendo que as maiores diferenças ocorrem em situações escolares. O autor refere ainda que estas crianças sentem bastantes dificuldades em controlarem e ajustarem o seu comportamento e ritmo de atividade quando passam de uma brincadeira mais ativa e acelerada para uma atividade mais contida. O seu elevado nível de energia torna-as incansáveis, imprudentes, entusiásticas e impulsivas, podendo causar problemas nas atividades lúdicas estruturadas que

envolvem outras crianças, como por exemplo: cumprimento de regras, esperar pela sua vez, partilha de ideias e materiais, jogos de cooperação. São crianças com uma baixa tolerância à frustração, que podem partir para a agressão quando as coisas não correm como gostariam. Estas situações podem levar a que os outros as considerem descontroladas, impetuosas, desordeiras, autoritárias, egoístas e imaturas. Perante estas características a convivência com os outros torna-se difícil e as crianças são constantemente repreendidas pelos colegas, pais, professores, entre outros. Esta situação pode levar a que se sinta rejeitada, desvalorizada e humilhada contribuindo para o aumento da sua instabilidade comportamental e para a diminuição da autoestima, prejudicando o progresso escolar.

Por outro lado, os estudos de Barkley (2002: 58) também constataam que as crianças que apresentam esta perturbação falavam aproximadamente mais 20% do que as crianças que não têm a perturbação, sendo curioso que as mães das crianças com PHDA falam igualmente mais do que as restantes mães. Barkley acredita que este facto é uma resposta à conversa excessiva dos seus filhos, na medida em que ficou comprovado após a administração de medicação estimulante (Ritalina) às crianças com PHDA, a imediata redução de 30% do seu discurso, sendo que o nível de conversa das respetivas mães foi igualmente reduzido.

Barkley (2002: 59) realça ainda que “O que é mais importante entender sobre crianças com TDAH não é simplesmente que elas se movem em demasia- é que têm um padrão de resposta comportamental exacerbado”. Estas crianças são mais propensas a responder a qualquer situação ao seu redor, comportando-se de forma rápida e vigorosa face a outras crianças que nas mesmas situações se tornariam mais inibidas. Para o autor (*ibidem*), o melhor termo para descrever crianças TDAH é “hiper-responsividade”. Neste sentido, Barkley conclui que a hiperatividade e a impulsividade fazem parte do mesmo problema, que reside na inibição comportamental. Por conseguinte, estas características não devem ser consideradas separadamente visto que se encontram estritamente relacionadas. O problema em manter a atenção poderá ser, efetivamente, resultado do seu problema de inibir a sua vontade para fazer e explorar outras coisas que se encontram ao seu redor e que parecem ser mais atrativas e irresistíveis. Assim sendo, a perspetiva de que manter a

atenção também é manter a inibição, leva o autor a defender a ideia de que o problema de inibição poderá estar na raiz do problema de atenção da PHDA (2002: 59). Estudos recentes levam diversos cientistas a acreditar que a essência deste distúrbio é primariamente um problema de inibição do comportamento e de falta de auto controlo. Nesta linha de pensamento, Barkley (*ibidem*) refere que a perturbação “pode ser renomeada refletindo essa nova visão, talvez como transtorno de inibição de comportamento”. Posto isto, tendo em conta as descrições sintomáticas apresentadas, podemos constatar que todos os sintomas ou características interagem entre si.

Parker (2003: 10) refere que o nível de hiperatividade e de impulsividade vai decrescendo com o passar dos anos, e que os sujeitos tendem a acalmar. Esta situação provavelmente resulta da socialização e da maturação neurológica, e não propriamente do desaparecimento do distúrbio como erradamente algumas pessoas pensam. A criança “hiperativa” torna-se um adolescente e adulto inquieto e com dificuldades para se dedicar a atividades sedentárias tranquilas (DSM-IV-TR, 2002: 86).

Em síntese, podemos concluir que a maioria dos clínicos e investigadores consideram que os indivíduos com PHDA apresentam problemas e dificuldades significativas ao nível da atenção, do controlo dos impulsos e da agitação motora. Subjacente a estas dificuldades poderá estar um défice primário na inibição comportamental. Não obstante, convém salientar que alguns destes sintomas podem também aparecer em crianças sem PHDA, porém, as crianças que apresentam esta perturbação têm dificuldades significativamente maiores. Selikowitz (2010: 20) salienta que embora existam múltiplos sintomas associados à perturbação, são poucas as crianças que os apresentam todos.

Para além das características mencionadas, existem outros problemas que poderão estar associados à perturbação. Isto significa que apesar da sua frequência, nem todas as crianças os manifestam, pelo que não poderão ser considerados imprescindíveis na realização do respetivo diagnóstico (Lopes, 2003: 91). No próximo ponto centrar-nos-emos nos problemas associados (ou comorbidades) que estão mais diretamente relacionados com o comportamento, personalidade e desempenho académico.

1.3. Outras características e problemas associados

De acordo com Parker (2003: 10) os indivíduos com PHDA, para além das características anteriormente descritas, têm uma maior probabilidade de apresentar outros problemas relacionados com o comportamento, a aprendizagem, ou o funcionamento social e emocional. A maioria das crianças predominantemente hiperativas/impulsivas é descrita pelos pais como difíceis de controlar, teimosas e desafiantes. Apresentam níveis de inconformidade tão elevados que são vistas como tendo uma perturbação adicional, nomeadamente uma desordem disruptiva. Estas crianças ou adolescentes manifestam muitas das seguintes características: enfurecem-se com frequência; discutem constantemente com os adultos; desafiam ou recusam os seus pedidos, ordens ou regras; fazem com frequência e deliberadamente coisas que aborrecem os outros; ficam furiosos ou ressentidos facilmente; são extremamente suscetíveis ou facilmente os outros os conseguem aborrecer; normalmente são maldosos ou vingativos; utilizam com frequência calão ou uma linguagem obscena; por norma culpam os outros pelos seus próprios erros. Estas características manifestam-se visivelmente no sujeito em estudo.

O DSM-IV-TR (APA, 2002: 87 e 88) também descreve algumas características associadas à PHDA, salientando que as mesmas dependem da idade e estágio de desenvolvimento. Contudo, geralmente incluem uma “baixa tolerância à frustração, arrebatamentos emocionais, teimosia, insistência excessiva e frequente em que as suas exigências sejam satisfeitas, labilidade emocional, desmoralização, disforia, rejeição pelos companheiros e baixa autoestima”. O rendimento escolar frequentemente encontra-se afetado e desvalorizado, acarretando vários conflitos quer no contexto familiar como escolar. O facto de não se aplicarem de forma adequada e consistente perante tarefas que exigem um esforço permanente, leva a que muitas vezes os outros interpretem esta atitude como um indicador de preguiça, de fraco sentido das responsabilidades e comportamento de oposição, pensando tratar-se de um comportamento voluntário. Por norma, as relações familiares caracterizam-se por “ressentimentos e antagonismo”, que podem ser melhoradas com o tratamento adequado. Não podemos nunca esquecer que a criança e sua família podem estar numa situação de grande sofrimento.

Alguns investigadores confirmam as características acima mencionadas, mas acrescentam outras que os estudos têm comprovado fazerem parte dos indivíduos com PHDA, das quais destacamos: dificuldade em seguir regras, inconsistência do desempenho, baixa autoestima e as dificuldades de aprendizagem (insucesso escolar).

Dificuldade em seguir regras

No que diz respeito à dificuldade no cumprimento de regras, Barkley (2002: 60) nos seus estudos verificou que estas crianças (principalmente as do tipo hiperativo-impulsivo) são menos submissas às instruções dos seus pais, principalmente durante o período de trabalho. Para o autor estas dificuldades poderão estar relacionadas com o problema da desatenção quando lhes é exigido que sigam determinadas instruções, ou com o problema da impulsividade. Vastas pesquisas indicam que a capacidade verbal e a impulsividade estão interligadas, uma vez que os indivíduos com habilidades verbais mais desenvolvidas são por norma menos impulsivos e mais reflexivos na realização das tarefas. Por apresentarem uma menor capacidade verbal, as crianças com PHDA vêm diminuída a utilização do discurso autodirigido para o autocontrolo nas mais diversas situações. Estas dificuldades conduzem à imagem de que são imaturas, não têm autodisciplina, organização ou responsabilidade.

Inconsistência no desempenho

Dado que a maioria das crianças com PHDA não apresenta nenhum défice cognitivo, possuindo inteligência média a superior, as pessoas que as rodeiam não compreendem a sua inconsistência significativa na realização das tarefas. Uma vez são capazes de produzir trabalhos aceitáveis, com facilidade e sem ajuda, e outras vezes não são capazes de terminar nada, ou então deixam o trabalho incompleto, mesmo que tenham supervisão (Barkley, 2003: 63). De acordo com o DSM-IV-TR (2002: 88), esta incoerência leva a que muitas vezes sejam apelidadas de preguiçosas, levando as pessoas a pensar que tal inconsistência acontece por não se esforçarem o suficiente. Quando estas crianças completam o seu trabalho sem ajuda, levam os outros a acreditar de forma errada de que não têm na realidade um problema que lhes

causa dificuldades. Para Barkley (*ibidem*) a questão não se prende com a falta de capacidade para levar a cabo uma tarefa, mas sim com a falta de capacidade para manter um padrão consistente de produtividade. Possivelmente esta situação é causada por outros sintomas já descritos anteriormente, nomeadamente pela incapacidade de controlo dos impulsos. Relembramos que as suas capacidades para se concentrarem e pensarem antes de agir, exigem um esforço colossal que estas crianças não incapazes de manter por muito tempo.

Baixa autoestima

Segundo Selikowitz (2010: 26), as crianças com PHDA são muito exigentes consigo próprias. Tendem a desvalorizar-se e sentem-se, muitas vezes, insatisfeitas mesmo quando são capazes de fazer algo bem feito. Esse menosprezo leva-as por vezes a tecerem comentários do género “Sou mesmo burro”, “Sou um idiota”, “Eu não sou capaz de fazer isto”. Têm mais propensão a ofenderem-se, desistirem, irritarem-se e chorarem com facilidade, manifestando excessivas mudanças de humor. Nalguns casos procuram dissimular os seus sentimentos com algumas atitudes de exibicionismo, de gozo, humilhando os outros como forma de controlarem o seu complexo de inferioridade. Garcia (2001: 15) refere que os défices de autoestima podem ser o resultado dos conflitos contínuos com o meio social e das suas experiências de insucesso. Falardeau (1999: 60) corrobora esta ideia dizendo que a rejeição social de que estas crianças e jovens são objeto, acompanhada pelos fracassos escolares repetidos, conduzem a longo prazo, à perda da autoestima. Para Garcia (*ibidem*), as reações manifestadas pelos adultos e pelos colegas conduzem muitas vezes estes sujeitos a um péssimo conceito sobre si próprios e a um baixo nível de autoestima. Consideram que são o objeto das críticas e das queixas dos outros, sem perceberem muito bem os motivos que levam a que tal aconteça. Geralmente pensam que os outros não gostam deles e não sabem o que fazer para resolver a situação. Falardeau (*ibidem*) salienta que estes indivíduos quando chegam à adolescência têm tendência a ter problemas de depressão mais frequentemente que os outros, e que cerca de 10% tentaram o suicídio nesse momento das suas vidas. Devemos referir que estes problemas não são visíveis no sujeito em estudo,

uma vez que o mesmo demonstra claramente ter uma elevada autoestima e um bom autoconceito sobre si próprio.

Posto isto, não podemos esquecer, que independentemente das competências que uma criança possa ter, sem autoestima dificilmente ela será bem sucedida. Daí ser fulcral o reconhecimento deste problema pelos pais e professores antes de tentarem tratar o comportamento.

Dificuldades de aprendizagem

Segundo Selikowitz (2010: 61), grande parte das crianças com PHDA apresenta um baixo rendimento académico, apesar das dificuldades de aprendizagem se verificarem igualmente nas crianças que não têm problemas de comportamento. Esse desempenho pode ser muito inferior às suas capacidades intelectuais tendo em conta os problemas de atenção, a memória ativa, o escasso controlo dos impulsos, a baixa autoestima, as dificuldades de organização, entre outros. O autor aponta os défices específicos no processamento de informação como as causas mais comuns do insucesso escolar das crianças em questão. Alguns estudos revelam que na área da linguagem um grande número de crianças, que se inclui no tipo predominantemente desatento, apresenta dificuldades no âmbito da linguagem oral, leitura, compreensão de textos, ortografia, escrita e matemática. Neste caso, e tendo em conta a sua desatenção, estas crianças têm um rendimento escolar que pode estar aquém das suas capacidades. Selikowitz (*ibidem*) acrescenta que relativamente aos casos em que os sintomas da perturbação não são graves, os alunos podem ter um bom desempenho escolar ao nível do 1º Ceb. No entanto, quando lhes é exigido uma maior organização e concentração nos anos seguintes, fruto da crescente complexidade das matérias curriculares, estes alunos podem ficar para trás. Nalgumas crianças, o insucesso escolar não se restringe a uma determinada disciplina, mas abrange várias áreas de estudo. Cabe assinalar, que uma grande parte das crianças com PHDA apresentam outros sintomas de comorbidade associados à perturbação, como é o caso da dislexia (Selikowitz, 2010: 28 e 61).

Relativamente ao caso em estudo, e segundo as declarações dos respetivos professores, o mesmo apresenta um rendimento académico satisfatório na maioria das disciplinas, apesar de os mesmos referirem também

que os seus resultados poderiam ser melhores caso o aluno estivesse mais concentrado.

Deste modo, tendo em conta a heterogeneidade do grupo de alunos com PHDA, depreende-se que os problemas a eles associados e o seu grau de afetação variam de aluno para aluno, dado a sua especificidade enquanto indivíduo. Contudo, podemos dizer que as consequências que advêm destes e de outros problemas relacionados com a perturbação, afetam em larga escala a vida do sujeito com PHDA.

A par dos problemas apresentados e tendo em conta os sintomas manifestados por estes indivíduos, existe uma outra situação que poderá estar relacionada com a perturbação e que se prende com os distúrbios do sono. De seguida, abordaremos esta questão que julgamos ser bastante pertinente.

1.4. Distúrbios do sono

O aumento significativo do número de crianças diagnosticadas com PHDA, que temos vindo a assistir na última década, tem suscitado recentes investigações sobre a matéria. Alguns desses estudos levantam dúvidas e questões sobre a possibilidade de muitas crianças consideradas hiperativas necessitarem de mais quantidade e qualidade de sono, e que a origem de determinados comportamentos poderá estar nos distúrbios do sono. Ou seja, os estudos sugerem que há uma grande percentagem de crianças diagnosticadas com PHDA que apresentam perturbações do sono subjacentes, que contribuem de forma independente para o desenvolvimento de irregularidades no seu comportamento.

Segundo Silva (citado por Neto, 2010: 211), metade das crianças e adolescentes com PHDA apresenta problemas no sono, essencialmente em iniciá-lo e mantê-lo. A autora afirma que

“A elevada prevalência de dificuldades no sono nessa população suscitou dúvidas quanto à sua relação com o TDAH e deixou de ser considerada apenas uma consequência do tratamento com estimulantes, visto que os pacientes não medicados também apresentam queixas semelhantes.”

A mesma relembra que os distúrbios do sono foram já considerados um dos sintomas de diagnóstico desta perturbação, mas que por falta de evidências deixaram de estar incluídos nos critérios a partir da terceira edição revista do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III-TR, 1987).

A relação entre o sono e a PHDA tem, efetivamente, impulsionado o interesse de algumas pesquisas, tendo em conta as várias dúvidas que têm sido levantadas sobre este assunto. Estas incertezas levam os investigadores a colocar as seguintes questões: “Será que a presença dos distúrbios do sono na população diagnosticada com PHDA representa uma comorbidade?”, ou “Será que esses problemas de sono podem ser uma condição primária que resultem nos sintomas de desatenção, impulsividade e excesso de atividade motora?” Ou, por outro lado, “Será que a PHDA, como condição primária, provoca problemas específicos no sono?”. Cada uma destas questões obteve confirmação através de diferentes estudos, todavia, ainda não é evidente se a PHDA tem realmente alguma associação com o sono.

A relevância destes estudos baseia-se no facto dos distúrbios do sono resultarem em mudanças de humor, inquietude, dificuldades de concentração, aumento de tempo de reação, prejuízo da vigilância, diminuição da motivação, comportamento agressivo, desobediência, entre outros, sintomas esses geralmente encontrados na PHDA (Silva, citado por Neto, 2010: 212).

Ora, se os distúrbios do sono podem apresentar sintomas semelhantes aos da PHDA, podemos em várias casos estar perante diagnósticos errados de hiperatividade, que resultarão obviamente num incorreto e desadequado tratamento terapêutico com resultados insatisfatórios. Deste modo, ocorre-nos colocar outras questões: “Será que a medicação estimulante, usada habitualmente no tratamento desta perturbação, provoca efeitos negativos no sono destas crianças, impossibilitando-as de ter um sono reparador?”, ou “Será que os medicamentos usados no tratamento poderão agravar o problema do distúrbio do sono?”. Neste sentido, alguns estudos com relatos subjetivos, concluíram que pais de crianças com PHDA medicadas apresentam mais queixas relativamente à insónia, à dificuldade para adormecer e aos pesadelos dos seus filhos, quando comparados aos pais de crianças não medicadas. Porém, estudos com actigrafia e polissonografia não identificaram diferenças

claras e consistentes entre crianças medicadas e não medicadas (Silva, citado por Neto, 2010: 220). No caso da criança em estudo, segundo os relatos da mãe, não existem muitas evidências de que possa padecer deste distúrbio, contudo, destaca-se as dificuldades em adormecer devido a dores de cabeça ou abdominais, tendo igualmente manifestado insónias durante breves dias aquando da troca da medicação estimulante.

De acordo com Silva (*ibidem*), as pesquisas epidemiológicas realizadas no âmbito do sono e da PHDA têm utilizado o método subjetivo e o método objetivo, que se concretizam da seguinte forma:

- Método subjetivo: se o estudo for realizado com crianças (sobre quem ocorreu a maioria das investigações), o mesmo é feito com base nos relatos dos pais, quando o sujeito em estudo é um adulto os relatos são fornecidos pelo próprio paciente. Este método investiga:
 - a) A qualidade e quantidade do sono: dificuldades, latência ou demora para iniciar o sono; regularidade e tempo total de sono; número de despertares à noite e eficiência do sono.
 - b) Hábito do sono e comportamento na cama, como resistência para ir para a cama ou dormir.
 - c) Sintomas de distúrbios do sono, incluindo parassonias (bruxismo - ranger os dentes-, terror noturno, falar durante o sono, sonambulismo) e sintomas relacionados com a respiração (ronco, apneia) e movimentos (movimentos periódicos dos membros, síndrome das pernas inquietas), e sonolência diurna.
- Método objetivo: consiste na monitorização do sono através da polissonografia ou actigrafia, em que há registro simultâneo de algumas medidas biológicas, como eletroencefalograma, eletro-oculograma, eletrocardiograma, eletromiografia dos membros, fluxo oronasal, movimento toracoabdominal, oximetria.

Por conseguinte, nos estudos realizados em crianças com PHDA, as alterações comportamentais no sono mais frequentemente relatadas incluem: relutância ou inability para se tranquilizarem para dormir, muitos despertares durante a noite, sono agitado, dificuldade para iniciar e manter o sono,

pesadelos, terror noturno e, diminuição do nível de alerta durante o dia. Esta excessiva sonolência diurna normalmente gera nas crianças sintomas de hiperatividade e desatenção (Silva, citado por Neto, 2010: 213).

Outro aspeto que julgamos ser importante mencionar diz respeito aos problemas respiratórios. Alguns estudos comprovam que as crianças que sofrem destes problemas apresentam dificuldades no sono que as impede de dormirem de forma adequada e de naturalmente terem um sono de qualidade.

Deste modo, e no que concerne concretamente à importância do sono, pensamos ser relevante salientar que o sono faz parte de uma função biológica fundamental na vida de uma pessoa. O bom senso diz-nos que o propósito de uma noite bem dormida é revitalizar energias de modo a funcionarmos bem num novo dia. Esta teoria é fundamentada em várias pesquisas que demonstram que durante o período do sono o nosso organismo realiza funções importantíssimas com consequências diretas para a saúde, como o fortalecimento do sistema imunológico (produção de anticorpos que combate a doença e as infeções), a consolidação da memória, o relaxamento e descanso da musculatura, e a secreção e libertação de hormonas (ex. somatotropina-substância que promove o crescimento e é segregada pela hipófise durante o sono NREM). Nesta mesma perspetiva, os investigadores avançam com ideia de que o sono pode ser um período em que o crescimento de certos tipos de células se acelera e o organismo se liberta dos subprodutos nocivos acumulados durante as horas de vigília (Reader`s Digest, 1990: 97).

Segundo Silva (citado por Neto:2010: 213), com base nos métodos objetivos de estudo (polissonografia ou actigrafia), foi possível detetar alterações muito variáveis, como o aumento do tempo total de vigília, aumento das latências do sono REM (Rapid Eye Movement) e NREM (Non Rapid Eye Movement), e redução da quantidade de sono REM. Relativamente a este último, o significado ainda é incerto, mas sabe-se que o sono REM está envolvido em processos cognitivos como a consolidação da memória.

Assim sendo, podemos dizer que as características do sono têm uma influência, indiscutível, ao nível do estado físico, emocional, cognitivo e social da vida das crianças. É muito provável que a falta de sono acarrete problemas sob o ponto de vista comportamental, de desenvolvimento e de aprendizagem, na medida em que aumenta a desatenção e a agitação, comprometendo o

rendimento escolar e os relacionamentos interpessoais. Os efeitos de um sono (in)tranquilo, terão certamente repercussões no equilíbrio neurológico de um indivíduo, o que revela a importância da correta avaliação, diagnóstico e respetivo tratamento. Neste sentido, caso se obtenha dados conclusivos de que estamos perante um distúrbio do sono, é necessário realizar uma intervenção educacional e comportamental que foque essencialmente a qualidade do sono, e cujo tratamento em muitas situações passa pela higiene do sono.

Posto isto, tudo indica que a relação entre a PHDA e os distúrbios do sono é plausível, contudo, até ao momento ainda não existem estudos suficientes que comprovem e explicitem de forma evidente esta relação. Silva (citado por Neto, 2010: 214) refere que tendo em conta que as alterações comportamentais como as alterações estruturais ainda se consideram imprecisas, não é possível responder qual é a exata ligação entre o sono e a PHDA. As queixas relatadas (método subjetivo) nem sempre são comprovadas na avaliação objetiva (medidas polissonográficas), existindo algumas discrepâncias quanto aos resultados que advêm de ambos os métodos de estudo. Assim sendo, os clínicos devem ter em mente a necessidade de uma avaliação adequada e completa no sentido de se verificar a presença de problemas significativos do sono. Os respetivos resultados serão, certamente, bastante elucidativos e úteis no tratamento dos distúrbios em causa. Apesar de não haver dúvidas de que muitos indivíduos sofram de PHDA, uma percentagem substancial de casos são, na verdade, distúrbios do sono. Daí, ser deveras importante e necessário que antes de se apresentar um diagnóstico conclusivo de PHDA primeiro se descarte a possibilidade do indivíduo apresentar distúrbios do sono. Estas questões constituem atualmente um grande desafio aos profissionais da área da ciência, neurologia, psiquiatria e psicologia.

De acordo com tudo o que foi mencionado desde o início do trabalho, emerge a necessidade e a relevância em se conhecer quais as causas que originam esta perturbação, resultando, por um lado, numa melhor compreensão da mesma, e por outro, num tratamento mais adequado e eficaz.

1.5. Etiologia

O conhecimento que se tem hoje sobre as causas e a forma como estas influenciam o cérebro tem tido progressos significativos desde a metade da década de 80, com a evolução dos métodos e técnicas de estudo. Todavia, apesar de existirem diversas investigações sobre o tema, estas ainda não revelam dados precisos e conclusivos sobre a identificação dos fatores que originam esta perturbação. Por outro lado, o facto de se terem comprovado que algumas causas antes associadas à perturbação não passam de simples mitos foi de grande importância.

Segundo Barkley (2002: 79) parece ser consensual a existência de uma multiplicidade de causas. Para o autor, os estudos das causas biológicas efetuados por cientistas do comportamento, não trará certezas absolutas sobre o fator principal que por si só esteja na origem do distúrbio.

A pesquisa científica bem fundamentada, sugere que a PHDA poderá ser “resultado de anormalidade no desenvolvimento cerebral, e que essas anormalidades estejam relacionadas mais a fatores hereditários do que as fatores ambientais” (Barkley, 2002: 80). De facto, de uma forma genérica é comumente aceite pela comunidade científica que provavelmente as causas que levam à PHDA são mais endógenas (fatores internos do próprio indivíduo) do que do que exógenas (fatores do meio). Certamente que os fatores ambientais poderão ter alguma influência, potenciando ou amenizando os sintomas essenciais da PHDA, mas dificilmente estarão na sua origem direta (Lopes, 2003: 134).

Partindo de diversos estudos, Barkley (*ibidem*) destaca os seguintes fatores como possíveis causas de tal anormalidade cerebral: fatores neurológicos; fatores ambientais; fatores genéticos. Tendo em conta que a PHDA apresenta uma etiologia multifatorial, possivelmente a interação dos mesmos, a diferentes níveis e intensidades, exercem o seu efeito sobre o indivíduo.

Estas teorias de maior interesse, serão discutidas nos pontos que se seguem.

1.5.1. Fatores neurológicos

No que concerne à química cerebral, segundo Barkley (2002: 81) alguns estudos científicos indicam que o nível de certos neurotransmissores (substâncias químicas do cérebro que permitem que as células nervosas transmitam informações entre si), nomeadamente a dopamina (produzida nas extremidades nos neurónios), se encontra diminuído nos indivíduos com PHDA. Esta ideia é sustentada por várias correntes, que afirmam que os comportamentos de agitação e desinibição comportamental melhoram temporariamente na sequência do efeito de medicação estimulante (como veremos no ponto 2.1.1), que supostamente aumenta a quantidade desses dois químicos no córtex pré-frontal. Através destes estudos foram identificados dois genes que regulam a dopamina e que estão associados à PHDA. Essa evidência leva-nos a crer que provavelmente esta perturbação possa ser causada pela quantidade reduzida de uma ou duas substâncias químicas (a dopamina e possivelmente a norepinefria) produzidas no cérebro destes indivíduos. Apesar desta linha de investigação ser bastante promissora, convém salientar que esta ideia ainda não foi comprovada em definitivo.

Relativamente à atividade cerebral, estudos recentes compararam a atividade elétrica no cérebro de crianças com e sem PHDA, através de um eletroencefalograma, e concluíram que esta se encontra diminuída nos sujeitos com PHDA, sobretudo na área frontal do cérebro. Neste caso, os investigadores verificaram igualmente que tais diferenças eram reduzidas aquando da administração de medicamentos estimulantes (Barkley, 2002: 82, 83 e 86). No que diz respeito ao fluxo sanguíneo, os estudos indicam que o cérebro destas crianças apresenta menor fluxo sanguíneo na área frontal, particularmente no núcleo caudado, parte integrante do corpo estriado. Esta região desempenha uma importante função na inibição do comportamento e na manutenção da atenção, o que ajuda a explicar as dificuldades que as crianças com PHDA manifestam nesse âmbito. Outros estudos mostraram que o corpo caloso era algo menor nas crianças com PHDA do que nas crianças normais. Novamente Barkley (2002: 83) refere que a medicação estimulante tem como efeito o aumento do fluxo sanguíneo nessas áreas pré-frontais de baixa atividade aproximando-o dos níveis normais.

Posto isto, sabendo que determinadas substâncias químicas parecem estar alteradas e que certas regiões se apresentam subdesenvolvidas e subativadas, descobrir qual a razão (ou razões) que levam a que tal aconteça constitui um dos grandes desafios para os cientistas.

1.5.2. Fatores ambientais

Barkley (2002: 86 e 87) destaca dois tipos de fatores ambientais que têm merecido uma especial atenção por parte dos investigadores: o consumo de substâncias químicas durante a gravidez e a exposição ao chumbo.

Grande parte dos trabalhos publicados, sobre o consumo de substâncias no decurso da gravidez, têm demonstrado que as bebidas alcoólicas e a nicotina do fumo do tabaco consumidos durante esse período representam um fator de risco, aumentando as possibilidades do nascimento de crianças hiperativas, podendo esse risco ser ainda maior se a mãe também tiver a perturbação. De acordo com Barkley (2002: 86) estas substâncias revelam-se como uma causa significativa de um desenvolvimento anormal no núcleo caudado e nas regiões frontais do cérebro. Um estudo realizado, em 1992, comprova que a exposição direta ao fumo durante a gravidez e/ou a exposição indireta após o nascimento aumentam as hipóteses destas crianças poderem vir a manifestar problemas de comportamento semelhantes aos dos portadores de PHDA. Porém, Lopes (2003: 137) realça que existem muitos casos documentados nos quais os níveis de consumo de tabaco e álcool foram elevados e os seus filhos são normais, não sendo assim possível estabelecer uma ligação causal entre os dois acontecimentos. Em todo o caso, os excessos de consumo constituem sempre um fator de risco para o nascimento de uma criança hiperativa.

Por outro lado, acredita-se que um dos fatores causadores do aparecimento da PHDA esteja relacionado com a exposição ao chumbo. Alguns estudos demonstram que a presença de chumbo no organismo de crianças muito pequenas parece estar associada a um maior risco de aparecimento de sintomas de hiperatividade e desatenção, principalmente se a exposição ao chumbo ocorrer entre os 12 e os 36 meses de idade. Embora esta relação se mostre constante em diversos estudos, os efeitos deste tipo de

exposição têm sido considerados diminutos, a não ser em casos extremos de exposição. Os níveis altos desta toxina, à semelhança do que acontece com o álcool e a nicotina, podem causar lesões no tecido cerebral, e como tal, podem potenciar os sintomas acima referidos ou mesmo causar a PHDA clinicamente manifestada nalguns casos (Barkley, 2002: 87 e 88).

Para além dos fatores químicos como possíveis causadores da perturbação, Garcia (2001: 31) refere que inúmeras investigações demonstram que os partos prematuros e o baixo peso à nascença têm uma influência negativa sobre os problemas de comportamento infantil. Para alguns autores, “as crianças prematuras, com baixo peso à nascença, que sofreram de anoxemia durante o parto ou de infeções neonatais, têm muitas possibilidades de desenvolver problemas comportamentais e hiperatividade” (*ibidem*). Porém, o mesmo (2001: 32) refere que

“a sua influencia não é universal nem determinante, pois embora incidam em determinados aspetos problemáticos como a inquietude, a falta de atenção, o atraso na maturação, a falta de coordenação motora e as dificuldades de aprendizagem, o seu efeito não é definitivo”

Portanto, para o autor a influência das complicações pré-natais e perinatais parece existir, embora não seja suficiente para causar a perturbação.

1.5.3. Fatores genéticos

O papel da hereditariedade na PHDA tem suscitado o interesse por parte dos investigadores que têm realizado estudos bastante promissores neste âmbito. Segundo Barkley (2002: 88), tais pesquisas apontam para a grande possibilidade de haver uma predisposição genética nesta perturbação. Desde há muito tempo, que ficou claro que os familiares biológicos de uma criança com PHDA apresentavam mais problemas psicológicos do que os familiares de crianças normais, dos quais se incluem: depressão, alcoolismo, problemas de conduta ou comportamento antissocial e hiperatividade. Estudos realizados com familiares diretos e com gémeos (com maior incidência nos monozigóticos) de crianças com o distúrbio têm demonstrado dados significativos quanto à influência da hereditariedade na PHDA.

Face à grande importância e complexidade da perturbação em causa, os cientistas continuam a conduzir estudos em busca de respostas que nos permitam perceber como é que a perturbação é transmitida de uma geração a outra; que genes estão relacionados com a perturbação (visto já se terem descoberto pelo menos 2); se há relação com o sexo da criança; se é possível localizar os genes, etc. Pesquisas recentes confirmam que pelo menos dois genes podem estar relacionados com a PHDA. Um deles, o D4RD, está relacionado com a dimensão da personalidade conhecida como “buscador de novidades”, que levam o indivíduo a exibir um comportamento direcionado para a busca de novas sensações, de correr riscos, de impulsividade e inquietação. O outro gene, o DAT1, auxilia a regulação da atividade da dopamina no cérebro, pela influência sobre a rapidez com que esta é removida da sinapse, a pequena conexão entre os neurónios. Está também demonstrado que possivelmente a PHDA resulta de múltiplos genes, que ocorrem em combinações particulares nos indivíduos com PHDA comparativamente aos que não têm o distúrbio (Barkley, 2002: 89).

Posto isto, podemos concluir que a genética representa um fator extremamente relevante na causa da PHDA, devendo ser encarado da mesma forma do que outros traços característicos. Ou seja, para Barkley (2002: 90), a PHDA deveria ser entendida como uma forma extrema de um traço que todos possuímos, e que não é culpa nem da criança nem dos pais. Fica assim demonstrado que o ambiente em que a criança se encontra e desenvolve desempenha um papel muito reduzido na sua causa.

Por fim, podemos constatar que existem inúmeras teorias que procuram explicar a etiologia da PHDA. Porém, na medida em que ainda não se conseguiu identificar um fator causal único, admite-se que possam existir múltiplos fatores que interagem conjuntamente, a níveis distintos e com diferente intensidade. Esta questão da etiologia ainda carece de mais investigação e conseqüentemente de confirmação por parte da comunidade científica.

1.5.4. Alguns mitos sobre as causas da PHDA

Barkley (2002: 90-97) e Lopes (2003: 138-144) referem que ao longo dos tempos foram discutidos vários fatores que possivelmente estariam na origem da perturbação, e que não tiveram qualquer base científica a sustentá-los, tais como: a alimentação, a sobredosagem vitamínica, a deficiência de produção da hormona tiroideia, o desequilíbrio do sistema vestibular; excesso de televisão; e o estilo educativo parental e organização familiar.

Relativamente à ingestão de produtos químicos e aditivos **alimentares**, alguns estudos concluíram que a PHDA não deriva de nenhum tipo destes fatores, assim como a alteração dos hábitos alimentares, através de uma dieta específica, não era eficiente no tratamento e redução da hiperatividade.

Quanto à **sobredosagem vitamínica**, esta teoria foi também apontada como uma das possíveis causas que provocavam a perturbação em questão, mas os estudos realizados durante décadas nunca confirmaram esta hipótese.

Noutra linha de pensamento surge a teoria de que uma **deficiência na produção da hormona tiroideia** pudesse estar relacionada com a PHDA, visto alguns sujeitos hiperativos possuírem níveis baixos da hormona referida. Mais uma vez, pesquisas realizadas posteriormente não corroboraram estes resultados, rejeitando, assim, esta ideia e a necessidades de se realizarem exames neste âmbito.

Um médico americano defendeu a ideia que a hiperatividade estaria relacionada com um **“desequilíbrio no sistema vestibular”**, uma vez que este além de regular o equilíbrio, balanço, sentido da gravidade e movimentos da cabeça, regula igualmente os níveis de energia, pelo que qualquer alteração neste sistema provocaria hiperatividade e impulsividade. Embora o autor afirme que os tratamentos farmacológicos que utilizou obtiveram resultados benéficos num grande número de casos, o certo é que estudos posteriores concluíram seguramente que esta teoria não é consistente.

Uma outra teoria levantou a ideia de que a PHDA seria causada pelo **excesso de televisão**. Ora, esta temática tem de facto originado alguns debates, bem como, a publicação de vários artigos sobre o número de horas que as crianças e adolescentes dedicam à televisão. Diversas opiniões

suscitam a ideia de que o facto de elas estarem horas seguidas em frente ao ecrã surte efeitos nos seus comportamentos, sociabilidade e cognição, podendo despoletar a hiperatividade. Para Barkley (2002: 97) não existe nenhum estudo científico que demonstre que crianças com esta perturbação vêm mais televisão que crianças normais. Havendo efeitos positivos ou negativos da televisão, esses serão distribuídos de forma equitativa tanto por hiperativos como não hiperativos. Desta forma, não existem estudos que evidenciem que a televisão provoca PHDA, e que estas crianças poderão ser mais prejudicadas por verem demasiada televisão.

Segundo Barkley (2002: 95 e 96; Lopes, 2003: 142 e 143), algumas teorias apontam o meio ambiente como o causador da PHDA. Alguns indivíduos afirmam que o comportamento hiperativo resulta do estilo parental e da organização familiar, particularmente, no fraco **controlo parental** sobre as crianças. Os mesmos acreditam que, possivelmente, uma educação permissiva ou negligente que não disciplina o suficiente e não impõe regras e limites, pode resultar nalgumas características que se confundem com a hiperatividade ou a impulsividade. Contudo, é deveras importante salientar que os comportamentos manifestados por crianças que não possuem uma educação adequada e assertiva, não podem nunca ser confundidos com a impulsividade de uma criança com PHDA, que tem uma origem provavelmente orgânica. Lopes corrobora a ideia de que as crianças impulsivas sem a perturbação geralmente desencadeiam os comportamentos impulsivos, provocatórios e inadequados devido à presença dos pais, podendo apresentar condutas adequadas quando não estão na sua presença. Para Lopes (2003: 142), a evidência científica é inequívoca relativamente a esta questão: por norma os pais das crianças hiperativas-impulsivas têm tendência a serem menos permissivos e mais esforçados do que o normal, transmitindo muitas orientações e impondo mais regras e punições, tornando-se mais monitorizadores.

Uma das melhores provas quanto à irrelevância da educação parental como causadora da PHDA, é fornecida por diversos estudos realizados por Barkley (2002: 95) que revelam que a administração de medicação estimulante nas crianças com a perturbação teve como efeito a melhoria do comportamento relativamente às mães, ao mesmo tempo que as mesmas melhoravam igualmente o seu comportamento face aos filhos. Lopes (2003: 143) reitera o

facto de que esta situação demonstra que “os comportamentos controladores e muitas vezes negativos dos pais constituem uma reação à impulsividade e hiperatividade dos filhos e não uma causa dos mesmos”. Não obstante, certamente que haverá alguns pais de crianças com PHDA que praticam um estilo educativo inconsistente que tende a agravar (não é o mesmo que provocar) o problema dos seus educandos. Contudo, seguramente que a firmeza de monitorização deverá ser maior com estas crianças.

Segundo Barkley (2002: 95), algumas afirmações apontam no sentido de que a **desorganização e o caos familiar** pode ser a causa da PHDA. Porém, com base em determinadas pesquisas concluiu-se que, efetivamente, a vida caótica e disfuncional de famílias com pais que manifestam problemas psicológicos pode contribuir diretamente para o risco de uma criança apresentar comportamento agressivo e antissocial, contudo não pode ser considerada causadora da perturbação. É provável que existam famílias de crianças hiperativas que são desorganizadas, todavia, apesar de poderem ocorrer em simultâneo os dois acontecimentos não se encontram relacionados.

Assim sendo, todas as evidências mencionadas demonstram que é altamente improvável que qualquer causa(s) meramente social(ais), como erros educativos, desorganização familiar, desvantagem social, entre outros, possam acarretar o aparecimento da PHDA. Estes fatores podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos agressivos, de oposição ou desafio, mas não têm qualquer implicação ou influência na origem da perturbação.

Por conseguinte, e atendendo às evidências de diversos estudos recentes, tudo indica que a PHDA se deve ao esgotamento de determinados mensageiros químicos na zona frontal do cérebro, sendo que a sua causa principal estará relacionada com a geneticidade (Selikowitz, 2010: 129).

Posto isto, e após conhecermos a evolução conceptual da designação de PHDA, a sua definição, características e problemas associados, bem como as possíveis causas que a originam, importa agora saber como é realizada a avaliação e o diagnóstico. Assim sendo, este assunto será debatido no ponto que se segue.

1.6. Avaliação e Diagnóstico

Quando uma criança apresenta os sintomas de PHDA, que lhe impedem de obter um sucesso académico desejável, de manter relacionamentos interpessoais, e que chegam mesmo a afetar gravemente o seu desenvolvimento e funcionamento, surge então a necessidade de a mesma ser avaliada por especialistas com o intuito de compreender a razão dos seus comportamentos.

O diagnóstico da PHDA requer uma avaliação bastante complexa, que envolve uma equipa multidisciplinar de vários profissionais (psicólogo educacional, pedopsiquiatra, pediatra, neurologista, professores), que trabalham em estreita colaboração com os pais da criança. De acordo com Parker (2003: 15), embora não exista qualquer exame físico, ou um único teste, que por si só seja capaz de realizar um diagnóstico fiável que confirme a PHDA, existem diversos procedimentos de avaliação que em conjunto podem facultar informação útil na elaboração do mesmo. A formulação e confirmação do diagnóstico geralmente é feita com base na informação recolhida junto dos pais, das crianças, dos professores e outros intervenientes no processo educativo, através de entrevistas e do preenchimento de questionários padrão concebidos para ajudar a diagnosticar a perturbação. Trata-se, portanto, de um diagnóstico clínico baseado em critérios comportamentais que estão sujeitos a subjetividade na avaliação.

Assim sendo, o diagnóstico inclui uma série de etapas. Primeiramente, é necessário realizar uma avaliação cuidada e detalhada da história clínica, recorrendo essencialmente a uma ficha de anamnese, aos antecedentes pessoais e familiares, e à avaliação neurodesenvolvimental (ex. psicomotricidade, visão e audição). A par desta avaliação deve ser igualmente realizada uma avaliação comportamental, através da observação direta na consulta, e das informações de pais e professores percebendo o modo como a criança aprende e se comporta em casa e na escola. Recorre-se, assim, à descrição dos comportamentos das crianças em escalas de avaliação comportamental (ex. a escala de avaliação de Conners, escala de avaliação de PHDA-IV), avalia-se o seu desempenho em testes específicos (ex. psicométricos), psicológicos, educacionais e outros procedimentos não

rotineiros (ex. análises especiais, ressonância magnética, eletroencefalograma, tomografia). É imprescindível que o especialista observe atentamente a criança para despistar a existência de outras perturbações que possam estar a interferir na aprendizagem e/ou no comportamento.

Estes aspetos podem conduzir a um diagnóstico completo e correto, sendo este o primeiro passo para a conceção de um plano de tratamento adequado e eficaz, que inclua estratégias apropriadas de apoio à criança. Importa salientar que o diagnóstico precoce permite que tanto os pais como os professores possam intervir mais cedo no tratamento da perturbação. Segundo Nielsen (1999: 59) a PHDA “é um problema que requer um diagnóstico e um tratamento adequados, a fim de evitar sérias complicações a longo prazo”.

Todavia, apesar de toda a importância mencionada, de acordo com Lopes (2003: 152) na prática e no caso específico do nosso país, atualmente não tem sido possível cumprir e preencher todos estes requisitos. Neste sentido, gostaríamos apenas de realçar que em nosso entender, a falta de rigor e de trabalho em equipa foi patente no nosso caso em estudo, como teremos oportunidade de ver mais à frente.

Para ajudar na elaboração de um diagnóstico mais preciso, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) estabeleceu critérios de diagnóstico que estão bem definidos no DSM-IV-TR (2002: 92 e 93). Essa lista contém 18 sintomas, dos quais 9 referem-se à desatenção, 6 à hiperatividade e 3 à impulsividade. O quadro que se segue apresenta os critérios de diagnóstico para a PHDA.

A. (1) ou (2):

Falta de atenção

(1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

- a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades;
- b) com frequência apresenta dificuldades em manter a atenção em tarefas ou atividades;
- c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;
- d) com frequência não segue instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);

e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas ou atividades
f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram esforço mental mantido (tal como trabalhos escolares ou de índole administrativa);
g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo: brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.
<u>Hiperatividade</u>
(2) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade-impulsividade devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:
a) com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
c) com frequência, corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência)
d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente em atividades de lazer;
e) com frequência “anda” ou só atua como se estivesse “ligado a um motor”;
f) com frequência fala em excesso.
<u>Impulsividade</u>
g) precipita as respostas antes que as perguntas tenham terminado
h) tem dificuldade em esperar pela sua vez
i) interrompe ou interfere nas atividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos)
B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.
C. Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, escola, trabalho, casa).
D. Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo de funcionamento social, académico ou laboral.
E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

Quadro 1 – Critérios de Diagnóstico da PHDA (DSM-IV-TR: 2002: 92 e 93)

Além destes critérios, outro facto relevante diz respeito à necessidade do diagnóstico ser feito em “contextos estruturados”, sobretudo na sala de aula, visto que é em “ambientes altamente estruturados e orientados para a tarefa, em que as exigências curriculares, comportamentais e cognitivas são especialmente acentuadas” (Lopes, 2003: 51). Nestes contextos são visíveis determinados padrões comportamentais que podem não ser observados em contexto clínico. Tal como tem sido mencionado por vários autores, é essencial que se façam períodos de observação mais ou menos prolongados nos contextos em que os sintomas ocorrem com mais frequência, pelo que os professores são considerados observadores particularmente privilegiados das manifestações da PHDA (Lopes, 1996: 61).

Para concluir, podemos afirmar que o primeiro passo para o tratamento da PHDA é a obtenção de um diagnóstico correto. Esta circunstância requer uma avaliação cuidada, bem refletida e abrangente, implicando uma série de passos no âmbito da abordagem clínica e comportamental, que inclua por exemplo: historial clínico detalhado, observação, inquéritos e entrevistas (pais e professores), testes psicométricos e outros testes específicos, se for necessário. Ressalta-se a importância da avaliação ser realizada por uma equipa multidisciplinar, de modo a que se possa obter uma visão o mais global possível.

Ora, sabendo que na grande maioria dos casos as avaliações e os diagnósticos não são efetuados com este cuidado e rigor, e sabendo que o número de diagnósticos tem aumentado substancialmente nos últimos anos, levanta-se a seguinte dúvida e questão: “Será que não existem diagnósticos de PHDA incorretos, tratando-se muitas vezes de falsos negativos (não apresentam a perturbação mas foram diagnosticados como tendo PHDA)?” E por outro lado, será que também não existem falsos positivos (têm a perturbação mas não foram diagnosticados como tal) que não obtêm qualquer tratamento e que vêm assim a sua problemática desvalorizada resultando em casos de insucesso?

Deste modo, para que tal não aconteça é fundamental realizar um diagnóstico criterioso, considerando, igualmente, o diagnóstico diferencial que abordaremos de seguida.

1.6.1. Diagnóstico Diferencial

Diversas condições médicas (ex. défices de audição, apneia do sono e interações medicamentosas) psiquiátricas (ex. ansiedade, transtornos do humor, problemas de aprendizagem) ou de desenvolvimento, apresentam sintomatologia similar à PHDA, exigindo assim, um diagnóstico diferencial. Segundo Lopes (2003: 165),

“O diagnóstico do DHDA implica um processo complementar da caracterização do problema, que consiste em o diferenciar de outro tipo de problemas que potencialmente com ele se confundem. Este processo recebe a denominação de “diagnóstico diferencial” (Barkley, 1990)”

De acordo com o DSM-IV-TR (2002: 91), durante o período da primeira infância pode ser realmente difícil distinguir os sintomas da PHDA de certos comportamentos característicos e adequadas a essa faixa etária, visto que as crianças pequenas são naturalmente ativas, energéticas e curiosas.

As crianças com QI baixo quando são colocadas em situações escolares desadequadas à sua capacidade intelectual manifestam sintomas de falta de atenção, pelo que estes comportamentos se devem distinguir de sinais semelhantes em crianças com PHDA. Nas crianças com Deficiência Intelectual apenas se deve realizar um diagnóstico adicional de PHDA se os sintomas de hiperatividade e desatenção foram excessivos relativamente à idade mental da criança. Por outro lado, a falta de atenção pode também verificar-se, na sala de aula, em crianças com elevado nível intelectual quando colocadas em meios escolares pouco estimulantes (ex. sobredotados).

Quanto aos indivíduos com comportamentos de oposição, estes podem resistir a executar determinadas tarefas, simplesmente pela sua recusa em aceitar instruções e exigências dos outros. Sendo assim, estes sintomas devem distinguir-se do evitamento e relutância perante as tarefas escolares observadas nos sujeitos com PHDA, que não o fazem por oposição, mas por outros motivos já assinalados.

Relativamente ao aumento da atividade motora que poderá ocorrer na PHDA, convém diferenciar esses comportamentos de desassossego e inquietação mais generalizados, do comportamento motor repetitivo, centrado e fixado (ex. movimentos de embalar) que caracteriza a Perturbação de

Movimentos Estereotipados, sendo que estes sujeitos por norma não são hiperativos, podendo até revelar hipoatividade para além da estereotipia.

Tendo em conta um dos critérios de diagnóstico da PHDA, é conveniente salientar que esta perturbação não se diagnostica se os sintomas forem melhor explicados pela presença de outra perturbação mental, como por exemplo: Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação da Personalidade, Perturbação Dissociativa, entre outras. Em todas estas perturbações os sintomas de falta de atenção têm início tipicamente depois dos sete anos de idade, e o seu historial escolar normalmente não é caracterizado por comportamento disruptivo ou queixas dos professores relativamente à tríade sintomatológica de desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Quando coexistir uma Perturbação de Humor ou Perturbação de Ansiedade com a PHDA, cada uma delas deverá ser diagnosticada de forma separada. Se os sintomas de hiperatividade e falta de atenção ocorrerem unicamente durante o decurso de uma Perturbação Global do Desenvolvimento, ou de uma Perturbação Psicótica, então, nestes casos não se pode efetuar um diagnóstico de PHDA. No que diz respeito aos sintomas de falta de atenção, hiperatividade ou impulsividade relacionados com o uso de medicação (ex. broncodilatadores) nas crianças antes dos sete anos, diagnosticam-se como Perturbação pela Utilização de Outras Substâncias sem Outra Especificação, e não como PHDA.

Desta forma, e somente após se conseguir realizar uma avaliação cuidada, diferenciando a PHDA de outro tipo de problemas que com ela se confundem, será possível elaborar um diagnóstico correto que nos conduzirá a uma intervenção adequada e eficaz. Esta etapa tão crucial será explanada no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2 – TRATAMENTO E INTERVENÇÃO

Depois de se ter realizado a avaliação e diagnóstico, coloca-se a questão sobre o tipo de tratamento e intervenção mais adequado para o indivíduo em causa.

Sabe-se que nas últimas 30/40 décadas muitas investigações e publicações se têm realizado em torno da intervenção e tratamento da PHDA, com o intuito de se entender quais as formas de intervenção mais adequadas. Neste sentido, podemos assegurar que já foram alcançados progressos significativos no controlo da perturbação. Como é óbvio, essas estratégias têm sofrido várias alterações ao longo dos tempos, consoante os diferentes estudos, respetivo enfoque e concetualização.

Tendo em conta que se trata de uma perturbação permanente, incurável e não patológica, que condiciona a vida do sujeito em vários domínios, é crucial que se encontrem estratégias para lidar com a situação, “procurando mantê-la dentro dos limites que não se revelem gravosos para o sujeito e para os que com ela convivem” (Lopes, 2003: 199). Não podemos esquecer que esta perturbação não tem cura, mas pode ser tratada, controlada e minimizada.

Como já foi realçado anteriormente, o tratamento de uma criança com PHDA deve ser ponderado, e apenas deverá ser posto em prática após uma avaliação completa, holística e correta, realizada por uma equipa multidisciplinar. Convém salientar que o tratamento não deverá ser usado apenas porque a criança é agitada, adota um comportamento irrefletido, os professores fazem imensas queixas, ou mesmo por falta de controlo parental.

Segundo Parker (2003: 19) para que o tratamento seja bem sucedido, é necessário que o mesmo siga um plano de tratamento combinado que englobe quatro pilares: acompanhamento médico, planeamento educacional, modificação do comportamento e aconselhamento psicológico. Na perspetiva de Lopes (*ibidem*), embora ainda persistam algumas dúvidas quanto à etiologia e intervenção mais adequada, os estudos sugerem, de uma forma cada vez mais consensual, três tipos de abordagens terapêuticas fundamentais: a medicação (produz efeitos mais claros e duradouros); as intervenções comportamentais (coadjuvantes essenciais da medicação), e as intervenções cognitivo-comportamentais. Além destes aspetos cruciais, Lopes (2003: 200)

salienta que é necessário que a intervenção se realize de uma forma abrangente, e em todos os contextos onde a criança se movimenta, desde os primários (família e escola) aos secundários (casa de familiares e amigos, locais de lazer, etc). Deste modo, é extremamente importante obter a participação e o envolvimento de todas as pessoas que estão em maior contacto com a criança, devendo ser traçada uma estratégia comum de atuação a longo prazo. A escolha e implementação da intervenção deverá ser feita pelo(s) mesmo(s) profissional(ais) que teve(tiveram) um papel ativo no processo de avaliação. Em conjunto com os outros agentes educativos, todos devem assumir um papel preponderante no sentido de ajudarem a criança a conseguir um maior autocontrolo, a diminuir comportamentos disruptivos, a reagir da melhor forma às situações que enfrenta no seu dia a dia, a melhorar as suas relações sociais, o seu desempenho escolar e a sua autoestima, permitindo um desenvolvimento emocional mais harmonioso, evitando a evolução para comportamentos antissociais e de marginalidade.

Posto isto, é nosso intuito perceber, de seguida, como podemos ajudar as crianças com PHDA a melhorar o seu comportamento, particularmente nos contextos onde passa a grande maioria do tempo: a casa e a escola.

2.1. Terapia Farmacológica

Ao longo dos tempos o tratamento farmacológico tem sido largamente debatido, existindo um vasto número de estudos que aponta no sentido de que este pode, efetivamente, ser um componente precioso no tratamento desta perturbação. Segundo Barkley (2002: 277 e 284), esses mesmos estudos indicam que os estimulantes (também denominados de psicoestimulantes), alguns antidepressivos, e a clonidina podem ser muito benéficos para os indivíduos que apresentam esta perturbação. Para o mesmo autor, os estimulantes em particular, têm sido bastante utilizados e têm demonstrado uma enorme eficácia na melhoria significativa do comportamento, do rendimento escolar, e no ajustamento social numa percentagem entre 70 a 90% das crianças tratadas.

Contudo, este é um tema controverso que tem gerado muita polémica à volta de várias questões, como por exemplo: “Será que os fármacos estão indicados em todos os casos de PHDA?” Segundo o autor, a medicação pode não resultar em todos os casos, dado que depende de outros fatores ou problemas. Alguns estudos mostram que 10 a 30% das crianças não exibem qualquer melhoria e que nalguns casos o comportamento até se agrava. Ao que tudo indica, quanto mais severos forem os sintomas, provavelmente, melhor será a resposta à medicação. Também foi demonstrado nalguns estudos que quando mais ansiosa for a criança, possivelmente menos reações positivas ela terá com a medicação (Barkley, 2002: 291). Desta forma, Barkley (*ibidem*) afirma que “um diagnóstico de TDAH não deve constituir uma recomendação para o tratamento automático com drogas”. Na opinião do autor (2002: 292) a prescrição da medicação pode ser adiada até que outras intervenções tenham sido tentadas. Todavia, quando o comportamento se revelar grave e a família não puder participar no treinamento de controlo da criança, os medicamentos podem ser a forma mais válida no tratamento inicial. Ou seja, nos casos em que o comportamento é mesmo difícil, a farmacoterapia pode ser o modo mais rápido e eficiente de lidar com estas condutas até que outras formas de tratamento possam ser iniciadas. A partir do momento em que se verificarem progressos com outras terapias, poder-se-á reduzir ou interromper a medicação, embora isso nem sempre seja possível.

Garcia (2001: 64) corrobora a ideia de Barkley, referindo que a maioria dos especialistas partilha da opinião de que a medicação deve ser prescrita quando os métodos psicológicos não são suficientes, devido à gravidade e à extensão dos problemas, ou então devido ao facto dos adultos (essencialmente pais e professores) não os conseguirem colocar em prática e seguir as recomendações do terapeuta. Selikowitz (2010: 208) afirma que algumas crianças com sintomas ligeiros conseguem ultrapassar as suas dificuldades sem recorrerem à medicação, mas que as crianças com PHDA grave ou moderada necessitam de a usar, visto que as estratégias educativas utilizadas isoladamente revelam-se inadequadas. Assim sendo, qual será o motivo que leva a que isto aconteça? Ora, na perspetiva de Selikowitz (*ibidem*) a mudança de comportamento através das terapias comportamentais consiste em recompensar o comportamento desejado e em ignorar o inadequado, mas isto

nem sempre é possível com crianças que apresentam esta perturbação, uma vez que o comportamento desejado raramente é demonstrado para que possa haver reforço. Por sua vez, o comportamento indesejado pode ser tão violento ou perigoso que se torna impossível ignorá-lo. Noutra perspetiva, segundo o mesmo autor a memória e a atenção destas crianças podem estar de tal forma afetadas que elas não teriam qualquer benefício dos programas educativos sem a ajuda da medicação.

Deste modo, e reiterando o que anteriormente já foi referido, para que se possa prescrever a terapia farmacológica e o tratamento esteja adequado, é fundamental que a criança seja bem avaliada e examinada do ponto de vista físico e psicológico. Além desta avaliação inicial, para que o médico possa estabelecer a dose adequada é necessário que o mesmo avalie a criança periodicamente a fim de apurar que resposta está a ser conseguida com o tratamento, bem como os respetivos efeitos secundários. Quando se trata de crianças mais velhas ou adolescentes, é muito importante que o médico converse e explicita acerca da utilização do medicamento e quais as razões que levam ao seu uso. Primeiro deve-se transmitir que a criança é capaz de se concentrar, embora isso exija dela um grande esforço, e que o papel dos medicamentos é facilitar-lhe essa tarefa. Segundo Selikowitz (2010: 209), a analogia mais aceitável e que pode ser muito útil consiste em explicar que há crianças que usam óculos para verem melhor devido a um problema visual, enquanto que há outras que tomam medicamento para se concentrarem melhor e ativarem zonas do cérebro que não estão a funcionar devidamente. É conveniente realçar o facto de que os óculos não decidem para onde se deve olhar, assim como os medicamentos também não controlam aquilo em que se deve pensar. De facto, para que se consigam alcançar os melhores resultados é mesmo essencial que a criança compreenda o papel dos medicamentos.

Por conseguinte, Barkley (2002: 279) refere que antes de os pais concordarem com a administração de um medicamento ao seu educando, estes devem-se informar acerca das indicações terapêuticas, contra indicações, efeitos secundários, advertências e preocupações especiais quanto ao uso da medicação.

Relativamente aos diversos fármacos existentes no tratamento da PHDA, Sousa (2003, citado por Lopes, 2003: 238), elaborou um quadro no qual se pode verificar a diversidade de fármacos utilizados nesta perturbação.

Psicoestimulantes	<ul style="list-style-type: none"> ○ D-anfetamina ○ D,L –anfetamina ○ Metilfenidato ○ Modafinil ○ Pemoline
Antidepressivos	<p>Inibidores da monoaminoxidase</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mao- A ○ Mao-B ○ Moclobamida ○ Fenelzine <p>Inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Citalopram ○ Fluoxetina ○ Paroxetina ○ Sertralina <p>Inibidores seletivos de recaptção da noradrenalina (ISRN)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Atomoxetina <p>Inibidores seletivos de recaptção da serotonina e noradrenalina (ISRSN)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Venlafaxina <p>Tricíclicos e afins</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Amitriptilina ○ Clomipramina ○ Desimipramina ○ Imipramina ○ Nortriptilina <ul style="list-style-type: none"> ○ Bupropiona
Agonistas 2 centrais	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clonidina ○ Guanfacina
Agentes colinérgicos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nicotina
Novos fármacos e fármacos com novas indicações para crianças e adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> ○ ABT 089 ○ Atomoxetina ○ Donepezil ○ Buspirona

Quadro 2 – Categorias de fármacos utilizáveis na PHDA

Uma vez que não consideramos pertinente para o estudo fazer uma descrição de todos os fármacos possíveis de administrar no tratamento da PHDA, de seguida centrar-nos-emos apenas nos medicamentos estimulantes, visto serem estes os mais utilizados na generalidade dos sujeitos em questão, inclusive o nosso caso de estudo em particular.

2.1.1. Os estimulantes

De acordo com Barkley (2002: 284, 290), os medicamentos estimulantes são os fármacos psiquiátricos mais usados em crianças em idade escolar, principalmente nos casos em que se manifesta a desatenção, a hiperatividade ou o comportamento impulsivo, de tal forma grave e severo que prejudica o sujeito, criando problemas na escola e no ajustamento social. Nestas situações, os três estimulantes mais recomendados são o metilfenidato (Ritalina), d-anfetamina (Dexedrina, Dextrostat), e pemolina (Cylert). Existe ainda um estimulante resultante da combinação d- e l-anfetamina (Adderall).

Segundo o autor (2002: 293), nos seus casos clínicos é na Ritalina que normalmente recai a primeira escolha do tratamento, pois além do efeito comprovado em sujeitos de várias idades, dispõe de mais informações relativamente às indicações de doses a serem usadas. Deste modo, o metilfenidato, cujo nome comercial pode ser a Ritalina, Rubifen ou Concerta, é atualmente o mais utilizado, embora seja cada vez maior a controvérsia perante o uso destes fármacos no tratamento de crianças.

Na perspetiva da comunidade científica em geral, não existem dúvidas quanto à eficácia e segurança destes fármacos no tratamento desta perturbação (Lopes, 2003: 239). Todavia, caso a criança não responda positivamente a um estimulante, não é necessário que se descarte estes fármacos, recomendando-se que se utilize outro estimulante. No caso de esse também falhar pode-se trocar por um antidepressivo, e se nada disso resultar então o tratamento farmacológico deverá ser interrompido ou eliminado definitivamente.

Barkley (2002: 284) refere que os estimulantes têm esta designação devido à sua capacidade em aumentar o nível de atividade ou excitação do cérebro,

“Pois parece que a área do cérebro que eles ativam é responsável pela inibição do comportamento e pela manutenção dos esforços de atenção para lidar com diversas situações e coisas. De alguma maneira eles aumentam o freio do cérebro sobre o comportamento. Isso parece ocorrer, e é extremamente útil para portadores de TDAH”

Para muitos esta ideia parece um contrassenso, na medida em que não faz sentido dar estimulantes a crianças que por si só já são hiperativas e

excitadas. Porém, o que hoje em dia se sabe é que estes químicos ativam a área cerebral que é responsável pela inibição do comportamento e por manter o esforço e a atenção. Ou seja, os estimulantes funcionam através do aumento da ação de determinadas substâncias químicas presentes naturalmente no cérebro (os neurotransmissores), sabendo que duas delas são a dopamina e a norepinefrina (ou noradrenalina) que se concentram na região frontal, onde se acredita que possa estar a raiz dos problemas da PHDA.

Barkley (2002:285) refere que indubitavelmente os estimulantes produzem efeitos positivos ao nível da atenção continuada, persistência do esforço para o trabalho, redução da impaciência e da atividade motora global, e melhoria nas relações interpessoais. Neste último caso, existe a preocupação entre os profissionais de que estas medicações possam reduzir o interesse das crianças em se socializarem. Estudos recentes não demonstraram essa ocorrência como um problema, embora possa ser possível, caso a criança esteja a tomar uma dose muito alta do medicamento. O autor acrescenta (*ibidem*) que a maioria das crianças medicadas demonstra uma diminuição substancial da sua impulsividade e agressividade, fazendo menos barulho, tendo menos problemas de adaptação, de desobediência e menos atitudes destrutivas. Por outro lado, a medicação não incrementa a inteligência, mas aumenta sim a capacidade de aprendizagem, a qualidade de precisão do trabalho, a melhoria da sua memória, de evocação recente, e de expressar o que acabou de aprender. Deste modo, tendo em conta estas melhorias e efeitos positivos, muitas vezes o comportamento das crianças até parece normal. Todavia, não podemos esquecer que cada caso é único, e como tal o grau de melhoria difere de uma criança para outra.

Segundo Garcia (2001: 61 e 63), o médico costuma decidir o estimulante mais adequado para cada criança, a partir dos seguintes critérios: tempo que os efeitos sobre o comportamento infantil demoram a produzir-se; duração dos mesmos; efeitos secundários indesejáveis; a confiança que o profissional tem no fármaco e a sua familiaridade com este. As doses recomendadas têm que ser específicas e adequadas a cada criança em particular, de acordo com a idade, o peso, a velocidade com que absorve o medicamento, e essencialmente tendo em conta as necessidades clínicas e as respostas da criança. Não podemos esquecer que existem diferenças entre as crianças

quanto à absorção digestiva da medicação, e até mesmo no caso da própria criança há variações conforme os dias.

É de salientar, que as doses devem ser ministradas de forma progressiva, começando pela dose mais baixa até se atingir a menor dose possível e eficaz. Por outras palavras, é sempre preferível que a criança tome a dose mínima necessária para que obtenha a melhoria satisfatória. Esses possíveis aumentos nas doses diárias e na sua frequência terão que se basear numa avaliação da resposta da criança ao fármaco utilizado, mediante os relatos dos pais e professores quanto à melhoria dos comportamentos habitualmente apresentados. Caso se verifiquem apenas pequenas alterações ou se estas não se prolongarem pela tarde, os especialistas recomendam aumentar as doses em proporções adequadas, tal como ocorreu com a criança em questão. Recomenda-se a monitorização do tratamento um mês após o seu início, de forma a avaliar a eficácia, os efeitos secundários e, eventualmente, ajustar a dose. Depois de estabelecido o tratamento eficaz, o acompanhamento deve fazer-se pelo menos a cada seis meses. É igualmente essencial uma reavaliação anual sobre a necessidade de manter o tratamento, em função da informação de pais e professores no início de cada ano letivo, após um período sem medicação.

Novamente, de acordo com Barkley (2002: 286) os estimulantes são de administração oral, sendo absorvidos rapidamente pela corrente sanguínea e atravessam rápida e facilmente a barreira hematoencefálica para chegar ao cérebro. No que diz respeito à sua eliminação do organismo, esta faz-se em 24h, o que significa que caso a criança apresente alguma reação indesejável esta terá uma duração curta de apenas umas horas a um dia, o que é benéfico. Quando for necessário suspender a toma do medicamento, não será necessário fazer uma redução gradual. Dependendo da dose e do seu tipo de libertação (imediate, prolongada), o medicamento pode ser administrado apenas uma vez ao dia, ou necessitar de mais do que uma toma por dia, sendo diferente o seu tempo de duração, que pode oscilar entre as 3 e as 12 horas. O efeito pode também variar consoante a criança, dependendo da rapidez com que o seu organismo metaboliza (absorve) o medicamento e também da velocidade com que os níveis de neurotransmissores são absorvidos pelo cérebro. Após a ingestão da medicação, algumas alterações do

comportamento são notórias dentro de 30 a 60 minutos, mas pode depender do tipo de fármaco que está a ser utilizado. É de referir que por vezes surge a necessidade de fazer associação a outros fármacos. Quanto à tolerância do medicamento, alguns médicos detetaram casos raros relativamente a crianças que desenvolveram alguma tolerância (perda de efeito) durante um longo período de utilização, mas os estudos de pesquisa não foram capazes de documentar esse efeito.

No que concerne aos efeitos colaterais destes fármacos, Barkley (2002: 287-290) menciona que podem surgir nas crianças vários efeitos resultantes da toma dos mesmos, embora na grande maioria eles sejam mínimos. Selikowitz (2010: 219) acrescenta que os efeitos secundários a curto prazo ocorrem quando o medicamento se encontra no organismo ou quando este desaparece. Para Barkley (*ibidem*) grande parte destes efeitos colaterais estão claramente relacionados com a dose ingerida pela criança, pelo que doses altas produzem mais efeitos colaterais. Efetivamente, não é possível prever se uma criança irá apresentar um ou mais dos possíveis efeitos secundários, porém, alguns estudos revelam que cerca de 50% das crianças manifesta: diminuição do apetite, insónia, ansiedade, irritabilidade, tendência para chorar. Todavia, cabe assinalar, que estas manifestações também estavam presentes nas crianças que tomaram placebo (comprimido falso), o que leva a interrogar se estes efeitos colaterais provavelmente não possam significar problemas que estão mais associados à perturbação do que ao fármaco. Na maioria dos casos, os efeitos colaterais são leves, sendo que dores de estômago e dores de cabeça foram relatados por cerca de metade a um terço das crianças. Nalgumas situações verificou-se que os efeitos secundários ocorridos nas primeiras semanas vão diminuindo à medida que o organismo se vai habituando à presença do medicamento. Por essa razão, se a medicação é interrompida no fim de semana, os efeitos secundários podem reaparecer na segunda-feira.

Para que possamos perceber melhor alguns efeitos secundários que as crianças podem experimentar quando tomam estas medicações, Barkley (2002: 287-290) explicita alguns deles:

- **Diminuição do apetite:** estes fármacos parecem reduzir, temporariamente, o apetite das crianças, essencialmente ao final da

manhã e início da tarde, o que explica o porquê de metade delas comerem menos ao almoço e recuperarem o apetite ao anoitecer.

- **Aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial:** a frequência cardíaca e a pressão arterial podem aumentar levemente enquanto a criança estiver medicada, devendo ser monitorizadas. Caso a criança já padeça de pressão arterial elevada, o médico deve ter isso em consideração e optar por outro fármaco ou outro tipo de tratamento.
- **Aumento da atividade elétrica cerebral:** muitos estudos constataram o aumento da atividade elétrica cerebral nas crianças medicadas com estimulantes, o que pode ser notório através da melhoria dos comportamentos apresentados pelas mesmas.
- **Insónia:** Quase metade das crianças apresenta maior dificuldade em adormecer. Se esta situação persistir e resultar num problema para a criança, possivelmente o melhor será baixar a dose ou suspender a dose da tarde.
- **Tiques:** Um efeito colateral que deve preocupar os pais é a possibilidade de ocorrência de tiques, que pode dever-se a contrações musculares súbitas e involuntárias (ex. piscar, fazer caretas, fungar, produzir sons com a língua, tosse laríngea). Numa forma extrema, pode haver a combinação de múltiplos tiques corporais com tiques sonoros, denominada Síndrome de Torette. Uma percentagem até 15% das crianças submetidas ao uso de estimulantes pode desenvolver esses tiques, mesmo que não os apresentassem antes, o que deverá ser motivo para interromper o tratamento. Nestas situações, o mesmo poderá ser retomado com uma dose menor, ou então com uma medicação alternativa (ex. antidepressivos) caso os tiques retornem.
- **Psicose temporária:** Por norma, somente em doses elevadas é que os estimulantes poderão produzir sintomas temporários de psicose (ex. desorganização do pensamento, aceleração da fala, ansiedade extrema), desaparecendo logo que a medicação é interrompida.
- **Efeitos a longo prazo:** Os estimulantes estão no mercado há várias dezenas de anos, e milhões de crianças com PHDA tiveram tratamento farmacológico, algumas durante vários anos, sem que fossem relatados

efeitos secundários significativos devido ao uso a longo prazo. Centenas de estudos científicos bem controlados e outros menos controlados, concluíram até ao presente momento, que os estimulantes são seguros e que acarretam uma evidente eficácia no auxílio a cerca de 70% a 90% das crianças com PHDA medicadas. Muito provavelmente ocorrerão alguns efeitos secundários anteriormente abordados, mas estes são relativamente benignos e controláveis, não havendo qualquer indício de que os mesmos são graves ou crónicos.

De acordo com Garcia (2001: 68), a maioria dos peritos considera que estes feitos secundários não são importantes e que, portanto, não devem ser motivo para suspender o tratamento. O autor refere que a preocupação dos médicos e dos pais relativamente aos efeitos secundários dos estimulantes é uma das causas pelas quais os fármacos costumam ser administrados exclusivamente durante o período letivo, embora de nada adiante caso se comprove que estes são uma consequência da perturbação em si e não dos fármacos (2001: 64).

Neste sentido, e relativamente à interrupção da medicação, Selikowitz (2010: 224) afirma que tendo em conta que as crianças manifestam a sua perturbação e as suas dificuldades sete dias por semana, não há razão para se suspender a medicação aos fins de semana. Com base nos seus estudos, Barkley (2002: 294) verificou que muitas crianças beneficiavam da continuação do uso dos medicamentos durante todo o verão, especialmente se estiverem ocupadas com desporto, atividades de tempos livres, escuteiros, aulas particulares, entre outros vendo assim aumentadas as suas capacidades de concentração, de controlo dos seus impulsos e de agressividade. Por outro lado, quando a interrupção do tratamento originar alterações consideráveis na vida familiar e na interação social da criança (ex. festas, saídas, passeios, acampamentos com amigos), os especialistas aconselham a toma de doses mais baixas ou a diminuição do número de doses de modo a que a criança se consiga relacionar com os outros sem problemas.

Resumindo o essencial da questão, podemos afirmar que a administração de fármacos, sobretudo estimulantes, é bastante difundida por

especialistas, tendo uma ampla tradição apoiada em resultados imediatos e eficazes quanto à diminuição do nível da atividade motora e impulsividade, aumento da atenção e melhoria do desempenho académico. Todavia, o grau de melhoria difere de criança para criança. Cabe assinalar, que seja qual for o fármaco a utilizar, preconiza-se iniciar o tratamento com doses mais baixas e ir fazendo ajustes até que seja atingida a menor dose eficaz de acordo com a remissão dos sintomas, visto que doses altas não correspondem necessariamente a uma melhor resposta por parte da criança.

Não obstante, a farmacoterapia não deixa de ser um tema controverso, pois embora os resultados a curto prazo pareçam evidentes, alguns estudos suscitam muitas dúvidas acerca da manutenção dos efeitos positivos sobre as condutas alteradas após a suspensão definitiva da medicação. Por outro lado, alguns pais manifestam a sua preocupação quanto às consequências que a medicação continuada pode originar nos seus filhos a longo prazo. Portanto, a polémica tem várias frentes tendo em conta os resultados contraditórios de alguns estudos e as opiniões divergentes de vários especialistas.

Convém salientar mais uma vez, que várias são as vozes que defendem e aconselham a implementação da terapia farmacológica como complemento de uma ação terapêutica mais ampla, que inclua outras terapias, sendo que os fármacos poderão ser o primeiro passo do tratamento. Posto isto, não podemos deixar de questionar qual será o motivo que leva os médicos a prescreverem, à grande maioria das crianças, apenas a terapia farmacológica, quando há realmente estudos que revelam que a combinação desta com a terapia cognitivo-comportamental pode ter efeitos mais eficazes e a longo prazo.

Nas páginas seguintes, tentaremos responder a esta dúvida, percebendo qual a importância da combinação de ambas as terapias, uma vez que tudo indica que é inquestionável que o tratamento da PHDA deverá passar por uma terapia multimodal.

2.2. Terapia Cognitivo-Comportamental

Segundo Neto et al. (2010: 309) “Os primeiros escritos da terapia cognitivo-comportamental datam do final da década de 1950”, porém, os primeiros livros e estudos que indicam que esta terapia foi utilizada na PHDA apenas foram publicados no final da década de 1980 e início da de 1990.

As técnicas de modificação comportamental através desta terapia são consideradas intervenções psicoterapêuticas muito eficazes no tratamento da PHDA, que podem ser divididas em abordagem cognitiva (pensamentos automáticos e crenças) e em abordagem comportamental (condutas e atos). Desde há muito tempo, que estas técnicas têm apresentado resultados positivos no controlo do comportamento destas crianças, essencialmente quando são combinadas com a intervenção farmacológica e psicoeducacional, contribuindo para uma maior interiorização das normas, maior planificação das tarefas e maior autocontrolo.

Para Neto et al. (2010: 310), “O indivíduo necessita ser motivado a mudar. Os pacientes têm dificuldade em entender que a medicação é um catalisador para a mudança, mas não faz a mudança acontecer de forma passiva”. Geralmente, a medicação é a primeira escolha no tratamento da perturbação em causa, mas há pacientes que não respondem à medicação, não a aceitam ou que não vêm os seus sintomas diminuídos de forma significativa. Nestes casos, está indicada a associação da terapia farmacológica com a terapia cognitivo-comportamental, visto que a ação da medicação pode facilitar

“...o acesso à cognição, mas não proporciona ao indivíduo estratégias ou habilidades de enfrentamento, que deverão ser desenvolvidas no tratamento. A TCC auxilia na mudança, viabilizando uma melhor flexibilidade cognitiva, que possibilitará modificar os esquemas cognitivos pessoais do indivíduo.”

De acordo com o mesmo autor (*ibidem*), a terapia cognitivo-comportamental trabalha com a ideia de que “toda a situação gera pensamentos (chamados automáticos), os quais, por sua vez, acionam sentimentos, comportamentos e reações fisiológicas.” Tal como acontece com todos os indivíduos, o sujeito com PHDA apresenta crenças e esquemas mentais, que são um conjunto de ideias e autoconceitos moldados ao longo do seu desenvolvimento, entendidos como uma características da personalidade.

Será, portanto, necessário motivar o indivíduo a modificar, auxiliando-o na desconstrução desses esquemas mentais, interferindo no modo como ele pensa, vive, interpreta e reage às situações.

O conceito base é que, ao mudar fatores internos do indivíduo, se consiga modificar o seu comportamento. O objetivo primordial é procurar que o aluno desenvolva um determinado conjunto de competências, como aguardar a sua vez, pensar antes de agir ou falar, auto avaliar-se, medir as consequências das suas ações, etc. Devem centrar-se sobretudo na criança, porém, é fundamental o envolvimento dos pais e de toda a comunidade educativa que lida diretamente com a criança.

2.2.1. Técnicas cognitivas

As técnicas cognitivas podem incluir estratégias que lhes permitam fazer frente, com êxito, às tarefas escolares e às situações em que se exige o controlo dos comportamentos. Nelas se incluem: a automonitorização ou autoavaliação; autoreforço; autoinstrução (Garcia, 2001:80).

Automonitorização ou autoavaliação

Segundo Parker (2003: 58)

“A automonitorização é um método de ensinar os alunos a prestarem atenção ao seu comportamento e a avaliarem o seu próprio desempenho, o que conduz a um melhor autocontrolo. A automonitorização requer que o aluno aja como um observador do seu próprio comportamento e que registe as suas observações.”

Portanto, consiste num método em que ensina a criança, através de um treino sistemático, a ser capaz de autonomamente observar, avaliar e registar em cartões o seu próprio comportamento, bem como os comportamentos a alterar, conduzindo a um melhor autocontrolo.

Autoreforço

Com este tipo de estratégia a criança aprende a aplicar o reforço a si própria, que pode ser negativo ou positivo. Este auto reforço poderá ser efetuado através de registo em fichas ou da acumulação de pontos, de cartões, ou autocolantes (consoante a idade do aluno) que, atingindo determinada

pontuação ou montante, serão trocados por recompensas ou pela aplicação de auto elogios como “fizeste muito bem”, “assim mesmo”, “estás cada vez melhor”, ou “estás a portar-te bem”.

Autoinstrução

Este tipo de método consiste na mudança de comportamento em que se alteram verbalizações internas ou pensamentos do indivíduo face a problemas ou situações nas quais fracassa com frequência, substituindo-os por outros mais adequados, a fim de obter êxito na sua realização. Segundo Garcia (2001: 81), através deste procedimento o terapeuta ensina à criança uma estratégia geral, que apesar de no início se centrar na realização das tarefas escolares, desde o momento em que a criança a aprenda, ela poderá ser utilizada para resolver outros problemas, em contextos e situações diferentes. Deste modo, o objetivo da técnica não é ensinar à criança o que tem que pensar, mas sim, como deve fazê-lo, desenvolvendo competências de controlo do próprio comportamento. O método consiste, assim, em aprender uma estratégia, um modo apropriado para resolver os fracassos e fazer frente a novas exigências ambientais. O autor (*ibidem*), acrescenta que o treino em autoinstrução desenvolve-se nas seguintes cinco fases: 1) um modelo adulto realiza a tarefa enquanto fala para si mesmo em voz alta (modelação cognitiva); 2) a criança realiza a tarefa sob a direção das instruções do modelo (guia externo manifesto); 3) a criança realiza a tarefa enquanto dirige a si própria instruções em voz alta (auto instrução manifesta); 4) a criança leva a cabo a tarefa, enquanto sussurra para si própria as instruções (autoinstrução manifesta atenuada) 5) a criança realiza a tarefa, enquanto guia a sua atuação através de instruções internas privadas (autoinstrução oculta).

2.2.2. Técnicas comportamentais

As técnicas comportamentais consistem, particularmente, nas consequências que se seguem a um comportamento apresentado pelo sujeito. Neste âmbito, inclui-se por um lado, o programa de incremento de comportamentos desejáveis, que visa a recompensa pelo bom comportamento

(reforço social e material; programas de recompensas), e por outro, o programa que visa a diminuição e desencorajamento de comportamentos indesejáveis (fingir que não se vê; custo de resposta; período de pausa).

Para a maioria das crianças com PHDA, os programas de modificação de comportamentos têm o propósito de influenciar o comportamento da criança, levando o sujeito a melhorar as suas condutas, o seu desempenho e rendimento académico. De acordo Parker (2003: 24), geralmente, o objetivo desses programas na escola é

“... melhorar o comportamento da criança durante a realização das tarefas, aumentar a sua conformidade às instruções do professor, reduzir a tendência para falar excessivamente, melhorar a apresentação e a organização, incentivar a conclusão dos trabalhos e realização na sala de aula, etc.”

Programa que visa o aumento dos comportamentos desejáveis

Este programa deve ser gradual e aplicado imediatamente a seguir ao comportamento, a fim de se obter resultados eficazes. Alguns estudos têm demonstrado que as estratégias comportamentais com base em contingência com o reforço positivo, são mais eficazes do que estratégias baseadas na punição. Uma das estratégias de intervenção mais importantes para estas crianças com PHDA consiste no uso de esquemas de reforço. Porém, para que esta estratégia seja adequada e surta efeitos positivos, é essencial que se obtenha informação através dos pais e da observação direta da criança, de modo a percebermos qual o tipo de reforço mais estimulante. Por outro lado, também é possível pedir diretamente à criança que enumere uma lista de recompensas.

Assim sendo, entre as técnicas que têm demonstrado eficácia em termos de modificação positiva do comportamento, podemos encontrar as seguintes: o reforço social e material; os contratos comportamentais e o sistema de pontos/programa de recompensas.

Reforço social

Quando após a ocorrência de um comportamento desejado se segue um reforço social, esse comportamento é consolidado e é mais provável que se

repita no futuro. Estes reforços poderão passar por sinais de aprovação não verbais, como o sorriso, o afeto (abraço, beijo), os gestos de aprovação (pisar o olho, sinal positivo com o polegar), e por sinais de aprovação verbais, como o elogio verbal que inclui as expressões de encorajamento (bom trabalho; muito bem; parabéns; fico muito orgulhosa quando...; vês como conseguiste...). Por outro lado, o reforço positivo ajuda a criança sentir-se bem consigo própria, desenvolvendo a confiança e a autoestima. Normalmente as crianças reagem melhor ao elogio do que ao castigo, sentindo-se assim mais motivadas para a realização dos trabalhos escolares, levando-as no futuro a reagirem de forma adequada. Assim sendo, não reconhecer, elogiar ou recompensar suficientemente a criança quando esta age adequadamente é um erro muito comum que pode conduzir a uma menor frequência de comportamentos positivos. Os pais não deverão ver um comportamento positivo como algo que simplesmente é esperado, mas sim como algo merecedor de qualquer reconhecimento especial. Muitas vezes, os pais têm tendência a dar mais atenção e evidência às crianças quando estas apresentam comportamentos inadequados, levando a que as mesmas continuem a comportar-se de forma desajustada, preferindo, assim, a atenção negativa dos pais do que a ausência de atenção. Estes pais correm o risco, de inadvertidamente, reforçarem o comportamento negativo da criança (Parker, 2003: 31).

Reforço material

O reforço material (ou recompensa tangível) vai no mesmo sentido do reforço social, mas neste caso o adulto atribui recompensas materiais à criança, que podem ser por exemplo: um brinquedo especial, uma guloseima, uma estrela num cartão, um passeio, etc. Também neste caso, a recompensa deverá ser dado logo após a ocorrência do comportamento desejado, ou depois de ter acumulado determinada pontuação. O reforço deve ser fornecido inicialmente de forma sistemática, para depois ser gradualmente retirado.

Programas de recompensas

Os programas de recompensas costumam ser muito úteis no sentido de corrigir os comportamentos inadequados de uma criança, ao mesmo tempo que incentiva comportamentos positivos. Podem ser implementados dois tipos

de programas, em simultâneo ou não, que variam entre quadros de sistemas de pontos e contratos comportamentais. Por norma, estes programas aumentam a motivação da criança para se comportar de forma mais positiva, todavia, é necessário ter em atenção que não se devem usar e corrigir demasiados comportamentos de uma só vez, visto que esta situação poderá levar à perda de valor para a criança, à saturação e à desmotivação.

Os **contratos comportamentais** (ver Anexo X) são acordos que se instituem entre a criança e os adultos (pais, professor), comprometendo-se ambas as partes a cumprir o acordado. Estes contratos baseiam-se na redação dos comportamentos desejáveis e nas consequências que advirão da sua ocorrência, ou do seu não cumprimento. Por cada comportamento desadequado que a criança apresente, esta terá que aceitar as consequências pré-estabelecidas. Trata-se, portanto, de um documento formal e escrito, que especifica tanto as recompensas como as consequências negativas que derivam do seu incumprimento. Os termos do contrato devem ser justos, realistas, bem definidos, claros e positivos, e os seus parâmetros devem ser negociados e aceites por todos. No final, deve também ser assinado por aqueles que fizeram parte do acordo. Estes contratos são importantes, na medida em que o aluno tem um papel ativo, sendo responsável pelo seu desempenho (Parker, 2003: 50).

Na perspetiva do autor (*ibidem*), o **sistema de pontos** (ou economia de fichas- ver Anexo XI) poderá ser usado com êxito no contexto familiar, sendo que os pontos ou fichas são usados para motivar o comportamento positivo. Primeiramente, antes da implementação do programa, os pais devem selecionar alguns comportamentos alvo que gostariam que a criança apresentasse com mais frequência. Esses comportamentos devem ser descritos de forma clara e específica evitando assim confusões e ambiguidade. De seguida, deve-se estabelecer uma lista de reforços contendo os privilégios ou recompensas que a criança gostaria de trocar por pontos ganhos ao exibir os tais comportamentos alvo. A mesma poderá ir acumulando pontos para mais tarde trocar por essas recompensas pré-estabelecidas e acordadas entre os pais e a criança. É estabelecida pelos pais uma taxa de troca razoável e justa, assim como o momento para trocar os pontos, pelo que estas situações deverão também ser debatidas com a criança. Depois de todos terem chegado

a acordo relativamente aos comportamentos, pontos e recompensas a serem incluídos no programa, o quadro deve ser preenchido. O terceiro passo na implementação de um programa deste tipo consiste no seu adequado cumprimento. É de salientar, que os pontos (ou fichas) devem ser atribuídos imediatamente após o comportamento alvo (positivo) ter ocorrido. No caso de a criança não apresentar o comportamento que consta da lista, os pais de forma firme e direta devem indicar à criança que ela não ganhará os pontos por não ter cumprido esse comportamento nesse dia, sem qualquer censura ou crítica. É de referir que não deve ser permitida um “empréstimo” de pontos contra a promessa no cumprimento de comportamentos positivos no futuro, ao mesmo tempo que não deve ser negado um privilégio à criança, se os pontos tiverem sido ganhos de forma adequada. O programa deve ser encarado tal como um contrato, no sentido em que todos se esforçam por cumprir de forma esforçada e honesta o que foi acordado. No momento em que os comportamentos apropriados comecem a consolidar-se, os pontos/fichas deverão ser substituídos por reforços sociais, para que no final desta intervenção os comportamentos apropriados persistam.

Portanto, podemos concluir que os reforços positivos devem constituir o núcleo fundamental de qualquer programa que visa estabelecer determinado tipo de comportamentos. Concretamente, os programas que se orientam pelo princípio resposta/consequência têm sido úteis no sentido de reduzir o comportamento negativo da criança. Para Parker (2003: 24 e 25) este programa provou a sua utilidade e eficácia na gestão de comportamentos da criança, na medida em que é flexível, simples e fácil de implementar. Por outro lado, é importante que pais e professores trabalhem em conjunto e sigam o programa de forma consistente.

Programa que visa a diminuição dos comportamentos inadequados

Para além dos programas que favorecem as condutas adequadas, os programas de intervenção comportamental contemplam, igualmente, a aplicação de métodos para diminuir e eliminar os comportamentos

inapropriados. Desencorajar o comportamento indesejável representa uma grande dificuldade e confusão para os pais e professores, que, sem se aperceberem disso, muitas vezes recompensam o mau comportamento, ou utilizam meios ineficazes (ex. ralhar, bater) para o eliminar.

Fingir que não se vê

De acordo com Selikowitz (2010: 194), nestes casos de PHDA muitas vezes o melhor a fazer é não fazer nada. O facto de não se dar atenção leva a que muitos comportamentos diminuam ou desapareçam. Embora compreendamos que ignorar não seja fácil, é realmente importante que os adultos consigam conter as reações naturais, evitem o contacto visual com a criança e mantenham a calma. Devem começar a fazer qualquer coisa que não esteja relacionada com a criança e devem evitar envolverem-se em discussões ou conversas sobre o comportamento que está a tentar eliminar. Quando a criança parar de se portar mal, então devem convidá-la a participar no que estão a fazer, retomando a conversa natural com ela sem mostrar qualquer aborrecimento. É de referir que nestes momentos em que se finge que não se vê os maus comportamentos, é importante que se tenha o cuidado em perceber se a criança não se encontra numa situação perigosa.

Custo de resposta

Visa penalizar comportamentos inadequados para facilitar a ocorrência dos comportamentos desejados. O custo de um comportamento inadequado poderá ser expresso de diversas formas: avisos, reprimendas, perda de privilégios, redução de pontos, perda de alguma consequência positiva esperada pela criança. Neste sentido, este método equivale à imposição de “multas” por se ter comportado incorretamente. Recomenda-se que a oportunidade de ganhar seja maior que a de perder, uma vez que a maioria destas crianças tem uma baixa autoestima e poderia desistir facilmente.

Período de pausa ou time out

Trata-se de uma técnica de afastamento (tempo de isolamento, privação ou pausa) cuja estratégia tem o propósito de punir o indivíduo se este não agir em conformidade com o que lhe foi pedido. Poderá isolar-se a criança fazendo-

a sair de um local ou colocando-o num canto, de modo a que ela tome consciência do seu comportamento negativo. Esta é uma medida que deve ser aplicada apenas em infrações graves, deve ser consistente, de curta duração e aplicada logo após a ocorrência do comportamento negativo. Após o cumprimento desta medida deve existir um período calmo e de reflexão em que a criança expresse a vontade de corrigir os seus comportamentos.

Apesar dos castigos constituírem reforços negativos que visam reduzir a conduta desadequada, eles tendem a não ser eficazes a longo prazo. Por outro lado, sempre que se usar um programa de punições para modificar comportamentos inadequados, é importante que também se institua um programa de reforços para incentivar o surgimento de comportamentos mais positivos.

Assim sendo, é imprescindível que a família, os professores e amigos demonstrem satisfação, façam comentários positivos e favoráveis quando a criança se comporta adequadamente. O tratamento comportamental desta perturbação deve, efetivamente, basear-se no princípio do reforço, recompensando as condutas apropriadas e procurando extinguir os comportamentos inadequados. Todavia, em muitos casos estas estratégias estão longe de resolver os problemas por si só, pelo que procurar tratamento exclusivamente nestas técnicas pode ser utópico e inútil. Como temos vindo a referir, as estratégias combinadas, do tipo multimodal, são sem dúvida as que acarretam melhores resultados.

2.3. Tratamentos combinados – Terapia Farmacológica versus Terapia Cognitivo-Comportamental

Os inúmeros estudos realizados neste âmbito, ao longo de vários anos, demonstram que a administração de estimulantes e a aplicação de procedimentos cognitivos e comportamentais quando usados em separado não melhoram significativamente o comportamento das crianças com PHDA nas suas diferentes áreas afetadas, nem são eficazes para manter e generalizar as

mudanças favoráveis que se verificaram nalguns casos (Garcia, 2001: 89). Os resultados insatisfatórios obtidos por ambos os métodos aplicados por si sós, levaram os especialistas a sugerir a conveniência e importância de intervenções multimodais, resultantes da combinação de terapias farmacológicas e cognitivo-comportamentais. Neste sentido, um grande número de trabalhos efetuados nos últimos tempos, tentaram comprovar a eficácia dos dois tratamentos usados de forma separada, comparando-os com os resultados que se obtêm quando são aplicados de forma combinada (Whalen e Henker, 1991, citados por Garcia, 2001: 89).

No geral, verificou-se que a medicação consegue efeitos mais rápidos e controla eficazmente os comportamentos inadequados, apesar desses efeitos se manterem apenas a curto prazo. Por sua vez, a terapia comportamental demonstrou ser mais eficaz no aumento do rendimento académico, embora existam igualmente dúvidas relativamente à manutenção das melhorias a longo prazo. Por conseguinte, desde a década de 70 são muitas as opiniões que confirmam e defendem as vantagens na combinação do tratamento farmacológico com o cognitivo-comportamental, tais como:

- a) Tendo em conta os resultados quase imediatos da medicação, é aconselhável que a mesma ocorra logo no início da intervenção, de modo a assegurar, posteriormente, a aplicabilidade das técnicas comportamentais.
- b) A combinação de tratamentos permitirá reduzir as doses de medicação, e conseqüentemente diminuir os efeitos secundários associados ao tratamento farmacológico.
- c) A combinação de ambos os tratamentos melhora os resultados a longo prazo, situação que não se obtém somente com a medicação.
- d) O custo dos tratamentos não será excessivo, visto que ao combinar ambas as terapias, consegue-se uma melhoria máxima, diminuindo as doses do(s) estimulante(s) e não necessitando de intervenções comportamentais e cognitivas complexas e muito estruturantes.

Podemos então concluir, que a terapia farmacológica e a terapia cognitivo-comportamental são compatíveis, e que poderão ser bastantes eficazes na melhoria dos resultados pretendidos. Esta combinação é uma das

opções mais aceites e mais defendidas pelos especialistas. Porém, não podemos deixar de referir que Garcia (2001: 90) assinala que alguns resultados obtidos são contraditórios, e que por esse motivo não se pode validar definitivamente a hipótese de que essa combinação melhora efetivamente os resultados que se conseguem obter a partir de ambas as terapias quando aplicadas separadamente.

Deste modo, ainda surgem dúvidas sobre qual a terapia mais eficaz e recomendável para os diferentes casos de PHDA. Ora, o problema resume-se a duas questões: “Como se deve orientar a decisão sobre a terapia mais adequada?”, “Que critérios deverão ser tidos em conta na seleção dos métodos terapêuticos?”. A resposta a estas questões será abordada de forma breve no ponto que se segue.

2.4. Seleção do tratamento mais adequado

Sabendo que a escolha do tratamento é fulcral na melhoria dos sintomas manifestados pela criança com PHDA, é deveras importante que se reflita sobre os fatores essenciais que poderão influenciar a escolha e eficácia do tratamento. De acordo com Garcia (2001: 91), os especialistas aconselham que a escolha do tratamento deverá ter em conta os seguintes fatores:

- a) vantagens e inconvenientes dos métodos terapêuticos apresentados;
- b) balanço em termos de custos e benefícios das propostas terapêuticas;
- c) atitude dos adultos para com os diferentes tratamentos alternativos;
- d) gravidade da perturbação e variáveis individuais e ambientais.

Embora todos estes fatores se considerem cruciais, existem dois que merecem especial destaque e que estão relacionados com o estado clínico da criança e com as possibilidades reais da aplicação das terapias. Isto pressupõe, que nalguns casos é mais recomendável que se comece a intervenção a partir da terapia farmacológica de forma a controlar os sintomas mais significativos e perturbadores num curto espaço de tempo. Por outro lado, nos casos menos graves, ou que não se está tão convicto quanto ao tratamento farmacológico, poderá ser possível implementar apenas programas

cognitivo-comportamentais no meio natural da criança, sendo imprescindível que os adultos (pais e professores) recebam o respetivo treino. Contudo, muitas vezes o que se verifica é a opção imediata pela prescrição da medicação, dada a vontade e necessidade por parte de alguns profissionais e pais na obtenção de resultados a curto prazo e com o mínimo de esforço.

2.5. Intervenção Psicossocial

Segundo Neto (2010:278 e 279) o tratamento psicoeducacional é fundamental para o sucesso do tratamento farmacológico. Esta abordagem deve incluir as intervenções na família e na escola, e os respetivos agentes educativos devem reconhecer a necessidade de um controlo externo maior e de um ambiente estruturado para que as crianças com PHDA se possam desenvolver adequadamente. O autor aponta algumas estratégias úteis que tanto podem estar presentes no contexto escolar como familiar:

- valorizar e elogiar comportamentos adequados e tentativas que envolvem persistência nas tarefas;
- estabelecer regras claras que devem ser transmitidas à criança de modo objetivo, direto, com instruções curtas e contacto ocular;
- organizar uma rotina e avisá-la com alguns minutos de antecedência a atividade que virá a seguir e o que é esperado que ela faça;
- organizar o ambiente: deixar em cima da mesa da escola apenas os materiais necessários à aula; evitar ter o quarto e o local de estudo cheios de objetos que dificultem a concentração em determinada tarefa;

2.5.1. Estratégias de intervenção na sala de aula

De acordo com Lopes (2003: 202) os alunos com PHDA, devido às suas características particulares e ao tipo de exigências que a escola coloca, dão sinais de apresentarem dificuldades ao nível do rendimento académico.

A PHDA é, efetivamente, um problema que não se resolve facilmente no contexto de sala de aula, visto que enquanto as crianças ditas normais apenas

carecem de uma simples chamada de atenção ou advertência, os alunos com PHDA obrigam o professor a recorrer a múltiplas estratégias para a mesma situação. Neste sentido, para atender à especificidade destes alunos, o docente terá de fazer constantes reflexões, diversificar os métodos e estratégias de ensino, estabelecer um plano de ação que reflita uma metodologia ativa, sistemática e consistente, de forma a desenvolver competências de acordo com as suas necessidades, ritmo de aprendizagem, interesses e capacidades específicas.

Na perspetiva de Parker (2003: 55) muito se tem escrito sobre os tipos de programas educacionais que melhor podem servir os alunos com PHDA, ou sobre as características de professores que os podem ajudar a ter um melhor desempenho na escola. Como refere o autor (Parker, 2003: 53) “os seus problemas na escola podem melhorar, ou piorar, de ano para ano, dependendo, até certo ponto, do estilo instrucional e da atitude de um dado professor”.

Embora saibamos que não existem duas crianças iguais e que necessitem das mesmas estratégias, existem alguns princípios gerais que promovem o êxito do ensino e da gestão de comportamentos destes alunos, e que são preconizados por vários autores, tais como: Parker, (2003: 55-57) e DuPaul e Stoner (1994, citado por Lopes, 2003: 203). Considerando estes princípios da máxima importância, passamos a enunciar os que entendemos como sendo os mais relevantes:

- realizar uma avaliação detalhada dos problemas que o aluno manifesta na sala de aula, de modo a se poderem delinear estratégias de intervenção precisas, específicas e adequadas.
- manter uma atmosfera tranquila, uma sala bem estruturada, com uma rotina consistente e um ambiente escolar previsível que proporcione o controlo emocional destas crianças;
- lembrar aos alunos as regras da sala de aula e promover a sua discussão fornecendo exemplos de situações em que as regras são cumpridas e outras em que existe quebra das mesmas;

- orientar a ação não apenas para o controlo dos comportamentos, mas essencialmente para o trabalho académico, tendo-se verificado que esta estratégia é mais útil e produtiva;
- incentivar os alunos a serem organizados através do treino de competências organizacionais: colocar os seus pertences e a área de trabalho em ordem, libertando-a de material desnecessário;
- sentar o aluno perto da secretária do professor, de forma a melhor controlar o seu envolvimento nas atividades académicas, bem como os seus comportamentos. Deve estar sentado junto de colegas que funcionem como modelos para o incentivar, e que sejam calmos e concentrados, assim como é de evitar que se sentem num local com grandes fontes de distração (janelas, portas, corredores, expositores);
- fornecer feedback sobre as suas atividades, dar reforços ou recompensas pelos bons desempenhos, sempre de forma imediata e continuada, evitando que percam o “sinal” da aula;
- usar instruções (específicas, breves e repetidas), avisos e consequências eficazes, para melhorar o comportamento;
- modificar a apresentação das aulas e introduzir adaptações nas tarefas a realizar, tentando captar a atenção do aluno.
- planejar antecipadamente as transições entre atividades permitem que o aluno se organize melhor e se acalme para a atividade seguinte, essencialmente na passagem de atividades não estruturadas (ex. almoço, educação física) para outra mais estruturada.
- identificar os pontos fortes do aluno, procurando áreas em que este se possa destacar e contribuir para os outros. Isto ajudará no desenvolvimento da autoestima e do conceito positivo de si mesmo. Este contributo válido torna-se numa fonte de orgulho e de responsabilidade para o aluno;

De acordo com DuPaul e Stoner (1994, citado por Lopes, 2003: 203), as regras de ouro para lidar com os alunos com PHDA baseiam-se na instrução e prevenção. Numa sala de aula, o trabalho deverá estar centrado nas tarefas académicas, ao mesmo tempo que se deverá criar um ambiente de

aprendizagem em que os comportamentos disruptivos sejam mais prevenidos do que corrigidos, e em que o professor por consequência seja mais proativo do que reativo.

Podemos então concluir que é importante que os docentes façam um esforço para monitorizar os alunos com PHDA, procurando averiguar que eles sabem e compreendem aquilo que se espera deles nas diversas situações e momentos da aula. As experiências que uma criança vivencia na sala de aula ou em qualquer outro espaço escolar vão contribuir para o desenvolvimento da sua autoestima e das suas competências sociais. Estas são precisamente as áreas em que as crianças com PHDA têm mais dificuldades e, por isso, torna-se fundamental a intervenção dos professores. É essencial que seja criado um plano de modificação do comportamento para se conseguir aumentar as probabilidades de sucesso destas crianças. Não podemos esquecer que um professor atento e “preocupado pode fazer toda a diferença na noção de sucesso ou insucesso de um aluno, tanto na escola como na vida” (Sosin e Sosin (2006: 76). É igualmente indispensável que os professores vejam esta perturbação como um problema comportamental e de saúde e não como um problema disciplinar.

2.5.2. Estratégias de intervenção parental

Com base em vários testemunhos de pais de crianças com PHDA, de facto, não é nada fácil educar uma criança que manifeste esta perturbação. Normalmente estas crianças são tão cansativas e tão pouco capazes de seguir instruções, que o comportamento difícil que apresentam conduz os pais ao desespero e desgaste absoluto. Muitos questionam-se sobre o que se passa com os seus filhos, ou o que fazem de errado na educação deles para que se comportem de forma tão inadequada. Estes pais precisam imenso de auxílio profissional que os esclareça acerca dos problemas dos filhos, os ajudem a compreender os seus próprios sentimentos e a lidar com a situação. Este apoio é fundamental e precioso, na medida em que estes pais além de terem de cumprir o seu difícil papel parental, ainda têm que lidar com as suas próprias

angústias e auto culpabilizações. Embora muitos pais tenham consciência de que se esforçam imenso no sentido de minimizar os comportamentos e dificuldades manifestadas pelos seus filhos, o certo é que em vários momentos se culpabilizam e assumem de que esta situação se deve a erros educativos parentais. Em imensas ocasiões estes pais sentem um enorme constrangimento e desconforto, devido aos juízos de valor e comentários negativos que as outras pessoas proferem relativamente a determinadas condutas da criança. Por conseguinte, é fundamental que os pais tenham consciência de dois aspetos muito importantes, e que já foram mencionados anteriormente: a criança não tem culpa do comportamento que exhibe, assim como os seus pais não têm qualquer responsabilidade na “alteração dos mecanismos de funcionamento dos mediadores químicos dos filhos nem dos seus efeitos comportamentais” (Lopes, 2003: 214). Seria igualmente benéfico para estes pais conhecer outros pais de crianças com PHDA e assim partilharem sentimentos, experiências e estratégias, embora saibamos que não existem estratégias únicas que se apliquem a todos, e que estas têm de se adequar à criança, e aos princípios e hábitos da família.

Assim sendo, tal com acontece no contexto escolar, existe igualmente um conjunto de estratégias parentais que se podem revelar preciosas na forma de lidar com os comportamentos inadequados destas crianças.

Barkley (2002: 157), com mais de duas décadas de experiência clínica, conclui que os pais beneficiariam imenso de **14 princípios fundamentais** que os orientavam na sua ação parental, e que tinham demonstrado ser bastante eficazes com um grande número de crianças com esta perturbação. Embora saibamos que na prática a sua concretização nem sempre é fácil, os pais devem tentar seguir estes princípios que certamente serão de grande utilidade.

1) Dar respostas e consequências mais imediatas

Quando confrontadas com atividades tediosas, poucos estimulantes ou não recompensadoras, estas crianças sentem necessidade de procurar algo diferente para fazer. Neste caso, se os pais pretendem que o seu filho inicie uma tarefa têm que procurar que ela seja atrativa e compensadora, dando-lhe respostas imediatas com frequência, recompensando ou punindo de acordo com as circunstâncias. As respostas ou reforços positivos podem ser dados

através de elogios e afeto físico, ou recompensas materiais e privilégios extras, expressando que a conduta da criança foi positiva, enquanto que as punições, poderão ser dadas através, por exemplo, da retirada de privilégios, explicando com firmeza e sem gritar porque é que o comportamento não é aceitável. Seja qual for a resposta ou consequência, a regra fundamental é que seja imediata, visto que, quanto mais imediata for fornecida mais eficiente será.

2) Dar respostas mais frequentes

As crianças com PHDA necessitam de respostas e resultados não apenas imediatos, mas também frequentes. Por muito cansativo que possa parecer, estas crianças precisam de feedbacks muito mais frequentes do que as outras crianças, na medida em que perdem rapidamente o interesse e a paciência perante tarefas prolongadas e nada compensadoras. Os pais devem elogiar frequentemente as tarefas que estão a realizar ou que ainda estão por fazer, dando palavras de incentivo para manter o trabalho com empenho.

3) Utilizar consequências maiores e mais poderosas

Estas crianças requerem incentivos e consequências potentes em muitas ocasiões de forma a encorajá-las a persistirem na realização dos trabalhos, a seguirem as regras e instruções e a comportarem-se bem, uma vez que a probabilidade de desistirem e serem mal sucedidas é sempre grande. Todavia, é de salientar, que ajudar e incentivar não é de todo realizar os trabalhos de casa pela criança, dado que isso é tarefa e responsabilidade dela mesma. Prestar auxílio significa estabelecer rotinas e regras para a realização dessas tarefas, certificando-se de que as realizam no momento e local apropriado, dividindo o trabalho por partes, permitir que se levante de vez em quando, deixar em cima da secretária apenas o material necessário, dar um prazo para terminar, entre outras.

4) Utilizar incentivos antes das punições

É muito comum os pais punirem os seus filhos quando estes se portam mal ou desobedecem, o que é lógico e normal para qualquer criança. Contudo, neste caso isso seria injusto e pensoso, tendo em conta que as sérias dificuldades de autocontrolo das crianças com PHDA resultam em maus

comportamentos frequentes e que as respetivas consequências negativas a aplicar seriam numerosas e sistemáticas. Os pais devem evitar punir primeiro e lembrarem-se de uma regra de ouro: positivos antes de negativos. Ou seja, os pais devem incentivar e recompensar os comportamentos positivos e não estarem constantemente a punir, chamar a atenção e valorizar os aspetos negativos. As punições devem estar em equilíbrio com as recompensas: apenas uma punição para cada duas ou três situações de elogio ou recompensa. As punições devem ser consistentes mas seletivas, punindo apenas os comportamentos muito negativos, e ignorar as situações de mau comportamento que sejam consideradas menores, de modo a que a criança não seja punida por tudo aquilo que faz de errado. É preciso não esquecer, que somente as recompensas e incentivos a ensinam a fazer o que é suposto que ela faça. Desta forma, deve-se incentivar antes de punir, explicando à criança de forma clara qual o comportamento adequado que ela deverá exibir.

5) “Exteriorizar” o tempo e estabelecer “pontes” entre tempos e acontecimentos

Barkley (2002: 160) refere que as crianças com PHDA têm dificuldades em gerir o tempo, estabelecer objetivos e perceber os passos que tem que dar para os conseguir atingir. Se a criança tiver que realizar uma tarefa num determinado tempo, os pais poderão utilizar um relógio despertador que soará quando for atingido o tempo limite e que assinale também tempos intermédios de modo a que a criança tenha ideia de que passou algum tempo e que a tarefa terá que ser concluída no tempo previamente estabelecido.

6) Exteriorizar a informação importante no “ponto de realização”

Como o trabalho de memória ou a capacidade de manter informações necessárias à realização das tarefas se encontra comprometida, é muito útil colocar informações importantes em formato físico no ponto em que o trabalho deve ser realizado. Nesses lembretes devem constar, por exemplo, regras que as crianças tenham maior dificuldade em cumprir naquele ponto de realização específico (ex. ler as instruções até ao fim, verificar se respondeu a todas as questões). Se, por exemplo, a criança vai receber um colega em casa, nos momentos anteriores à sua chegada os pais deverão lembrar-lhe as regras

sociais que ela deve seguir. O essencial é que a criança receba as indicações nos momentos que se antecedem às situações (“ponto de realização”), e que eventualmente as repita oralmente para se comprovar que as compreendeu devidamente ao mesmo tempo que as vai consolidando na memória.

7) Exteriorizar a fonte de motivação no “ponto de realização”

Como já foi referido várias vezes ao longo do trabalho, uma das grandes dificuldades diz respeito à motivação interna necessária para que estas crianças permaneçam em tarefas que consideram aborrecidas, trabalhosas ou demoradas. Este défice de motivação intrínseca precisa de receber uma “injeção” de motivação externa, como, por exemplo, um incentivo ou recompensa por se ter comportado bem, se ter controlado e cumprido as regras. Estas crianças necessitam e são dependentes destas fontes externas de motivação até muito tarde.

8) Torne o pensamento e a resolução de problemas mais “físicos”

Este princípio tem a mesma perspectiva dos anteriores. As crianças em questão têm dificuldade em lidar com informações mentais quando têm que parar e pensar sobre uma situação ou um problema. As suas respostas impulsivas aos acontecimentos são uma consequência das suas dificuldades em elaborar intelectual, linguística e emocionalmente as experiências que vai vivenciando. Quando agem, fazem-nos por impulso, pois raramente refletem sobre as opções. Neste sentido, quando se trata de refletir sobre opções, exigir à criança que pense ou reflita antes de agir não é com certeza a solução para o problema. O importante é que no momento em que é confrontada com as opções, a criança escreva num papel ou no computador, aquilo que está a pensar, o que lhe vier “à mente”, nem que seja de forma desorganizada. Assim sendo, com os pensamentos escritos a criança poderá refletir acerca deles sob a forma física em vez de mental, ajudando melhor a resolver os problemas.

9) Esforçar-se por ser consistente

É muito importante que os pais usem sempre a mesma estratégia para controlar o comportamento do seu educando. Ser consistente significa cumprir quatro princípios base: 1) ser consistente com o tempo; 2) não abandonar

precocemente um programa de mudança de comportamentos que tenha iniciado há pouco tempo; 3) responder da mesma forma em contextos diferentes (as mesmas atitudes dentro e fora de casa); 4) utilização dos mesmos métodos por parte de ambos os pais. É essencial que os pais não tenham “dois pesos e duas medidas”, consoante o humor do dia, para a mesma situação ou comportamento, visto que poderia acarretar insegurança às crianças por estas nunca saberem com o que podem contar. Os pais além de consistentes devem ser igualmente persistentes e pacientes até que percebam se determinada estratégia é ou não eficaz.

10) Agir em vez de falar muito

Visto que estas crianças não apresentam falta de inteligência, capacidade ou raciocínio, somente falar não modificará o problema neurológico que as torna desinibidas. É mais útil agir do que apenas fazer discursos, visto que estas crianças são mais sensíveis a consequências (incentivos ou perda de privilégios) e a feedbacks, do que apenas aos conselhos, avisos, apelos, reprimendas, ou ameaças. O ideal é que os pais ajam rápido e frequentemente.

11) Planear antecipadamente o que fazer em situações problemáticas

Antes de enfrentar qualquer situação problemática é importante que os pais previnam e desenvolvam, juntamente com o seu filho, um plano de ação que consiste em explicar-lhe o que se espera dele, quais as regras que deverá esforçar-se por cumprir e pedir no final que as repita confirmando se realmente percebeu o que se pretende. Este plano inclui cinco passos essenciais: 1) parar antes de entrar num local onde provavelmente haverá problemas; 2) rever com a criança duas ou três regras relativas à situação e pedir à criança que as repita; 3) combinar uma recompensa caso a criança se comporte adequadamente e cumpra o que foi combinado; 4) explicar a punição que poderá ter que ser aplicada caso o comportamento seja inadequado; 5) executar o plano, dar respostas imediatas e frequentes sobre o seu comportamento. Caso a criança não esteja a cumprir o combinado, os pais devem demonstra-lo imediata e firmemente.

12) Lembrar-se que o seu educando tem uma dificuldade particular

Face ao desafio inesgotável e às dificuldades em educar os seus filhos, os pais entram frequentemente em desespero, cansaço, irritação e frustração particularmente perante inúmeras tentativas de controlo que acabam por falhar. Neste sentido, de modo a sentirem-se tranquilos, sem culpas e angústias é extremamente importante que os pais se lembrem frequentemente que os seus filhos apresentam uma dificuldade específica de falta de autocontrolo que é completamente intencional. Desta forma, os pais estarão mais aptos a compreender e aceitar os filhos como eles são e a persistirem nos esforços educativos.

13) Não personalizar os problemas dos filhos

Perante situações de desespero, os pais devem tentar ficar calmos, evitando responder de forma descontrolada, tentando sempre seguir os princípios anteriormente descritos. Os pais devem ter consciência dos seus limites, abandonando por vezes a situação por um momento, dirigirem-se a outro local de modo a tranquilizarem-se e retomarem o controlo dos seus sentimentos. Mais uma vez se refere, que é fundamental que os pais não pensem nem assumam que as crianças apresentam determinadas atitudes para os provocar “pessoalmente” ou que foram incompetentes na educação que lhes deram. Os pais não se podem deixar abater, nem se podem recriminar por aquilo que fizeram ou deixaram de fazer em relação aos filhos, nem por outro lado podem desmotivar por uma ou outra situação que correu menos bem e não aconteceu como planificaram ou desejariam. É essencial que não “levem estas situações a peito”, e não se deixem afetar por pequenas chantagens emocionais que surgem exatamente nos momentos em que os pais procuram impor regras e limites.

14) Saber perdoar

Praticar o perdão, colocarmo-nos no lugar do outro e tentar compreender o seu ponto de vista, são princípios difíceis mas muito importantes na vida de um indivíduo. Neste caso em concreto, é necessário fazer um esforço de modo

a evitar que a vida pessoal em particular e da família em geral se tornem numa discórdia e numa sucessão de acusações, retaliações e rancores mal resolvidos. Assim sendo, saber perdoar deverá estar presente em três situações ou momentos. Em primeiro lugar, devem perdoar à criança alguns comportamentos inapropriados. No final do dia, os pais devem conversar, rever e analisar o que se passou nesse dia, deixando para trás os sentimentos negativos como a ira, o ressentimento, a mágoa, a desilusão e outras emoções destrutivas que surgiram ao longo do dia devido a más condutas do seu educando. Os pais têm que ter em mente que a criança não age propositadamente, que é incapaz de controlar sempre o que faz e como tal merece ser perdoada pelas suas falhas. Em segundo lugar, os pais devem fazer um esforço para perdoar as pessoas que interpretaram mal o comportamento inapropriado da criança nesse dia, que foram intolerantes, e desagradáveis através de ações ou comentários ofensivos contra os pais e a criança. Neste caso, devem igualmente esquecer certas mágoas, raiva e ressentimentos que essas circunstâncias possam ter causado, porque essas pessoas não têm informação e conhecimentos que lhes permitam compreender as atitudes da criança e perceber que não se trata de falta de disciplina, capricho ou má educação. Por último, os pais devem aprender a perdoar a si próprios, pelos erros cometidos ao longo do dia, evitando a autocensura, a vergonha, a humilhação, e a raiva que acompanham esses atos de autoavaliação. Devem, por outro lado, tentar perceber o que fizeram de positivo e identificar as atitudes que correram menos bem de forma a melhorá-las.

De facto, a existência de uma criança com PHDA despoleta nos pais muitas inseguranças e sentimentos negativos. O comportamento inadequado que a criança manifesta dentro ou fora de casa, bem como os juízos de valor que as pessoas fazem ou poderão fazer quando se confrontam com este comportamento, aumentam as suas incertezas relativamente ao seu papel como pais. É, portanto, necessário e fundamental que a família procure um especialista, fale sobre as suas angústias, adquira conhecimentos sobre a natureza da perturbação e encontre estratégias concretas para lidar com este problema, aprendendo como devem agir e comunicar com o seu educando. Estes pais devem aspirar a ser suficientemente bons e não perfeitos,

aplicando-se e esforçando-se no sentido de aprenderem com os seus erros e apoiarem o filho em todas as dificuldades com que se depara.

PARTE II - Componente Empírica

CAPÍTULO 1. DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1. Problema

A escolha desta investigação foi suscitada pelo crescente conhecimento e interesse na PHDA, que surgiu associado à problemática do sujeito em estudo. Ao longo da realização desta pós-graduação fomos nos apercebendo e ganhando consciência, através do contacto direto com a realidade, que a criança em questão e seus familiares próximos estariam a atravessar momentos difíceis face à perturbação. Ficamos mais alerta, fomos observando e colocando diversas questões aos pais, que nos conduziram a uma motivação, desejo e desafio cada vez maior em perceber a situação detalhadamente e poder auxiliar a criança, a família e os respetivos professores. Após várias conversas exploratórias que resultaram numa recolha de dados inicial, a par das pesquisas e leituras acerca do tema, fomos refletindo sobre qual seria o problema central que pudesse ser objeto de estudo e que consequentemente acarretasse algum benefício para os intervenientes neste processo.

Assim sendo, é importante referir que o sujeito em estudo tem 10 anos, é do sexo masculino, frequenta o 5º ano de escolaridade e por volta dos 6 anos foi-lhe diagnosticada PHDA. As manifestações desta perturbação desde essa altura têm-se revelado nefastas nas relações interpessoais e nas atividades escolares do aluno, embora sem repercussões negativas no seu rendimento académico. Os seus notórios sintomas de impulsividade, inquietude, dificuldade em prestar atenção e se concentrar, aliadas ao facto de ser demasiado falador, impedem que se comporte adequadamente tanto no contexto familiar como escolar. Perante as queixas da professora titular do 1º. Ciclo, os pais decidiram de imediato procurar ajuda, inicialmente junto da pediatra da criança e posteriormente junto de uma pedopsiquiatra. Após o diagnóstico de PHDA, a criança começou a fazer tratamento farmacológico sem que nunca tivesse sido aconselhado pela profissional clínica um tratamento multimodal, que combinasse a terapia farmacológica com outro tipo de terapia. Por outro lado, os pais manifestam o desejo em saber gerir os

comportamentos inadequados da criança, assim como esta revela bastante desconforto e aversão pela toma da medicação devido aos efeitos que a mesma provoca.

Neste sentido, tornou-se para nós um desafio conhecer quais as características e problemas fulcrais do sujeito alvo em ambos os contextos mencionados, de que forma os pais e professores gerem os seus comportamentos inadequados, e essencialmente a importância e a eficácia do tratamento multimodal, nomeadamente a combinação da terapia farmacológica com a terapia cognitivo-comportamental na mudança de comportamentos da criança.

1.2. Pergunta de partida e objetivos do estudo

Após a definição do problema em estudo, procuramos então enunciar o projeto de investigação na forma de uma pergunta de partida, através da qual tentamos exprimir o que procuramos saber ou elucidar.

Conscientes da importância da formulação de uma boa pergunta de partida, enquanto primeiro fio condutor da investigação, tivemos em consideração os critérios a que esta deve obedecer para desempenhar corretamente a sua função. Segundo Quivy e Campenhoudt (1998: 44), a pergunta de partida deve apresentar qualidades de clareza (ser precisa, concisa e unívoca), de exequibilidade (ser realista) e de pertinência (ter uma intenção de compreensão dos fenómenos estudados).

Após várias reflexões, hesitações e reformulações, o problema em estudo permitiu-nos formular a seguinte pergunta de partida:

- Em que medida a medicação e as estratégias cognitivo-comportamentais são eficazes na inibição dos comportamentos inadequados de uma criança no 2º. Ciclo com diagnóstico de PHDA?

Deste modo, é pela procura da melhoria dos comportamentos que consideramos a nossa pergunta de partida pertinente e do interesse geral dos

intervenientes. Acima de tudo, pretendemos dar um contributo para uma melhor gestão de comportamentos que beneficie todos, em especial o sujeito em estudo.

Consideramos, assim, que esta questão apresenta as características referidas pelos autores, tendo sido formulada com uma intenção de compreensão e explicitação da realidade, sem qualquer intuito em julgar.

O objetivo geral deste trabalho consiste em perceber se a medicação e as estratégias cognitivo-comportamentais contribuem para a melhoria dos comportamentos de uma criança com PHDA. Como objetivos específicos definimos os seguintes:

- conhecer as características, avaliação, diagnóstico e tratamento da PHDA;
- identificar os comportamentos manifestados pelo sujeito em estudo no contexto familiar e escolar;
- conhecer a forma de atuação dos pais e dos professores na gestão dos comportamentos inadequados;
- perceber como reage o sujeito em estudo perante determinadas atitudes e estratégias dos adultos em ambos os contextos;

Apresentado o fio condutor do nosso projeto a partir da pergunta de partida enunciada, explicitaremos de seguida quais os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa.

CAPÍTULO 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para se realizar uma investigação científica e se obter respostas significativas para a pergunta de partida, existem métodos e técnicas de pesquisa que facultam os meios de trabalho mais adequados ao respetivo objeto de estudo, aos objetivos e às hipóteses levantadas. Tendo em conta que esses métodos e técnicas contêm virtualidades e defeitos, sempre que possível convém operar a sua conjugação, combinando e utilizando simultaneamente e sucessivamente tantos métodos e técnicas quantos os que forem necessários para determinado caso.

Atendendo à especificidade desta problemática e dos objetivos de estudo estabelecidos, optamos pelo estudo de caso sendo esta a metodologia, de natureza qualitativa e descritiva, a que melhor se coaduna.

O estudo de caso constitui uma estratégia de pesquisa muito utilizada nas ciências sociais, que vai ao encontro da interpretação de fenómenos educacionais e que “consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico” (Merriam, 1988, citado por Bodgan e Biklen, 1994: 91). Para Greenwood, (s/d, citado por Almeida e Pinto, 1975: 87) o estudo de caso permite uma análise intensiva tanto em amplitude como em profundidade, utilizando todas as técnicas disponíveis, face a uma amostra particular, selecionada de acordo com um determinado objetivo. De acordo com Pardal e Lopes (2011: 33),

“Os estudos de caso correspondem, em síntese, a um modelo de análise intensiva de uma situação particular (caso). Tal modelo, flexível no recurso a técnicas, permite a recolha de informação diversificada a respeito da situação em análise, viabilizando o seu conhecimento e caracterização. Num estudo de caso, (...) o pesquisador pode recorrer a uma grande diversidade de técnicas, facto que tanto pode ser determinado pelo quadro teórico de que se possa ter socorrido e das hipóteses que tenha elaborado, como da especificidade da situação, ou de ambas as condições: inquérito por questionário, entrevista, análise documental, observação participante...”

Acredita-se, portanto, que com o estudo de caso possamos conhecer, analisar e compreender de modo profundo e global uma dada situação ou realidade particular, todavia, sem generalizar. Ao contrário da investigação quantitativa que utiliza dados de natureza numérica que lhe permitem provar relações entre variáveis, a investigação qualitativa utiliza principalmente

metodologias e técnicas que possam criar dados descritivos que lhe permitirá observar o modo de pensar dos participantes numa investigação.

De uma forma global, e segundo Bruyne et al (1991, citado por Pardal e Lopes, 2011: 33), os estudos de caso podem ser agrupados em três grandes modelos: de exploração, descritivos e práticos. No nosso estudo adequa-se o tipo descritivo, que se centra “num objeto, analisando-o detalhadamente, sem assumir pretensões de generalização”.

Face à pesquisa e metodologia selecionadas, para se proceder à recolha de informação optamos por diversas técnicas que foram aplicadas de acordo com os objetivos de análise. Por conseguinte, utilizamos diferentes técnicas de investigação nas ciências sociais, que se classificam como documentais e não documentais (Almeida e Pinto, 1975: 94), e que nos facultaram informações relevantes para a elaboração da pesquisa. Nas técnicas documentais incluem-se as obras literárias, os documentos existentes no processo individual do aluno, o Projeto Educativo da Escola, o prontuário terapêutico e os folhetos informativos respeitantes à medicação prescrita. Nas técnicas não documentais inserem-se os questionários, as escalas de comportamento e atitudes, a ficha de anamnese, as entrevistas semidiretivas (ou semiestruturadas), e a observação participante.

Cabe assinalar, que antes de se proceder à investigação foi solicitada a devida autorização (ver Anexo XV) e colaboração aos pais e à direção da escola que o aluno frequenta, tendo sido apresentados os objetivos do nosso trabalho, assim como as declarações emitidas pela Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Foi realçado que os dados seriam utilizados unicamente para fins académicos e que a sua confidencialidade seria assegurada.

De seguida desenvolveremos com mais pormenor as técnicas de recolha de dados utilizados nesta investigação para posteriormente procedermos à apresentação e discussão dos resultados obtidos.

2.1. Técnicas e procedimentos de recolha de dados

Segundo Pardal e Lopes (2011: 70), “As técnicas são um instrumento de trabalho que viabiliza a realização de uma pesquisa (...)”. Na opinião dos autores (2011: 71), para que o estudo empírico seja bem conduzido tem necessariamente que passar pela “seleção criteriosa de técnicas, pela construção cuidada dos instrumentos e sua administração, podendo suscitar processos complementares de colheita de dados, para além dos que estão a ser aplicados”.

Deste modo, pelo interesse que consideramos representarem na investigação, apresentamos de seguida as técnicas de recolha de dados utilizadas neste estudo, assim como a sua aplicação.

2.1.1 Análise Documental

Relativamente à análise documental, entendemos que esta seria uma técnica útil para o estudo na medida em que nos permitia obter dados relevantes e credíveis.

Primeiramente procedemos à pesquisa bibliográfica e à análise minuciosa de várias obras literárias com o intuito de elaborarmos o enquadramento teórico que sustentasse a pesquisa e melhor nos guiasse na problemática. Por outro lado, a consulta do processo individual do aluno, sob a autorização da diretora de turma, resultou na recolha e análise de todos os registos de avaliação relativos ao 1º Ciclo (ver Anexo XII), bem como as avaliações trimestrais respeitantes ao 5º. ano de escolaridade (ver Anexo XIII). Foi também consultado o Projeto Educativo da Escola que a criança frequenta, a fim de elaborarmos a caracterização da escola e do meio envolvente, que nos permitiu um melhor conhecimento sobre o meio onde a criança está inserida. O prontuário terapêutico e os folhetos informativos, ambos elaborados pelo Infarmed, com o aval do Ministério da Saúde, forneceram-nos informações extremamente importantes acerca das características dos medicamentos usados pela criança.

É conveniente salientar que não nos foi possível aceder aos documentos que conduziram ao diagnóstico efetuado pela pedopsiquiatra, nem tão pouco aos respetivos relatórios ou tratamentos prescritos, uma vez que a mesma, após uma breve conversa no seu consultório, se mostrou totalmente indisponível para colaborar nesta investigação.

2.1.2. Questionários/Escalas de comportamento e atitudes

No que concerne aos questionários, estes consistem em instrumentos de recolha de informação preenchidos pelos informantes, e constituem “seguramente, a técnica de recolha de dados mais utilizada no âmbito da investigação sociológica” (Pardal e Lopes, 2011: 73). Todavia, é conveniente referir que o tipo de questionários utilizados nesta pesquisa não se enquadra, propriamente, nos questionários tradicionais, visto que não há de todo o interesse de que os mesmos garantam o anonimato.

Assim sendo, os questionários em causa são os seguintes: Escala de Avaliação da PHDA (ADHD Rating Scale- IV- ver Anexo III e V); Escala de Conners (ver Anexo II e IV); e o Questionário de erros cometidos na gestão de comportamentos (Parker, 2003 - ver Anexo X).

Relativamente à Escala de Avaliação da PHDA, Lopes (2003:153) refere que para além da escala da APA esta consiste num dos instrumentos mais considerados para o despiste da perturbação. Esta escala possui uma versão para pais e outra para professores, embora se constate que ambas sejam exatamente iguais. A escala é composta por nove itens relativos à desatenção (números ímpares) e igualmente nove itens respeitantes à hiperatividade-impulsividade (números pares). Os comportamentos apresentados na escala são condizentes com os critérios de diagnóstico contidos no DSM-IV- TR (2002). Pediu-se, então, à mãe e à diretora de turma que preenchessem as escalas, assinalando o algarismo que melhor descrevesse o comportamento do seu filho/aluno nos últimos seis meses, atendendo à seguinte classificação: (1) para “raramente ou nunca”; (2) para “algumas vezes”; (3) para “muitas vezes”; e (4) para “frequentemente”. A partir destas escalas conseguiu-se perceber a frequência de cada sintoma da PHDA, manifestado em ambos os contextos.

No que diz respeito à escala de Conners, esta contempla igualmente duas escalas, uma para pais e outra para professores, e duas versões, uma original e completa e a outra reduzida. Na nossa investigação aplicamos a versão reduzida, constituída por 27 perguntas para os pais e 28 para os professores. As escalas foram igualmente preenchidas pela mãe e pela diretora de turma, juntamente com mais dois professores. À semelhança do que acontece com a escala anteriormente referida, também nesta escala se avalia o comportamento da criança de entre quatro opções de resposta, correspondentes ao nível de frequência com que o mesmo ocorre. As classificações variam entre o (0) para “Nunca”; (1) para (Um pouco); (2) para “Frequentemente”; e (3) para “Muito frequentemente”.

Na nossa perspetiva, estas escalas foram essenciais na recolha de informação, levando-nos a conhecer quais os comportamentos característicos de PHDA manifestados pela criança em ambos os contextos. É importante referir que achamos pertinente solicitar à mãe o preenchimento de ambas as escalas de duas formas distintas, assinalando os comportamentos da criança com e sem o efeito medicação (ver Anexo IV e V). Não obstante, e apesar de sabermos que estas escalas consistem em instrumentos clínicos bastante utilizados a nível mundial no diagnóstico da PHDA, tal como já foi referido, os resultados das mesmas por si só não devem ser utilizadas para a realização de um diagnóstico. Segundo Lopes (2003: 157) deve-se ter em mente que este tipo de questionários não constitui uma “fidedigna e indiscutível” medida diagnóstica da PHDA.

No que concerne ao Questionário de erros cometidos na gestão de comportamentos que foi preenchido pelos pais, possibilitou-nos recolher dados sobre os tipos de erros (atitudes) cometidos por estes na gestão dos comportamentos inadequados exibidos pela criança.

Quanto à ficha de anamnese (ver Anexo I), preenchida pela mãe, pensamos ter sido igualmente relevante na medida em que nos possibilitou obter uma série de informações relativas ao sujeito e à sua família que mostraram ser de grande importância para a sua caracterização.

2.1.3. Entrevistas

Antes de se constituir a problemática da investigação, foram realizadas algumas conversas informais com a diretora de turma e com a mãe (“testemunhas privilegiadas”), sendo que com esta última foi possível realizar entrevistas exploratórias. Esta técnica, que consideramos preciosa, contribuiu para descobrirmos alguns aspetos fundamentais a ter em conta, ao mesmo tempo que ampliaram e retificaram o campo de investigação das leituras. Segundo Quivy e Campenhoudt (1998: 69), as entrevistas e as leituras exploratórias

“(...) são complementares e enriquecem-se mutuamente. As leituras são um enquadramento às entrevistas exploratórias e estas esclarecem-nos quanto à pertinência desse enquadramento (...) As entrevistas exploratórias têm, portanto, como função principal revelar determinados aspetos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo, e assim, completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras”

Deste modo, estas conversas e entrevistas iniciais decorreram de uma forma muito aberta, livre, natural e flexível, nas quais procuramos essencialmente ouvir e evitar colocar questões demasiado numerosas e precisas. O objetivo seria encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho, e não propriamente verificar ou validar hipóteses previamente estabelecidas. As mesmas permitiram, essencialmente, fazer sobressair os aspetos e preocupações principais, o problema central e a forma como o mesmo é vivido por todos os intervenientes. Neste sentido, o seu teor permitiu-nos reformular a pergunta de partida adaptando-a de acordo com as nossas reflexões e do que nos pareceu, no momento, ser o problema mais preocupante e perturbador tanto para o sujeito como para os intervenientes no seu processo educativo.

Relativamente às entrevistas propriamente ditas, primeiramente foi dado a conhecer aos entrevistados o projeto, os seus objetivos, a importância das entrevistas e da sua colaboração para o enriquecimento da investigação. Informou-se sobre a duração das mesmas e procedeu-se ao pedido de autorização para a respetiva gravação. Atendendo aos objetivos da investigação, ao perfil dos entrevistados e à relação entre entrevistador e entrevistado, optamos por entrevistas semidiretivas (Quivy e Campenhoudt, 1998: 192), sendo estas as mais utilizadas na investigação social. De acordo

com os autores, as entrevistas em causa constituíram-se como semidiretivas no sentido em que dispúnhamos de uma série de perguntas guia, suficientemente abertas e flexíveis, pelo que as mesmas nem sempre foram colocadas pela mesma ordem e formuladas tal e qual como foram previamente concebidas. Ou seja, à medida do desenrolar da conversa as questões iam sendo colocadas não necessariamente pela ordem no guião, mas antes, à medida da oportunidade. A intenção deste tipo de entrevistas era que o discurso do entrevistado fosse fluído livremente, exprimindo as suas perceções e interpretações sobre determinado acontecimento, experiências e memórias, preocupações, emoções e atitudes, entre outros, ajudando à compreensão da problemática. Tanto quanto foi possível, tivemos o cuidado de deixar os entrevistados falarem abertamente, de forma natural, intervindo no sentido de encaminhar a comunicação para os objetivos da entrevista sempre que percebíamos que o discurso se estaria a desviar das intenções da investigação. Tentamos igualmente não fazer transparecer atitudes inadequadas, como gestos, sorrisos, forma de perguntar ou detalhes de linguagem que pudesse interferir na resposta dos entrevistados.

Realizaram-se três entrevistas, sendo que uma delas, cuja entrevistada foi a mãe, foi dividida em 3 sessões; outra entrevista foi realizada à diretora de turma, e outra teve como entrevistado o próprio sujeito em estudo. As entrevistas foram previamente combinadas, menos a entrevista da criança que foi propositadamente realizada sem aviso prévio, tendo em conta a sua personalidade e o facto de não gostar de falar de si aos outros, evitando criar ansiedade ou qualquer tipo de aversão prematuramente.

Os guiões das entrevistas foram concebidos com o intuito de facultarem informações diversas que pudessem responder à pergunta de partida e aos objetivos em estudo, mas também que pudessem facultar informações significativas que contribuíssem para a caracterização dos intervenientes neste processo (criança, pais e diretora de turma), que julgamos ser de grande importância. Inicialmente começamos por definir as categorias analíticas que interessavam analisar, tendo em conta o enquadramento teórico efetuado e os objetivos da investigação. Posteriormente, com base nessas categorias criamos e organizamos as questões, de forma a permitir uma certa

sequencialidade no sentido da resposta, fomentando assim a construção de um fio condutor em todo o discurso do entrevistado.

Ora, relativamente à mãe, foi portanto necessário realizar três sessões de entrevistas, para além da entrevista exploratória, visto tratar-se de bastantes questões. Deste modo, à medida que se foi realizando as entrevistas iam surgindo dúvidas que posteriormente seriam colmatadas nas entrevistas seguintes contribuindo sempre para a recolha de informação adicional. Estas entrevistas permitiram recolher uma série de dados extremamente importantes para a realização da pesquisa, tais como: quando e por quem foi feito o diagnóstico, quais as principais queixas e comportamentos do sujeito; conhecer a forma como a família lida com a problemática; como gere os comportamentos inadequados, entre outros. No momento da realização de uma das entrevistas, nas quais o sujeito em estudo estava presente, foi também possível perceber alguns aspetos da relação pais-criança. Ao longo de todo o processo, a mãe mostrou-se sempre amável e colaborativa, participando em tudo o que lhe foi proposto e solicitado. Assim sendo, as categorias analíticas desta entrevista são as seguintes:

- A. Queixas, diagnóstico e reações dos pais
- B. Conhecimentos sobre a perturbação
- C. Tipo de Intervenção
- D. Efeitos da terapia farmacológica
- E. Situação pessoal face à problemática
- F. Estratégias de controlo dos comportamentos inadequados
- G. Atitudes de outros familiares
- H. Comportamentos da criança
- I. Sociabilidade/Relações Interpessoais
- J. Atividades de tempo livre
- K. Apoios no percurso escolar
- L. Atitudes da criança face à escola
- M. Desempenho escolar

No que diz respeito à diretora de turma, no nosso entender o contacto direto com a docente, para além do preenchimento das escalas de comportamento, foi de grande relevância. Através da entrevista, ficamos a perceber, por exemplo, se a professora obteve formação nesta temática e se

tem conhecimentos sobre a perturbação; como define o aluno e quais os seus comportamentos mais problemáticos; quais as estratégias utilizadas para lidar com os mesmos; o que pensa sobre o tratamento farmacológico prescrito à criança; que relação estabelece com a família; se teve algum contacto com a pedopsiquiatra que acompanha o aluno, etc. Deste modo, o guião da entrevista contempla as seguintes categorias:

- A. Identificação pessoal e profissional
- B. Experiência com alunos com NEE
- C. Constituição das turmas
- D. Apoio disponibilizado aos alunos
- E. Formação contínua
- F. Conhecimentos sobre a perturbação
- G. Caracterização do aluno
- H. Situação pessoal face à problemática
- I. Metodologias e estratégias educativas adotadas em contexto sala de aula
- J. Outros apoios dados ao aluno
- K. Terapia farmacológica
- L. Acompanhamento Familiar
- M. Colaboração com a família e pedopsiquiatras
- N. Continuidade pedagógica

É de referir que durante o processo, a professora demonstrou-se bastante receptiva, participativa e afável.

Quanto à criança, esta revelou-se um pouco reticente, todavia, após uma breve conversa sobre a importância da entrevista para a realização do estudo, aliada à empatia que se foi criando, a mesma aceitou participar. É conveniente salientar que durante a realização da entrevista a criança encontrava-se sem o efeito da medicação. Ao longo da mesma, e de outras conversas informais, o TF foi demonstrando que reconhece alguns dos seus problemas ou comportamentos inadequados embora não perceba porque se comporta de determinada forma, assim como tem consciência de que os outros são bastante críticos quanto a esses comportamentos. Verificou-se com frequência que o sujeito procura defender-se das sistemáticas acusações de que é alvo, preferindo atribuir as culpas a terceiros ou negando pura e

simplesmente algumas dessas acusações. O respetivo guião contém as categorias que se seguem:

- A. Auto conhecimento individual
- B. Relacionamento interpessoal com os colegas
- C. Tempos livres na escola
- D. Responsabilidade no cumprimento dos horários
- E. Visão pessoal sobre o contexto sala de aula: professores, aulas, disciplinas
- F. Tarefas escolares no contexto familiar
- G. Frequência no 1º. Ciclo do Ensino Básico
- H. Relacionamento interpessoal com os pares
- I. Relacionamento interpessoal no contexto familiar
- J. Atividades de tempos livres
- K. Atitudes face à medicação

Cabe ainda assinalar, que as entrevistas realizadas à mãe e à criança decorreram na respetiva casa da família, e a entrevista à diretora de turma decorreu num gabinete da escola. É importante referir que o ambiente das entrevistas não foi o mais favorável nem adequado, na medida em que houve vários barulhos e interrupções de pessoas que se encontravam por perto, e que de alguma forma interferiram e destabilizaram o ritmo das entrevistas e a concentração dos intervenientes. Dada esta situação, as entrevistas deveriam ter sido realizadas num lugar neutro.

Posto isto, importa ainda salientar que os entrevistados não se recusaram a responder a nenhuma questão. No decorrer das entrevistas foram pontualmente colocadas outras questões (que se encontram na transcrição sem numeração) que não constavam dos guiões e que ocorreram naturalmente no seguimento das respostas dadas pelos entrevistados, a fim de esclarecer alguns assuntos. Na transcrição das entrevistas tentou-se respeitar, o máximo possível, o discurso oral tal como foi produzido. Constatamos que, de um modo geral, os guiões se mostraram adequados aos objetivos da investigação.

Assim sendo, esta técnica permitiu recolher vastas informações e elementos de reflexão ricos, que foram objeto de análise de conteúdo destinados a responder à pergunta de partida.

2.1.4. Observação

A observação é uma técnica de investigação qualitativa que permite uma “análise global e intensiva do objeto de estudo” (Almeida, 1975: 97). De acordo com Pardal e Lopes (2011: 72), esta técnica científica comporta diferentes modalidades dependendo do grau de estruturação com que se apresenta e da função do tipo de participação do observador na realidade estudada.

Tendo em conta a pesquisa e o conhecimento que temos do sujeito alvo, optamos por uma observação pouco estruturada, na qual agimos livremente sem recorrermos a meios técnicos. Temos consciência que esta liberdade de ação acarreta subjetividade, e que a inexistência de meios técnicos aperfeiçoados não nos possibilita um elevado nível de precisão na informação. Todavia, neste caso em concreto e sempre que foi possível, utilizamos um bloco de notas onde registamos os acontecimentos, comportamentos e situações. Estes registos são designados por “notas de trabalho de campo” (Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin; 1990: 157).

Recorreremos, por um lado à observação participante, no âmbito da observação-participação, visto que houve uma inserção da nossa parte no meio do sujeito que iríamos estudar (Almeida e Pinto, 1975: 97). Para Quivy e Campenhoudt (1998: 196),

“(...) os métodos de observação direta constituem os únicos métodos de investigação social que captam os comportamentos no momento em que eles se produzem e em si mesmos, sem a mediação de um documento ou de um testemunho”.

Neste sentido, podemos dizer que esta técnica é particularmente útil para o investigador perceber, por exemplo, se a informação fornecida por alguém é de facto verdadeira, ou seja, se realmente a pessoa faz o que dizem fazer ou se comporta da forma como afirmam comportar-se. Isto porque, nos outros métodos os acontecimentos são reconstituídos a partir das declarações dos atores, através, por exemplo das entrevistas e dos questionários, ou dos vestígios deixados por aqueles que os testemunharam direta ou indiretamente, como é o caso da análise documental. Contudo, convém salientar que a observação direta do objeto em estudo não está isenta de subjetividade.

Ora, neste caso em questão tivemos a oportunidade de observar o sujeito durante duas aulas lecionadas pela diretora de turma (ver Anexo XIV),

sendo que em nenhuma destas houve interação com a criança, tendo nós adotado um papel, sobretudo, de espetador. Na primeira aula como fomos vistos pelo aluno, segundo a docente os seus comportamentos foram notoriamente condicionados pela nossa presença, o que nos levou a estar presentes numa segunda aula sem que desta vez o aluno nos pudesse ver.

No contexto familiar e social também foi possível observar o sujeito em circunstâncias diferentes, ou seja, com e sem o efeito da medicação. Neste caso trata-se de uma participação observação, uma vez que decidimos aproveitar a nossa inserção neste meio para observar o sujeito alvo. Em ambos os contextos foi possível conhecer os fenómenos em estudo a partir do interior, dado que nos pudemos integrar nas atividades/vivências da criança, recolhendo alguns dados e compreendendo certas situações que de outra forma não teríamos acesso.

Importa realçar que em todas as situações fizemos um esforço no sentido de perturbarmos o menos possível o sujeito-alvo, interagindo de forma natural, não intrusiva, nem ameaçadora. Optamos por esta atitude por consideramos importante que a criança pensasse e se comportasse como habitualmente o faz nos seus ambientes naturais, e que portanto, mediante a nossa presença as suas atitudes não ficassem condicionadas e não divergissem daquilo que se passa na nossa ausência.

Por conseguinte, consideramos que a complementaridade das diferentes técnicas explanadas permitiram a realização de um trabalho de investigação aprofundado. Tentamos conduzi-lo com a lucidez e as precauções necessárias, de forma a apresentar o estudo com um grau de validade satisfatório. Na nossa perspectiva, os dados recolhidos através dos diversos instrumentos foram úteis e pertinentes para a concretização dos objetivos da investigação.

2.2. Métodos e técnicas de tratamento de dados

Após a aplicação das técnicas de recolha de dados, o passo seguinte prendeu-se com a escolha das técnicas de tratamento da informação.

De acordo com todo o processo de investigação até ao momento efetuado, e atendendo à natureza descritiva dos dados recolhidos, decidimos que a técnica mais adequada para a análise desse mesmo material seria a análise de conteúdo. Assim sendo, passou-se então à análise dos dados recolhidos, numa perspetiva metodológica qualitativa de carácter descritivo e interpretativo. De acordo com Guerra (2010: 62),

“ ... a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência.”

Atualmente esta é uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais. Trata-se, portanto, de um método de análise textual, que se utiliza sempre no caso de entrevistas e que também se pode usar nas questões abertas de questionários.

Na perspetiva de Quivy e Campenhoudt (1998: 227)

“ O lugar ocupado pela análise de conteúdo na investigação social é cada vez maior, nomeadamente porque oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade ...”

As entrevistas, assim como os questionários e a análise documental permitiram-nos obter elementos de reflexão muito ricos, no sentido de obtermos respostas para o problema em estudo. Contudo, antes de procedermos à apresentação e análise dos resultados propriamente ditos, julgamos ser extremamente relevante começar por contextualizar a realidade do sujeito em estudo, uma vez que nas caracterizações que se seguem podemos já inferir alguns dados recolhidos que serão essenciais na interpretação e discussão dos resultados.

CAPÍTULO 3. CARACTERIZAÇÃO DA REALIDADE DO SUJEITO EM ESTUDO

Sabemos que é fundamental que um profissional de educação encare a criança e organize o seu ambiente educativo tendo em conta diferentes níveis em interação, o que aponta para uma abordagem sistémica e ecológica. Esta perspetiva assenta no pressuposto que o desenvolvimento humano constitui um processo dinâmico de relação com o meio, em que o indivíduo é influenciado, mas também influencia o meio em que vive. Esta abordagem permite ao docente obter uma perspetiva mais alargada que o conduz a um melhor conhecimento e compreensão da realidade, das características e necessidades dos alunos de modo a poder adaptar a sua intervenção.

Assentes nesta ideia, pareceu-nos importante procedermos ao levantamento e caracterização dos diferentes meios onde a criança (designada por TF) se encontra inserida. Acreditamos que este é um aspeto essencial que possibilita o desenvolvimento de uma educação consciente, individualizada e adequada. Com base nos instrumentos de recolha de dados anteriormente explanados, contextualizamos o sujeito em estudo de uma forma abrangente, começando por caracterizar o meio envolvente, de seguida a escola e a turma onde está inserido, a diretora de turma, o contexto familiar e, é claro, a caracterização do sujeito alvo sobre a qual incidiu o estudo.

3.1. Caracterização do meio envolvente

O concelho de VNF onde o sujeito em estudo se insere tem uma área de 201,7 km² e fica situado no Litoral Norte, entre as cidades do Porto, Braga, Guimarães, Vila do Conde, Póvoa do Varzim e Barcelos. O município é servido por uma moderna rede de acessibilidades, acolhendo um dos mais importantes cruzamentos de auto estradas do país. De acordo com o Projeto Educativo da Escola, o concelho tem cerca de 134 mil habitantes e apresenta uma taxa de natalidade de 9,0%, uma taxa de mortalidade de 6,9, uma taxa de nupcialidade de 3,8%, uma taxa de crescimento efetivo de 0,31% e um índice de

envelhecimento de 84,8%. A população desenvolve a sua atividade económica nomeadamente nas indústrias transformadoras (cerca de 54,8%).

No que diz respeito à freguesia onde se situa a escola que a criança frequenta, e de acordo com os dados fornecidos pelo site da respetiva junta de freguesia, esta fica a uma distância de cerca de 6km da sede do concelho, situada no vale do Pelhe, que começa na serra da Corveã e se estende até ao Rio Ave. As suas principais atividades são a agricultura e a indústria têxtil.

Relativamente à freguesia onde reside o aluno, e igualmente tendo por base as informações contidas no site da junta de freguesia, a mesma situa-se a nascente da sede concelhia e tem uma área de 820 hectares, sendo que o seu número de habitantes ronda os 5000, existindo um crescente demográfico de 6,5% nos últimos 10 anos. Nos setores económicos, inclui-se a agricultura como o setor primário, visto que esta ocupa uma vasta área da freguesia. A população tem crescido bastante nos últimos anos e apesar das grandes áreas agrícolas que a freguesia possui os principais pólos geradores de emprego, dada a proximidade com a sede do concelho, são o setor secundário e terciário. Além da vinicultura, também a indústria alimentar, de construção civil e obras públicas e o comércio, começaram a ter grande relevância na freguesia. As coletividades e Associações são um ponto forte da freguesia, cujo seu caráter vai desde o social e desportivo ao religioso. No âmbito da Educação, esta freguesia está dotada de boas infraestruturas, como uma Escola Pública de Ensino Básico do 1º Ciclo com seis salas de aula e uma sala de informática. Num moderno edifício, situado a 100m do 1º. Ciclo, funciona o Pré-Escolar com duas salas de atividades.

3.2. Caracterização da escola

A caracterização da escola foi elaborada com base no Projeto Educativo da Escola, em vigor de 2010 a 2013. A ECVS é uma cooperativa de ensino, fundada em 1987. No ano letivo de 2010/2011 servia uma população de cerca de 1590 alunos, com um quadro de pessoal composto por 158 docentes e 60 não docentes. A escola possui 5 autocarros nos quais transporta uma média de

720 alunos. O estabelecimento de ensino insere-se no setor do Ensino Particular e Cooperativo do sistema educativo

Relativamente à oferta educativa, a ECVS goza de autonomia pedagógica e o ensino ministrado na escola é gratuito, pelo que os custos são suportados pelo Estado de acordo com um “Contrato de Associação” celebrado entre o estado e a Cooperativa. O custo do transporte dos alunos é suportado pelas Câmaras Municipais de VNF e de GM. O território educativo da Escola é constituído por 6 freguesias. A escola apresenta a seguinte oferta educativa: 2º Ciclo do Ensino Básico; 3º. Ciclo do Ensino Básico (com cursos CEF); Ensino Secundário dividido em cursos profissionais e cursos científico-humanísticos.

A escola possui Atividades de Enriquecimento Curricular que são de carácter facultativo de natureza eminentemente lúdica e cultural, incidindo, nomeadamente, nos domínios desportivo, artístico, científico e tecnológico, de ligação da escola com o meio, de solidariedade e voluntariado e da dimensão europeia da educação. Estas atividades organizam-se em forma de Núcleos/Clubes de interesses/apetência dos alunos. Funcionam sistematicamente ao longo do ano, com horário semanal definido, com projetos de desenvolvimento concretos, em espaços próprios e sob a responsabilidade de professores/animadores. No decorrer da Semana Intercultural, no final do segundo período, realizam-se atividades em que cada núcleo faz a apresentação pública dos seus projetos a toda a comunidade educativa.

Relativamente ao desporto escolar, este tem como objetivo promover as suas atividades no interior da comunidade escolar, bem como a interatividade com o meio circundante. O Desporto Escolar desenvolve a sua ação através de um programa de atividades desportivas, de um programa de planeamento, avaliação e promoção e de um programa de formação e documentação que enquadram um conjunto diversificado de projetos e atividades. No âmbito deste programa são desenvolvidas várias modalidades desportivas, tais como: xadrez, clube de patinagem, futebol masculino e basquete.

Por último, importa apenas salientar que as três áreas de intervenção que a comunidade educativa apontou como prioritárias para o triénio 2010/13 são: Gestão de Espaços/Recursos, Educação para o civismo, Segurança e disciplina, e Alimentação, Higiene e Saúde.

3.3. Caracterização da turma

Segundo as informações concedidas pela diretora de turma da criança em estudo, a turma é constituída por 28 alunos, com idades compreendidas entre os 10 e os 11 anos, sendo 13 do sexo masculino e 15 do sexo feminino. Alguns elementos da turma já se conheciam antes de ingressarem no 5º ano, uma vez que tinham frequentado a mesma turma no 1º. Ciclo do Ensino Básico, dado serem da mesma zona residencial.

No geral os alunos provêm de um meio socioeconómico e cultural médio, encontrando-se a grande maioria dos pais em situação de emprego. Trata-se de famílias, na sua generalidade, organizadas e estáveis. Os encarregados de educação são participativos nas reuniões de pais, mostrando-se atentos, compreensivos e colaborativos. Todos os alunos deslocam-se para a escola no respetivo autocarro escolar, e as suas residências situam-se em freguesias próximas do estabelecimento educativo. Alguns frequentam centros de estudos após as atividades letivas.

Relativamente às necessidades educativas especiais, nenhum aluno se encontra abrangido pelo Decreto-Lei 3/2008, pelo que não existem casos na turma que beneficiem do apoio da educação especial, assim como não há redução do nº de alunos. Todavia, existem dois alunos com acompanhamento do serviço de psicologia e do apoio educativo, visto apresentarem PHDA. À semelhança do que acontece com o TF, ambos os alunos, que são gémeos monozigóticos, fazem terapia farmacológica com estimulantes. Em nenhum dos casos a escola recebeu algum relatório médico ou diagnóstico que ateste, efetivamente, que estas crianças têm PHDA, tendo sido estas informações transmitida apenas pelos encarregados de educação.

Quanto ao corpo docente, o mesmo é composto por 8 professores divididos por 10 disciplinas. No que concerne ao rendimento escolar, a turma acompanha os conteúdos programáticos das disciplinas de forma satisfatória, apresentando um número bastante reduzido de negativas, pelo que todos os alunos transitam para o 6º. Ano de escolaridade. Ao nível do comportamento, alguns elementos revelam alguma irrequietude, vontade excessiva e inadequada de falar (são “tagarelas”), bem como algumas dificuldades no cumprimento de regras, acabando por destabilizar um pouco as aulas. A

relação entre pares é saudável, na medida em que todos se relacionam bem. Nalgumas situações de conflito a diretora de turma intervém na resolução das mesmas, que por norma são passageiras e pouco problemáticas.

No que diz respeito ao espaço físico das salas de aula mais utilizadas pela turma, é bastante notório que se trata de espaços com uma área reduzida tendo em conta o número de alunos e de mesas individuais que nelas estão contidas. As mesas encontram-se dispostas no estilo tradicional, todas viradas para o quadro. Neste âmbito, é habitual os alunos sentarem-se por ordem alfabética, no entanto, se por algum motivo se verificar que é mais benéfico para algum aluno efetuar uma troca de lugar, a mesma é realizada (como já aconteceu). No caso em concreto do TF, devido às suas dificuldades de concentração, a diretora de turma considerou que seria mais proveitoso e adequado que o mesmo trocasse os últimos lugares para um lugar na primeira fila, tendo sido uma das estratégias usadas com o aluno de forma a melhor controlar os seus comportamentos. Numa das salas o TF encontra-se junto à parede, mas do lado oposto à secretária do professor, enquanto que na outra sala a sua mesa está situada mesmo em frente à secretária do docente. Apenas nas aulas de Educação Tecnológica e de Educação Visual é que os alunos se encontram sentados a pares, sendo estas salas amplas, harmoniosas e de construção recente. Todas as salas estão equipadas com vídeo projetor, sendo um recurso bastante utilizado pelos professores de forma a diversificarem a sua metodologia tornando as aulas mais atrativas.

3.4. Caracterização da diretora de turma

De acordo com a entrevista, a diretora de turma tem 50 anos, é licenciada em Educação Visual e Tecnológica, exerce a profissão há 27 anos, e trabalha na escola em questão há 24 anos. Até ao presente momento a sua situação profissional tem sido estável, visto que a mesma possui um contrato sem termo. A docente é professora do TF nas disciplinas de Educação Visual e Educação Tecnológica.

Ao longo da sua vida profissional, a diretora de turma tem trabalhado com crianças com NEE, cujas problemáticas vão desde o Autismo, Asperger,

Hiperatividade, Deficiência Visual e Trissomia 21. Realizou formação sobre a PHDA há uns anos atrás, logo que estas crianças começaram a frequentar as suas turmas. Sempre que surge necessidade, a escola disponibiliza formações nessa e noutras áreas.

Ao que tudo indica, conforme prática da escola, a DT em causa continuará a ser professora e DT do aluno, havendo apenas substituição de Diretor de Turma na transição para o 3º. Ciclo.

3.5. Caracterização da família

De acordo com a ficha de anamnese, o agregado familiar é composto por quatro pessoas: o pai, a mãe, o irmão e ele próprio. A mãe tem 36 anos de idade, completou o 9º ano de escolaridade e profissionalmente é ama/empregada doméstica por conta de outrem. O pai tem 37 anos, tem igualmente concluído o 9º ano de escolaridade e é sócio gerente do ramo da eletricidade. O irmão (designado por J) tem 14 anos, encontra-se a repetir o 7º ano de escolaridade, não manifesta nenhum problema de saúde ou escolar e frequenta os esportes nos tempos livres. A família reside numa vivenda T3 (habitação própria), com espaço exterior, situada numa zona residencial tranquila.

A família é estruturada e estável, revelando preocupação, atenção e interesse face à perturbação que o seu educando apresenta. Neste âmbito, convém referir que após a principal queixa, apresentada pela docente do 1º. Ciclo, relativamente aos comportamentos inadequados que o TF apresentava no contexto escolar, os pais mostraram-se preocupados e prontificaram-se de imediato a procurar ajuda profissional. Aceitaram as queixas, o diagnóstico e o tratamento prescrito sempre com o intuito de ajudar a melhorar os comportamentos que o TF manifestava na escola.

Ao longo das entrevistas e de várias conversas informais, a mãe transmitiu numerosas vezes que os comportamentos e atitudes inadequadas do seu educando deixam a família extremamente exausta. A mãe em particular revela que se sente envergonhada em todas as circunstâncias em que o filho se comporta de forma imprópria, e que as pessoas que os circundam olham

para a situação com um ar de reprovação, fazendo comentários desagradáveis que ainda a fazem sentir pior com toda a situação. Devido a estas situações, por vezes os pais evitam ir a certos sítios (ex. jogos de futebol da criança), ou não permitem que a criança participe em determinadas atividades (ex. brincar com os vizinhos) com receio do que pode ocorrer, prevenindo sempre que o resultado seja negativo. Nestes casos, quando o TF se encontra mais agitado a família além de conversar com ele, por vezes recorre à medicação (dado que a mesma é interrompida aos fins de semana) como forma de o acalmar e assegurar que ele não terá, nem causará problemas.

Partindo de algumas declarações ao longo da entrevista, podemos verificar os sentimentos de vergonha, tristeza e culpa que assolam a mãe. Muitas vezes a mesma referiu que não sabia o que fazia de errado na educação do TF visto que tinha dado a mesma educação a ambos os filhos e os resultados eram bem diferentes. Denota-se por estas e outras declarações que a mãe tem poucos conhecimentos acerca da PHDA, não foi devidamente informada pelos médicos e também não procurou informação quando recebeu o diagnóstico. Simplesmente o aceitou e procurou resolver o problema junto dos profissionais clínicos. A mãe refere que gostaria de “Ter mais conhecimentos sobre a perturbação, como lidar com os maus comportamentos dele (...) e porque é que ele tem isso”. Quando lhe foi colocada a questão “Quais as dificuldades sentidas em lidar com esses comportamentos do TF?” a mãe respondeu,

“Sinto muitas dificuldades, não sei como reagir perante certas coisas que ele diz e faz. Apesar de estar mais tolerante desde que sei que ele tem este problema, às vezes fico cega e a minha vontade é logo bater-lhe. Só sei que não o posso deixar a abusar porque se não ainda fica pior. E também não sei se devo ter certas atitudes mais pacientes por causa do irmão, que já diz que eu gosto mais do TF do que dele. É que ele tira-me do sério e depois acaba por criar mau ambiente aqui em casa.”

Embora a mãe tenha colocado algumas questões às pedopsiquiatras que consultaram o TF, sobre como lidar com a situação, as respostas foram quase sempre nulas concentrando-se unicamente na medicação. Além da área da pedopsiquiatria, os pais ainda não recorreram a mais nenhum apoio, mas encontram-se dispostos a consultar outros profissionais na esperança de conseguirem obter algumas estratégias que possam utilizar no contexto familiar para o bem de todos os membros da família. Não obstante, o facto de saber

que a criança tem um problema, levou-a a ficar mais tolerante, compreensiva, calma e paciente com determinadas situações, embora como a própria diz “...às vezes é mesmo difícil. Ele tira-me do sério, leva-me aos limites”. Quanto ao pai, a mãe afirma também que o mesmo se encontra muito esgotado e com uma crescente impaciência perante as atitudes do TF, irritando-se e gritando com mais facilidade e frequência. O irmão, por vezes demonstra-se intolerante para com o TF, revelando alguns ciúmes e referindo sentir-se injustiçado pelos pais darem demasiada atenção e complacência ao irmão. O J sente-se humilhado e gozado por certas coisas que o irmão faz e diz propositadamente, e quando pode “vinga-se”, o que gera um enorme conflito.

Relativamente aos restantes familiares, a reação dos mesmos perante o diagnóstico varia entre aqueles que aceitam e os que não compreendem, nem valorizam a problemática. No que toca concretamente à medicação, alguns familiares próximos (ex. avó materna) mostram-se contra o facto da criança estar a ser medicada, apesar da mãe explicar a necessidade e importância do tratamento farmacológico. Contudo, todos lidam bem com o TF, desvalorizam certos comportamentos e “metem-lhe um travão” quando é necessário.

De seguida, quando procedermos à caracterização da criança abordaremos a relação da mesma com os seus familiares.

3.6. Caracterização da criança

A criança em estudo, é do sexo masculino, tem a idade cronológica de 10 anos e 10 meses e frequenta o 5º ano de escolaridade.

De acordo com a ficha de anamnese, relativamente ao período pré-natal, este decorreu com normalidade, sem que a mãe tivesse sofrido de alguma doença ou tivesse recorrido à toma de alguma medicação. Teve assistência durante toda a gravidez, tendo sido realizados os devidos exames e ecografias. O TF nasceu de parto normal provocado às 36 semanas, por indicação médica, visto que o bebé já apresentava peso suficiente. O parto foi rápido e a posição do nascimento foi de cabeça. Durante o período pós natal, a criança não demorou a chorar nem nasceu ciazonada. O seu peso à nascença era de 3.800kg e media 49cm. A criança foi logo amamentada ao peito e esteve no

hospital o período normal (2 dias), não apresentando sinais traumáticos, convulsões ou alguma doença após o nascimento.

No que diz respeito ao seu **desenvolvimento** motor, a mãe sublinha o facto do TF apenas ter iniciado a marcha por volta dos 17 meses, não se tendo verificado no seu desenvolvimento posterior nenhuma dificuldade ou descoordenação a este nível. No que diz respeito ao desenvolvimento da linguagem, a mãe refere que por volta dos 3 anos a linguagem oral do TF era pouco perceptível, articulando de forma incorreta vários fonemas. Foi aconselhada pela Educadora a frequentar sessões de terapia da fala no estabelecimento que o mesmo frequentava, conseguindo, efetivamente, superar essas dificuldades.

Cabe assinalar, que relativamente à sua capacidade auditiva, segundo dados médicos de uma consulta de otorrinolaringologia, o TF apresenta uma ligeira diminuição de audição no ouvido direito.

Até ao momento o TF é uma criança saudável, tendo apenas sofrido de varicela na primeira infância. Desde os 6 anos de idade que toma regularmente, durante o período da semana, medicação estimulante que consiste no Concerta, com dosagem de 36 mg, sobre a qual nos debruçaremos mais adiante.

No âmbito do **sono**, segundo relatos da mãe e da própria criança, o TF tem um sono calmo, sem grande agitação ou problemas. Dorme sozinho no seu próprio quarto, e geralmente, não adormece de forma rápida e imediata, necessitando da companhia da mãe junto de si durante um certo tempo (aproximadamente 15m). Neste período o TF não adormece, mas fica sossegado e tranquilo tendo a mãe por perto. O mesmo não dá nenhuma justificação para tal, dizendo apenas que gosta de ficar aquele bocadinho perto da mãe. Quando a mesma se retira a criança ainda não dorme, mas não sai do quarto nem volta a chama-la. Também neste momento que antecede o sono, a criança tem a tv ligada e programa-a para desligar passados alguns minutos. Durante o sono, não é habitual falar, ranger os dentes, apresentar terrores noturnos, contudo, por vezes tem pesadelos. Esta última informação foi cedida pelo TF, que afirma ter alguns pesadelos associados a cenas de terror que fazem parte dos seus jogos de computador preferidos. Porém, realça que os pesadelos não o atormentam, na medida em que tem consciência que nada

daquilo é real mas sim ficção. Quanto às insónias, o TF queixa-se de dores de cabeça e dores abdominais quando se vai deitar, e que estas são muitas vezes o fator impeditivo para que adormeça mais facilmente. Não é costume acordar durante a noite, mas nas raras vezes em que isso acontece o TF adormece sem dificuldades. Convém salientar, que durante o período em que houve troca de medicação da Ritalina LA de 30mg, para o Concerta de 36mg, o TF manifestou insónias durante 4 dias, apresentando bastantes dificuldades em adormecer e acordando várias vezes durante a noite. Quanto às horas que costuma dormir, o TF dorme entre 9h a 10h, deitando-se pelas 21h30 (embora não adormeça de imediato) e acordando pelas 7h30. O período que antecede o momento do deitar é feito sem conturbações, uma vez que a criança cumpre esse horário estabelecido pelos pais, aceitando as suas instruções nesse sentido. No que toca ao levantar, neste caso a situação é bem mais complicada. O TF apresenta dificuldades em se levantar, demorando demasiado tempo a preparar-se de manhã o que obriga a mãe a ajudá-lo e a estar constantemente a chama-lo à atenção das horas. É também de referir, que nesta circunstância o TF não tem a responsabilidade de acordar sozinho, necessitando que a mãe o faça. Quando acha que está atrasado e começa a temer pela perda do transporte escolar, atribui as culpas à mãe por não o ter chamado mais cedo ou simplesmente por não o ter obrigado a levantar-se assim que o chamou, não assumindo nunca as suas responsabilidades. A mãe acompanha o pequeno-almoço a fim de se certificar que a criança tomou a medicação, embora habitualmente este assuma esse dever demonstrando, contudo, que não a deseja tomar. A mãe realça que por imensas vezes o TF desloca-se para a paragem do autocarro esquecendo-se da mochila em casa, o que faz com que a mãe vá ao seu encontro para a poder entregar. Esta situação causa algum espanto à mãe que se questiona como é possível ele ir para a escola sem mochila não se dando conta da falta da mesma. Acrescenta que tal situação se deve ao facto da medicação ainda não ter começado a fazer efeito.

Quanto à **alimentação**, o TF apresenta falta de apetite que se pode relacionar com os efeitos secundários da medicação estimulante que toma. Tem uma alimentação equilibrada e come entre 5 a 6 refeições por dia, embora se verifique que come pouco em cada uma delas quando comparado com os

fins-de-semana ou as férias, períodos em que o TF aumenta de peso, provavelmente, por não se encontrar a tomar a medicação.

Tendo em conta os horários de trabalho dos pais, o TF reúne-se com o agregado familiar por volta das 19h, sendo que o jantar é sempre em família, a não ser que o pai tenha algum serviço extra que só possa ser realizado nesse período. Quando chega da escola, o TF elabora de imediato os trabalhos de casa, sendo essa uma das regras que não pode falhar e que por norma é sempre cumprida. Nos **tempos livres**, quer seja à semana ou ao fim-de-semana, as suas atividades preferidas são: ver televisão (desenhos animados-canales específicos para crianças) no seu quarto, e jogar computador. Apesar da playstation ser algo que lhe agrada bastante, o TF só tem acesso à mesma no período das férias ou em determinados fins-de-semana, dependendo do seu comportamento. Por vezes, este jogo funciona como prémio ou castigo perante as suas condutas, acarretando alguns resultados positivos. Durante estes tempos livres, o TF por vezes também convive com o irmão, embora a relação de ambos seja bastante conflituosa. Uma atividade que o Tomás gosta de realizar no espaço circundante à casa, é andar de bicicleta, e neste caso ele solicita sempre a companhia do irmão. No que diz respeito às atividades recreativas, o TF frequentou os escuteiros aos fins-de-semana, mas acabou por desistir tendo em conta as sucessivas faltas de comparência. De acordo com a mãe, a criança não gosta da chefe respeitante ao seu grupo e isso é motivo suficiente para não querer ir. Além disso, a mãe acrescenta que este tipo de atividades de grupo é constituído por regras e disciplina bem definidas, e que o TF tem dificuldades em cumpri-las. Segundo o próprio, a sua saída aconteceu porque a mãe assim o quis e o seu regresso aos escuteiros acontecerá quando for mais velho. Na catequese, que se realiza aos sábados, segunda a mãe o TF vai sempre obrigado e contrariado. Como não toma a medicação nestes dias, por norma revela comportamentos menos próprios sendo chamado à atenção várias vezes pela catequista que em certos momentos o coloca fora da sala, transmitindo estas situações à mãe. De acordo com o TF, este afirma não gostar de frequentar a catequese devido à catequista, e admite que sai mais cedo por causa do seu mau comportamento. Não podemos deixar de referir uma situação comentada pela mãe durante as entrevistas, que está relacionada com os jogos desportivos da escola que o

aluno frequente. Num determinado jogo de futebol o TF, (que não estava medicado) revelou comportamentos de falta de autocontrolo, de impulsividade e de agressividade perante várias ocasiões do jogo, tais como: insultou e agrediu os jogadores adversários quando estes cometiam faltas sobre si; proferiu palavras socialmente inadequadas; insultou o árbitro quando achava que este estava a ser incorreto; e descontrolou-se totalmente quando o treinador (professor da escola) o substituiu do jogo, discutindo imenso e pondo em causa a sua autoridade, opções e competência.

Em termos de **socialização** e de **relações interpessoais**, segundo informações da mãe, o TF não faz amigos facilmente, tem tendência a isolar-se, apreciando ficar no seu quarto sozinho - “gosta de ficar no seu cantinho” - a ver tv ou a jogar computador. Quando não gosta de determinada pessoa não o disfarça, ignorando-a ou fazendo comentários que demonstram claramente aquilo que pensa ou sente. O TF afirma mesmo “Quando eu não gosto não passo bola”. No seu relacionamento com os pares revela nitidamente vontade em liderar, tentando com bastante autoritarismo que as suas ideias e desejos prevaleçam sempre, o que acarreta enormes conflitos. Os seus melhores amigos são dois rapazes da turma, mas no geral relaciona-se bem como todos os colegas, quer sejam do sexo masculino ou feminino, exceto com um deles. Quanto à sua relação com os vizinhos, que têm idades muito próximas à sua, pelas suas palavras denota-se a existência de problemas sociais neste âmbito. Quando lhe foi colocada a questão se o mesmo se dava bem com os vizinhos e se habitualmente brincavam juntos, a sua resposta foi: “Não, eles gozam comigo, chamam-me nomes. Só me dou bem com alguns. O meu irmão diz para eles me chamarem nomes e eles estão sempre a pegar comigo.” Neste sentido, a mãe relata vários acontecimentos e situações nas quais o TF demonstra nitidamente dificuldades em cumprir regras, em aceitar derrotas, ficando furioso, descontrolado e agressivo quando tal acontece e as coisas não correm como gostaria. Fica igualmente revoltado quando não é bem aceite pelos outros, ou quando estes o põe de parte não o deixando entrar nas brincadeiras. Perante estas situações, o TF perde o controlo e chega mesmo a agredir física e verbalmente os colegas. Segundo relata a mãe: “Ele fica mesmo agressivo, insulta os miúdos e chama-lhes nomes feios. Depois vem para casa enervado”. O irmão em vez de o tentar acalmar, por vezes ainda

fomenta a situação, “vingando-se” das atitudes que o TF tem para com ele. Por estes motivos, a mãe não costuma autorizar o TF a ir brincar com os vizinhos para a rua, e o mesmo aceita sem protestar. Outra situação diz respeito ao facto do TF se recusar em participar em campos de férias, organizados pela junta de freguesia, alegando que não conhece ninguém da sua idade e que não gosta de determinadas pessoas (adultos) que orientam essas atividades.

Durante a entrevista realizada ao aluno, o mesmo define-se como “boa pessoa, simpático, falador e divertido”. Enquanto colega o TF definiu-se como um colega razoável, referindo que a sua relação com os colegas é boa, que estes gostam dele e o tratam bem porque, de acordo com as suas palavras “Eu sou o mais fixe, o mais espetacular, toda gente me adora. Eu sou o máximo”, “Acham que sou bonito (...) Gostam de mim, claro, sou o maior para os meus amigos.” Elege dois colegas como os melhores amigos, e no recreio o tempo livre é passado com jogos de cartas, à bola, no telemóvel e a conversar com os amigos.

No que diz respeito às relações interpessoais com as pessoas que compõem o agregado familiar, relativamente à sua relação com o irmão esta é bastante conflituosa, como já foi referido. Segundo a mãe a relação “é péssima”, e segundo o TF “É má, porque ele está sempre a pegar comigo, 99% é ele que começa e tem culpa, e 1% sou eu.” Para a mãe o TF está constantemente a provocar o irmão, a irrita-lo propositadamente, resmunga e discute imenso, não tolera nada que ele faça ou diga e tem tendência a humilha-lo, nomeadamente pelo facto do irmão ter reprovado, gozando e fazendo piadas sobre isso. Ultimamente tem recorrido também à chantagem. A relação do TF com a mãe, na perspetiva desta é boa, sendo notório que a criança é mais próxima da mãe do que do pai. Salaria que normalmente o TF não faz nada sem lhe pedir autorização, mesmo que o pai já a tenha dado. A relação com o pai é igualmente positiva, mas por vezes ele consegue enervá-lo, quando o pai até é considerado uma pessoa calma e pacífica. A mãe realça uma situação que ocorreu quando viajavam de carro, na qual o TF enervou e descontrolou de tal maneira o pai com os seus comportamentos e discurso impróprio que iam tendo um acidente. Para o TF a relação com os seus pais é boa, considerando-se um filho razoavelmente obediente e que cumpre os castigos que lhe são impostos. As relações sociais estabelecidas com os

restantes familiares mais próximos, desde os avós, tios e primos consideram-se positivas. Os familiares que ficam responsáveis pelo TF em determinados fins-de-semana ou períodos de férias (altura em que não toma medicação), geralmente relatam poucas queixas relativamente ao seu comportamento. Por norma, nestes contextos o TF apresenta comportamentos adequados, sem grandes manifestações de irrequietude, desatenção e impulsividade, estabelecendo relações positivas com todos, cumprindo regras e instruções. Contudo, verifica-se que fala bastante e que se intromete frequentemente nas conversas dos outros.

De uma maneira geral, e quando numa das entrevistas se colocou à mãe a seguinte questão “Como define e caracteriza o TF?”, a mesma respondeu da seguinte forma:

“Ui, sei lá... nem sei por onde começar. Ora deixa cá ver... então, ele é muito impulsivo; não pensa antes de falar ou agir; “fala por 7” e não deixa ninguém falar. Acha que só ele é que tem razão e os outros é que têm culpa de tudo, ele nunca tem culpa de nada. Não para quieto e está sempre a provocar o irmão, o que me irrita imenso. Chora por tudo e por nada, é muito ansioso, quer saber tudo... ui é mesmo muito curioso. Está sempre a intrometer-se nas nossas conversas, nós mandamo-lo calar montes de vezes mas não adianta nada. E quando eu estou ao telefone? Eh, pá, é horrível. Está sempre a perguntar as mesmas coisas, quando por exemplo sabe que vai a algum lado está sempre a perguntar quando é, como vai ser, não se cala um segundo. Não se dá bem com qualquer pessoa, e se não gosta da pessoa ignora, faz de conta que não a conhece, passando por mal educado. Envergonha-me tanto, o J não é assim e ninguém aqui em casa é assim, não sei a quem ele sai. Mais... sei lá.. deixa-me pensar... ah, isola-se muito no quarto com as suas coisas, tem sempre a resposta na “ponta da língua”; discute connosco desvairado e está sempre a argumentar, porque ele tem sempre que vencer a dele. Se vamos a qualquer lado, como por exemplo, às compras, é sempre muito impaciente “vamos embora, já estamos aqui há muito tempo. Ah... mais... parece que não ouve os recados que lhe damos, digo as mesmas coisas ao irmão e o irmão percebe e ele nunca sabe nada e depois, lá está, se não faz as coisas e eu resmungo diz que a culpa é minha porque eu é que não lhe disse nada. E... olha tem mais coisas que agora não me vem à memória. Ele é complicado, tem um feitio mesmo difícil”.

Pelas suas palavras, estes são alguns dos comportamentos e atitudes que mais incomodam os pais.

No que concerne ao seu **percurso escolar**, este começa com a entrada na creche aos 18 meses. Aos 3 anos passou a frequentar o Pré-Escolar da mesma Instituição (IPSS), num período total diário de 8h30. A adaptação à instituição, a novos espaços, adultos e colegas foi sempre fácil e tranquila. O TF demonstrou-se sempre bem disposto nesta instituição, estabelecendo relações positivas e afáveis com todas as crianças, quer frequentassem ou não

o seu grupo, e com os adultos que lá trabalhavam. Durante este período, a mãe salienta que nunca houve qualquer queixa ou informação significativa que indicasse que o TF pudesse apresentar algum tipo de problema comportamental.

O ingresso no **1º ciclo** ocorreu aos 6 anos de idade, e a adaptação foi muito difícil. O TF chegava a casa enervado e arranhado, por se ter agredido a ele próprio, queixando-se que não tinha amigos para brincar. Do Jardim de Infância apenas transitou um colega de turma, que não se incluía no grupo restrito dos seus melhores amigos, pelo que o TF revelou desde o início muitas dificuldades de integração. Foi precisamente no primeiro ano, mais concretamente no início do 2º. Período, que ocorreu a principal queixa, por parte da professora, que despoletou a procura de ajuda profissional. Segundo a mãe, a professora praticamente desde o início do ano que fazia queixas relativamente ao comportamento do TF, declarando que o mesmo se distraía com muita facilidade, era muito falador e irrequieto. Com os colegas mantinha uma relação de conflito constante, irritando-se facilmente, e partindo para a violência física e verbal (insultava), quer dentro quer fora da sala de aula. Quando o TF não conseguia entrar em confronto físico com os colegas, tinha tendência a agredir-se a ele próprio, arranhando-se violentamente e admitindo a autoria das agressões, ao mesmo tempo que culpava os colegas pelo sucedido, visto o terem enervado. A pior situação ocorreu quando a professora chamou a mãe à escola explicando que o TF se tinha comportado de forma inaceitável perante uma situação na qual os colegas teriam mexido e desarrumado as suas coisas, situação para ele intolerável. A atitude do TF foi de explosão total, revelando-se extremamente nervoso, irritado e agressivo, deitando ao chão tudo o que se encontrava sobre a sua secretária. Quando a professora o tentou acalmar e terminar a discussão, o TF descontrolado pontapeou-a. Durante o 1º ciclo, o TF permaneceu com a mesma professora durante 3 anos (1º, 2º e 4º), pelo que o 3º. Ano foi lecionado por outra professora. Embora se tenham verificado progressos e melhorias ao nível do comportamento, relações interpessoais, interesse nas atividades, desempenho e rendimento académico, o certo é que a avaliação nestes domínios foi variando ao longo dos anos, estando sempre presente as dificuldades que a seguir indicamos. As docentes, particularmente a que permaneceu mais tempo

como professora titular, transmitiam aos pais e referiam nas suas avaliações de final do período (anexo XII), que ao nível do comportamento o TF era um aluno que: distraia-se muito facilmente; era muito irrequieto e falador; adotava posturas incorretas na cadeira da sala de aula, tendo que ser constantemente chamada à atenção; apresentava dificuldades no cumprimento de regras estabelecidas; e devia ser mais responsável e ponderado sobre determinadas atitudes e comportamentos que tinha nas aulas de modo a não ter comportamentos negativos. Citando a professora,

“O TF poderia obter melhores resultados no seu aproveitamento escolar se não se distraísse tanto nas aulas e se se prontificasse a realizar de imediato as atividades que lhe são propostas. Tem dificuldade em estar concentrado apenas no seu trabalho, e algumas vezes não termina na sala os trabalhos que lhe são pedidos.”
(2º. Ano- 2º. Período)

“Não apresenta dificuldades relevantes no domínio de competências, no entanto, o que o prejudica no seu processo de ensino/aprendizagem é o seu comportamento (irrequieto, falador e distraído). Não demonstra interesse nem empenho em melhorar o seu comportamento. Essa atitude é negativa. Revela alguma falta de responsabilidade, de organização e de estudo em casa.”

(4º ano- 2º Período)

Relativamente ao aproveitamento escolar, de acordo com os registos de avaliação, o TF apresentava um rendimento académico maioritariamente “Satisfatório” e “Bastante Satisfatório” em todas as Áreas Curriculares Disciplinares, e predominantemente “Satisfatório” nas Áreas Curriculares Não Disciplinares. Passamos a citar algumas avaliações exemplificativas da maioria dos registos:

“O aproveitamento escolar do TF foi, de uma forma geral satisfatório nas diferentes Áreas Curriculares Disciplinares e Não Disciplinares, sendo bastante satisfatório na área da matemática. Os resultados poderiam ser melhores se o TF se esforçasse por adotar uma postura diferente em relação à aprendizagem.”
(1º ano- 3º Período)

“O TF revelou um bom domínio de competências. No entanto, o seu comportamento nas aulas e o facto de ser um aluno que se distrai facilmente continua a prejudicar o seu aproveitamento que poderia ser excelente.”
(4º ano- 3º Período)

Por sua vez, os professores das atividades de enriquecimento curricular (Inglês, Atividade Física e Desportiva, Atividades Lúdico- Expressivas), que nem sempre foram os mesmos ao longo deste nível de ensino, avaliaram igualmente o comportamento e aproveitamento do TF. Segundo os mesmos a

sua “performance” nas diferentes áreas foi oscilando entre o insatisfatório e o bom, sendo que alguns dos comentários mais negativos resumiam-se no seguinte: “o aluno revela pouca atenção, concentração, e responsabilidade, refletindo-se na falta de precisão e cuidado com que realiza os trabalhos”; “é muito falador”; “não conclui os trabalhos propostos”; por vezes não respeita os colegas e o professor”; “tem dificuldades na interação com os colegas”; “demonstra pouco interesse, empenho e participação nas atividades”; “mostra dificuldades no cumprimento das regras da sala, perturbando o funcionamento das aulas”; “revela grandes dificuldades em aceitar as regras dos jogos, a derrota, e em aplicar o fair-play, demonstrando ser demasiadamente competitivo, o que prejudica imenso o seu desempenho nas aulas”.

Todavia, realçamos que é possível observar nalguns registos evoluções positivas e melhorias ao nível do comportamento e da aquisição de competências.

Durante este período, e sem o efeito da medicação, a mãe afirma que o TF apresentava bastantes dificuldades na elaboração e conclusão dos trabalhos de casa, distraído com facilidade, apresentando frequentemente desculpas para se levantar (casa de banho, beber água, comer), e necessitando do acompanhamento do adulto para se concentrar, organizar, elaborar e concluir as tarefas.

A sua entrada no **2º. Ciclo** foi igualmente vivida com alguma ansiedade, apesar de nesta circunstância o TF ter transitado para a escola que frequenta com vários colegas que ingressavam a mesma turma do 1º. Ciclo. As suas preocupações consistiam no facto da escola ser muito grande, ter de se deslocar de autocarro, usar cartão para realizar várias operações, mudar várias vezes de sala, entre outras. No entanto, e apesar das suas dificuldades iniciais de adaptação, o TF superou esses receios rapidamente e demonstra gostar da escola e de estudar. Segundo a mãe, caso o TF não gostasse da escola, ele diria sem problemas.

Relativamente à sua perturbação, os professores do TF têm conhecimento da mesma e do facto do aluno tomar medicação estimulante através dos pais do mesmo, embora não tenham nenhum relatório médico que o comprove. Quanto à questão de como definiria e caracterizava o aluno, a diretora de turma respondeu que se trata de um bom aluno, com boas notas,

mas que poderia ser melhor caso estivesse mais concentrado (avaliações semelhantes às do 1º ciclo). Para a professora o problema central do aluno é a falta de concentração: “Tem de se concentrar e abstrair do que se passa ao lado, concentrar-se apenas naquilo que está a fazer e pronto. Era o suficiente para ter umas notas muito melhores”. Segundo a docente, os comportamentos inadequados mais significativos que o aluno apresenta na sala de aula é essencialmente a conversa e o facto de estar constantemente a interromper, a intrometer-se e a “dar palpite” nas conversas que não lhe dizem respeito, quebrando um pouco o ritmo da aula. A professora acrescenta: “Ele fala tudo o que lhe vem à cabeça, tudo, seja bom ou seja fraco, ele diz tudo”. Quando é chamado à atenção o aluno argumenta dizendo “Eu tenho boca é para falar”.

Além destes aspetos, o TF manifesta também dificuldades no cumprimento das regras, assim como os restantes colegas, embora a diretora de turma as tenha estabelecido no início do ano letivo e as relembre sistematicamente nas aulas de Educação para a Cidadania. Quando foi questionada sobre os progressos ou retrocessos do TF, a professora respondeu prontamente que aluno melhorou quer ao nível do comportamento quer ao nível do aproveitamento, apesar de se notar que quando não toma a medicação fala bastante (o que é estranho visto que a mãe afirma que a medicação é tomada sem falhas). Houve uma fase em que os professores notaram que o aluno estava demasiado “parado e “apagado”, o que na sua opinião não é positivo. A professora salienta que os professores não desejam que o aluno fale em demasia, mas também não querem que “esteja a dormir”. A mesma refere o seguinte: “Com as medicações acredito que tenham aqueles altos e baixos. Ao nível do organismo não sei se será muito saudável para os miúdos”. Quando foi questionada sobre se o comportamento era semelhante em todas as disciplinas, a professora disse que sim e citou uma situação ocorrida com o professor de Educação Física,

“Lembro-me do professor de ginástica me contar sobre uma situação que aconteceu na aula de ginástica. Parece que eles estavam a jogar à bola e de repente aconteceu uma falta, um empurrão, bem eu não sei muito bem, mas segundo o professor o TF passou-se por completo. Ficou todo alterado, a resmungar, a discutir com todos, até que o professor teve que o tirar do campo e sentá-lo para ele acalmar”.

Posto isto, quando lhe foi colocada a questão se o aluno ao longo do ano letivo teve algum outro apoio na Escola, nomeadamente, do serviço de

psicologia, a docente respondeu que não, e que nenhum professor referiu essa necessidade em nenhuma das reuniões. Para a docente, mesmo que o TF precisasse e o conselho de turma o encaminhasse isso não seria benéfico para o aluno dado que ele não encara bem os profissionais ligados à área da psicologia “Ele não gosta destas coisas de psicólogos. Acho que se ele tivesse que ir ao gabinete da psicóloga ele fugia de lá. Não podemos ir por aí. Eu acho que eles têm uma ideia na cabeça que quem vai ao psicólogo é tolo”. Esta questão é corroborada pela mãe e pelo próprio aluno, que fala com aversão destes profissionais. Segundo a professora, a relação que o TF estabelece com os colegas no geral não é negativa, embora por vezes surjam conflitos que são considerados normais nestas faixas etárias. A professora realça que quando o TF “diz que não gosta daquele, não gosta e arruma-o. É isso, mas no fundo ele fala com todos”. A sua relação com os professores é positiva, não havendo nada de negativo a apontar.

3.6.1. Diagnóstico e Intervenção Farmacológica

Tal como já foi mencionado, após várias queixas proferidas pela professora do 1º. Ciclo, os pais do TF decidiram recorrer a ajuda de profissionais clínicos com vista à resolução dos problemas e dificuldades apontados pela docente desde o início do ano letivo. Inicialmente recorreram à pediatra da criança que prescreveu uma medicação (cujo nome não é recordado pelos pais) que não surtiu o efeito desejado “receitou uma medicação que não fez efeito nenhum, era a mesma coisa que não tomar nada”. Na consulta seguinte, como as queixas se mantinham, a médica aconselhou os pais a consultarem uma pedopsiquiatra. Nesta consulta de especialidade, na qual participou a mãe e a criança, a pedopsiquiatra conversou com ambos, colocou algumas questões e forneceu à mãe dois questionários, sendo que um seria para os pais preencherem e o outro para a respetiva professora. Nesta mesma consulta, e como resultado desta primeira entrevista, a médica diagnosticou o TF com a Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção. Como foi referido anteriormente, na altura do diagnóstico a criança tinha cerca de seis anos e meio. Para tentar colmatar os

comportamentos inadequados que afetavam a criança no contexto escolar e familiar foi aconselhado e prescrito pela médica uma medicação com vista a acalmar a criança “A médica disse que o melhor era ele tomar medicação. Que isso o ia ajudar a acalmar. De resto, não disse mais nada.” Nas consultas seguintes a médica falava bastante com o TF e continuava a prescrever a medicação sem nunca ter sugerido outro tipo de intervenção ou estratégias a par da intervenção farmacológica.

A medicação prescrita na primeira consulta foi o Rubifen (libertação imediata- ação curta) com uma dosagem de 10mg que era tomado duas vezes ao dia, um comprimido de manhã e meio à hora do almoço. Sensivelmente um mês depois, este medicamento foi substituído pela Ritalina LA (libertação modificada- ação intermédia) também de 10mg, por um lado porque o Rubifen já não fazia o efeito esperado e por outro lado evitava-se pedir às funcionárias que dessem a medicação ao aluno visto que a Ritalina LA seria de uma só toma. Passados alguns meses, frequentando já o 2º. Ano de escolaridade, com base nas queixas de que a criança não conseguia terminar os trabalhos de casa distraíndo-se frequentemente, a pedopsiquiatra aumentou a dose para 30 mg. Esta medicação foi usada até ao 2º. Período do 5º ano de escolaridade, momento em que a mãe decidiu procurar uma segunda opinião. Os motivos que a levaram a consultar outra profissional da área prendem-se com os efeitos secundários da medicação, com a toma destes estimulantes há quatro anos e pelo facto da diretora de turma realçar as variações de comportamentos. Ou seja, uns dias parece que a medicação não faz qualquer efeito e noutros dias deixa a criança demasiadamente “apática”. Assim sendo, na primeira e única consulta até ao momento com a nova pedopsiquiatra, e após uma breve conversa com a mãe que passou pelos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR, a médica confirmou o diagnóstico. Recomendou a substituição da Ritalina LA pelo Concerta (libertação prolongada- ação longa), aumentando a dose para 36mg, tendo em conta o seu peso e ano de escolaridade. Desta forma, no âmbito da intervenção farmacológica até à presente data foram prescritos três medicamentos estimulantes, composto por cloridrato de metilfenidato, que se assemelham e distinguem de acordo com as características indicadas no quadro que se segue.

CARATERISTICAS dos MEDICAMENTOS	NOME DOS MEDICAMENTOS		
	Rubifen	Ritalina LA	Concerta
Composição	Substância ativa: metilfenidato. Cada cápsula contém cloridrato de metilfenidato.	Substância ativa: metilfenidato. Cada cápsula de libertação modificada contém cloridrato de metilfenidato.	Substância ativa: metilfenidato. Cada cápsula de libertação prolongada contém cloridrato de metilfenidato.
Propriedades Farmodinâmicas	Pertence ao grupo dos estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central e atua aumentando a atividade de certas partes do cérebro que estão sub-ativas.	Pertence ao grupo dos estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central e atua aumentando a atividade de certas partes do cérebro que estão sub-ativas.	Pertence ao grupo dos estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central e atua aumentando a atividade de certas partes do cérebro que estão sub-ativas.
Forma Farmacêutica	Libertação imediata. Comprimidos- Blister-redondos, brancos, planos.	Cápsula de libertação modificada.	Comprimidos em forma de cápsula de libertação prolongada.
Dosagem existente	5mg; 10mg; 20mg	20mg, 30mg, 40mg	18mg, 36mg, 54mg
Indicações Terapêuticas	Meilfenidato está indicado como parte de um programa de tratamento abrangente para a PHDA em crianças com idade igual a 6 anos quando as medidas tomadas para a resolução deste problema se revelarem insuficientes. O tratamento deve sempre fazer parte de uma estratégia terapêutica global que inclua medidas psicológicas, educativas e sociais. Deve ser utilizado somente após outras tentativas de tratamento que não envolvem medicamentos, tais como aconselhamento e terapêutica comportamental.	Meilfenidato está indicado como parte de um programa de tratamento abrangente para a PHDA em crianças com idade igual a 6 anos quando as medidas tomadas para a resolução deste problema se revelarem insuficientes. O tratamento deve sempre fazer parte de uma estratégia terapêutica global que inclua medidas psicológicas, educativas e sociais. Deve ser utilizado somente após outras tentativas de tratamento que não envolvem medicamentos, tais como aconselhamento e terapêutica comportamental.	Meilfenidato está indicado como parte de um programa de tratamento abrangente para a PHDA em crianças com idade igual a 6 anos quando as medidas tomadas para a resolução deste problema se revelarem insuficientes. O tratamento deve sempre fazer parte de uma estratégia terapêutica global que inclua medidas psicológicas, educativas e sociais. Deve ser utilizado somente após outras tentativas de tratamento que não envolvem medicamentos, tais como aconselhamento e terapêutica comportamental.
Posologia e modo de administração	Administração oral: iniciar com 5mg uma a duas vezes ao dia (pequeno-almoço e almoço), podendo-se aumentar a dose, se necessário, até 60mg, administrada em várias tomas.	Administração oral uma vez por dia de manhã. A dose inicial recomendada é de 20mg. A dose máxima diária é de 60mg. Pode ser administrada com ou sem comida. As capsulas e/ou o seu conteúdo não devem ser esmagados, mastigados ou divididos.	Os comprimidos devem ser engolidos inteiros em conjunto com uma bebida e não devem ser mastigados, divididos ou esmagados. São administrados numa toma única diária de manhã. A dose máxima diária é de 54mg.
Propriedades Farmocinéticas	Absorção rápida e quase na sua totalidade. A concentração plasmática máxima é atingida em média 1-2 horas após a administração. Distribuição no sangue.	Após a administração oral, o metilfenidato é rapidamente absorvido e produz um perfil plasmático de concentração-tempo bimodal (i.e. dois picos distintos com um intervalo aproximado de quatro horas).	O metilfenidato é rapidamente absorvido. O metilfenidato contido nas duas camadas internas do medicamento é gradualmente libertado ao longo das horas seguintes. As concentrações plasmáticas máximas obtêm-se ao fim de cerca de 6 a 8 horas. Os efeitos

			mantêm-se até 12 h após a administração.
Contra indicações	Hipersensibilidade ao metilfenidato; glaucoma; feocromocitoma; hipertiroidismo; depressão grave; anorexia nervosa; tendências suicidas; sintomas psicóticos; perturbações de humor graves; mania; esquizofrenia ou perturbações de personalidade psicopáticas; perturbação bipolar; perturbações cardiovasculares ou cerebrovasculares preexistentes; etc	Hipersensibilidade ao metilfenidato; glaucoma; feocromocitoma; hipertiroidismo; depressão grave; anorexia nervosa; tendências suicidas; sintomas psicóticos; perturbações de humor graves; mania; esquizofrenia ou perturbações de personalidade psicopáticas; perturbação bipolar; perturbações cardiovasculares ou cerebrovasculares preexistentes; etc	Hipersensibilidade ao metilfenidato; glaucoma; feocromocitoma; hipertiroidismo; depressão grave; anorexia nervosa; tendências suicidas; sintomas psicóticos; perturbações de humor graves; mania; esquizofrenia ou perturbações de personalidade psicopáticas; perturbação bipolar; perturbações cardiovasculares ou cerebrovasculares preexistentes; etc
Advertências e preocupações especiais de utilização	Perturbações cardiovasculares ou cerebrovasculares; crescimento; apetite; desenvolvimento de perturbações do foro psiquiátrico (ex. tiques, agitação, ansiedade, depressão, psicose, mania, irritabilidade, afastamento, comportamento agressivo ou hostil) de novo ou agravamento das preexistentes; tendência suicida; formas de perturbação bipolar; ataques epiléticos.	Perturbações cardiovasculares ou cerebrovasculares; crescimento; apetite; desenvolvimento de perturbações do foro psiquiátrico (ex. tiques, agitação, ansiedade, depressão, psicose, mania, irritabilidade, afastamento, comportamento agressivo ou hostil) de novo ou agravamento das preexistentes; tendência suicida; formas de perturbação bipolar; ataques epiléticos.	Perturbações cardiovasculares ou cerebrovasculares; crescimento; apetite; desenvolvimento de perturbações do foro psiquiátrico (ex. tiques, agitação, ansiedade, depressão, psicose, mania, irritabilidade, afastamento, comportamento agressivo ou hostil) de novo ou agravamento das preexistentes; tendência suicida; formas de perturbação bipolar; ataques epiléticos.
Interações medicamentosas e outras formas de interação	Com outros estimulantes do SNV e com um medicamento chamado “inibidor da monoaminoxidase” (IMAO) utilizado para a depressão. Pode aumentar o efeito dos antidepressivos tricíclicos e dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina. A carbamazepina reduz as concentrações do metilfenidato.	Com outros estimulantes do SNV e com um medicamento chamado “inibidor da monoaminoxidase” (IMAO) utilizado para a depressão. Pode aumentar o efeito dos antidepressivos tricíclicos e dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina. A carbamazepina reduz as concentrações do metilfenidato.	Com outros estimulantes do SNV e com um medicamento chamado “inibidor da monoaminoxidase” (IMAO) utilizado para a depressão. Pode aumentar o efeito dos antidepressivos tricíclicos e dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina. A carbamazepina reduz as concentrações do metilfenidato.
Efeitos secundários possíveis	Insónia; cefaleia; tonturas; sonolência; diminuição do apetite; anorexia; dor abdominal; náuseas e vômitos; tiques; mania; nervosismo; agitação; instabilidade afetiva; agressividade; ansiedade; depressão; irritabilidade; oscilações de humor; psicose; arritmias; palpitações etc.	Insónia; cefaleia; tonturas; sonolência; diminuição do apetite; anorexia; dor abdominal; náuseas e vômitos; tiques; mania; nervosismo; agitação; instabilidade afetiva; agressividade; ansiedade; depressão; irritabilidade; oscilações de humor; psicose; arritmias; palpitações, etc.	Insónia; cefaleia; tonturas; sonolência; diminuição do apetite; anorexia; dor abdominal; náuseas e vômitos; tiques; mania; nervosismo; agitação; instabilidade afetiva; agressividade; ansiedade; depressão; irritabilidade; oscilações de humor; psicose; arritmias; palpitações, etc.

Quadro 3: Quadro comparativo dos três tipos de medicamentos estimulantes prescritos à criança. Fonte: Infarmed: prontuário terapêutico e folhetos informativos (<http://www.infarmed.pt>)

Por indicação médica e por vontade dos Pais, o TF por norma apenas toma a medicação nos dias em que tem aulas. Nos fins-de-semana, feriados e férias escolares somente toma a medicação se se encontrar extremamente agitado, irrequieto ou impulsivo estando nitidamente a prejudicar-se a si próprio ou aos outros com os seus comportamentos. De acordo com os relatos da mãe - “eu evito mesmo dar-lhe nestes dias porque dá mesmo pena, porque ele fica parado de todo. Nem parece o mesmo.” Verifica-se que há a preocupação de assegurar que os comportamentos inadequados do TF não comprometam o seu rendimento escolar, a sua relação com os colegas e os professores, mas que nos restantes dias a medicação é suspensa tendo em conta os seus efeitos e as atitudes da criança perante a toma da mesma.

No que diz respeito à reação do TF face à medicação, apesar de este declarar que não quer tomar dizendo - “Eu acho que hoje não ia precisar disto”, “Quem me dera não precisar de tomar” - o mesmo acaba por tomar por sua própria iniciativa e responsabilidade (com supervisão da mãe). Desde que toma o Concerta as queixas são mais recorrentes essencialmente por esta medicação o deixar ainda mais “parado” e “sem conseguir falar, que é uma coisa que ele gosta tanto”. Neste sentido, a criança refere várias vezes que irá conversar com a pedopsiquiatra na próxima consulta de forma a resolverem esta situação que tanto o incomoda. A partir das conversas e explicações dos pais e das médicas em causa, o TF compreende a razão pela qual deve tomar este tipo de fármaco. Todavia, refere “eu não sei o que se passa comigo”, deixando transparecer alguma incompreensão sobre os comportamentos e atitudes que manifesta, ao mesmo tempo de se denota alguma tristeza pelo facto de ter que tomar esta medicação. A criança chega mesmo a referir que ele próprio, assim como os colegas, gostam mais dele quando está sem o efeito da medicação porque “não paro quieto e falo mais. Sou mais fixe assim.” Os colegas sabem que o TF toma medicação, na medida em ele mesmo faz referência a essa situação, não fazendo nenhum comentário negativo sobre tal.

Por outro lado, é também interessante e curioso perceber que nos dias em que o TF se sente mais ansioso, nervoso, com falta de autocontrolo, ou receoso com algo que o perturba, ele é o primeiro a tomar a iniciativa em pedir à mãe que lhe dê a medicação. Algumas destas situações verificaram-se por exemplo: na primeira vez em que andou de avião, e no primeiro dia de aulas

após as férias escolares. Nestas circunstâncias o TF tem consciência que a medicação o deixa mais relaxado e menos ansioso.

Quanto aos resultados da medicação, a mãe refere que efetivamente o TF fica mais calmo, os seus comportamentos inadequados diminuem significativamente, apesar de achar que

“ele fica parado de mais. Mesmo muito apagado, fica apático. Completamente diferente. Até dá pena, mas tem que ser. Fica mais concentrado nos estudos, menos impulsivo e respondão... fica menos falador, que é uma das queixas dos professores.”

No que concerne aos efeitos secundários da medicação, por norma o TF queixa-se com cefaleias (“dores de cabeça”), dores abdominais (“dores de barriga”) e falta de apetite. Estes efeitos colaterais, que já foram referidos no enquadramento teórico, constam de facto, dos folhetos informativos dos fármacos em questão, como podemos ver no quadro anteriormente descrito. Nalguns dias verifica-se que apresenta maiores dificuldades em adormecer, tendo mesmo revelado algumas insónias nos primeiros dias em que começou a tomar o Concerta.

Relativamente à opinião da diretora de turma sobre o diagnóstico e a intervenção farmacológica, a mesma igualmente refere que a “medicação às vezes deixa-o um pouco apático”. Acrescenta que não conhece este tipo de fármacos, que a criança é muito nova para tomar medicação e que não sabe se a dose prescrita será a mais adequada neste caso. Na sua perspetiva deveriam ser adotadas outras estratégias para controlar os comportamentos sem o recurso à terapia farmacológica, como as recompensas ou as punições, tirando, por exemplo, algo que a criança goste. Por outro lado, a docente também sugere que se poderia aliar a medicação, com uma dose mais leve, a este tipo de estratégias. Para esta, o certo é que a medicação deve estar sempre associada a outras estratégias. É de salientar que nunca houve qualquer contacto entre a diretora de turma e as pedopsiquiatras que consultaram o TF, apesar da docente considerar esse aspeto relevante quando lhe foi questionado se acharia importante estabelecer contacto com as profissionais mencionadas,

“Acho que sim, pelo menos podia-nos fornecer o relatório que diga qual é a medicação que está a tomar, uma informação para eu poder transmitir aos meus colegas, aos restantes professores. Elas pedem-nos a nós mas nunca nos dão nada. Primeiro mandam-nos preencher escalas de cruzes, mas depois não nos dizem mais nada”.

CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretendemos apresentar, analisar e interpretar as informações recolhidas que se consideram mais significativas para o problema em estudo, atendendo à pergunta de partida e aos objetivos propostos. Procuraremos fazer o confronto entre a componente teórica desta investigação e o material empírico recolhido.

Relativamente a um dos objetivos do trabalho que consistia na **identificação dos comportamentos manifestados pelo sujeito em estudo no contexto familiar e escolar**, começamos por descreve-los no âmbito do contexto familiar.

Ora, através da **análise das escalas de avaliação e da entrevista concedida pela mãe**, podemos verificar que **sem o efeito da medicação** o TF apresenta essencialmente comportamentos de desatenção e impulsividade com uma intensidade e frequência considerável. A mãe destacou os seus comportamentos de falta de atenção, descuido e organização na elaboração dos trabalhos escolares, revelando necessitar do apoio constante do adulto. É uma criança que tem falta de concentração, distrai-se com muita facilidade, encontrando sempre desculpas para se ausentar das tarefas que requerem uma manutenção prolongada da atenção. Com frequência, parece que não ouve quando lhe falam diretamente, apresentando dificuldades em seguir instruções. Frequentemente perde objetos necessários às suas atividades académicas ou situações diárias, como por exemplo esquecer-se de levar a mochila, livros ou trabalhos para a escola, e esquecer-se constantemente dos casacos e outros objetos pessoais no recinto escolar. É capaz de se fixar em atividades que vão de encontro dos seus gostos e interesses, quer sejam atividades mais calmas ou mais ativas. Todavia, nestas situações denota-se que criança fala sozinha, demasiadamente alto, mostrando-se muitas vezes excitada e nervosa com o que está a ocorrer. No que toca à hiperatividade-impulsividade, mais concretamente ao nível da impulsividade, podemos verificar que o TF apresenta com uma elevada frequência e intensidade os três

comportamentos descritos no DSM-IV-TR (2002:93) e que são: dificuldades em esperar pela sua vez; interromper ou intrrometer-se nas conversas ou atividades dos outros; responder precipitadamente antes de ouvir as perguntas até ao fim. A mãe refere várias vezes estes comportamentos impulsivos e de falta de controlo, como sendo evidentes quer no contexto familiar como social. Tal como vem mencionado na literatura, o TF apresenta dificuldades em pensar antes de agir e em conter as suas respostas face a uma determinada situação. Manifesta baixa tolerância à frustração, irrita-se e perde o controlo com facilidade quando não as coisas não correm como desejaria. Com muita frequência, discute, argumenta e desafia os adultos de forma desadequada. No que diz respeito à hiperatividade, apesar dos sintomas em questão não se verificarem com tanta frequência ou intensidade, constatamos que o sujeito por várias vezes não permanece no lugar quando se espera que o faça, age com muita irrequietude como se “tivesse pilhas”. Ainda neste âmbito a mãe realça que o TF fala excessivamente em qualquer situação e contexto, sendo esta uma das suas características mais particulares e que é comentada por pessoas fora do âmbito familiar. Relativamente aos seus comportamentos noutros contextos (escuteiros, catequese, futebol), verifica-se essencialmente o incumprimento das regras, a irrequietude e a impulsividade.

No que diz respeito aos comportamentos do Tomás **sob o efeito da medicação**, as diferenças são de facto notórias. A maioria dos comportamentos referidos anteriormente, raramente ou nunca se manifestam, apesar do TF ainda apresentar algumas dificuldades ao nível da falta de atenção e impulsividade. Quanto ao falar em excesso, esta é uma das grandes diferenças que a mãe verifica com a toma da medicação, visto que a criança permanece notoriamente mais calada e parada até passar o efeito do fármaco. Por conseguinte, nesta situação verifica-se o que Barkley (2002: 285) defende quanto aos efeitos positivos que os estimulantes produzem ao nível da atenção continuada, persistência do esforço para o trabalho, redução da impulsividade, desobediência, agressividade, atividade motora global, e melhoria nas relações interpessoais.

No que concerne ao **contexto escolar**, neste caso apenas podemos analisar os comportamentos sob o efeito da medicação, visto que a criança toma o comprimido diariamente sem qualquer interrupção nos dias letivos.

Importa salientar que a diretora de turma referiu na entrevista que os comportamentos manifestados pelo sujeito oscilam de dia para dia, e que portanto nem sempre são os mesmos. Ou seja, segundo a docente, pelas suas condutas dá a entender que o aluno não toma a medicação diariamente, uma vez que nuns dias fala bastante e noutros permanece extremamente parado, provocando alguma admiração nos professores. Na perspetiva da docente, a medicação provoca variações extremas nos seus comportamentos, principalmente desde que começou a tomar o Concerta. Tal situação leva-nos a questionar sobre se o motivo de tais disparidades comportamentais é normal, ou foi provocado pela substituição do fármaco e pelo aumento da dose diária. Segundo a revisão da literatura, Garcia (2001: 61 e 63) refere que esta situação pode ocorrer numa mesma criança devido a variações relativas à absorção digestiva da medicação, resultando assim, em comportamentos distintos. Além deste aspeto, a mãe indica que a criança é bastante ansiosa e como sugerem alguns estudos efetuados por Barkley (2002: 291), quanto mais ansiosa for a criança possivelmente menos reações positivas ela terá com a medicação. Não sabemos portanto, se em dias de maior ansiedade a medicação deixa de cumprir o seu efeito e a criança manifesta assim alguns comportamentos característicos desta perturbação.

Quanto aos comportamentos propriamente ditos, de acordo com os dados obtidos, o que é mais frequente e realçado por todos os professores é a falta de concentração, o falar de forma excessiva, a falta de autocontrolo, e o facto de se intrometer e interromper conversas e assuntos dos outros sem a prévia autorização. Além destes comportamentos, podemos verificar que o aluno por várias vezes mostra-se inquieto no seu lugar, dá apenas atenção a coisas que lhe interessam, responde precipitadamente antes de ouvir as perguntas até ao fim, argumenta com os adultos, manifesta dificuldade em esperar pela sua vez e em cumprir regras, apresenta um temperamento explosivo e imprevisível.

Neste âmbito, e na **perspetiva do TF**, através da sua entrevista verificamos que o TF considera-se um aluno razoável e bem comportado em todas as aulas, exceto nas disciplinas lecionadas pela diretora de turma, admitindo que nestas aulas por vezes conversa com os colegas que se encontram ao seu lado. Esta situação talvez ocorra por se tratar de disciplinas

práticas nas quais os alunos estão sentados a pares e não em mesas individuais, como acontece nas restantes salas. O aluno admite ficar nervoso nas aulas de educação física, essencialmente quando perde nos jogos de competição. Também podemos constatar que o TF tem consciência que nem sempre está com atenção nas aulas, e que especialmente na aula de matemática procura manter-se concentrado e não conversar por ser a disciplina que tem mais dificuldades. Considera-se razoavelmente organizado nas tarefas escolares, referindo que faz sempre os trabalhos de casa no horário pré-estabelecido pelos pais (quando chega a casa). No que diz respeito ao contexto familiar o TF afirma que por vezes não se comporta adequadamente, atribuindo a culpa desse mau comportamento ao irmão, que o provoca, deixando-o nervoso.

Se compararmos os dados das Escala de Avaliação da PHDA (Rating Scale-IV), tendo em conta a frequência com os comportamentos ocorrem na escola e em casa, verificamos que estes são menos frequentes em casa do que na escola. Isto é curioso dado que atendendo ao tempo de ação do medicamento (6- 8h a Ritalina LA; 10-12h o Concerta), o mesmo cumpre o seu propósito maioritariamente durante o período letivo, logo neste contexto os comportamentos deveriam ser menos evidentes. Todavia, também sabemos que é nestes “ambientes altamente estruturados e orientados para a tarefa, em que as exigências curriculares, comportamentais e cognitivas são especialmente acentuadas” (Lopes, 2003: 51). Esta poderá ser a razão pela qual, mesmo sob o efeito da medicação, os sintomas de PHDA sejam mais notórios na escola do que em casa.

Em jeito de conclusão, tudo indica que o TF apresenta comportamentos característicos desta perturbação, cumprindo os critérios de diagnóstico da PHDA contemplados no DSM-IV-TR (2002: 92). Pela análise das escalas, e atendendo aos subtipos da PHDA, podemos depreender que, provavelmente, o TF manifesta uma combinação dos três traços, incluindo-se assim no tipo misto.

Outro objetivo que nos propusemos estudar consistia em **conhecer a forma de atuação dos pais e dos professores na gestão dos comportamentos inadequados.**

No que diz respeito aos pais, analisando a ficha por eles preenchida sobre “erros comuns cometidos na gestão de comportamentos”, constatamos que:

- ambos tendem a berrar e a perder o controlo quando a criança manifesta comportamentos desapropriados, sendo que o pai referiu que esta situação acontece apenas por vezes, enquanto que a mãe referiu acontecer sempre;
- por vezes ambos negam os pedidos do seu educando antes sequer de os ouvir até ao fim;
- a maioria das vezes os pais concentram-se mais no que o filho faz de errado, em vez de no que faz corretamente;
- por norma quando o pai não quer que o filho faça algo, de início diz-lhe firmemente, mas muitas vezes acaba por ceder às suas lamúrias, enquanto que neste aspeto a mãe referiu nunca ceder;
- ambos acreditam que os pais não devem, em frente do seu filho, discordar acerca de questões de disciplina quando têm posições diferentes, embora o pai o tenha confessado que por vezes o faz;
- ambos têm sempre demasiada tendência para repetir instruções ao seu filho, em vez de agirem quando este não as ouve.

Partindo destes resultados, é possível concluir que os pais em questão cometem alguns erros na gestão dos comportamentos do seu educando, o que provavelmente dificulta a diminuição dos comportamentos indesejáveis. Ambos parecem admitir que por vezes existem diferenças na abordagem que fazem ao seu educando, na disciplina, regras e limites que tentam impor, criando algumas tensões entre os pais e confusão para a criança. Em conversas informais, a mãe referiu que o TF mostra-se notoriamente mais bem comportado e obediente quando se encontra na companhia do pai, embora seja a mãe a que tenta impor mais regras e a que faz menos cedências. Através dessas mesmas conversas percebe-se que esta situação se possa dever ao facto do pai ter tendência a implementar consequências mais imediatas e mais punitivas relativamente aos comportamentos inadequados do TF.

Os dados recolhidos levam-nos a concluir que no momento em que o TF está sob o efeito da medicação, apresentando melhorias significativas a nível comportamental, nota-se alterações bastante positivas no comportamento dos respetivos pais. De facto, os sintomas de PHDA que o TF revela façam emergir o pior nos pais.

Por outro lado, e apesar da mãe declarar que impõe regras e limites, não cedendo, parece-nos que em muitas situações estamos perante pais impacientes, que reagem de forma excessiva, que não persistem na disciplina estabelecida e que não disciplinam os comportamentos de forma imediata ou consistente. Por vezes o pai primeiro repreende, mas depois acaba por ceder, reforçando o comportamento negativo. Através dos relatos da mãe e de algumas situações por nós presenciadas, parece-nos também evidente que nem sempre os pais comunicam de forma assertiva.

Quanto à tentativa de controlo das más condutas, é evidente que os pais recorrem bastante aos castigos, gritos, repreensões e até à punição física, e que não tem por hábito premiar, recompensar ou elogiar a criança pelos comportamentos positivos. Os castigos, por norma são: manter-se isolado no seu quarto ou retirar algo que ele goste, como o computador, a playstation e a tv. Estes pais têm mais tendência para assinalar o facto da criança se estar a comportar inadequadamente, proporcionando atenção negativa a esses comportamentos desapropriados. Ora, baseando-nos no que já foi explanado na componente teórica deste trabalho, podemos afirmar que os reforços positivos frequentes são úteis e cruciais para aumentar a probabilidade de um dado comportamento se repetir, reforçando também a confiança da criança nela própria. A mãe assume que ambos os pais têm bastantes dificuldades em lidar com estes comportamentos, não sabendo quais as estratégias mais adequadas em cada circunstância.

À luz da literatura, podemos afirmar que estes erros cometidos na gestão dos comportamentos inadequados é normal, visto que todos os pais cometem erros na educação dos seus filhos, ainda mais quando estão perante um filho com esta perturbação, que os conduz ao desespero, testando constantemente os limites da sua paciência. Quase todos os pais se irritam, gritam quando deviam estar calmos, cedem quando não deviam, etc. É de facto um desafio diário gerir o comportamento de uma criança com PHDA.

Atendendo às declarações da mãe ao longo da realização deste trabalho, defendemos que os pais em questão precisam imenso de auxílio profissional que os esclareça acerca dos problemas e dificuldades do seu educando, os ajudem a compreender os seus próprios sentimentos e a lidar com toda esta situação. Seria igualmente benéfico que pudessem partilhar experiências, dúvidas e angústias com outros pais que se encontram na mesma situação.

No que concerne à **gestão de comportamentos por parte da diretora de turma**, verifica-se que a mesma defende e acredita que as estratégias educativas são essenciais nestes casos de PHDA contribuindo substancialmente para a melhoria dos seus comportamentos. Pelos dados recolhidos percebemos que a docente, de uma maneira geral, insistiu bastante no conhecimento, compreensão e cumprimento das regras da escola e da sala de aula por parte dos alunos. Os mesmos tiveram que as ler, ouvir e escrever imensas vezes, pois na perspetiva da professora esta seria uma forma adequada de lhes inculcar as regras a cumprir. Não conseguimos perceber se surtiu o efeito desejado, mas pelas suas declarações no final do ano letivo pareceu-nos que algumas regras ainda não estavam a ser totalmente acatadas.

Concretamente em relação ao TF, a mudança de lugar da fila de trás para a fila da frente foi uma boa estratégia que deveria ser mantida no próximo ano, uma vez que resultou numa maior capacidade de atenção, menor tendência para se distrair e para conversar com os colegas, na medida em que a docente teve o cuidado de o sentar perto de colegas mais calmos e poucos faladores. Contudo, achamos que seria melhor que a sua secretária se mantivesse junto à secretária do professor em todas as salas e não apenas em algumas. Durante as aulas de cidadania, juntamente com uma psicóloga estagiária, a professora trabalhou muito os comportamentos, o estudo e a organização do estudo em casa.

Através de conversas informais, a docente referiu que atendendo ao facto do TF se distrair com facilidade e por vezes evidenciar falta de organização na sua mesa de trabalho, a mesma tenta orientá-lo nesse sentido, solicitando ao aluno que guarde os seus pertences dentro da mochila e deixe ficar sobre a mesa apenas o material necessário.

A par destas estratégias, e novamente para a turma em geral, a docente investiu na mudança de comportamentos recorrendo ao reforço positivo no sentido de incrementar os comportamentos desejáveis. Este reforço foi material, e consistiu na oferta de uma tablete de chocolate para os alunos que tivessem nota “A” no final do período. Esta avaliação diz respeito por exemplo: à falta de material, às faltas injustificadas, aos atrasos na hora de entrada, etc.

Face ao comportamento que o TF vinha a apresentar há algum tempo relativamente a uma colega da turma com quem implicava bastante, chegando mesmo a perturbar o decorrer das aulas, a docente viu-se obrigada a convocar os pais à escola. Nesta reunião, onde estavam presentes a diretora de turma, o pai, a psicóloga estagiária e a criança, o castigo a aplicar foi decidido entre todos. Após uma longa conversa, com várias negociações e acordos, chegou-se à conclusão que o melhor seria retirar algo que o TF gostasse muito. Neste sentido, a criança viu retirado do seu quarto, por um período de um mês, o televisor que ele tanto gosta, ficando proibido igualmente ver tv noutra compartimento da casa. Na opinião da docente, que nós corroboramos, os castigos e os prémios podem apresentar resultados positivos no controlo do comportamento deste aluno.

Pelo que pudemos apreender, no que diz respeito à forma como a professora lida com a situação do aluno podemos concluir que a mesma mantém uma postura calma, não se deixando perturbar e tentando ultrapassar algumas situações menos positivas da melhor forma, com algumas estratégias e com a colaboração da família. A professora demonstra encarar os comportamentos inoportunos do aluno com alguma “descontração” e até sentido de humor, evitando zangar-se em demasia, de forma a não criar um ambiente hostil que possa agravar ainda mais os comportamentos do TF e de outros alunos da turma que apresentam a mesma perturbação. Parece-nos que estas atitudes são corretas e que acarretam benefícios para o TF.

Cabe assinalar, que a relação dos pais com a diretora de turma baseia-se na compreensão mútua, no respeito, na confiança e colaboração. Efetivamente, a colaboração e o contacto regular entre os pais e a escola é imprescindível para que haja bons resultados tanto ao nível comportamental, como ao nível do aproveitamento escolar.

No seguimento desta gestão de comportamentos, surge um outro objetivo que consideramos pertinente para o estudo e que consta em **perceber como reage o sujeito perante as atitudes e estratégias dos adultos em ambos os contextos.**

Pelos dados que conseguimos obter, entendemos que o sujeito apresenta algumas dificuldades no cumprimento de regras tanto no contexto familiar como escolar, não obedecendo por completo às ordens dos adultos. Está constantemente a argumentar os castigos, discute com os adultos e atribui as culpas do seu mau comportamento a terceiros (normalmente ao irmão e aos pais), fica revoltado, enerva-se e recorre muitas vezes ao choro. Apesar de alguns destes comportamentos serem também visíveis na escola, neste contexto o TF consegue controlar-se melhor, pelo que a intensidade destas reações é claramente menor. Esta situação pode dever-se por um lado ao facto da criança se encontrar medicada durante todo período escolar, e por outro lado tem a ver com sua plena noção de que esses comportamentos não são de todo aceitáveis neste contexto.

Ainda ao nível das regras, existem duas normas estabelecidas desde há muito tempo e que o TF cumpre sempre sem se opor ou argumentar, e que são: a hora de deitar, dirigindo-se para o quarto antes mesmo dos pais ordenarem (talvez por ter tv no quarto); e a realização das tarefas escolares logo que chega a casa, visto que ainda está sob o efeito da medicação. Pelas conversas informais, percebemos por um lado que as regras foram bem explicadas à criança, tendo-se apresentando os prós e contras do seu cumprimento, e por outro lado depreendemos que os pais não cedem em nenhuma destas situações. Assim sendo, verificamos que regras consistentes e bem explicadas acarretam resultados positivos.

Relativamente ao facto da docente ter mudado o aluno de lugar, podemos inferir que esta estratégia acarretou mudanças positivas no comportamento do TF, contribuindo para que o mesmo aumentasse a sua concentração e diminuísse a sua dispersão, conversando menos com os colegas.

Quanto ao castigo dado pelos pais e pela professora na retirada de um privilégio (não ver tv), constatamos que foi uma estratégia adequada, dado que o aluno aceitou e cumpriu esta sanção com rigor e sem grande contestação,

tendo até contribuído no incremento do estudo, nomeadamente na disciplina de história que é uma das suas disciplinas preferidas. Pelas conversas informais com os intervenientes no estudo, percebemos que o tempo habitualmente passado a ver tv foi investido na pesquisa e estudo dessa mesma disciplina, resultando na nota máxima no final do período (5). Por outro lado, verificamos também que os comportamentos impróprios que o aluno tinha face à sua colega de turma foram praticamente atenuados.

Outro aspeto relevante prende-se com o que nos pareceu ser a autoinstrução. Ou seja, o aluno sabia que um dos comportamentos a alterar seria “falar em excesso” e neste sentido a sua conduta e preocupação quando entrava na aula era a de se mentalizar que não poderia falar, avisando os colegas para esse facto (“Ele entrava na sala e era assim “Não posso falar”. Ele já estava a avisar os outros “Eu não posso falar”). Durante este período de tempo (um mês), a docente afirma que a criança não parecia a mesma, que fez coisas que nunca tinha feito, trabalhou muito bem, e conseguiu controlar os seus ímpetos.

No que se refere ao prémio (chocolate) dado pela professora, verifica-se que este reforço positivo, de cariz material, contribui de igual forma para que o aluno se esforçasse em cumprir as regras pré-estabelecidas, modificando, assim, alguns dos seus comportamentos desajustados. É de referir, que nesta aula em que o aluno recebeu o prémio, coincidiu precisamente com a nossa observação não participante, permitindo-nos constatar a sua alegria e satisfação. Neste caso, importa destacar mais uma vez que o aluno foi capaz de trabalhar e de se esforçar por uma recompensa que à partida sabia que só receberia muito posteriormente. Ora, nós sabemos que esta é uma das dificuldades das crianças com PHDA, e que seja qual for a resposta ou consequência, a regra fundamental é que seja imediata, de forma a ser mais eficaz. Apesar de o TF ter contestado um pouco a demora da recompensa, cobrando da docente o que havia prometido, o que é certo é ele mostrou-se capaz de esperar mudando alguns dos seus comportamentos.

Portanto, podemos concluir que os reforços positivos e as consequências negativas, como o “custo de resposta” (retirada de algum privilégio) acarretam bons resultados na melhoria dos comportamentos desejáveis. No entanto, refutamos a ideia de que os reforços positivos e os

incentivos devem ter um peso maior na gestão de comportamentos, constituindo o núcleo fundamental de qualquer programa que visa estabelecer determinado tipo de comportamentos.

Feita a apresentação e interpretação dos dados recolhidos, tendo em conta os objetivos a que nos propusemos, resta-nos centrar na pergunta de partida que originou este projeto de investigação.

Portanto, relembramos que o nosso intuito com este trabalho, seria perceber **em que medida a medicação e as estratégias cognitivo-comportamentais são eficazes na inibição dos comportamentos inadequados de uma criança no 2º. Ciclo com diagnóstico de PHDA.**

Por conseguinte, pelas conclusões que efetuamos anteriormente e confrontando com a literatura da área, começamos por referir que neste caso em estudo entendemos que as estratégias cognitivo-comportamentais, sobretudo as técnicas comportamentais, têm demonstrado ser eficazes na mudança de comportamentos do TF. Atendendo aos seus comportamentos perante algumas atitudes e estratégias dos pais e da professora, consideramos que a implementação do reforço positivo (reforço social e material, programas de recompensas) e do custo de resposta, podem ser altamente eficazes e vantajosos para todos os agentes educativos que intervêm com a criança, especialmente, para ela própria.

Relativamente à terapia farmacológica prescrita ao TF, verifica-se que os estimulantes revelam resultados imediatos e eficazes na melhoria significativa dos seus comportamentos, essencialmente quanto à diminuição do nível da atividade motora e impulsividade, aumento da atenção e melhoria do desempenho académico. Todavia, relembramos alguns dados que nos parecem ser relevantes neste sentido e que constam do seguinte: a professora destaca a oscilação dos comportamentos, e o facto do aluno permanecer demasiadamente “apático” durante as aulas; a mãe afirma também que o TF fica demasiadamente “parado” e “apagado”, principalmente com a medicação que está a tomar atualmente (Concerta); o aluno refere vezes sem conta que não quer tomar a medicação, que acha que não necessita, que não gosta de se sentir tão parado e sem vontade para falar e que numa próxima consulta vai pedir à médica para mudar ou retirar a medicação.

De acordo com os dados recolhidos, sabemos que a medicação foi sendo alterada desde o momento do diagnóstico, tendo-se começado por uma dose baixa de um fármaco de ação curta (Rubifen), passando pelo medicamento de libertação modificada e de ação intermédia (Ritalina LA) cuja dose também foi aumentada, até se chegar ao fármaco atual (Concerta- 36mg) de libertação prolongada. Estas mudanças e aumentos progressivos de doses foram refletidas pelas pedopsiquiatras, tendo por base alguns critérios como a idade, o peso, o ano de escolaridade, a duração dos efeitos do fármaco, e o feedback dos pais sobre os comportamentos habituais do TF. Contudo, tendo em conta as declarações acima mencionadas e os resultados obtidos através da gestão de comportamento, parece-nos que neste momento seria importante avaliar as necessidades clínicas e a resposta da criança ao fármaco utilizado. Defendemos, que somente partindo de uma avaliação e reavaliação correta e minuciosa será possível escolher o fármaco e a dosagem que mais se adequa, bem como ajustar as doses, prevenir a sobredosagem e atenuar os efeitos secundários.

Posto isto, depois de analisados os resultados do nosso estudo verificamos o seguinte:

- sem o efeito da medicação o TF revela comportamentos característicos da PHDA que interferem de forma significativa na sua vida familiar, académica e social;
- com o tratamento farmacológico os seus comportamentos inadequados diminuem significativamente, sendo esta situação mais notória no contexto familiar. Todavia, são patentes os efeitos secundários, a sua “apatia” em ambos os contextos, a resistência à medicação por parte da criança, e as oscilações de comportamento no contexto escolar;
- a resposta e os comportamentos da criança relativamente à implementação de algumas estratégias que se enquadram nas técnicas comportamentais, evidenciam resultados positivos quanto à melhoria dos comportamentos desejáveis;
- a combinação de ambos os tratamentos poderá permitir a substituição do fármaco atual por outro, ou a redução da dose presentemente tomada, tendo como consequência a diminuição dos efeitos secundários e a excessiva

“apatia”, levando o TF a aceitar o tratamento farmacológico e não se mostrar tão relutante face ao mesmo. Deve-se ir fazendo os ajustes até que se alcance a menor dose possível e eficaz de acordo com a diminuição dos sintomas;

- os pais e diretora de turma demonstram vontade e interesse na implementação de estratégias que visem o incremento dos comportamentos adequados;

- a combinação de ambos os tratamentos permite a melhoria dos resultados a longo prazo, situação que não se obtém somente com a medicação.

Finalmente, reiteramos a ideia de que a combinação destas terapias é uma das opções mais bem aceites e mais defendidas por vários especialistas. Acreditamos e defendemos que neste caso em concreto a combinação da terapia farmacológica com a terapia cognitivo-comportamental será eficaz na mudança de comportamentos e no bem-estar geral do nosso sujeito em estudo. Por outro lado, além das técnicas comportamentais, sugerimos que os pais e professores coloquem em prática as estratégias de intervenção psicossocial que constam no capítulo 2 do presente trabalho e que são adequadas ao caso em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é uma problemática complexa e controversa que tem suscitado muita polémica, sobretudo no que diz respeito ao tratamento farmacológico. Embora vários estudos científicos se tenham debruçado sobre este tema, hoje em dia ainda permanecem diversas dúvidas e questões por esclarecer. Não obstante, sabemos que esta perturbação é um problema comportamental comum, que afeta a vida das crianças em vários domínios, provocando repercussões no seu meio envolvente.

Como tal, torna-se cada vez mais evidente a importância da sua identificação e valorização. Sabemos que esta perturbação não tem cura, mas que pode ser atenuada através de um tratamento adequado. Para tal, é necessário que se efetue uma avaliação cuidada, completa e precoce, que conduza a um diagnóstico correto, permitindo que tanto os pais como os professores possam intervir atempadamente de forma adequada no tratamento da perturbação. Cabe assinalar, que é fundamental realizar uma avaliação periódica no sentido de perceber a eficácia dos resultados obtidos com o tratamento, e a conseqüente necessidade de se efetuar adaptações. Intervir pressupõe procurar ajuda especializada, mas acima de tudo carece de uma implicação pessoal na mudança. Cabe a todos os intervenientes no processo educativo da criança, tentar compreender, adquirir um conhecimento mais aprofundado sobre a problemática, e encontrar formas de agir que vão no sentido da inclusão e da aceitação da diferença, mesmo quando esta só é visível ao nível do comportamento. Deste modo, é extremamente importante obter a participação e o envolvimento de todas as pessoas que estão em maior contacto com a criança, devendo ser traçada uma estratégia comum de atuação a longo prazo.

Com base na revisão da literatura, este estudo permitiu-nos abordar e compreender os aspetos cruciais inerentes à PHDA, que consideramos terem sido da máxima importância no entendimento do problema que nos propusemos investigar. Com esta pesquisa pretendíamos verificar em que medida a medicação e as estratégias cognitivo-comportamentais são eficazes na inibição dos comportamentos inadequados manifestados pela criança em

estudo. Dos resultados obtidos podemos inferir que ambas as terapias contribuem para a diminuição dos comportamentos inadequados, tanto no contexto familiar como no contexto escolar. Consideramos importante perceber que se este sujeito usufruir de modelos de intervenção adequados e consistentes, mormente através da aplicação do reforço positivo, terá grandes probabilidades de revelar evoluções significativas ao nível do comportamento e da interação social. Os especialistas da área sugerem, de uma forma cada vez mais consensual, o tratamento multimodal que englobe a terapia farmacológica e a terapia cognitivo-comportamental. Várias são as vozes que defendem e aconselham a implementação da terapia farmacológica como complemento de uma ação terapêutica global, que inclua outras terapias, como as medidas psicológicas, educacionais e sociais, sendo que os fármacos poderão ser o primeiro passo do tratamento.

No que concerne às principais limitações do estudo, na nossa perspetiva teria sido mais interessante e útil não cingir a entrevista e as escalas de comportamento apenas à diretora de turma, mas ter alargado o estudo aos restantes professores, possibilitando a recolha de informação mais completa. Por outro lado, teria sido igualmente relevante a obtenção de dados junto da pedopsiquiatra que realizou o diagnóstico, prescreveu o tratamento e acompanhou a criança durante praticamente todo o processo. Estamos certos de que a sua colaboração, caso a mesma tivesse consentido, poderia ter enriquecido o nosso trabalho. Destacamos também que o facto de o investigador possuir uma relação próxima com os intervenientes (criança, pais e docente) no estudo, pode ter enviesado o mesmo, dado que o envolvimento emocional foi patente.

Apesar das limitações apontadas, e na certeza porém, de que muito ficou por dizer, acreditamos que a realização deste trabalho contribuirá de forma substancial para o sucesso desta criança, ajudando de igual forma a sua família, que carece de um enorme apoio. Entendemos que este estudo possa ser o ponto de partida para outras investigações neste âmbito. Temos a consciência da complexidade da problemática, e acreditamos que as incertezas são algo sempre presente que nos desafiam a pesquisar e a procurar novas respostas.

Assim sendo, não se pretende que este trabalho seja definitivo, e por isso mesmo, numa perspetiva futura há todo o interesse em aprofundar este mesmo estudo, tendo em conta determinadas conclusões e orientações que resultaram do mesmo.

Resta-nos dizer que em nosso entender este trabalho atingiu os objetivos propostos, tendo-se revelado extremamente importante e enriquecedor quer ao nível pessoal como profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J.F., PINTO, José (1975). *A investigação nas Ciências Sociais (3ª ed.)*. Lisboa: Editorial Presença.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed., texto revisto)*. Lisboa: Climepsi Editores.

BARKLEY, A. Russell (2002). *Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): Guia completo para pai, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora.

BODGAN, R., BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

FALARDEAU, Guy. (1999). *As crianças hiperativas*. Mem Martins: Edições Cetop.

GARCIA, M. Imaculada (2001). *Hiperatividade*. Amadora: McGraw-Hill.

GUERRA, Isabel C. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. (1985). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.

LESSARD-HÉRBERT, GOYETTE E BOUTIN (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

LOPES, João A. (1998). *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia - Universidade do Minho.

LOPES, João A. (2003). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto.

NIELSEN, Lee B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula – Um guia para Professores*. Porto: Porto Editora.

PARDAL, Luís, LOPES, Eugénia S. (2011). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.

PARKER, Hervey C. (2003). *Desordem por Défice de atenção e hiperatividade*. Porto: Porto Editora.

QUIVY, Raymond, CAMPENHOUDT, Luc Van (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

SELEÇÕES DO READER'S DIGEST (1990), *ABC da Mente Humana*, Lisboa: Seleções do Reader's Digest

SELIKOWITZ, Mark (2010). *Défice de Atenção e Hiperatividade*. Alfragide: Texto Editores.

SOSIN, David, SOSIN Myra (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade*, Porto: Porto Editora.

WEBGRAFIA

INFARMED, <http://www.infarmed.pt>. Consultado em 28/06/2013.

ANEXOS

ANEXO I

Ficha de Anamnese

ANAMNESE

Dados fornecidos por: Mãe do sujeito em estudo

Data do preenchimento: 04/04/2013

1. DADOS INDIVIDUAIS

Nome: TF

Data de nascimento: 22/08/2002

Sexo: Masculino

Idade cronológica: 10 anos e 8 meses

Peso: 35,200kg

Altura: 1,40m

Ano de Escolaridade: Frequenta o 5º. Ano de escolaridade

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: VNF

2. AGREGADO FAMILIAR

Nome do Pai: JM

Idade: 37 anos

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Casado

Habilitações académicas: 9º. ano

Profissão: Sócio-gerente do ramo da eletricidade

Horário de trabalho: 9h-18h (mas depende do trabalho)

Nome da Mãe: SS

Idade: 36 anos

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Casada

Habilitações académicas: 9º. Ano de escolaridade

Profissão: Ama/Empregada doméstica por conta de outrem

Horário de trabalho: 8h-19h; ou das 14h-19h (2ª. a 6ª)

Número de irmãos: 1

Idade(s): 14 anos

Ano de escolaridade: 7º. Ano de escolaridade

Alguma retenção: Sim, no 7º. Ano.

Ocupações: Escuteiros

Manifesta(m) algum problema ou dificuldades? Não.

Estado de Saúde do Agregado Familiar: Sem complicações.

3. OUTRAS PESSOAS QUE CONVIVEM COM A CRIANÇA

Grau de parentesco: Tios, avós e primos

Observações: O convívio é feito maioritariamente aos fins-de-semana, nas férias ou quando os pais têm que se ausentar por algum motivo.

4. SITUAÇÃO FAMILIAR

Tipo de habitação (própria/alugada) e condições que possui: Habitação própria; Vivenda T3, com espaço exterior.

Meio em que está inserida: Meio familiar estável e estruturado.

Com quem vive a criança: Vive com os pais e o irmão.

5. DADOS SOBRE O PERÍODO PRÉ-NATAL

Idade dos Pais quando foi concebida a criança: A mãe tinha 25 anos e o pai 26.

Os pais eram saudáveis ou apresentavam algum problema de saúde?
Eram ambos saudáveis.

Existe consanguinidade: Não

Gravidez (desejada, planeada, acidental, mal aceite): Foi uma gravidez acidental, não planeada, mas que foi bem aceite.

Foi normal? A gravidez decorreu normalmente, sem que tivesse sofrido de alguma doença ou tivesse recorrido à toma de alguma medicação que de alguma forma pudesse ter prejudicado o bebé.

Teve assistência médica? Sim, durante toda a gravidez. Foram realizados os devidos exames e ecografias.

Durante a gravidez, a mãe alimentava-se bem (apresentou carências alimentares, ferro, etc.)? A alimentação foi sempre correta, não tendo apresentando nenhuma carência alimentar.

Teve alguma doença ou perturbação (rubéola, toxoplasmose, anemia, tomou medicamentos)? Não.

Como se sentiu durante a gravidez (receio, ansiedade, alegria)? Bem, sem qualquer receio.

Fumou? Não.

Consumiu drogas? Não.

Ingeria bebidas alcoólicas? Não.

Local de nascimento da criança: Hospital G.

Teve algum aborto ou nados mortos? Não

PERÍODO PERINATAL

Tipo de parto (normal, cesariana, fórceps, induzido, prematuro): Parto normal e provocado às 36 semanas, por indicação médica, visto que o bebé já apresentava peso suficiente.

Qual a sua duração? Foi um parto rápido.

Posição do nascimento (cabeça, nádegas, ombro, de lado...): Normal, de cabeça.

A criança, após o nascimento, demorou a chorar? Não.

Nasceu cianozada? Não.

Peso à nascença: 3.800 kg

Quanto media: 49 cm

Índice de APGAR: Não sei.

PERÍODO PÓS- NATAL

A criança mamou logo ao peito? Sim.

Esteve muitos dias no hospital? Esteve o tempo normal, 2 dias.

Teve sinais traumáticos? Não.

Teve convulsões? Não.

Apresentou alguma doença após o nascimento? Não

6. DADOS SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

- Desenvolvimento Motor

Sentou-se aos (meses): Talvez entre os 6 ou 7 meses.

Pôs-se de pé, apoiado ou não, aos: Aos 12 meses.

Gatinhou? Sim, mas pouco.

Com que idade? Foi depois dos 12

meses.

Com que idade começou a andar? Aos 17 meses.

Com que idade definiu a lateralidade? Entre os 2 e os 3 anos.

Apresenta algum tipo de descontrolo de movimentos? Não.

Com que idade fez o controlo dos esfíncteres? Sensivelmente aos 30

meses.

- Desenvolvimento da linguagem

Com que idade começou a balbuciar? Talvez aos 7 ou 8 meses.

Com que idade disse as primeiras palavras? Aos 12 meses.

Falou corretamente? Não, apresentava dificuldades de articulação e por isso frequentou sessões de Terapia da Fala, com início entre os 3 e os 4 anos.

Houve alguma dificuldade especial para aprender a ler? Não.

-Capacidade Visual:

Apresenta algum défice? Não.

-Capacidade Auditiva:

Apresenta algum défice? Sim.

De que tipo? Segundo a consulta de otorrinolaringologia, apresenta ligeira diminuição de audição no ouvido direito.

7. DADOS SOBRE A SAÚDE DA CRIANÇA

Tem as vacinas em dia? Sim.

Que doenças teve? Teve varicela.

Faz alergias? Não.

Toma alguma medicação regularmente? Sim, o Concerta 36mg.

Observações:

8. A CRIANÇA NA FAMÍLIA

Que tempo passa com os pais? À semana, está ao final do dia após as 19h e até à hora de se deitar. O jantar é sempre em família, a não ser que o pai tenha algum serviço. Ao fim de semana depende das suas ocupações.

O que faz diariamente em casa? Faz os TPC, vê televisão, joga computador, e convive com irmão (quando não discutem).

O que mais gosta de fazer? De ver televisão e jogar no computador.

Como passa os fins-de-semana? Realiza as mesmas atividades que faz à semana, vai à catequese e a casa de familiares.

A quem fica entregue a criança na ausência dos pais? À avó materna.

Isto acontece com que frequência? Acontece com mais frequência nas férias escolares.

A criança já esteve algum tempo afastada dos pais? Não.

9. O SONO

Adormece sozinho? Adormece, mas precisa que a mãe se deite perto dele 15m antes de dormir.

Tipo de sono: O sono é calmo, sem qualquer tipo de agitação desde bebé.

Dorme bem? Sim.

Range os dentes enquanto dorme? Não.

Fala a dormir? Não.

Tem insónias: Quando tem dores de cabeça e dores abdominais, tem dificuldades em adormecer. Quando trocou de medicação da Ritalina para o Concerta durante 4 dias teve muitas dificuldades em adormecer e acordou várias vezes durante a noite.

Costuma acordar à noite? Muito raramente.

Quando acontece, volta a adormecer facilmente? Sim.

Tem pesadelos? Não sei, mas se tem ele não conta.

Apresenta terror noturno? Não

Dorme sozinho? Sim.

Dorme com a porta do quarto aberta? Depende.

Nº. de horas de sono: Dorme entre 8h a 9h.

A que horas se costuma deitar? Deita-se pelas 21h30 embora não adormeça de imediato.

A que horas se levanta? Acorda pelas 7h30 à semana e ao fim de semana pelas 8h30.

Observações: Liga a televisão quando vai para a cama e programa-a para desligar.

10. ALIMENTAÇÃO

Come bem? Apresenta falta de apetite, mas come razoavelmente bem.

Qualidade da alimentação? Tem uma alimentação equilibrada.

Número de refeições por dia? 5 a 6 refeições, mas come pouco em cada uma.

11. SOCIALIZAÇÃO/AFETIVO-RELACIONAL

Gosta da companhia dos outros (crianças, adultos)? Sim, desde os adultos às crianças mais velhas ou mais novas. Mas quando não gosta de alguém tem tendência a ignorar a pessoa. Ele costuma dizer: *“não lhe passo bola, não gosto dela(e)”*.

Evita a companhia dos outros? Não evita, mas não se integra com facilidade.

Qual a relação que estabelece com o irmão? A relação com o irmão é péssima. Está sempre a provocar e a irritar o irmão, resmunga e discute imenso.

Adapta-se facilmente ao meio? Não. Quando entrou na escola primária chegava a casa enervado e arranhava-se a ele próprio, dizendo que não tinha amigos para brincar. Do infantário para a primária apenas foi com ele um colega, que não era um dos seus melhores amigos. Está nos escuteiros, mas não quer participar nos acampamentos dizendo que não tem condições, ele diz mesmo que *“falta de condições”*.

Faz amigos facilmente? Não.

Passatempos preferidos: Estar sozinho no quarto a ver tv ou jogar computador.

É mais dado a liderar ou a ser liderado? É mais dado a liderar. Tem uma personalidade forte e faz valer sempre as suas ideias e vontades.

É autoritário? Bastante.

Gosta de jogos coletivos? Gosta, mas tem dificuldade em cumprir regras e não gosta nada de perder, ficando furioso quando isso acontece e quando as coisas não correm como ele quer.

12. ANTECEDENTES ESCOLARES

Frequentou a Creche e/ou Jardim de Infância? Sim, frequentou os dois.

Com que idade? Frequentou a creche desde os 18 meses passando para o infantário aos 3 anos, na mesma instituição.

Onde? No Centro Social de C. (IPSS)

Quanto tempo? Das 9h às 17h30m

Gostava? Sim. Mostrou-se sempre bem disposto e com uma boa relação com todas as crianças, quer fossem da sua sala ou não, e com os adultos da instituição.

Frequentou a escola? Sim.

Entrou com que idade? Aos 6 anos.

Alguma vez pediu adiamento escolar? Não.

Que Escola frequenta? A ECVS

Gosta? Sim.

ANEXO II

Escala de Conners para professores

ESCALA DE CONNERS PARA PROFESSORES

VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Conners, PhD. – 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues – Departamento de educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana.

Nome: TF	Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 22/08/2002	Idade: 10 anos e 10 anos
Ano de escolaridade: 5º ano	
Preenchido por: Diretora de Turma	Data de Preenchimento: 24/06/2013

Abaixo estão discriminados os problemas mais comuns que afetam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: “Com que frequência isto aconteceu no último mês?” e marque a melhor resposta para cada um.

Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar **0**. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque **3**. Pode marcar **1** ou **2** para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

Nota: Avaliação da criança sob o efeito da medicação.

NUNCA – 0	UM POUCO - 1	FREQUENTEMENTE - 2	MUITO FREQUENTEMENTE – 3				
1	Desatento(a), distrai-se facilmente			0	1	2	3
2	Comportamento de desafio face ao adulto			0	1	2	3
3	Inquieto(a), “Tem bichos carpinteiros” (mexe o corpo sem sair do lugar)			0	1	2	3
4	Esquece-se de coisas que ele(a) já aprendeu			0	1	2	3
5	Perturba as outras crianças			0	1	2	3
6	Desafia o adulto e não colabora com os pedidos que lhe são feitos			0	1	2	3
7	Mexe-se muito como se estivesse sempre “ligado(a) a um motor”			0	1	2	3
8	Soletra de forma pobre			0	1	2	3
9	Não consegue manter-se sossegado(a)			0	1	2	3
10	Vingativo(a) ou maldoso(a)			0	1	2	3
11	Levanta-se do lugar na sala de aula ou noutras situações em que			0	1	2	3

	deveria ficar sentado(a)				
12	Mexe os pés e as mãos e está irrequieto(a) no seu lugar	0	1	2	3
13	Capacidade de leitura abaixo do esperado	0	1	2	3
14	Tem um tempo curto de atenção	0	1	2	3
15	Argumenta com os adultos	0	1	2	3
16	Dá apenas atenção a coisas em que está realmente interessado(a)	0	1	2	3
17	Tem dificuldade em esperar a sua vez	0	1	2	3
18	Não se interessa pelo trabalho escolar	0	1	2	3
19	Distraído(a) ou apresenta curto tempo de atenção	0	1	2	3
20	Tem um temperamento explosivo e imprevisível	0	1	2	3
21	Corre em volta do espaço ou trepa de forma excessiva em situações em que esses comportamentos não são adequados	0	1	2	3
22	Pobre em aritmética	0	1	2	3
23	Interrompe e intromete-se (por exemplo nos jogos ou conversas de outros)	0	1	2	3
24	Tem dificuldade em empenhar-se em jogos ou atividades de lazer, de forma sossegada	0	1	2	3
25	Não termina as coisas que começa	0	1	2	3
26	Não segue instruções que lhe foram dadas e não termina o trabalho escolar (não devido a comportamentos de oposição nem por falta de compreensão do que lhe foi pedido)	0	1	2	3
27	Excitável e impulsivo(a)	0	1	2	3
28	Inquieto(a), sempre a levantar-se e a movimentar-se pelo espaço	0	1	2	3

ANEXO III

**Escala de avaliação de PHDA para
professores**

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE PHDA-IV: VERSÃO PARA PROFESSORES

Nome: TF	Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 22/08/2002	Idade: 10 anos e 10 anos
Ano de escolaridade: 5º ano	
Preenchido por: Diretora de Turma	Data de Preenchimento: 24/06/2013

Assinale o algarismo que melhor descreve o comportamento do aluno nos últimos 6 meses.

NUNCA/RARAMENTE - 1	ALGUMAS VEZES - 2	MUITAS VEZES - 3	FREQUENTEMENTE - 4		
1	Não presta atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos escolares	1	2	3	4
2	Mexe continuamente as mãos ou os pés quando está sentado	1	2	3	4
3	Tem dificuldade em manter a atenção em atividades de jogo	1	2	3	4
4	Não fica no lugar na sala de aula ou noutras situações em que é esperado que o faça	1	2	3	4
5	Parece que não ouve quando se lhe fala diretamente	1	2	3	4
6	Corre e trepa para as coisas em situações em que tal não é esperado	1	2	3	4
7	Não segue instruções nem consegue acabar os trabalhos	1	2	3	4
8	Tem dificuldades em brincar ou em se envolver em atividades recreativas de forma sossegada	1	2	3	4
9	Tem dificuldades em organizar as tarefas ou atividades	1	2	3	4
10	Está sempre "a partir para outra" ou age como se tivesse um "motor interno"	1	2	3	4
11	Evita tarefas (ex. trabalhos escolares, trabalhos de casa) que exijam um esforço mental prolongado	1	2	3	4
12	Fala demais	1	2	3	4
13	Perde coisas necessárias para as suas atividades académicas	1	2	3	4
14	Responde precipitadamente antes de ouvir as perguntas até ao fim	1	2	3	4
15	Distrai-se facilmente	1	2	3	4
16	Tem dificuldades em esperar pela sua vez	1	2	3	4
17	É esquecido nas suas atividades diárias	1	2	3	4
18	Interrompe ou intromete-se sem autorização	1	2	3	4

Fonte: Lopes (2003: 154) Traduzido de ADHD Rating Scale- IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretacion, de Geroge J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D.Anastopoulos e Robert Reid (1998)

ANEXO IV

Escala de Conners para pais

ESCALA DE CONNERS PARA PAIS

VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Conners, PhD. – 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues – Departamento de educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana.

Nome: TF	Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 22/08/2002	Idade: 10 anos e 7 anos
Ano de escolaridade: 5º ano	
Preenchido por: Mãe	Data de Preenchimento: 07/04/2013

Abaixo estão discriminados os problemas mais comuns que afetam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: “Com que frequência isto aconteceu no último mês?” e marque a melhor resposta para cada um.

Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar **0**. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque **3**. Pode marcar **1** ou **2** para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

Legenda: Amarelo- Sem medicação; Azul- Com medicação

NUNCA - 0	UM POUCO - 1	FREQUENTEMENTE - 2	MUITO FREQUENTEMENTE - 3		
1	Desatento, distrai-se facilmente	0	1	2	3
2	Furioso(a) (zanga-se com facilidade) e ressentido(a)	0	1	2	3
3	Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa	0	1	2	3
4	Está sempre a movimentar-se ou age como “tendo as pilhas carregadas” ou como se “estivesse ligado(a) a um motor”	0	1	2	3
5	Tempo curto de atenção	0	1	2	3
6	Discute / argumenta com os adultos de forma desadequada	0	1	2	3
7	Mexe muito os pés e as mãos e mexe-se ainda que sentado(a) no lugar	0	1	2	3
8	Não consegue completar as suas tarefas, deveres ou trabalhos	0	1	2	3
9	Difícil de controlar em centros comerciais ou sítios públicos	0	1	2	3

10	Desarrumado(a) ou desorganizado(a) em casa ou na escola	0	1	2	3
11	Perde o controlo	0	1	2	3
12	Precisa de acompanhamento para executar as suas tarefas, deveres ou trabalhos	0	1	2	3
13	Só presta atenção quando é uma coisa que lhe interessa	0	1	2	3
14	Corre em volta do espaço ou trepa de forma excessiva em situações em que esses comportamentos não são adequados	0	1	2	3
15	Distraído(a) ou com um tempo de atenção curto	0	1	2	3
16	Irritável	0	1	2	3
17	Evita, expressa relutância ou tem dificuldade em empreender tarefas que exigem um esforço mental continuado (tal como trabalhos da escola ou de casa)	0	1	2	3
18	Irrequieto(a), “tem bichos carpinteiros” (mexe o corpo sem sair do lugar)	0	1	2	3
19	Distrai-se quando lhe estão a dar instruções para fazer uma coisa	0	1	2	3
20	Desafia o adulto ou recusa satisfazer os pedidos que lhe são feitos	0	1	2	3
21	Tem problemas em concentrar-se nas aulas	0	1	2	3
22	Tem dificuldade em manter-se numa fila ou esperar a sua vez num jogo ou trabalho de grupo	0	1	2	3
23	Levanta-se na sala ou em lugares onde deveria ficar sentado(a)	0	1	2	3
24	Deliberadamente faz coisas para irritar os outros	0	1	2	3
25	Não segue instruções e não acaba os trabalhos, tarefas e obrigações no lugar (não é dificuldade em entender as instruções ou recusa)	0	1	2	3
26	Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente	0	1	2	3
27	Fica frustrado(a) quando não consegue fazer qualquer coisa	0	1	2	3

ANEXO V

Escala de avaliação de PHDA:
versão para pais

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE PHDA-IV: VERSÃO PARA PAIS

Nome: TF **Sexo:** Masculino
Data de Nascimento: 22/08/2002 **Idade:** 10 anos e 7 meses
Ano de escolaridade: 5º ano
Preenchido por: Mãe **Data de Preenchimento:** 07/04/2013

Assinale o algarismo que melhor descreve o comportamento do seu filho nos últimos 6 meses.

Legenda: Amarelo- Sem medicação; Azul- Com medicação

NUNCA/RARAMENTE - 1		ALGUMAS VEZES - 2		MUITAS VEZES - 3		FREQUENTEMENTE - 4	
1	Não presta atenção a detalhes ou é descuidado com os trabalhos escolares	1	2	3	4		
2	Mexe continuamente as mãos ou os pés quando está sentado	1	2	3	4		
3	Tem dificuldade em manter a atenção em atividades de jogo	1	2	3	4		
4	Não fica no lugar na sala de aula ou noutras situações em que é esperado que o faça	1	2	3	4		
5	Parece que não ouve quando se lhe fala diretamente	1	2	3	4		
6	Corre e trepa para as coisas em situações em que tal não é esperado	1	2	3	4		
7	Não segue instruções nem consegue acabar os trabalhos	1	2	3	4		
8	Tem dificuldades em brincar ou em se envolver em atividades recreativas de forma sossegada	1	2	3	4		
9	Tem dificuldades em organizar as tarefas ou atividades	1	2	3	4		
10	Está sempre "a partir para outra" ou age como se tivesse um "motor interno"	1	2	3	4		
11	Evita tarefas (ex. trabalhos escolares) que exijam um esforço mental prolongado	1	2	3	4		
12	Fala demais	1	2	3	4		
13	Perde coisas necessárias para as suas atividades académicas	1	2	3	4		
14	Responde precipitadamente antes de ouvir as perguntas até ao fim	1	2	3	4		
15	Distrai-se facilmente	1	2	3	4		
16	Tem dificuldades em esperar pela sua vez	1	2	3	4		
17	É esquecido nas suas atividades diárias	1	2	3	4		
18	Interrompe ou intromete-se sem autorização	1	2	3	4		

Fonte: Lopes (2003: 154) Traduzido de ADHD Rating Scale- IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation, de Geroge J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos e Robert Reid (1998)

ANEXO VI

Questionário de erros comuns na gestão de comportamentos

**QUESTIONÁRIO DE ERROS COMUNS NA GESTÃO
DE COMPORTAMENTOS**
(Parker, 2003)

Pessoa que preencheu: Mãe

Data: 14/06/2013

Instruções: Leia, por favor, cada uma das seguintes informações acerca de como geralmente reage ao seu filho. Escreva **S** se age **sempre** dessa forma, **PV**, se o faz por vezes e **N**, se **nunca** o faz.

	Mãe	Pai
Tenho tendência para berrar quando o meu filho tem comportamentos desapropriados.	S	PV
Nego os pedidos do meu filho antes de os ouvir até ao fim.	PV	PV
Concentro-me no que o meu filho faz de errado, em vez de no que faz corretamente.	PV	PV
Cedo às lamúrias ou aos pedidos do meu filho.	N	PV
Se não quero que o meu filho faça algo, digo-lhe firmemente, de início, mas muitas vezes acabo por ceder.	PV	PV
Acredito que os pais devem, em frente do seu filho, discordar acerca de questões de disciplina, se tiverem posições diferentes um do outro.	N	N
Tenho demasiada tendência para repetir instruções ao meu filho, em vez de agir quando este não as ouve.	S	S

ANEXO VII

Entrevista à mãe:

Guião e transcrição da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

Entrevistada: Mãe da criança com PHDA

Modelo da Entrevista: Entrevista semiestruturada

CATEGORIAS	QUESTÕES
A- Queixas, diagnóstico e reações dos pais	A1- Quando ocorreu a principal queixa, quem a fez e qual o motivo?
	A2- Que atitudes tiveram os pais face às queixas?
	A3- Procurou ajuda profissional?
	A4- Qual foi o diagnóstico e quem o fez?
	A5- Que idade tinha a criança quando foi feito o diagnóstico?
	A6- Qual foi a reação dos Pais perante o diagnóstico?
B- Conhecimentos sobre a perturbação	B1- Que conhecimentos tinham sobre a PHDA?
	B2- O que acha que deveria saber o que o gostava de saber sobre a PHDA?
C- Tipo de Intervenção	C1- Que tipo de ajuda, intervenção ou terapia foi sugerida ou prescrita para tentar colmatar esses problemas?
	C2 - Que tipo de medicação toma atualmente e qual a dosagem?
	C3- Faz alguma interrupção da medicação? Ou seja, o TF toma medicação nos dias em que não tem escola?
	C4- Qual é a reação do TF perante a toma da medicação?
	C5- Como é que lhe explica que ele precisa de tomar a medicação?
D- Efeitos da terapia farmacológica	D1- Quais são os efeitos positivos que a medicação tem no TF?

	D2- Sem medicação como é normalmente o seu comportamento no contexto familiar?
	D3- Quais são os efeitos secundários que se manifestam no TF?
E- Situação pessoal face à perturbação	E1- De que forma as suas atitudes com o TF mudaram depois de ter conhecimento do diagnóstico?
	E2- Tem recorrido a algum tipo de apoio para conseguir ultrapassar as dificuldades encontradas no contexto familiar e escolar? Qual?
	E3- Desde que foi diagnosticado, o que é que tem feito para conseguir lidar com o comportamento inadequado do TF?
	E4- Quais as dificuldades sentidas em lidar com esses comportamentos?
	E5- Perante os comportamentos do TF como é que reage?
	E6- Nota que há diferenças entre si e o seu filho quando considera que o comportamento dele está melhor?
F- Estratégias de controlo dos comportamentos inadequados	F1- Que estratégias utiliza para tentar controlar e atenuar os comportamentos inadequados?
	F2- Costuma castiga-lo perante esses comportamentos?
	F3- E costuma premia-lo ou reforça-lo (social, material) se ele se comportar adequadamente?
	F4- Como é que o TF reage perante os castigos?
G- Atitudes de outros familiares	G1- Qual a reação dos familiares próximos perante o diagnóstico e o tratamento?
	G2- Como é que eles lidam com o TF?
	G3- Quando tem que o deixar com algum familiar, nas férias por exemplo, como é que os

	familiares e o TF reagem? Os familiares não se importam de ficar com ele mesmo sem a toma da medicação?
H- Comportamentos da criança	H1- Como é que o define ou caracteriza o TF?
	H2- Quais os comportamentos ou atitudes que mais a incomodam?
	H3- Existem situações do dia-a-dia nas quais o comportamento tende a melhorar?
I- Sociabilidade/Relações Interpessoais	I1- Como é a sua relação com ele?
	I2- Como é que o TF se relaciona com o Pai?
	I3- Como se relaciona com o irmão?
	I4- Como se relaciona com os pares?
	I5- Que relação estabelece com os colegas?
	I6- Que relação mantém com os professores?
	I7- Considera o TF uma criança sociável? Faz amigos com facilidade
J- Atividades de tempo livre	J1- Quais os passatempos preferidos do TF ?
	J2- Alguém o acompanha nessas atividades?
	J3- O TF frequenta alguma atividade extra curricular, recreativa ou desportiva?
	J4- Como se comporta durante estas atividades? Tem queixas por parte dos adultos que estão com ele?
K- Apoios no percurso escolar	K1- No contexto escolar que tipo de apoios beneficia o TF desde que lhe foi diagnosticada a PHDA?
	K2- Como é que a diretora de turma lida com a situação?
	K3- No contexto familiar, como é que o TF lida com as tarefas escolares?
	K4- Que apoio é dado pelos pais nos trabalhos da escola?
	K5- Que atitudes tem para conseguir que ele cumpra com os trabalhos de casa?

L- Atitudes da criança face à escola	L1- O TF demonstra gostar de frequentar a escola?
	L2- Como tem sido as suas adaptações nas mudanças de escola/ciclo?
M- Desempenho escolar	M1- Qual é o desempenho escolar do TF? Como são as suas notas?
	M2- Que atitudes têm os pais perante as notas baixas ou negativas?

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

A1- Quando ocorreu a principal queixa, quem a fez e qual o motivo?

A principal queixa aconteceu no 1º. Ano da Primária, logo no início do 2º período pela Professora. Praticamente desde o início do ano que ela fazia queixas de que ele se portava mal, que se distraía com muita facilidade, que era muito irrequieto e falador. Quer fosse dentro ou fora da sala, como no recreio, por exemplo, ela dizia que o TF era muito conflituoso com os colegas e que se irritava muito facilmente. Quando não conseguia entrar em confronto fisicamente, e vingar-se nos colegas, vingava-se nele próprio. Arranhava-se e admitia que tinha sido ele a fazê-lo. Quando chegava a casa eu perguntava “O que é que tu tens na cara? Quem te fez isso e porquê?” e ele nunca escondia que tinha sido ele, dava mas é a desculpa que os colegas é que o enervavam. A pior situação foi quando a professora me chamou à escola e me disse que o TF se tinha portado muito mal. Ou seja, disse que os colegas lhe tinham mexido nas coisas, tirado do sítio e desarrumado tudo, e que quando ele se apercebeu “passou-se da cabeça”. Ele detesta que mexam nas coisas dele, ele é muito arrumadinho desde pequenino. Nesse aspeto não tenho o que dizer de mal. Ela disse que ele ficou muito nervoso, irritado e agressivo com os colegas. Com os nervos ele deitou tudo ao chão, tentou agredir os colegas e a professora tentou acalmá-lo e terminar com a discussão, mandou-o arrumar tudo, e ele completamente descontrolado deu-lhe um pontapé. Enervava-se também porque os outros lhe chamavam menina, por ter o cabelo um pouco

mais comprido, e ele não tolerava isso, batia-lhes e respondia de uma forma mal educada. Mas, além da situação do pontapé que foi a primeira grande queixa, tem outra situação que aconteceu poucos dias depois que me deixou tão mal... Foi assim... eu fui buscar o TF à escola no final das aulas e a professora cruzou-se comigo no portão da escola. Ora, como eu não tinha grandes oportunidades de o ir buscar, aproveitei para lhe perguntar como é que ele tinha estado desde a tal situação. Ela olhou para mim com uma “cara de poucos amigos” e responde, que ele é sempre a mesma coisa, que ele tem é falta de educação e que se tivesse um filho assim... Olha, a sério, eu senti-me tão envergonhada que se eu tivesse um buraco enfiava-me, principalmente por me ter dito aquilo em frente aos outros pais que lá estavam. Senti-me mesmo mal, culpada, e perguntava a mim mesma “O que é que eu estaria a fazer de errado na educação do meu filho?” Percebes? Eu tinha o J, que já passou pela idade dele e que não se portava assim. Ele não me dava estes problemas.

E relativamente ao rendimento escolar, qual era a avaliação da professora?

Ah, nesse aspeto também estava sempre a dizer que ele tinha capacidades, mas que se aplicava pouco, que se distraía muito e falava a toda a hora. Eram sempre estas as avaliações. No último ano, antes de passar para o 5º. Ano, a professora disse que ia informar numa tal reunião os futuros professores desta situação. Dizia também, que ele tinha capacidades e que podia ter melhores notas, mas o comportamento não deixava.

A2- Que atitudes tiveram os pais face às queixas?

Eu aceitei e compreendi as queixas, apesar de ter ficado um pouco surpreendida porque no Infantário nunca me tinham feito uma queixa deste género. O Pai também aceitou bem. Ficou preocupado, claro, mas com vontade de resolver as coisas.

Mas já se tinha apercebido desses comportamentos em casa?

Eu nunca me tinha apercebido que os comportamentos eram assim tão problemáticos. Mas ele realmente era muito irrequieto, era mesmo impossível sair com ele para as compras, por exemplo. Era muito impulsivo e nervoso,

irritava-se com tudo e discutia muito. Ele nunca queria sair de casa e eu achava que ele era preguiçoso, chamava-lhe “acomodado”.

A3- Procurou ajuda profissional?

Claro, eu fiquei preocupada e queria resolver a situação. Tratei logo de marcar uma consulta na pediatra que receitou uma medicação que não fez efeito nenhum. Enfim, era a mesma coisa que não tomar nada. Na consulta seguinte, voltei a queixar-me dos comportamentos dele e disse-lhe que a professora continuava a fazer queixas e a pediatra aconselhou-me a consultar uma médica especialista.

A4- Qual foi o diagnóstico e quem o fez?

O diagnóstico foi feito por uma médica especialista no 2º. Período do 1º. Ano. Ela deu-me umas fichas de avaliação para preencher, mandou-me entregar outras à professora, colocou-me umas questões, mas poucas, e falou muito com ele. Quando eu queria contar algo mais e colocar questões, a médica não deixava dizendo “a consulta é para ele e não para si por isso cale-se”. Disse que ele tinha essa tal de Perturbação... não sei quê... não sei dizer lá isso muito bem. Bem, ela disse que ele era hiperativo.

Quantas consultas se passaram até a médica dar o diagnóstico?

Ah... isso foi logo na primeira consulta. Ele já veio de lá com a medicação.

A5- Que idade tinha o TF quando foi feito o diagnóstico?

Tinha mais ou menos uns 6 anos e meio.

A6- Qual foi a reação dos Pais perante o diagnóstico?

Nós reagimos bem, o que é havíamos de fazer? Eu só queria que ele melhorasse e que não tivesse mais problemas na escola. Não queria ouvir mais cenas desagradáveis.

B1- Que conhecimentos tinham sobre a PHDA?

Não tínhamos conhecimento nenhum. Nunca tínhamos ouvido falar. Agora sim, conheço alguns miúdos que têm o mesmo que ele tem, e que tomam até a mesma medicação. Na turma dele há dois gémeos, e pelos vistos ainda são piores do que ele.

B2- O que acha que deveria saber, ou o que gostava de saber sobre a PHDA?

Ter mais conhecimentos sobre a perturbação, como lidar com os maus comportamentos dele, que não é nada fácil, e porque é que ele tem isso.

C1- Que tipo de ajuda, intervenção ou terapia foi sugerida ou prescrita para tentar colmatar esses problemas?

A primeira médica disse que o melhor era ele tomar medicação. Que isso o ia ajudar a acalmar. De resto, não disse mais nada. Esta última confirmou o que ele tinha e também só deu medicação, apesar de ter receitado outro medicamento que é o Concerta.

Nenhuma médica deu estratégias para lidar com ele em casa, nem sugeriu outra terapia além da farmacológica?

Não. Elas simplesmente passam a medicação. Aliás, eu só costumo marcar consultas quando a medicação está a acabar, que é mesmo o que elas mandam fazer.

C2 – Que tipo de medicação já tomou, e toma atualmente? Quais as dosagens?

Neste momento toma o Concerta, com uma dosagem de 36mg, receitado por outra médica que consultamos a semana passada. A intenção era ouvir uma segunda opinião e ver realmente se ele necessita da medicação e se a médica sugeria além da medicação outras estratégias que nos ajudassem a lidar com este problema. Antes de tomar esta medicação, o TF começou por tomar o Rubifene com uma dosagem de 10 mg, logo no 1º. Ano da primária, quando fizemos as primeiras consultas. Nesta altura tomava um comprimido de manhã e meio na hora do almoço para durar na parte da tarde. Tive até que pedir

autorização à professora para as funcionários lhe poderem dar. Talvez um mês depois, mais coisa menos coisa, a médica mudou para a Ritalina LA também de 10mg, porque o rubifene já não fazia efeito e assim tomava apenas uma vez. Passado algum tempo, já no 2º. Ano, a médica aumentou a dose para 30mg para que ele conseguisse terminar os trabalhos de casa.

C3- Faz alguma interrupção da medicação? Ou seja, o TF toma medicação nos dias em que não tem escola?

Mãe- Não. Eu não lhe dou a medicação aos fins de semana, nos feriados e nas férias. Basicamente só toma nos dias em que tem escola. E às vezes, quando está mais agitado, insuportável, quando temos alguma festa, por exemplo, eu tenho que lhe dar, porque ninguém o consegue aturar. Eu só ouço as outras pessoas a chamar-lhe à atenção, a resmungar com ele e eu pego, e dou-lhe. Mas dá mesmo pena, porque ele fica parado de todo. Nem parece o mesmo.

C4- Qual é a reação do TF perante a toma da medicação?

Ele toma, mas diz que não quer tomar. Às vezes, antes de tomar, diz “Eu acho que hoje não ia precisar disto” “Quem me dera não precisar de tomar”. Mas toma sempre. Eu coloco junto à taça do leite e ele já sabe que é para tomar. Ele tem essa responsabilidade. Com o Concerta ainda se queixa mais e diz que vai conversar com a médica e lhe vai dizer que não quer tomar mais a medicação porque fica assim... (a mãe imita o TF ficando parada com um ar sério e fixo) e não consegue falar, que é uma coisa que ele gosta tanto de fazer. Diz que fica muito parado, que não quer ficar assim e que tem muitas dores de cabeça.

C5- Como é que lhe explica que ele precisa de tomar a medicação?

Digo-lhe que é para o bem dele. Que ele precisa de tomar para se concentrar nas aulas, para ter boas notas, para se dar bem com os colegas e não ter problemas com os professores, como aconteceu com a professora da Primária. Ele sabe os problemas que tinha com ela, aliás ele diz que não gosta dela. Pelo Natal, os coleguinhas foram visita-la à primária e perguntaram-lhe se ele queria ir. A resposta dele foi imediata “Não vou, não quer ir, não gosto dela.”

D1- Quais são os efeitos positivos que a medicação tem no TF?

Sem dúvida que fica mais calmo. Às vezes até acho que ele fica parado de mais. Mesmo muito apagado, fica apático. Completamente diferente. Até dá pena, mas tem que ser. Fica mais concentrado nos estudos, menos impulsivo e respondão... fica menos falador, que é uma das queixas dos professores.

E na escola, a Professora do 1º. Ciclo reagiu a estas mudanças de comportamento?

Sim, achou que ele melhorou, mas mesmo assim as avaliações eram quase sempre as mesmas. Aplicava-se pouco, entrava em conflitos com os colegas, era pouco tolerante. Mesmo com a medicação eu estava constantemente a ser chamada à escola.

D2- Sem medicação como é normalmente o seu comportamento no contexto familiar?

É terrível. Ele cansa toda a gente aqui em casa. Temos sempre que o estar a chamar à atenção. Digo-lhe montes de vezes as mesmas coisas porque ele não cumpre à primeira. Por exemplo, para se vestir de manhã, é logo um 31. Tenho que o avisar muitas vezes até me chatear e ser obrigada a ir ajuda-lo para se despachar, caso contrário perde o autocarro, que é coisa que ele não gosta nada, mas também não faz nada por isso. Para ele, a culpa é sempre minha porque não o chamei mais cedo, ou não o ajudei. Pega com o irmão, está constantemente a chamar por mim, e à hora do jantar ninguém o cala. Fala tanto, tanto, tanto, que tira a paciência a qualquer um. O Pai há dias que têm que lhe dar um grito para ele se calar, porque se não ele não para. E mesmo assim para mas é apenas por poucos minutos. Até a jogar computador ele fala sozinho, e muito alto. Já deixamos de ver o telejornal aqui em casa, porque ele está sempre a fazer perguntas sobre as notícias. Preocupa-se com coisas que não são para a idade dele como a crise e o desemprego e fica muito preocupado e inquieto com isso. Fica mesmo com medo que nós fiquemos desempregados, faz muitas perguntas e até já chorou por causa disso. E depois provoca o irmão à mesa; não para na cadeira, é muito autoritário, tudo tem que ser como ele quer e se não for chora imenso, fica frustrado e furioso. Não gosta de ser contrariado. Tem a mania de se intrometer

nas conversas todas. Não se pode dizer nada à frente dele, porque ele faz comentários que não são nada próprios para a idade dele. É muito curioso, faz muitas perguntas e quer saber tudo. Não é qualquer resposta que o satisfaz.

D3- Quais são os efeitos secundários que se manifestam no TF?

Ele queixa-se com dores de cabeça, dores de barriga, e tem falta de apetite. Há dias em que lhe custa mais a adormecer por causa das dores de cabeça, principalmente quando termina o fim de semana. Com a mudança de medicação, nos primeiros dias ficou com mais dificuldades em adormecer. Aparecia ao quarto e dizia “O sono não me chega”. Eu ia com ele até ao quarto, ficava lá um pouco e ele acabava por adormecer. Mas foi isto uns quatro dias. Eu já estava a ficar preocupada e desesperada.

E1- De que forma as suas atitudes com o TF mudaram depois de ter conhecimento do diagnóstico?

Fiquei mais tolerante e compreensiva com algumas coisas, mas não deixo de lhe dar regras e exigir que se porte bem. Não o deixo trepar. Sinto que estou mais paciente e que tenho que aceitar e tentar levar as coisas da melhor maneira. Embora por vezes seja muito difícil.

E2- Tem recorrido a algum tipo de apoio para conseguir ultrapassar as dificuldades encontradas no contexto familiar e escolar? Qual?

Não, apesar de colaborar sempre com a Diretora de Turma quando é necessário. Peço-lhe para ela estar atenta e me chamar ou enviar um recado quando for necessário.

E3- Desde que foi diagnosticada a PHDA, o que é que tem feito para conseguir lidar com o comportamento inadequado do TF?

Tento compreendê-lo e manter-me mais calma e com mais paciência. Mas, eu digo uma coisa... às vezes é mesmo difícil. Ele “tira-me do sério”, leva-me aos limites.

E4- Quais as dificuldades sentidas em lidar com esses comportamentos?

Sinto muitas dificuldades, não sei como reagir perante certas coisas que ele diz e faz. Apesar de estar mais tolerante desde que sei que ele tem este problema, às vezes fico cega e a minha vontade é logo de lhe bater. Só sei que não o posso deixar a abusar porque se não ainda fica pior. E também não sei se devo ter certas atitudes mais pacientes por causa do irmão, que já diz que eu gosto mais do TF do que dele. É que ele tira-me do sério e depois acaba por criar mau ambiente aqui em casa.

E5- Perante os comportamentos do TF como é que reage?

Ele cega-me de tal maneira que me apetece bater-lhe, e às vezes bato-lhe mesmo.

E6- Nota que há diferenças entre si e o seu filho quando considera que o comportamento dele está melhor?

Claro, não discutimos tanto, o ambiente fica mais calmo. Eu própria anda mais calma e menos nervosa. Consigo lidar melhor com ele.

F1- Que estratégias utiliza para tentar controlar e atenuar os comportamentos inadequados?

Sei lá, eu tento conversar com ele, mas sinceramente eu não sei muito bem como fazer em certas situações.

F2- Costuma castiga-lo perante esses comportamentos?

Ah, Claro, tem que ser. Ele faz coisas que eu tenho mesmo que o castigar, ele cega-me. Mas não adianta nada porque ele não cumpre nada. Eu mando para o quarto, proíbo de ligar a televisão ou o computador, e lá isso ele até cumpre, mas não fica lá muito tempo. Está constantemente a sair do quarto, é de 5 em 5 minutos. Ou é porque tem fome ou é porque quer ir à casa de banho, enfim, ele arranja sempre uma desculpa.

F3- Como é que o TF reage perante os castigos?

Ui, ele fica super revoltado. Chora, grita, discute connosco, dá pontapés nas coisas que estão perto dele e põe sempre a culpas de se ter portado mal nos

outros. Às vezes é no irmão, outras vezes é nem nós. Ele nunca tem culpa de nada e os erros nunca são dele, são sempre dos outros. Passado algum tempo isto passa-lhe, mas ele não esquece e quando tem oportunidade de falar sobre isto ele argumenta e discute novamente.

F4- E costuma premia-lo ou reforça-lo (social, material) se ele se comportar adequadamente?

Não, sou sincera, não tenho esse hábito. Não vou estar para aqui a dizer que sim e que lhe dou prémios, quando na verdade é não.

G1- Qual a reação dos familiares mais próximos perante o diagnóstico e o tratamento?

Eles não valorizam nem compreendem a situação. Então, relativamente à medicação é que eles são contra, principalmente a minha mãe, que está sempre a dizer que ando a drogar o menino, que isso não é preciso para nada e que nós temos é que ter paciência.

G2- Como é que eles lidam com o TF?

Todos lidam bem, e quando ele tem certos comportamentos eles ou já não ligam ou metem-lhe um travão. Por exemplo, ele fica com a tia nas férias e se ele puder passa o tempo todo a ver televisão. Ela não deixa e obriga-o a estar cá fora, a dar umas corridas, a brincar com o cão, a jogar à bola, andar de bicicleta ou fazer jogos com ela. Mas aqui há sempre problemas. Segundo a minha cunhada, ele quer sempre ganhar, inventa as regras à maneira dele e fica furioso quando perde. Quando está na casa dos avós maternos, se estiverem no exterior a trabalhar, ou na horta, ou a cortar lenha, ele porta-se lindamente. Quando estamos com os avós paternos, e lá o ambiente é muito calmo, ele “fala por 7” e ainda diz “Se não sou eu a animar isto, ninguém fala. Faço mesmo falta”.

G3- Quando tem que o deixar com algum familiar, nas férias por exemplo, como é que os familiares e o TF reagem? Os familiares não se importam de ficar com ele mesmo sem a toma da medicação?

Eles ficam com ele sem problema, mas quando pergunto se se portou bem há sempre queixas. Ele gosta imenso de ficar com os tios e os primos.

H1- Como é que o define ou caracteriza o TF?

Ui, sei lá... nem sei por onde começar. Ora deixa cá ver... então, ele é muito impulsivo; não pensa antes de falar ou agir; “fala por 7” e não deixa ninguém falar. Acha que só ele é que tem razão e os outros é que têm culpa de tudo, ele nunca tem culpa de nada. Não para quieto e está sempre a provocar o irmão, o que me irrita imenso. Chora por tudo e por nada, é muito ansioso, quer saber tudo... ui é mesmo muito curioso. Está sempre a intrometer-se nas nossas conversas, nós mandamo-lo calar montes de vezes mas não adiante nada. E quando eu estou ao telefone? Eh, pá, é horrível. Está sempre a perguntar as mesmas coisas, quando por exemplo sabe que vai a algum lado está sempre a perguntar quando é, como vai ser, não se cala um segundo. Não se dá bem com qualquer pessoa, e se não gosta da pessoa ignora, faz de conta que não a conhece, passando por mal educado. Envergonha-me tanto, o J não é assim e ninguém aqui em casa é assim, não sei a quem ele sai. Mais... sei lá.. deixa-me pensar... ah, isola-se muito no quarto com as suas coisas, tem sempre a resposta na “ponta da língua”; discute connosco desvairado e está sempre a argumentar, porque ele tem sempre que vencer a dele. Se vamos a qualquer lado, como por exemplo, às compras, é sempre muito impaciente “vamos embora, já estamos aqui há muito tempo. Ah... mais... parece que não ouve os recados que lhe damos, digo as mesmas coisas ao irmão e o irmão percebe e ele nunca sabe nada e depois, lá está, se não faz as coisas e eu resmungo diz que a culpa é minha porque eu é que não lhe disse nada. E... olha tem mais coisas que agora não me vem à memória. Ele é complicado, tem mesmo um feitio difícil.

E ele só tem aspetos negativos? Fale-me um pouco sobre as qualidades e características positivas do TF.

Bem, ele preocupa-se muito se um de nós estiver doente ou mais em baixo. Está sempre a perguntar, com um ar preocupado, sobre o que nós temos. Por vezes ele até é meiguinho. E é uma criança animada e divertida quando não

está com a medicação. Diz coisas que nos chateiam, mas também diz coisas que é de partir a rir com ele.

H2- Quais os comportamentos ou atitudes que mais a incomodam?

Tudo o que eu já tinha dito.

H3- Existem situações do dia a dia nas quais o comportamento melhora?

Sim, mas só está melhor quando tem medicação, passando o efeito volta tudo ao mesmo.

I1- Como é a sua relação com ele?

A minha relação com ele é boa. Ele mais apegado a mim do que ao pai e precisa sempre do meu mimo à noite. Normalmente não faz nada sem me pedir autorização, mesmo que o pai tenha dito que sim.

I2- Como é que o TF se relaciona com o Pai?

Relaciona-se bem, mas às vezes consegue enervar o pai que até é uma pessoa muito calma.

I3- Como se relaciona com o irmão?

Pessimamente. O TF está sempre a provocar o irmão, a irrita-lo, atira-se para cima dele de propósito, resmunga, discute imenso, não tolera nada e humilha-o, principalmente por ele ter reprovado, faz piadas sobre isso, goza-o. Ultimamente faz chantagem com ele. Comecei-me a aperceber disso porque o J fazia tudo o que o irmão pedia ou mandava, leva-lhe a mochila, ia-lhe buscar coisas., enfim, fazia tudo o que ele dizia até, até que eu tive que apertar com eles e o J lá confessou que tinha algo para contar.

I4- Como se relaciona com os pares?

Também se relaciona mal. Com os vizinhos a campainha não parava de tocar. De 5 em 5 minutos o TF está à porta de casa a fazer queixas dos miúdos. Dizia que eles não queriam jogar com ele, pudera com as atitudes que ele tem. Dizia que o punham de parte. Então, se ele não cumpre regras, não gosta de perder e as coisas têm que ser como ele quer, os outros miúdos não estavam para

isso. É que ele fica mesmo agressivo, insulta os miúdos e chama-lhes nomes mesmo feios. Depois vem para casa enervado, e nós é que o temos que aturar. Por ele ficar assim e se portar mal é que muitas vezes eu não o deixo ir brincar para a rua.

I5- Que relação estabelece com os colegas?

Ele diz que se dá bem com todos e que eles gostam dele, mas ele tem dois amigos com que se dá melhor.

I6- Que relação mantém com os professores?

Ele diz que gosta de todos os professores, nunca faz queixa deles. Só diz que não gosta das psicólogas.

I7- Considera o TF uma criança sociável? Faz amigos com facilidade?

Não.

J1- Quais os passatempos preferidos do TF ?

Ver televisão, jogar computador e playstation, embora este jogo ele só o tenha durante as férias e ao fim de semana. Gosta de andar de bicicleta, mas não vai sozinho, chama sempre o irmão para ir com ele.

J2- Alguém o acompanha nessas atividades?

A maior parte das vezes está sozinho, porque se fica perto do irmão é só discussão. Mesmo assim não para de discutir sozinho com os jogos.

J3- Frequenta alguma atividade extra curricular, recreativa ou desportiva?

Só está nessas coisas ao fim de semana. Anda na catequese aos sábados, mas ele não gosta nada de ir, é sempre um filme para o levar. Anda nos escuteiros, mas é outro filme porque nunca quer ir às reuniões, nem aos acampamentos porque diz que não tem condições... é o que ele diz... nem àquelas atividades que eles costumam fazer. Ao princípio até ir porque eles prometiam que ia haver surpresas, e ele tinha curiosidade em saber o que era, depois deixou de dar importância a isso. Diz que não gosta da chefe. A culpa nunca é dele, estás a ver? É sempre dos outros. Olha, lá tem regras percebes? E ele não gosta de as cumprir, quer fazer tudo à maneira dele,

assim é que é. Na escola, por vezes tem uns jogos de futebol nuns torneios, o que é outra desgraça. Já me fez passar cada vergonha, que eu nem te conto... (abana com a cabeça). Um dia fui vê-lo a jogar, a dada altura o treinador substituiu-o... olha... ele passou-se. Virou-se ao treinador, começou a discutir com ele, a dizer que não tinha nada que ir para o banco, enfim. E outras situações mais. Discutia com os outros jogadores, chamava nomes, dizia asneiras. Que vergonha. E depois o que é que ouves? “Este TF é sempre o mesmo. Arma sempre confusão”. É lindo de se ouvir, diz-lá. É que ele nestas alturas está sem medicação, e depois fica assim. É por isso que eu nem gosto de ir, é só para passar vergonhas.

J4- Como se comporta durante estas atividades? Tem queixas por parte dos adultos que estão com ele?

Tenho sempre queixas. As catequistas todos os sábados me dão queixa dele, eu até já estou habituada.

K1- No contexto escolar, que tipo de apoios beneficia o TF desde que lhe foi diagnosticada a PHDA?

Basicamente não tem apoios nenhuns porque eu também nunca pedi nem falei sobre isso. Como ele está a ser seguido pela médica, está medicado e tem boas notas eu nunca pedi apoio na escola. Mas informei a diretora de turma do que ele tem e ela deve ter dito aos outros professores. Por isso, penso que eles têm algumas atitudes diferentes para lidar com ele.

K2- Como é que a diretora de turma lida com a situação?

Eu acho que a Diretora de Turma é muito compreensiva, paciente com ele, e põe-nos ao corrente do comportamento dele nas aulas. Ao princípio eu até estava com medo, e nem sabia se havia de lhe dizer o que ele tinha, por causa das situações que aconteceram na primária. Mas a Diretora de Turma é compreensiva e quando algo não está bem ele chama-nos para conversarmos e tentarmos resolver as coisas em conjunto.

K3- No contexto familiar, como é que o TF lida com as tarefas escolares?

Estando com a medicação ele lida bem, faz tudo sem problemas. Obrigoo a fazer os deveras à sexta para não deixar nada para o fim de semana, uma vez que ele está sem o efeito da medicação.

K4- Que apoio é dado pelos pais nos trabalhos da escola?

Neste momento não conseguimos dar apoio, as matérias são difíceis para nós explicarmos. Mas quando andava no 1º. e no 2º ano, nós ainda o ajudávamos, principalmente porque ele não tinha concentração para fazer os trabalhos de casa. Estava sempre a levantar-se e a arranjar desculpas para não fazer os TPC, ou queria ir à casa de banho, ou queria comer, ou beber água, etc. Como a medicação agora tem um efeito mais prolongado eu já não necessito de estar perto dele e ele consegue fazer os trabalhos sozinho. Às vezes pede ajuda ao irmão ou ao pai para realizar alguma tarefa.

K5- Que atitudes tem para conseguir que ele cumpra com os trabalhos de casa?

Com a medicação não é preciso ter nenhuma atitude em especial, mas lá está, tenho que o mandar fazer os trabalhos do fim de semana logo na sexta porque se não depois é um problema.

L1- O TF demonstra gostar de frequentar a escola?

Sim, acho que ele gosta. Se não gostasse ele dizia logo.

L2- Como tem sido as suas adaptações e mudanças de escola/ciclo?

Desde pequenino? Ora, na creche e no infantário adaptou-se sempre bem, nunca tive problemas, ele gostava de lá andar. Foi tranquilo. A entrada para a primária já não correu nada bem. Ele chegava a casa todo enervado e arranhado... era ele que fazia isso a ele mesmo. Dizia que não tinha amigos para brincar, porque do infantário para a primária apenas foi para a escola dele um menino, que nem era dos melhores amigos dele. Quando passou agora para a ECVS também foi um filme porque ele tinha imenso medo de perder o autocarro e chegar tarde às aulas, de utilizar aquelas máquinas... sei lá, tudo lhe fazia confusão. Mas agora está tudo bem, embora continue com medo de

perder o autocarro, mas nem por isso se despacha de manhã, tás a ver? Tenho sempre que me chatear com ele antes ir para a escola, nunca se despacha, tenho que o estar sempre a chamar até que sou obrigada a ajuda-lo a vestir-se, por exemplo. E ele ainda por cima fica zangado comigo por não o chamar mais cedo. Olha que isto! A culpa nunca é dele é sempre dos outros.

M1- Qual é o desempenho escolar do TF? Como são as suas notas?

As notas são razoáveis. Embora a Diretora de Turma também diga que ele tem capacidades para tirar melhores notas.

M2- Que atitudes têm os pais perante as notas baixas ou negativas?

Resmungamos, claro, mas não é costume porque as notas são sempre de razoáveis a boas.

ANEXO VIII

Entrevista à diretora de turma: Guião e transcrição da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

Entrevistada: Diretora de Turma

Modelo da Entrevista: Entrevista semiestruturada

Data: 27/06/2013

CATEGORIAS	QUESTÕES
A- Identificação pessoal e profissional	A1- Qual é a idade da professora?
	A2- Quais são as suas habilitações literárias?
	A3- Há quantos anos exerce a profissão?
	A4- Há quantos anos trabalha nesta escola?
	A5- Qual é a sua situação profissional?
B- Experiência com alunos com NEE	B1- Ao longo da sua vida profissional tem trabalhado com alunos com NEE?
	B2- Com que problemáticas?
	B3- Na turma do TF quantos alunos têm NEE e quais as suas problemáticas?
C- Constituição das turmas	C1- Por ter alunos com NEE a turma tem redução do número de alunos?
	C2- Na escola existem regras na constituição das turmas quanto à colocação de alunos com PHDA?
D- Apoio disponibilizado aos alunos	D1- Que tipo de apoios a escola disponibiliza para o atendimento a estes alunos?
E- Formação contínua	E1- Já realizou formação sobre o tema da PHDA?
	E2- Geralmente onde procura informação sobre a perturbação?
F- Conhecimentos sobre a perturbação	F1- Quais os sinais que podem ajudar a identificar uma criança com PHDA?
G- Caracterização do aluno	G1- No caso em concreto do TF como o define enquanto aluno?
	G2- Quais os comportamentos inadequados

	que apresenta na sala de aula?
	G3- No geral, essa é também a opinião dos restantes professores?
	G4- Na sua opinião como evolui o comportamento do TF ao longo do ano letivo? Teve melhorias ou retrocessos?
	G5- Quais são as maiores dificuldades do aluno?
	G6- Os comportamentos são semelhantes em todas as disciplinas?
	G7- O TF perturba as aulas, os professores e os colegas?
	G8- Que tipo de relação estabelece com os colegas?
	G9- E com os professores?
H- Situação pessoal face à problemática	H1- Como lida com os comportamentos inadequados do aluno?
	H2- Quais as dificuldades sentidas ao trabalhar com o TF?
I- Metodologias e estratégias educativas adotadas em contexto sala de aula	I1- Que metodologias ou estratégias educativas foram utilizadas no sentido de prevenir e melhorar os comportamentos do TF?
J- Outros apoios dados ao aluno	J1- O TF tem algum outro tipo de apoio na Escola?
	J2- Houve uma situação recente um pouco desagradável com a Psicóloga Estagiária, não foi?
K- Terapia farmacológica	K1- O que pensa sobre o tratamento farmacológico prescrito ao TF?
	K2- Os colegas sabem que o TF toma medicação para controlar os seus comportamentos? Fazem algum comentário sobre isso?

L- Acompanhamento Familiar	L1- Na sua opinião que tipo de acompanhamento é desenvolvido pela família?
M- Colaboração com a família e pedopsiquiatras	M1- Qual a relação, articulação e colaboração que estabelece com a família do TF?
	M2- Teve algum contacto com as pedopsiquiatras do aluno? De que tipo?
N- Continuidade pedagógica	N1- No próximo ano letivo continuará a ser professora e/ou diretora de turma do TF ?
	N2- Tenciona manter as mesmas estratégias educativas ou pensa colocar outras em prática?

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

A1- Qual é a idade da professora?

Tenho 50 anos.

A2- Quais são as suas habilitações literárias?

Licenciatura em Educação Visual e Tecnológica

A3- Há quantos anos exerce a profissão?

Exerço há 27 anos.

A4- Há quantos anos trabalha nesta Escola?

Hum... há 24 anos.

A5- Qual é a sua situação profissional?

Estou efetiva.

B1- Ao longo da sua vida profissional tem trabalhado com alunos com NEE?

Sim, e cada vez vêm mais (risos).

B2- Com que problemáticas?

Autismo, Asperger, Hiperatividade, Deficiência visual, Trissomia 21, e ... (pausa) ... é isso, pelo menos foram esses.

B3- Na turma do TF quantos alunos têm NEE e quais as suas problemáticas?

Não tem nenhum.

C1- Por ter x alunos com NEE a turma tem redução do nº de alunos?

C2- Na escola existem regras na formação das turmas quanto à colocação de alunos com PHDA?

Sim, é mais reduzida.

D1- Que tipo de apoios a escola disponibiliza para o atendimento a estes alunos?

Têm, geralmente, um professor de apoio. E muitas vezes esses alunos são retirados da sala para ter aula fora. O professor fica com a turma e muitas vezes esses saem para ter aula com o professor de apoio à parte.

E1- Já realizou formação sobre o tema da PHDA?

Já, já, quando apareceram os primeiros fizemos no Porto, mas vai há uns anos. Fiz eu e a Professora AI (professora de educação especial).

E2- Geralmente, onde procura informação sobre a perturbação?

A escola geralmente dá-nos algumas formações acerca disso.

F1- Quais os sinais que podem ajudar a identificar uma criança com PHDA?

Estar desatento, estar constantemente a mexer nos objetos, arruma, tira uns e pega noutros. Eu até acho que é mais ao nível de mesa, da organização da mesa, eles não conseguem lá muito bem organizarem-se nisso.

G1- No caso em concreto do TF como o define enquanto aluno?

É um bom aluno, tem umas notas boas, vai muito bem. É assim, se estivesse mais concentrado, as notas ainda poderiam ser melhores. Foi a conclusão que chegamos na reunião. É um problema mesmo de concentração, eu acho. Tem de se concentrar e abstrair do que se passa ao lado, concentrar-se apenas naquilo que está a fazer e pronto. Era o suficiente para ter umas notas muito melhores.

G2- Quais os comportamentos inadequados que apresenta na sala de aula?

A conversa, eu acho que é a conversa o problema dele. Por exemplo, eu estou a falar consigo e ele do outro lado mete-se. Ele tem sempre que dar um palpite. Eu já lhe disse, uma conversa para dois não é para três. Mas ele tem que falar, pronto, tem que falar. Ele diz “Eu tenho boca é para falar”.

G3- No geral, essa é também a opinião dos restantes professores?

É, é isso mesmo.

G4- Na sua opinião como evoluiu o comportamento do TF ao longo do ano letivo? Teve melhorias ou retrocessos?

Melhorou, sim. Nota-se quando ele não toma a medicação, porque fala bastante. Houve ali uma fase em que ele estava muito parado, e como nós já estamos habituados em que ele esteja sempre assim a falar, estranhámos. Ouve ali uns dias em que ele esteve muito apagado. Eu ainda pensei assim - será que ele está doente? Não é? Porque a gente até pensa que ele está doente. Eu até dizia - hoje não temos TF. Percebe? Porque é assim, no fundo também não queremos que ele esteja a dormir, mas também não queremos que ele esteja no extremo. Nem uma coisa, nem outra. Com as medicações acredito que tenham aqueles altos e baixos. Ao nível do organismo não sei se será muito saudável para os miúdos. Mas pronto, olhe, não sei.

G5- Quais são as maiores dificuldades do aluno?

É a concentração.

G6- Os comportamentos são semelhantes em todas as disciplinas?

Pelo que os professores dizem sim. Lembro-me do professor de ginástica me contar sobre uma situação que aconteceu na aula de ginástica. Parece que eles estavam a jogar à bola e de repente aconteceu uma falta, um empurrão, bem eu não sei muito bem, mas segundo o professor o TF passou-se por completo. Ficou todo alterado, a resmungar, a discutir com todos, até que o professor teve que o tirar do campo e sentá-lo para ele acalmar.

G7- O TF perturba as aulas, os professores e os colegas?

Hum... bem, aquilo não se chama bem perturbar, como é que eu hei-de dizer... ele interrompe. Está sempre a interromper. O professor está a falar de uma coisa qualquer, e se ele se lembrar de qualquer coisa interrompe logo. E quebra um pouco o ritmo à aula. Ele fala tudo o que lhe vem à cabeça, tudo, seja bom ou seja fraco, ele diz tudo.

G8- Que tipo de relação o TF estabelece com os colegas?

No geral eu acho que não é má. Mas há aqueles conflitos, e se ele diz que não gosta daquele, não gosta e arruma-o. É isso, mas no fundo ele fala com todos. Às vezes estão à porta da sala a brincar uns com os outros. Há sempre aquelas coisitas deles, mas que são normais, não é nada de especial.

G9- E com os Professores?

A relação com os professores é boa, não há assim nada de negativo.

H1- Como lida com os comportamentos inadequados do aluno?

Eu já lhes disse que isto se considera falta de educação, mas eles consideram que não. Quando nós dizemos “Não tens nada que te meter na conversa que a conversa não é contigo, isso é falta de educação”. Isso custa-lhes a entender. Para eles falta de educação é só chamar aqueles nomes feios. Isso é que para eles é falta de educação, agora falar, isso não é falta de educação. Diz ele “então nós não temos que falar? eu tenho boca é para falar”. E eu disse, “não tens que falar, tu tens que pedir para falar; porque é que eu digo para levantar o braço?” E ele lá fica um bocado com o braço no ar, mas logo depois cansa-se e diz “eh, porque eu estou aqui há tanto tempo e não me deixa falar.” E eu

disse, “porque ainda não chegou a tua vez, e eu acho que não era agora a altura para falares”. Ele fica chateado, e ao princípio até amuava, mas como eu não dava importância a isso, e dizia-lhe que só tinha um remédio que era “Amuar e desamuar” entretanto deixou de o fazer.

Ele tem dificuldade em cumprir regras?

Tem, muita dificuldade, aliás, ele e muitos deles.

No início do ano a professora estabelece logo as regras?

Sim, aliás eles têm as regras no dossier individual, como por exemplo: que só podem falar quando tiverem autorização do professor, entrar direito na sala... mas isso esquecem rápido.

H2- Quais as dificuldades sentidas ao trabalhar com o TF?

São essas que eu já referi.

I1- Que metodologias ou estratégias educativas foram utilizadas no sentido de prevenir e melhorar os comportamentos do TF?

Foi o cumprimento das regras. Todas as aulas de educação para a cidadania falávamos nas regras. Regras, regras, regras, às vezes tinham que passar as regras para o caderno 10 vezes. A regra que eles tinham que passar mais vezes era: não posso falar sem a autorização do professor. Eles estavam cansados, mas era para ver se lhes começávamos a incutir aquilo na cabeça. Porque tem mesmo que ser, eles têm que se mentalizar que dentro da sala é para estar calado e que cá fora podem brincar, saltar, falar. Mas dentro da sala têm que cumprir certas regras. Custa-lhes um bocado, mas tem que ser.

O facto de o ter mudado de lugar, e o ter passado para a fila da frente? Isso foi uma estratégia?

Foi sim, geralmente eles sentam-se por ordem alfabética, mas alguns têm que ser mexidos, e alterados de lugar. E nessa mesma disciplina da cidadania também trabalharam muito os comportamentos, o estudo, a organização do estudo em casa com a psicóloga estagiária.

J1- O TF tem algum outro tipo apoio na Escola?

Não, não tem nada. Ele não foi encaminhado e os professores também não acham que seja preciso. Nós nas reuniões podemos encaminhá-los, fazemos uma ficha e tudo, e ninguém falou nisso. Acho que ele não tem necessidade disso. Aliás, eu também acho que ele não ia aceitar ou reagir bem. Ele não gosta destas coisas de psicólogos. Acho que se ele tivesse que ir ao gabinete da psicóloga ele fugia de lá. Não podemos ir por aí. Eu acho que eles têm uma ideia na cabeça que quem vai ao psicólogo é tolo. E depois associam que os gémeos andam na psicóloga, e eles são assim um bocado esquisitos, e que se eu for sou igual a eles. No fundo eles não são nada tolos.

J2- Houve uma situação recente um pouco desagradável com a Psicóloga Estagiária, não foi?

Ah, pois foi. Ela veio despedir-se dos miúdos. E quando estava a despedir-se e a dizer que às tantas nunca mais se viam ele saiu-se com esta “Graças a Deus. Nem sei porque veio”. A Psicóloga, coitada, não saiu da sala nessa altura porque parecia mal. Então, eu chamei-o à atenção e disse-lhe que ele tinha que se ir desculpar porque essas coisas não se dizem. Ele respondeu logo assim, é que é imediato “a professora não está sempre a dizer que nós temos que ser frontais. Então eu fui. É o que eu penso. Não tenho que ir pedir desculpas por causa disso.” Mas acabou por ir.

K1- O que pensa sobre o tratamento farmacológico prescrito ao TF?

(ficou pensativa)... é assim, eu acho que a medicação às vezes deixa-o um pouco apático. Fica ... (e a professora imita o aluno ficando parada, como uma estátua). A dose que lhes estão a dar não sei se será a mais indicada... aí não sei muito bem, não faço a mínima ideia. Porque é assim, eu também não conheço o medicamento, não é? A gente não conhece muito bem aqueles os medicamentos, mas eu acho que não ia pelos medicamentos. Arranjava outras estratégias para controlar, sem a medicação. Porque naquela semana em que o pai veio aqui e nós o pusemos de castigo um mês sem ver televisão, ele andava ali direitinho, porque faltava uma coisa que ele gostava. Eu acho que eles são muito pequenos para tomarem já medicação. Eu ia mais por outro lado, pelas recompensas ou por tirar algo que ele goste. Ou então, talvez dar

uma dose mais levezinha, ou então não ter que dar todos os dias, e dar dia sim e dia não. Olhe não sei. Isso associado a outras estratégias, tem que ser. Porque ele andou aquele mês que nem parecia o mesmo. Ele entrava na sala e era assim “Não posso falar”. Ele já estava a avisar os outros “Eu não posso falar”. É que nós combinamos o castigo à frente dele. Estava eu, ele, o pai e a psicóloga estagiária. Lembro-me que na altura nós demos-lhe mais do que uma hipótese e ele é que tinha de escolher e depois chegamos a um consenso, porque ao princípio ele não queria castigo nenhuma, nem fica privado de nada. Mas nós dissemos, “Não, não tu não sais daqui sem decidirmos o que é que vai acontecer e depois lá chegamos a um consenso, mas primeiro demorou “N” tempo. Lá chegamos à televisão, o pai retirar a televisão do quarto. Nessa semana ele fez coisas que não era costume fazer, trabalhou muito bem. E olhe como ele aguentou.

Além dessa situação houve uma outra que esteve relacionada com um prémio que consistiu num chocolate caso os alunos tivessem A no dossier. Como é que isso se sucedeu? No caso do TF quais foram os resultados?

Ah, pois foi. Que engraçado, ele contou-lhe? Foi assim, eu prometi à turma que quem tivesse “A” no final do período eu dava um chocolate de prémio. E é claro que eles ficaram todos contentes e falavam muito nisso. No caso do TF pareceu-me que ele se esforçava por isso e que mostrou muito satisfeito por ter conseguido o prémio. Aliás, eu não o dei na altura em que prometi, só passado algum tempo, e ele fazia questão em cobrar.

Acha, portanto, que os castigos e os prémios podem surtir algum efeito positivo na mudança de comportamentos do aluno?

Acho sim, tem se visto.

K2- Os colegas sabem que o TF toma medicação para controlar os seus comportamentos? Fazem algum comentário sobre isso?

Claro que sabem, ele conta a toda gente sem qualquer problema.

L1- Na sua opinião que tipo de acompanhamento é desenvolvido pela família?

Ele tem um bom acompanhamento. Tem uns pais tão fixes.

M1- Qual a relação, articulação e colaboração que estabelece com a família do TF?

Sempre que é preciso. É uma relação muito boa, se for preciso alguma coisa, logo que chamei o pai ele veio. O pai foi logo colaborativo nessa situação, disse logo que sim à frente dele. Eu fiz questão que o Tomás estivesse presente porque o castigo é para ele e se ele tiver que reclamar, reclama logo aqui.

M2- Teve algum contacto com as pedopsiquiatras do aluno? De que tipo?

Não tive nenhum tipo de contacto.

Mas acha que seria importante?

Acho que sim, pelo menos podia-nos fornecer o relatório que diga qual é a medicação que está a tomar, uma informação para eu poder transmitir aos meus colegas, aos restantes professores. Elas pedem-nos a nós mas nunca nos dão nada. Primeiro mandam-nos preencher escalas de cruces, mas depois não nos dizem mais nada.

N1- No próximo ano continuará com a ser professora e/ou diretora de turma do TF?

Em princípio sim, normalmente nós damos continuidade no 5º e no 6º.

N2- Tenciona manter as mesmas estratégias educativas ou pensa colocar outras em prática?

Eu acho que é assim, eles têm que se mentalizar que têm que cumprir regras, que estão numa escola e as regras são para cumprir.

Sobre o assunto desta entrevista tem algo mais a acrescentar?

Não.

ANEXO IX

Entrevista à criança

GUIÃO DA ENTREVISTA

Entrevistado: TF - sujeito em estudo

Modelo da Entrevista: Entrevista semiestruturada

Data: 21/04/2013

CATEGORIAS	QUESTÕES
A- Auto-conhecimento individual	A1- Por palavras tuas, diz-me como és enquanto pessoa?
	A2- Como és enquanto colega?
	A3- Como és enquanto aluno?
	A4- Achas que és bem comportado em casa?
	A5- E na escola?
B- Relacionamento interpessoal com os colegas	B1- Como é a tua relação com os teus colegas?
	B2- Achas que os teus colegas são teus amigos e gostam de ti?
	B3- O que é que achas que os teus colegas pensam de ti?
	B4- Dás-te bem com todos, quer sejam meninos ou meninas?
	B5- Quando tens dificuldades eles ajudam-te nas tarefas da sala de aula?
	B6- Quem são os teus melhores amigos na escola?
C- Tempos livres na escola	C1- O que fazes na escola durante os tempos livres (almoço, intervalos)?
D- Responsabilidade no cumprimento dos horários	D1- Cumpres sempre os horários das aulas ou chegas atrasado?
	D2- E de manhã, pões-te pronto a horas para não perderes o autocarro e não chegares atrasado?
E- Visão pessoal sobre o contexto	E1- Consideras que tens uma boa relação com os teus professores?

sala de aula: professores, aulas, disciplinas	E2- Quem são os teus professores preferidos? Porquê?
	E3- E os professores que menos gostas? Porquê?
	E4- Achas que os teus professores te ensinam bem?
	E5- Costumas estar com atenção nas aulas?
	E6- Qual é o teu lugar na sala? Estás à frente, a meio, atrás?
	E7- Quais são as disciplinas que mais gostas?
	E8- E as disciplinas que menos gostas?
	F- Tarefas escolares no contexto familiar
F2- Alguém te apoia dos estudos ou tarefas escolares quando tens dificuldades?	
F3- És organizado nas tuas tarefas escolares?	
F4- Fazes sempre os TPC por tua iniciativa ou quando os teus pais te mandam?	
G- Frequência no 1º. Ciclo do Ensino Básico	G1- E relativamente ao 1º. Ciclo, gostaste de ter frequentado essa escola?
	G2- Tiveste sempre a mesma professora?
	G3- Como era a tua relação com a professora?
	G4- Com os colegas relacionavas-te bem?
H- Relacionamento interpessoal com os pares	H1- E os teus vizinhos, dás-te bem como eles? Brincam juntos?
	H2- De onde são os teus melhores amigos? São da escola, vizinhos, familiares...?
I- Relacionamento interpessoal no contexto familiar	I1- Como é a tua relação com os teus pais?
	I2- E com o teu irmão?
	I3- Quando os teus pais te castigam como é que tu ficas?
	I4- Cumpres os castigos?
	I5- Achas que és um filho obediente?
	I6- O que gostarias que os teus pais te

	dissessem ou fizessem quando te portas bem?
	I7- E se eles te dessem um prémio quando tu cumprisses várias vezes algo que tens muitas dificuldades em fazer, como por exemplo – Não brigares com o teu irmão? Achavas bem?
	I8- Que tipo de prémio poderia ser?
J- Atividades de tempos livres	J1- Quais são os teus passatempos preferidos?
	J2- Porque é que deixaste de frequentar os escuteiros?
	J3- Gostas de frequentar a catequese? Porquê?
k- Atitudes face à medicação	k- Relativamente à medicação, como te sentes quando a tomas?
	k2- Achas que o teu comportamento muda quando tomas o comprimido? Achas que te portas melhor? Consegues estar com mais atenção nas aulas?
	k3- E se não tomasses como achas que ficarias?
	k4- Os teus amigos sabem que tu tomas medicação?
	k5- E o que é que eles dizem em relação a isso?

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

A1- Por palavras tuas, diz-me como és enquanto pessoa?

Sou boa pessoa, simpático, falador e divertido.

A2- Como és enquanto colega?

Sou um colega razoável, porque com alguns dou-me melhor do que outros.

Não gosto de um dos meus colegas porque ele tem a mania que sabe tudo.

A3- Como és enquanto aluno?

Sou um aluno razoável e nervoso em educação física quando perco nos jogos, fico zangado.

A4- Achas que és bem comportado em casa?

Às vezes sou, outras vezes nem por isso. Mas a culpa é quase sempre do meu irmão que pega comigo e eu enervo-me.

A5- E na escola?

Porto-me bem, menos nas aulas de ET e EV. Nessas aulas porto-te pior, mas a professora até já disse para o Carlos “Tu tens que ser como aquele, está sempre a levar nas orelhas e está sempre a subir na auto estima”. O C está-se sempre a enterrar, tem a auto estima para baixo.

E o que é que quer dizer levar nas orelhas e auto estima? Sabes explicar?

Não sei, mas a professora disse e eu acho que é bom.

B1- Como é a tua relação com os teus colegas?

A relação é boa, menos com um.

B2- Achas que os teus colegas são teus amigos e gostam de ti?

Claro, eles tratam-me bem. Eu sou o mais fixe, o mais espetacular, toda gente me adora. Eu sou o máximo. O G é que não, está sempre a pegar connosco.

B3- O que é que achas que os teus colegas pensam de ti?

Acham que sou bonito, sou o único que faço asneiras. Eles são uns betinhos. Gostam de mim, claro, sou o maior para os meus amigos.

B4- Dás-te bem com todos, quer sejam meninos ou meninas?

Dou com todos menos com o G. Ninguém gosta do G da minha turma.

B5- Quando tens dificuldades eles ajudam-te nas tarefas da sala de aula?

Ajudam, mas eu nunca peço ajuda porque não preciso.

B6- Quem são os teus melhores amigos na escola?

O Sérgio e o Ricardo.

C1- O que fazes na escola durante os tempos livres (almoço intervalos)?

Brinco com o telemóvel, às cartas, jogo à bola ou converso com os meus amigos.

D1- Cumpres sempre os horários das aulas ou chegas atrasado?

Chego sempre a horas, mas o G é perito nisso. Não há um dia em que ele não chegue atrasado e não saia mais cedo.

D2- E de manhã, pões-te pronto a horas para não perderes o autocarro e não chegares atrasado?

Não chego atrasado, mas a minha mãe não me ajuda em nada, tenho que me vestir sozinho, fazer o pequeno almoço, tudo sozinho.

E1- Consideras que tens uma boa relação com os teus professores?

Sim.

E2- Quem são os teus professores preferidos? Porquê?

O professor de história e de ciências porque são os mais fixes.

E3- Professores que menos gostas? Porquê?

Eu gosto de todos.

E4- Achas que os teus professores te ensinam bem?

Podem ensinar eu às vezes é que não estou atento. Às vezes falo para o colega do lado, mas só em algumas aulas como ET e EV, de matemática nunca. Eu não falo nesta aula, porque tenho mais dificuldades e por isso tenho que estar mais atento.

E5- Então tens noção que por vezes não estás com atenção nas aulas e não ouves o que os professores dizem?

Distraio-me sempre a pensar noutras coisas. E quando não ouço peço para eles repetirem. Mas eu passo tudo o que escrevem no quadro, ouvir é que é pior, eu também ouço mal do ouvido direito.

E6- Qual é o teu lugar na sala? Estás à frente, a meio, atrás?

TF- Isso depende das salas, mas estou sempre à frente. Na sala 2 estou mesmo à frente da mesa do professor, nem posso fazer nada. Na sala 1 estou à frente, mas na outra ponta, junto à parede.

E7- Quais são as disciplinas que mais gostas?

História e Musica

E8- E as disciplinas que menos gostas?

Português, mais por causa da professora, ela é má.

F1- Costumas estudar em casa?

Claro, faço os TPC mas estudo só no dia antes do teste.

F2- Alguém te apoia dos estudos ou tarefas escolares quando tens dificuldades?

Nunca, muitas vezes peço ao meu irmão mas ele diz “Aprende que eu também aprendi.

Pergunto á minha mãe ela não sabe, pergunto ao meu pai e ele também não sabe.

F3- És organizado nas tuas tarefas escolares?

Às vezes, um pouco, razoável.

F4- Fazes sempre os TPC por tua iniciativa ou quando os teus pais te mandam?

Sim, faço sempre quando chego da escola.

G1- E relativamente ao 1º ciclo, gostaste de ter frequentado essa escola?

Sim, gostei, mais ou menos.

G2- Tiveste sempre a mesma professora?

Não, porque ela faltava sempre todos os anos e vinha outra professora fazer o lugar dela.

G3- Como te relacionavas com a Professora?

Eu não gostava dela. Oh...mas eu já disse isso na outra médica ou “psicopata”. Ela deve ter lá isso nos papéis dela. Se quiseres vai-lhe perguntar.

G4- E com os colegas, relacionavas-te bem?

Sim, menos um.

H1- E os teus vizinhos, dás-te bem com eles? Brincam juntos?

Não, eles gozam comigo, chamam-me nomes. Só me dou bem com alguns. O meu irmão diz para eles me chamarem nomes e eles estão sempre a pegar comigo.

H2- De onde são os teus melhores amigos? São colegas da escola, são vizinhos ou familiares?

São da escola, os que eu já disse antes.

I1- Como é a tua relação com os teus pais?

Quando ele não me “assapa” eu estou bem e com a mãe igual.

I2- E com o teu irmão?

É má, porque ele está sempre a pegar comigo, 99% é ele que começa e tem culpa, e 1% sou eu.

I3- Quando os teus pais te castigam como é que tu ficas?

Fico furioso, mas faço o que eles mandam.

I4- Então, cumpres o castigo?

Claro.

I5- Achas que és um filho obediente?

Razoável.

I6- O que gostarias que os teus pais te dissessem ou fizessem quando te portas bem?

Darem-me um jogo para a playstation.

I7- E se eles te dessem um prémio quando tu cumprisses várias vezes algo que tens muitas dificuldades em fazer, como por exemplo – não brigares com o teu irmão? Achavas bem?

Sim, claro.

I8- Que tipo de prémio poderia ser?

Que o meu irmão ficasse de castigo uma semana, porque ele também faz coisas que eu não gosto.

J1- Quais são os teus passatempos preferidos?

Gosto de ver televisão, no meu canto sozinho, na minha meo. E de comer bolachas.

J2- Porque é que deixaste de frequentar os escuteiros?

A minha mãe obrigou-me. Mas quando eu for mais velho depois eu volto para lá.

J3- Gostas de frequentar a catequese? Porquê?

Não, saio sempre mais cedo. A minha mãe sabe que eu não gosto daquela catequista.

K1- E relativamente à medicação, como te sentes quando a tomas?

(O irmão intromete-se na conversa e diz que ele nem sempre a toma e depois porta-se mal.) O TF diz: Eu sou doente (o irmão diz: Não és nada doente) Não, sou saudável!?. Então, tomo o comprimido para quê?. Mas eu não sei o que se passa comigo.

K2- Achas que o teu comportamento muda quando tomas o comprimido? Achas que te portas melhor? Consegues estar com mais atenção nas aulas?

Oh, eu acho que os meus amigos gostam mais de mim sem o comprimido, quando não faz efeito. E eu também.

K3- E se não tomasses como achas que ficarias?

Fico como estou agora, não paro quieto e falo mais. E sou muito mais fixe assim.

K4- Os teus amigos sabem que tu tomas medicação?

Sabem, eu digo.

K5- E o que é que eles dizem em relação a isso?

Não dizem nada.

ANEXO X

Contrato comportamental

CONTRATO COMPORTAMENTAL

Eu, _____ (nome do aluno)
aceito e comprometo-me a fazer o seguinte:

1. Manter-me em silêncio, sem conversar com os colegas do lado.
2. Levantar o dedo sempre que quiser participar, evitando interromper o(a) professor(a) sem pedir licença.
3. Ter em cima da mesa apenas os materiais necessários à aula.
4. Ter atitudes de respeito para com os meus colegas.

- Se, ao fim da semana, tiver cumprido este contrato, o(a) professor(a) far-me-á uma surpresa agradável.

- Se, ao fim da semana, tiver cumprido este contrato, terei direito a um tempo extra de 3h na utilização do computador e da playstation, durante o fim de semana.

- Se não tiver cumprido os pontos acordados neste contrato, não poderei ver televisão nem jogar computador durante uma semana.

Concordo com tudo o que está neste contrato e, por isso mesmo, o assino.

(assinatura do aluno)

(assinatura do professor)

(assinatura dos pais)

Data: ____/____/____

ANEXO XI

Programas de recompensas para usar no contexto familiar

PROGRAMA DE RECOMPENSAS PARA USAR EM CASA

(Parker, 2003: 51)

Nome: _____ Data: _____

COMPORTAMENTOS VISADOS PARA GANHAR PONTOS	VALOR EM PONTOS	PONTOS GANHOS DIARIAMENTE						
		SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM
Levantar de manhã sem contestar e preparar-se sozinho	2							
Respeitar e conviver de forma adequada com o irmão	5							
Tomar banho logo que chegue da escola	1							
Saber perder nos jogos de competição	3							
Total de pontos								

LISTA DE RECOMPENSAS

- ☺ 45 m de tempo extra na utilização do computador ou da playstation = 20 pontos
- ☺ 45m de tempo extra para assistir à televisão = 15 pontos
- ☺ Alugar um filme na box= 35 pontos

Nota: Quando a criança conseguir compreender bem este programa de recompensas, posteriormente poderá criar-se um quadro mais complexo, e que normalmente é aconselhado a adolescentes. Nesse quadro além da criança ganhar pontos, arrisca-se também à perda dos mesmos por comportamentos inadequados, como se poderá verificar no quadro que se segue.

ANEXO XII

Registos de Avaliação trimestral do

1º. CEB

Registo de Avaliação do 2º. Ano/2º. Período- Professora Titular

OBSERVAÇÕES:	
O Tomás poderia obter melhores resultados no seu aproveitamento escolar se não se distraísse tanto nas aulas e se se prontificasse a realizar de imediato as actividades que lhe são propostas. Tem dificuldade em estar concentrado apenas no seu trabalho, e algumas vezes não termina na sala os trabalhos que lhe são pedidos.	
Em face da avaliação efectuada e das aprendizagens reveladas pelo aluno, a partir do dia ___ / ___ / ___ passará a beneficiar, nos termos do Despacho n.º 50/2005, de um Plano de _____ (Recuperação/Acompanhamento/Desenvolvimento).	
Data 2010/3/29	AVALIAÇÃO FINAL DE ANO / CICLO: _____
A professora Titular de Turma: [Redacted]	Data 30/03/10
	O Enc. De Educação: [Redacted]

Registo de Avaliação do 4º Ano/ 2º Período – Professora Titular

Apoio ao estudo	Não apresenta dificuldades relevantes no domínio de competências, no entanto, o que o prejudica no seu processo de ensino/aprendizagem é o seu comportamento (irrequieto, falador e distraído). Não demonstra interesse nem empenho em melhorar o seu comportamento. Essa atitude é negativa. Revela alguma falta de responsabilidade, de organização e de estudo em casa.
<input checked="" type="checkbox"/> O professor, [Redacted]	Aproveitamento: Esforça-te por melhorar

Registo de Avaliação do 1º Ano/3º Período – Professora Titular

2. Aproveitamento

O aproveitamento escolar do **Tomás** foi, de uma forma geral, satisfatório nas diferentes Áreas Curriculares Disciplinares e Não Disciplinares, sendo bastante satisfatório na área da Matemática. Os resultados poderiam ser melhores se o Tomás se esforçasse por adoptar uma postura diferente em relação à aprendizagem. É pouco esforçado na Área de Língua Portuguesa, onde revela menos interesse pela leitura e pela escrita. Desenvolveu e adquiriu as competências necessárias para prosseguir os seus estudos no segundo ano de escolaridade. Assim sendo, o aluno transita de ano. Parabéns!

Recomenda-se que nas férias continue a estudar os conteúdos trabalhados, de forma a não esquecê-los e a melhorar as suas competências, exercitando a leitura e a escrita (ditados).

Registo de Avaliação do 4º Ano/3º Período

Professora Titular

<p>Apoio ao estudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O professor,</p> <p><i>Elisabete Vais</i></p>	<p>O Tomás revelou um bom domínio de competências. No entanto, o seu comportamento nas aulas e o facto de ser um aluno que se distrai facilmente continua a prejudicar o seu aproveitamento que poderia ser excelente.</p> <p>Aproveitamento: Satisfatório</p>
--	--

Registo de Avaliação do 3º Ano/3º Período


Professora Titular (substituição)


ÁREAS CURRICULARES DISCIPLINARES			
Expressão Plástica e Dramática			
<small>(avaliação descritiva e menção qualitativa)</small>			
<small>Aulas</small>	<small>Dadas</small>	<small>Não Dadas</small>	<small>Não Assistidas</small>
6	1	0	Apresenta um aproveitamento bastante satisfatório nesta área.
Música			
O aluno cumpriu com facilidade os objectivos da disciplina. Revelou um bom interesse pelas actividades desenvolvidas podendo confirmar um óptimo desempenho no futuro.			
<small>Aulas</small>	<small>Dadas</small>	<small>Não Dadas</small>	<small>Não Assistidas</small>
14	1	2	Aproveitamento: Bom
Língua Portuguesa			
<small>(avaliação descritiva e menção qualitativa)</small>			
Mostrou empenho e interesse, compreende o vocabulário oral e escrito, tem conhecimento explícito das regras de comunicação e estrutura da língua materna. Tem capacidade de comunicação escrita, dá alguns erros e tenta a sua correcção. Tem capacidade de leitura, mais criatividade e originalidade.			
<small>Aulas</small>	<small>Dadas</small>	<small>Não Dadas</small>	<small>Não Assistidas</small>
39	1	2	Aproveitamento: Excelente
Matemática			
<small>(avaliação descritiva e menção qualitativa)</small>			
Mostrou muito interesse e empenho. Tem compreensão dos números e numeração, grandezas e medidas e tem noção de geometria. Possui capacidade para o cálculo mental e faz as quatro operações. Resolve situações problemáticas e aplica os conhecimentos.			
<small>Aulas</small>	<small>Dadas</small>	<small>Não Dadas</small>	<small>Não Assistidas</small>
39	1	2	Aproveitamento: Excelente
Estudo do Meio			
<small>(avaliação descritiva e menção qualitativa)</small>			
Interessa-se pelos temas, compreende e relaciona sem dificuldade, tem sentido crítico e aplica os conhecimentos.			
<small>Aulas</small>	<small>Dadas</small>	<small>Não Dadas</small>	<small>Não Assistidas</small>
39	1	2	Aproveitamento: Excelente

ANEXO XIII

**Avaliações trimestrais do 5º. Ano
de Escolaridade**

Avaliações trimestrais do 5º Ano

 FICHA DE INFORMAÇÃO	Ano Letivo 2012/2013 3º Período
--	------------------------------------

Aluno: 

ÁREAS CURRICULARES DISCIPLINARES/NÃO DISCIPLINARES	Aulas			Faltas		Notas		
	Previstas	Dadas	Assistidas	Injustif.	Justif.	1º P	2º P	3º P
Português	47	47	47	0	0	3	3	3
Inglês	29	29	29	0	0	3	3	3
História e Geografia de Portugal	20	18	18	0	0	4	4	5
Matemática	60	60	60	0	0	3	3	3
Ciências Naturais	18	18	18	0	0	4	3	4
Educação Musical	22	22	22	0	0	4	5	5
Educação Física	31	31	31	0	0	3	4	4
Educação Moral e Religiosa Católica	9	9	9	0	0	4	4	4
Educação Visual	18	18	18	0	0	4	4	4
Educação Tecnológica	18	18	18	0	0	3	3	3

ANEXO XIV

Registos de observação

REGISTOS DE OBSERVAÇÃO NATURALISTA

- NOTAS DE CAMPO-

Aula: Educação para a cidadania

Tempo de aula: 50m

Docente: Diretora de Turma

Data: 03/04/2013

Tipo de Observação: Observação direta

O aluno encontrava-se sozinho e sossegado junto à sala de aula. A sua entrada decorreu de forma serena e sem agitação visível. Dirigiu-se para o seu lugar calmamente, pousando a mochila no chão e retirando os materiais de forma organizada. Durante a aula o aluno comportou-se de forma bastante satisfatória, não se dispersando ou apresentando algum comportamento menos próprio. Demonstrou-se sempre atento e concentrado, nada falador, irrequieto ou perturbador. Cumpriu sempre as ordens e solicitações da professora. Quando quis intervir na aula, levantou o dedo e permaneceu em silêncio até que lhe dessem a vez. De acordo com a professora, e em concordância com a psicóloga estagiária (que esteve presente parta da aula), os comportamentos manifestados foram com certeza condicionados pela minha presença, dado que normalmente o TF não se costuma comportar tão bem. Os comentários da professora passaram por *“Ele esteve a controlar-se ao máximo. Nunca o vi assim. Portou-se tão bem que a Maria João tem que vir mais vezes.”* É de salientar que mantive uma postura neutra, como se ambos não nos conhecêssemos. O TF não me pareceu preocupado, embaraçado ou nervoso, apesar dos seus comportamentos habituais se terem modificado. Optei por esta atitude de distanciamento da minha parte, visto que a mãe já tinha comentado que o TF não gosta de “misturar as coisas”, nem que falem dele.

REGISTOS DE OBSERVAÇÃO NATURALISTA

- NOTAS DE CAMPO-

Aula: Educação Tecnológica

Tempo de aula: 100m

Docente: Diretora de Turma

Data: 10/04/2013

Tipo de Observação: Observação direta

O aluno manteve uma postura calma e organizada ao entrar na sala e ao dirigir-se para o seu lugar. Durante os 100 minutos em que decorreu a aula, foi visível a sua atenção, interesse e empenho na atividade proposta pela professora. Não se mostrou distraído, irrequieto ou falador em demasia. Tratando-se de uma aula prática, por vezes o TF, tal como acontecia com os restantes alunos, levantou-se do lugar para pedir ajuda à professora ou para comparar o seu trabalho com os dos colegas. Todavia, o mesmo não perturbou de forma alguma a aula ou os colegas. Foi de facto uma aula, na qual o seu comportamento não obrigou a grandes registos. Atrevo-me até a dizer que comparativamente aos colegas, o TF apresentou um comportamento exemplar.

Precisamente neste dia, e no final da aula, a professora deu aos alunos um prémio (chocolate) que tinha prometido caso eles tivessem nota "A" no final do período. O TF recebeu o prémio por ter atingido os objetivos e propostos e a sua reação foi de alegria e satisfação, exibindo pela sala o seu prémio.

ANEXO XV

Autorizações



Exmo(a) Senhor(a)

Diretor(a) da [REDACTED]

ASSUNTO: Pedido de Autorização

Os Serviços Académicos da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti vêm, por este meio, pedir autorização para que à estudante desta Escola Maria João Duarte Sequeira, a frequentar nesta Escola a Pós-Graduação em Educação Especial, seja autorizada a efetuar a observação, em data e horas indicadas por V. Excia., de uma criança com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.

Os elementos recolhidos, destinam-se a serem integradas no Projeto de Investigação sobre Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção que a estudante está a realizar sob a orientação do docente desta Escola Doutor Júlio Emílio Pereira de Sousa.

Mais informamos que todos os elementos recolhidos destinam-se única e exclusivamente para fins académicos.

Agradecendo desde já toda a atenção dispensada a este nosso pedido, junto enviamos os nossos melhores cumprimentos.

Porto, 02 de abril de 2013

Os Serviços Académicos

Marta Sousa

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, ~~Sequeira, Maria João Duarte Sequeira da Silva~~, portadora do cartão do cidadão nº ~~11221122~~, venho por este meio autorizar que Maria João Duarte Sequeira, portadora do cartão do cidadão nº ~~11122222~~, efetue a recolha de todo o tipo de informação relativa ao meu educando ~~Paula Frassinetti~~. Os elementos recolhidos destinam-se a serem integrados no Projeto de Investigação sobre Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, integrado na Pós-graduação em Educação Especial que a mesma está a frequentar na Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Todos os elementos recolhidos destinam-se única e exclusivamente para fins académicos.

Agradecendo desde já toda a atenção dispensada a este meu pedido, junto envio os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Famalicão, 05 de Abril de 2013

~~Sequeira, Maria João Duarte Sequeira da Silva~~