

# DIVERSIDADES

## À Velocidade da Luz

Região Autónoma da Madeira • Secretaria Regional de Educação e Cultura • Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação  
Direcção de Serviços de Apoio, Gestão de Recursos e Investigação



- 3 Editorial
- 4 **Avaliação Psicológica de Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção**
- 9 **Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção**
- 19 **A Criança Hiperactiva e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico-Terapêutico**
- 29 **Estratégias para a PHDA em Contexto Escolar**
- 33 Espaço  $\Psi$
- 35 TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação
- 35 Livros Recomendados
- 36 Formação
- 36 Notícias

DIRECTORA – Maria José de Jesus Camacho

REDACÇÃO – Serviços da Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação

REVISÃO – Direcção de Serviços de Apoio, Gestão de Recursos e Investigação

MORADA – Rua D. João n.º 57

9054-510 Funchal

Telefone: 291 705 860

Fax: 291 705 870

E-MAIL – [revistadiversidades@madeira-edu.pt](mailto:revistadiversidades@madeira-edu.pt)

GRAFISMO E PAGINAÇÃO – Direcção de Serviços de Apoio, Gestão de Recursos e Investigação

ISSN – 1646-1819

IMPRESSÃO – O Liberal

FOTOS – Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação / Kelly Ward



### **Maria José Camacho**

Directora Regional de Educação  
Especial e Reabilitação

A permanente vontade de observar, descobrir, criar, experimentar e questionar é inerente ao processo de crescer, de se desenvolver, de ser.

Num movimento acelerado, repleto de mensagem e significação, deparamo-nos com um grupo muito particular: as crianças e jovens com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção que, num rodopio, pedem a nossa ajuda, o nosso olhar atento, o nosso tempo e a nossa dedicação, para que consigamos com ternura, olhá-los e conhecê-los, na verdadeira acepção destas palavras.

Este universo é especial e único, no entanto, não é diminuto: “à velocidade da luz”, intrigam-nos, interrogam a realidade, introduzem mudanças num equilíbrio que, frequentemente, necessita de ser reajustado.

São inúmeras as questões que se levantam: quem são estas crianças e jovens? Quais as suas potencialidades? Com quem vivem? Quais são os seus sonhos? O que querem ser quando crescerem? O que gostam de fazer na escola? Estas são algumas das interrogações que, na maioria das vezes, ficam sem resposta.

Por tudo isto, esta população necessita que depreendamos, nas entrelinhas, o que significa aquele movimento aparentemente sem sentido.

Este número da Revista *Diversidades* impele-nos a imaginar como será viver “à velocidade da luz” - o que é sentir o corpo a “fugir” do nosso controlo, a atenção a dispersar-se, os colegas a distanciarem-se devido às dificuldades de interação social, apesar de todos os esforços realizados...

Se conseguirmos e, principalmente, se tentarmos aumentar a nossa capacidade de empatia, poderemos compreender e contextualizar o comportamento destas crianças e jovens, percebendo as suas acções, tantas vezes desproporcionais, como uma estratégia de defesa e de protecção da angústia que os assola.

Como tal, é urgente e prioritário reflectir acerca desta perturbação e da intervenção mais ajustada, assente numa perspectiva sistémica e multimodal.

Convidamo-lo, pois, a uma leitura das páginas que se seguem, esperando que a mesma contribua para uma compreensão global das especificidades inerentes a esta população e consequente melhoria das práticas de actuação.

# Avaliação Psicológica de Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção

“Ele não pára quieto...”, “Está sempre a mexer em tudo...”, “É muito agitado e impulsivo...”, “Está constantemente desatento...”, “Não consegue terminar uma única actividade ou tarefa...”. Estas são algumas das afirmações que diariamente os pais e professores das crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) verbalizam. Outras características são igualmente apontadas às crianças hiperactivas, tais como: agitação, inquietude, preguiça, pouca persistência, imaturidade, irresponsabilidade, desorganização, desinibição comportamental, dificuldades no relacionamento social, dificuldades de aprendizagem, entre outras (Lopes, 2003).

A PHDA é, provavelmente, a perturbação da infância e da adolescência mais estudada na actualidade, sendo um termo cada vez mais utilizado na nossa sociedade. Esta banalização levou, por seu lado, a uma generalização desta patologia, o que faz com que qualquer criança que apresente algumas alterações comportamentais possa ser, desde logo, rotulada

como uma criança hiperactiva, sem muitas vezes se tentar compreender quais as condições ou variáveis que podem estar a justificar tais condutas.

A PHDA pode ser descrita como uma perturbação do comportamento infantil, de base genética, em que estão implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocam na criança alterações atencionais, impulsividade e uma grande actividade motora. Trata-se de um problema generalizado de falta de autocontrolo com repercussões no desenvolvimento, na capacidade de aprendizagem e na adaptação psicossocial (Barkley, 2006; Cardo & Servera-Barceló, 2005).

## Critérios de Diagnóstico

As pessoas com PHDA são descritas pelos outros como revelando crónicas e excessivas dificuldades de desatenção e/ou hiperactividade-impulsividade nos diversos contextos e situações sociais em que é exigida a manutenção da atenção, o controlo dos movimentos, a inibição dos impulsos e a regulação do seu próprio

### Falta de Atenção:

- a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades;
- b) com frequência tem dificuldades em manter a atenção em tarefas ou actividades;
- c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala directamente;
- d) com frequência não segue as 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 e actividades;
- f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental constante (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);
- g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas.

### Hiperactividade:

- 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 subjectivos de impaciência);
- d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;
- e) com frequência «anda» ou só actua como se estivesse «ligado a um motor»;
- f) com frequência fala em excesso.

### Impulsividade:

- a) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- b) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;
- c) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intrromete-se nas conversas ou jogos).

Quadro 1 - Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção

comportamento (Barkley, 2006). Como facilmente se pode verificar, as três dimensões primárias que caracterizam esta perturbação são, então, a desatenção, a hiperactividade e a impulsividade.

Os últimos critérios de diagnóstico de PHDA, apresentados pela *American Psychiatric Association* no seu manual de diagnóstico DSM-IV-TR (A.P.A., 2002), referem a necessidade da existência de 6 ou mais comportamentos de défice de atenção e/ou a existência de 6 ou mais comportamentos de hiperactividade-impulsividade, pelo menos durante os últimos 6 meses, com uma intensidade que é desadaptativa e inapropriada em relação ao nível de desenvolvimento do indivíduo e que provocam um défice clinicamente significativo no funcionamento social, académico ou laboral (cf. Quadro 1). Alguns destes comportamentos deverão estar presentes antes dos 7 anos de idade e terão que ser observados em pelo menos dois contextos nos quais a criança se relaciona (por exemplo: em casa, na escola, etc.).

De referir ainda a existência de três subtipos distintos dentro da PHDA: o *Tipo Predominantemente Desatento* (quando se observam 6 ou mais comportamentos de défice de atenção e menos de 6 comportamentos de hiperactividade-impulsividade), o *Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo* (quando se observam 6 ou mais destes comportamentos e menos de 6 comportamentos de desatenção) e o *Tipo Misto* (quando coexistem 6 ou mais comportamentos de ambas as categorias). (A.P.A., 2002).

Estes diferentes subtipos dentro do diagnóstico de PHDA, associados aos diferentes níveis de frequência e de intensidade dos comportamentos disruptivos, conduzem a uma grande variabilidade nas respostas e nos comportamentos observados dentro do universo das crianças hiperactivas. Assim, é perfeitamente normal uma criança com este diagnóstico apresentar, por exemplo, um maior número de sintomas de défice de atenção do que sintomas de hiperactividade/impulsividade, com uma frequência e intensidade menores comparativamente com uma outra criança com o mesmo diagnóstico.

### **Prevalência, Comorbilidade e Etiologia**

Os dados relativos à prevalência da PHDA são, por vezes, algo díspares, sendo que estas diferenças

nos valores encontrados nas diversas investigações possam ser justificadas pela utilização de diferentes metodologias, tais como: os critérios de diagnóstico utilizados, os métodos de avaliação, o tipo de amostra (clínica ou não clínica), a fonte de recolha de informação (pais, professores, a própria criança, etc.), as características socioculturais (género, idade, etc.), entre outros (Barkley, 2006; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Rohde & Halpern, 2004).

Os valores que, provavelmente, estarão mais próximos da realidade são aqueles que referem que aproximadamente 3% a 7% das crianças em idade escolar apresentam um diagnóstico de PHDA (A.P.A., 2002). Em Portugal não há valores precisos sobre a taxa de incidência da hiperactividade nas nossas crianças, mas acredita-se que não andará muito longe dos valores de referência dos restantes países próximos culturalmente. Em Espanha, com alunos do 1.º ciclo obteve-se uma prevalência de 4,57% (Cardo & Servera-Barceló, 2005), enquanto que no Brasil os valores situam-se perto dos 5,8% em adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos (Rohde et al., 1999). Os comportamentos de hiperactividade motora têm tendência a diminuir ao longo da adolescência e da idade adulta (A.P.A., 2002). Nos adultos as taxas de prevalência rondam os 4% a 5% (Kessler et al., 2006; Murphy & Barkley, 1996).

Relativamente às diferenças entre géneros, constata-se que a PHDA é mais frequente nos rapazes do que nas raparigas, numa proporção que pode variar entre 2 para 1 e os 9 para 1 (A.P.A., 2002)<sup>1</sup>. Em análises mais diferenciais, foi possível verificar que as raparigas com PHDA apresentam menores níveis de hiperactividade, desatenção, impulsividade e de comportamentos externalizados (agressividade, delinquência, etc.), muito embora manifestem um maior número de sintomas internalizados (ansiedade, depressão, etc.), comparativamente com os rapazes com PHDA (Gershon, 2002). Por outro lado, as taxas de prevalência têm tendência a manter-se relativamente estáveis no sexo feminino, enquanto que nos rapazes assiste-se a uma diminuição significativa com o aumento da idade (Gaub & Carlson, 1997).

É ainda frequente as crianças hiperactivas apresentarem outras problemáticas ou perturbações comórbidas (presença de 2 ou mais diagnósticos diferentes),

o que agrava, de sobremaneira, as complicações clínicas do caso. Existe abundante referência científica que associa à PHDA a existência de outras formas psicopatológicas, nomeadamente: Perturbação de Oposição, Perturbação do Comportamento, Depressão, Perturbações da Ansiedade, Dificuldades de Aprendizagem Específicas (Dislexia, etc.), Perturbação de Tiques de Gilles de la Tourette, abuso de substâncias ilícitas (drogas, etc.) na adolescência e idade adulta, entre outras (Artigas-Pallarés, 2003; Barkley, 2006; Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Pliszka, 2003). Destas, a mais frequente é o comportamento de oposição e de desafio que pode surgir em mais de 40% dos casos de crianças com diagnóstico de hiperactividade (Barkley & Biederman, 1997; Biederman et al., 1991; MTA-Cooperative-Group, 1999).

Actualmente, ainda subsistem algumas dúvidas relativamente aos factores etiológicos implicados na PHDA, muito embora existam evidências claras que as suas causas residem em alterações genéticas e neurológicas. Diversos procedimentos neurológicos têm conseguido associar a PHDA a diferenças estruturais e/ou funcionais nos lóbulos frontais, corpo estriado e cerebelo (Barkley, 2002, 2006).

As crianças hiperactivas apresentam uma menor actividade cerebral nas áreas frontais do cérebro (Barkley, 2006; Lou, Henriksen, Bruhn, Borner & Nielson, 1989; Sieg, Gaffney, Preston & Hellings, 1995) e a administração de medicamentos psicoestimulantes (metilfenidato<sup>2</sup>) faz aumentar essa mesma actividade cerebral, o que permite uma melhoria comportamental nestas crianças (Langleben et al., 2002). Acrescenta-se ainda que, em termos neuroquímicos, tem havido algum suporte quanto a uma possível deficiência dos mecanismos que regulam os níveis de dopamina (neurotransmissor) no cérebro em crianças com hiperactividade, muito embora estes resultados necessitem de uma maior validação (Barkley, 2006; Lopes, 2003).

Nos últimos anos, tem-se observado, igualmente, bastantes avanços no estudo da hereditariedade e da genética associada à PHDA. Acredita-se que vários genes podem estar implicados e a investigação tem-se centrado especialmente nos genes do sistema dopaminérgico (Barkley, 2006; Rohde & Halpern, 2004).

Este conhecimento, que as causas dos comportamentos disruptivos dos seus filhos derivam de factores

endógenos e não tanto de variáveis familiares (apesar de estas poderem exacerbar ou minimizar algumas das condutas das crianças hiperactivas), permite retirar a carga negativa que os pais destas crianças carregam (e que muitas vezes lhes são imputadas por terceiros) por suporem ter sido maus educadores.

### **Avaliação Psicológica da PHDA**

A sinalização das crianças com hiperactividade para um processo de avaliação e intervenção clínica é extremamente importante, em face das consequências sociais, escolares e familiares que a hiperactividade acarreta, pelo que pais, professores e restantes técnicos deverão estar particularmente atentos à sintomatologia comportamental desta perturbação.

De uma forma consensual, os principais investigadores e organismos que se dedicam ao estudo da hiperactividade referem que estas crianças se encontram mais susceptíveis a apresentar, ao longo da sua vida, as seguintes condições: abandono escolar precoce, insucesso escolar e habilitações académicas baixas, poucos ou nenhuns amigos, baixa produtividade no trabalho, envolvimento em actividades anti-sociais, tendência superior ao normal para o uso de tabaco ou drogas ilícitas, tendência para uma condução automóvel excessivamente rápida e com vários acidentes, gravidez na adolescência, sintomas depressivos e perturbações da personalidade (Barkley, 2002). Apresentam, ainda, um risco acrescido para lesões traumáticas e acidentes, mau comportamento escolar, desobediência às figuras de autoridade, culpabilização dos outros pela sua conduta, desemprego frequente quando adultos, entre outras.

Em face de todas as problemáticas inerentes à PHDA, as famílias destas crianças tendem a evidenciar um maior conflito familiar e interparental, um relacionamento mais negativo entre os pais e a criança, um aumento do stress sobre os diversos elementos do sistema familiar, a utilização de estratégias de *co-ping* desadaptativas e práticas educativas mais punitivas e inconsistentes. A principal figura cuidadora (normalmente a mãe) tende a ser progressivamente menos responsiva, mais negativa e menos directiva, para além de apresentar um risco acrescido para o desenvolvimento de depressão ou de outras formas psicopatológicas (Barkley, 2006).

Assim, uma avaliação clínica da PHDA deverá ser efectuada por especialistas nesta área, já que é extremamente importante que a mesma seja o mais rigorosa e criteriosa possível.

A primeira fase da avaliação passa pela obtenção de um conjunto aprofundado de informação anamnésica, recolhida através de entrevistas junto das pessoas que habitualmente estão com a criança (pais, professores, educadores, outros técnicos que acompanham a criança, etc.). Esta informação anamnésica deve conter os dados relativos à história pré, peri e pós-natal, ao desenvolvimento infantil, à história clínica e médica, à história familiar, social e escolar, às dinâmicas familiares, ao comportamento disruptivo que a criança actualmente evidencia nos diversos contextos (e desde quando o evidencia), entre outros factores que possam ser igualmente importantes para o diagnóstico (Barkley, 1991; Lopes, 2003; Rohde & Halpern, 2004).

A fase seguinte passará pela aplicação de escalas específicas de hiperactividade aos pais, professores e outros elementos que tenham um contacto frequente com a criança. Actualmente, existem diversas *checklists*, sendo as mais utilizadas e validadas em termos científicos as seguintes:

- A *SNAP-IV Rating Scale* e a *SWAN Rating Scale*, ambas de James M. Swanson, são questionários baseados nos critérios de diagnóstico do DSM-IV. Na *SNAP-IV Rating Scale* encontram-se listados os 18 sintomas, tal como estão descritos no DSM-IV, categorizados numa Escala de Likert de 4 pontos. A sua versão completa apresenta 90 itens, onde se encontra igualmente descrita outra sintomatologia psicopatológica. A *SWAN Rating Scale* é uma evolução da escala anterior, onde os 18 itens reflectem um comportamento normativo da criança, encontrando-se categorizados numa escala de 7 pontos (pontuação entre -3 e +3) que são indicativos do grau de severidade dos comportamentos evidenciados. Os 9 primeiros itens referem-se à dimensão de Desatenção e os 9 itens seguintes à dimensão de Hiperactividade-Impulsividade. Esta escala tem sido amplamente utilizada, apresentando muito bons índices de identificação de casos de PHDA.

- As escalas de Conners (*Conners' Rating Scales* - CRS-R) são, provavelmente, os instrumentos clíni-

cos mais utilizados no diagnóstico da hiperactividade em crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos. Existem duas escalas (escala para pais e escala para professores) e duas versões (versão completa e versão reduzida). A sua versão completa avalia as seguintes dimensões: Oposição, Problemas Cognitivos e Desatenção, Hiperactividade, Ansiedade/Timidez, Perfeccionismo, Problemas Sociais, Problemas Psicossomáticos (presente apenas na escala para pais), Índices Globais de Conners, Sub-Escalas DSM-IV e Índices PHDA (Conners, 1997).

- Outra das escalas bastante conhecida é a *ADHD Rating Scale-IV* (DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 1998), que é constituída por 18 itens relativos aos critérios de diagnóstico do DSM-IV. Existem duas versões (versão casa e versão escola) que avaliam o comportamento da criança relativamente aos três subtipos da PHDA. Apresenta pontuações normalizadas em função do género e da idade da criança.

- As escalas desenvolvidas por Russell A. Barkley, (1991) designadas por *Home Situations Questionnaire* (HSQ) e *School Situations Questionnaire* (SSQ), são instrumentos que permitem aos pais e professores classificarem, em termos de severidade, os problemas de atenção e concentração que a criança exhibe (estas escalas não apresentam itens relativos à hiperactividade-impulsividade). A escala para pais é constituída por 14 itens, enquanto que a escala para professores apresenta 8 itens.

- Por fim, os instrumentos de avaliação clínica de Achenbach (1991), apesar de não serem específicos



para a avaliação da PHDA, são bastante utilizados, pois para além de apresentarem um significativo poder discriminativo da PHDA (factor: Problemas de Atenção), revelam também outros importantes indicadores clínicos. O *Child Behavior Checklist* (CBCL) é de aplicação aos pais de crianças entre os 4 e os 18 anos, o *Teacher Report Form* (TRF) é de aplicação a professores de crianças em idade escolar, enquanto que o *Youth Self Report* (YSR) é para administração às próprias crianças com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos. Estes três instrumentos possuem uma estrutura análoga, constituída por 8 factores: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão, Problemas Sociais, Problemas de Atenção, Problemas de Pensamento, Comportamento Agressivo e Comportamento Delinvente.

Outra fase importante é a observação directa do comportamento da criança. Muitos técnicos, por razões diversas, apenas observam o comportamento das crianças em contexto clínico, contudo, sempre que possível essa observação deverá alargar-se aos contextos naturais das crianças (por exemplo, na escola, nas actividades lúdicas e recreativas, etc.), já que muitas vezes elas não exibem todos os seus sintomas disruptivos aquando da consulta clínica.

A avaliação neuropsicológica é, cada vez mais, uma fase igualmente importante no processo de avaliação. Mais recentemente, a investigação tem centrado o seu interesse no estudo das alterações nas funções executivas em crianças com PHDA e as suas implicações na aprendizagem escolar. As componentes das funções executivas mais estudadas têm sido a memória de trabalho (verbal e não verbal), a inibição da resposta, a fluência verbal, a auto-regulação comportamental, o planeamento e organização, a flexibilidade cognitiva, a capacidade de análise e síntese, entre outras (Barkley, 1997; Berlin, Bohlin, Nyberg & Janols, 2004; Biederman et al., 2004; Rodríguez-Jiménez et al., 2006). Deste modo, uma avaliação neuropsicológica efectuada através de instrumentos amplamente aferidos e padronizados constitui também um óptimo recurso na avaliação da PHDA.

Poderá ainda ser necessária uma avaliação complementar em diversas especialidades médicas para despistar eventuais problemáticas, nomeadamente, uma avaliação sensorial (os problemas visuais e au-

ditivos podem determinar importantes dificuldades atencionais e hiperactividade), avaliação neurológica, avaliação intelectual, avaliação de outras condições (síndromes e outras patologias médicas), entre outras (Rohde & Halpern, 2004).

## Conclusão

A hiperactividade com défice de atenção é, como vimos, uma perturbação do comportamento com implicações diversas nas diferentes áreas de vida destas crianças. Com frequência apresentam dificuldades de aprendizagem, problemas no relacionamento interpessoal, alguma desadaptação em contexto social, dificuldades no cumprimento das normas sociais e desobediência.

As pessoas que lidam directamente com estas crianças estão sujeitas a níveis acrescidos de stress e no sistema familiar pode ocorrer alguma disfuncionalidade nas dinâmicas familiares e práticas educativas inconsistentes.

Por tudo o que foi anteriormente referido, uma avaliação e intervenção terapêutica atempada é de enorme importância, pois permitirá controlar e minimizar grande parte dos sintomas e das consequências da PHDA.

## Notas

<sup>1</sup> Uma das explicações para esta desproporção reside no facto dos sintomas de desatenção serem os mais frequentes nas raparigas, logo, menos notórios e problemáticos, enquanto que nos rapazes imperam os problemas de hiperactividade, impulsividade e agressividade, o que faz com que eles sejam mais rapidamente encaminhados para os serviços de Saúde Mental para avaliação e intervenção clínica (Barkley, 2006; Cardo & Servera-Barceló, 2005; DuPaul & Stoner, 2003; Rohde & Halpern, 2004).

<sup>2</sup> Alguns dos medicamentos mais utilizados para o tratamento farmacológico da PHDA utilizam o metilfenidato na sua composição química (exemplos: Ritalina LA® e Concerta®).

## Referências Bibliográficas

- A.P.A. (2002). *DSM-IV-TR - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 68-78.
- Barkley, R. A. (1991). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R. A. (2002). International consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2), 89-111.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3 ed.). New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age

of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1204-1210.

Berlin, L., Bohlin, G., Nyberg, L., & Janols, L. (2004). How well do measures of inhibition and other executive functions discriminate between children with ADHD and controls? *Child Neuropsychology*, 10(1), 1-13.

Biederman, J., Monuteaux, M. C., Doyle, A. E., Seidman, L. J., Wilens, T. E., Ferrero, F., et al. (2004). Impact of executive function deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 757-766.

Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-577.

Cardo, E., & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40(1), 11-15.

Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales - Revised: Technical Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.

DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: The Guilford Press.

DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the school: Assessment and intervention strategies*. New York: The Guilford Press.

Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045.

Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143-154.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R. A., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.

Langleben, D. D., Acton, P. D., Austin, G., Elman, I., Krikorian, G., Monterosso, J. R., et al. (2002). Effects of methylphenidate discontinuation on cerebral blood flow in prepubescent boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Nuclear*

*Medicine*, 43(12), 1624-1629.

Lopes, J. A. (2003). *A hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.

Lou, H. C., Henriksen, L., Bruhn, P., Borner, H., & Nielson, J. B. (1989). Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. *Archives of Neurology*, 46, 48-52.

MTA-Cooperative-Group. (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.

Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 1, 147-161.

Pliszka, S. R. (2003). Psychiatric comorbidities in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications for management. *Pediatric Drugs*, 5(11), 741-750.

Rodríguez-Jiménez, R., Cubillo, A. I., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Aragüés-Figuero, M., & Palomo, T. (2006). Disfunciones ejecutivas en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividade. *Revista de Neurología*, 43(11), 678-684.

Rohde, L. A., Biederman, J., Busnello, E. A., Zimmermann, H., Schmitz, M., Martins, S., et al. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: A study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 716-722.

Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperactividade: Atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 61-70.

Sieg, K. G., Gaffney, G. R., Preston, D. F., & Hellings, J. A. (1995). SPECT brain imaging abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Nuclear Medicine*, 20, 55-60.

Swanson, J., Schuck, S., Mann, M., Carlson, C., Hartman, K., Sergeant, J., et al. (sem data). *Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: The SNAP and the SWAN Ratings Scales*. Irvine: University of California.

Octávio Moura - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

## Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

### Resumo

O diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção é um dos mais frequentes em Saúde Mental Infantil e Desenvolvimento. Independentemente de todas as controvérsias em torno do mesmo, a maioria das crianças e jovens apresentam dificuldades em muitas e variadas áreas do seu desenvolvimento susceptíveis de beneficiarem de uma intervenção. Neste artigo, equacionam-se as mais recentes perspectivas em torno da intervenção nos diversos contextos e níveis de necessidade.

### Introdução

Falar de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é actualmente um assunto comum, muito embora polémico. As polémicas existem aos mais variados níveis, sendo a intervenção um dos mais frequentes. As questões são muitas: dos pais, dos professores e dos próprios profissionais de saúde. De facto, o grande objectivo da avaliação e do diagnóstico destas situações deve ser a intervenção, facto que deve representar uma responsabilidade

acrescida para todos nós.

Segundo Shelton e Barkley (1995), a PHDA “não tem cura” pois não deve ser considerada uma doença ou uma patologia. Será mais adequado encará-la como uma perturbação do desenvolvimento, uma forma extrema de traços humanos normais, onde a diferença é de grau e não de qualidade (tal como para a inteligência, a altura ou o peso). Assim, e como refere Lopes (2003), não se “trata” a PHDA, aprende-se a lidar com ela e procura-se manter os seus sintomas dentro de limites que não se revelem gravosos para o próprio e para aqueles que com ele convivem.

Muito embora a investigação documente com frequência a eficácia a curto prazo da intervenção farmacológica e das terapias comportamentais, ainda restam dúvidas sobre os efeitos a longo prazo destas intervenções isoladamente ou de forma combinada, sobretudo devido ao impacto abrangente dos sintomas da PHDA na vida de cada indivíduo. Um dos mais

conhecidos estudos levados a cabo neste campo é conhecido como *Multimodal Treatment Study of Children With ADHD* (MTA), conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH), em 1992, com diferentes centros (Estudo Multicêntrico). Este estudo conduzido com 579 crianças com idades entre os 7 e os 9 anos, teve a duração de 14 meses e comparou a eficácia de diferentes programas de intervenção. Os resultados a curto-prazo<sup>1</sup> revelaram que a diminuição de sintomas após intervenção foi efectiva para todos os programas (Smith, Barkley & Shapiro, 2006), mas a interpretação estatística dos dados não é linear e depende de como se opta fazê-la.

Globalmente, o tratamento com medicamentos, bem como a combinação deste com a intervenção comportamental mostram-se mais efectivos se forem analisadas as diferenças pré e pós tratamento e na comparação das médias entre grupos. No que respeita à diminuição de sintomas, ao nível da utilização de escalas de comportamento para pais e professores, é o tratamento combinado que mostra melhores efeitos. O estudo em causa teve três momentos de *follow-up* (24, 36 e 48 meses) que revelaram um desaparecimento das diferenças (estatisticamente significativas ao fim de 14 meses) entre o grupo sujeito exclusivamente a medicação e a tratamento combinado, bem como um declínio generalizado dos efeitos positivos da intervenção inicial, o que remete para uma maior eficácia do modelo de intervenção combinado.

Este e outros estudos semelhantes são responsáveis por uma mudança de paradigma ao nível da intervenção que implica uma mudança de atitude dos profissionais. Ana Miranda Casas e seus colaboradores (Miranda-Casas A; Soriano-Ferrer, M.; Presentación-Herrero, M. J. & Gargallo-López, B., 2000) referem que esta mudança de paradigma e atitude se resume especialmente:

(1) Num tipo de intervenção mais proactiva do que reactiva, implicando a existência de um maior número de acções de sensibilização e formação para o público em geral e para os profissionais; (2) Numa intervenção mais ecológica do que clínica; (3) Numa utilização de uma visão de intervenção multicomponente e não exclusivamente farmacológica, onde se verifica a participação mais alargada e conjugada de elementos no processo de intervenção. A implicação dos pais, pro-



fessores, amigos da família, etc., na intervenção é, actualmente, considerada indispensável para além da intervenção especializada e clínica do terapeuta. Estes intervenientes são considerados participantes activos do processo; (4) Numa abordagem a uma intervenção habilitativa baseada numa utilização diversificada de estratégias e técnicas conjugadas com forte utilização de abordagens não farmacológicas em detrimento da redução de sintomas; (5) Num enfoque sistémico que encara a PHDA como produto das relações entre os contextos e o indivíduo. A conduta desajustada manifesta-se num contexto desajustado e, como tal, o problema aborda-se inserido num contexto, em detrimento de uma visão centrada no sujeito-problema. Há que ter em conta que determinados contextos favorecem o aumento da intensidade e frequência de determinados comportamentos-problema; (6) Numa perspectiva de intervenção ao longo da vida, evolutiva e centrada na qualidade de vida e não transversal e pontual, centrada na redução dos sintomas actuais. Esta intervenção ao longo da vida deve basear-se em programas estruturados e específicos para cada etapa evolutiva.

### **Tipos e Formas de Intervenção na PHDA**

Em função da natureza multidimensional da PHDA, o tratamento, tal como a avaliação, deverão ser multimodais se o desejo é manter uma evolução positiva ao longo do tempo. Entende-se por Multimodal a intervenção que combina a abordagem farmacológica com outros tipos de intervenção não farmacológica. A este nível, existem múltiplas possibilidades de intervenção cujos efeitos se sabe actualmente só terem verdadeira expressão, quando conjugadas metodologias para os mesmos objectivos. De forma muito global, pode afirmar-se que a intervenção na PHDA pode ser de tipo farmacológico, não farmacológico, psicossocial ou de tipo multimodal ou combinado.

Neste artigo, não se aborda a intervenção farmacológica de forma detalhada, sendo, no entanto, importante referir alguns aspectos básicos neste campo.

### **Intervenção Psicofarmacológica**

Existem basicamente três tipos de medicamentos utilizados na intervenção com indivíduos com PHDA: os estimulantes, tranquilizantes e antidepressivos, sendo a terapêutica com estimulantes a mais frequentemente referida e utilizada por ser, à data, considerada a mais eficaz (Swanson, et al., 1993). Neste campo, o metilfenidato é o princípio activo mais comum. Os mecanismos neurobiológicos pelos quais os estimulantes fazem efeito ainda não estão totalmente estudados, crendo-se que aumentam a excitação e alerta cerebral, aumentando a capacidade do sistema nervoso central para realizar com sucesso o transporte de moléculas de dopamina e norepiferina (Shelton & Barkley, 1995).

A administração de estimulantes implica um estudo diário e detalhado do comportamento da criança e ainda uma avaliação periódica feita pelo médico da sua evolução, pois existem sinais de que a dosagem poderá estar errada ou mesmo o medicamento não ser o mais indicado. Todos os efeitos secundários (a insónia e a perda de apetite) devem ser tidos em conta e registados e são geralmente devidos a erros de dosagem.

Nem todas as crianças deverão ser sujeitas a este tipo de intervenção, devendo a prescrição ter em conta os seguintes factores: (1) a idade da criança, bem como a duração e severidade do problema; (2) a história de sucessos ou fracassos com medicações anteriores; (3) a ausência de história familiar de Tiques ou Síndrome de Tourette; (4) níveis de ansiedade dentro do normal; (5) motivação parental para o tratamento; (6) ausência de abuso de estimulantes por parte dos pais; (7) responsabilização dos pais em seguir as normas de administração consoante o prescrito.

A administração de psicoestimulantes no tratamento da PHDA continua, apesar das evidências, a levantar dúvidas se a sua utilização não se limita a “mascarar” um problema muito mais profundo, por atacar um sintoma e não uma causa. De um ponto de vista pessoal, parece-me que a utilização de fármacos se deve fundamentar na correcta avaliação clínica da situação

e numa análise cuidada da frequência e intensidade dos sintomas e do seu grau de disruptividade. Neste campo, a abordagem farmacológica facilitará a diminuição de sintomas disruptivos e permitirá que outras estratégias de intervenção possam assumir uma maior eficácia. A administração de medicamentos não deve ser regra, mas sim bem ponderada, tendo sempre em conta a situação individual de cada criança/jovem a todos os níveis (desde o plano da saúde individual aos sintomas secundários e às condições de vida familiar e escolar).

### **Intervenção Não-Farmacológica**

Shelton e Barkley (1995) referem que as intervenções no campo da PHDA divergem nos seus objectivos, desde as que pretendem reduzir os sintomas específicos às outras que se direccionam para melhorar os outros problemas que acompanham geralmente a PHDA (académicos, baixa auto-estima, stress parental e comportamentos de oposição). A eficácia da intervenção depende do seguimento ao longo do tempo e da manutenção de mais do que uma metodologia de intervenção.

A intervenção pode, assim, abranger um leque de situações, desde o aconselhamento aos pais (em casos de perturbações ligeiras do comportamento da criança) a situações de internamento residencial no caso de crianças hiperactivas com graves desordens da conduta. Como formas intermediárias encontramos aquelas que se direccionam especificamente para a diminuição da severidade das características denominadas como primárias (intervenção psicofarmacológica e modificação de comportamentos na sala de aula) ou para as idades pré-escolares (treino de pais) ou para a adolescência (resolução de problemas e treino de aptidões sociais).

Apresentam-se de seguida algumas das metodologias de intervenção mais actuais, de forma isolada, ainda que a realidade da investigação e da prática clínica aponte para uma combinação entre elas. Utiliza-se o termo “Metodologias” em detrimento da expressão “Tratamento” como uma maneira de nos referenciar-mos a diferentes formas de intervenção, englobando respectivamente diferentes estratégias e técnicas<sup>2</sup>.

As intervenções com apoio e suporte científico da sua eficácia são (Barkley R., ADHD: *Science-Based*

*Treatments*, 2007): (1) educação parental e dos professores acerca da PHDA; (2) psicofarmacologia; (3) treino parental (idade escolar) e intervenção na relação pais-filhos (adolescência); (4) terapia familiar; (5) modificação comportamental na sala de aula; (5) educação especial (6) exercício físico regular; (7) grupos de suporte para pais; (8) serviços de apoio familiar (intervenções residenciais e intensivas).

Shelton e Barkley (1995) e Russell Barkley (Barkley R., *ADHD: Science-Based Treatments*, 2007) referem que de entre as metodologias que carecem de dados que as suportem como eficazes estão: (1) as dietas de eliminação de nutrientes (como o caso dos açúcares e aditivos alimentares); (2) as dietas à base de megavitaminas, anti-oxidantes e minerais; (3) a integração sensorial; (4) o biofeedback; (5) a ludoterapia; (6) o treino de autocontrolo e o treino de competências sociais em contexto clínico (que se mostram mais eficazes para os diagnósticos de subtipo desatento).

### Intervenção Psicossocial

As intervenções psicossociais figuram de forma proeminente nas referências ao tratamento para a PHDA, inclusive nos documentos oficiais orientadores da Academia Americana de Pediatria (2000, 2001) e da Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP; Pliszka 2007).

Este tipo de intervenção, genericamente intitulada

de psicossocial, engloba diferentes metodologias que se podem organizar de formas distintas. Segundo Barkley (2000) podem dividir-se em três grupos de estratégias: (1) o treino de pais; (2) a implementação de programas de modificação do comportamento em situação de sala de aula e (3) a colocação no ensino especial. Para Pelham e Gagny (1999), a intervenção psicossocial divide-se em (1) Intervenção Cognitivo-Comportamental (*Cognitive-Behavioral Treatment - CBT*); (2) Terapia Comportamental em Contexto Clínico (*Clinical Behavior Therapy - CIBT*); (3) Modificação de Contingências (*Contingency Management - CM*) e (4) Intervenções Intensivas (*Intensive Treatments - IT*).

No primeiro caso, a classificação é feita em função do contexto (família/escola) e no segundo, em função das técnicas utilizadas (cognitivas ou comportamentais) e do seu regime de intensidade.

Neste artigo optou-se por uma classificação pessoal destas metodologias, tendo em conta a realidade portuguesa e a disponibilidade de algumas delas na nossa prática pedagógica e terapêutica. Nesse sentido, separou-se a intervenção psicossocial da terapêutica ou clínica (que por alguns autores é enquadrada na primeira). Neste artigo assume-se a intervenção terapêutica como aquela que é dirigida ao sujeito em causa (a criança, jovem ou adulto com PHDA) ou à sua família (neste caso exclusivamente no que respeita à terapia familiar). Desta forma temos:

	Intervenção Psicossocial	Terapia (individual ou de grupo)
<b>Tipo de Intervenção Específica</b>	(1) Intervenção em Contexto Escolar - programas para a modificação dos contextos de aprendizagem, a modificação dos métodos de aprendizagem e dos currículos escolares e a intervenção comportamental na sala de aula. (2) Intervenção Familiar - programas psicoeducacionais; sessões de entreaajuda para pais; programas de treino parental.	(1) Intervenção Psicoterapêutica de abordagem Cognitivo-Comportamental. (2) Intervenção Familiar; Terapia Familiar.
<b>Objectivo</b>	(1 e 2) Diminuição das situações de disruptividade em vários contextos ecológicos. (1 e 2) Habilitação e desenvolvimento de competências pessoais de "manejo" e <i>coping</i> com a PHDA.	(1 e 2) Diminuição dos comportamentos-problema através do treino de autocontrolo. (1 e 2) Habilitação e desenvolvimento de competências pessoais de "manejo" e <i>coping</i> com a PHDA.
<b>Sujeito/alvo da Intervenção</b>	(1) Os agentes educativos. (2) Os pais ou encarregados de educação.	(1) O próprio. (2) A família.
<b>Profissional Responsável</b>	(1) Professores, após um programa de treino prévio levado a cabo por TSEER <sup>3</sup> , psicólogos. (2) Psicólogos; TSEER; Terapeutas familiares; Médicos; Técnicos de Serviço Social; Enfermeiros.	(1) Psicólogo. (2) Terapeuta Familiar.
<b>Situação em que deve ser prescrito</b>	(1) Especialmente em crianças de idade escolar. (2) Em idades pré-escolares; em situações de problemas de comportamento acentuados no seio familiar.	(1) Em situações de comorbilidades; em conjunto com outras formas de intervenção; em crianças de idade escolar e adolescentes. (2) Em situações de conflito familiar acentuado; muitas vezes necessidade prévia de um treino parental.

Detalhemos em primeiro lugar a intervenção terapêutica ou clínica. Esta intervenção, preferencialmente de natureza cognitivo-comportamental, pressupõe uma intervenção directa com a criança num contexto clínico cujo objectivo é a melhoria do autocontrolo, com base em estratégias como o *modelling*, a auto-instrução, *role-playing*, entre outras. Os resultados destas intervenções, conduzidas em contextos clínicos ou educativos, revelam que a sua eficácia é superior se conjugada com a medicação e com outros tipos de intervenção psicossocial. Pelham e Gnagy (1999) referem que a investigação aconselha a que este tipo de intervenção seja sempre utilizado em conjugação com outro e apenas com o objectivo de facilitar a manutenção de alterações anteriores.

Este tipo de intervenção pode ser conduzido com diferentes metodologias, como é o caso de programas de autocontrolo, treino de competências sociais, treino de auto-instrução, etc. A maioria destes programas de intervenção são levados a cabo por profissionais da área da psicologia, no entanto, é fundamental referir que a intervenção psicomotora se constitui como uma metodologia actual e inovadora que, respeitando princípios de intervenção cognitivo-comportamental, pode ser muito útil para a melhoria dos comportamentos em causa.<sup>4</sup>

Ainda no domínio das intervenções terapêuticas ou clínicas temos a terapia familiar. Este tipo de intervenção tem como principal objectivo o sistema familiar, no qual se inserem os seus diferentes membros e se estabelecem diferentes padrões relacionais. O indivíduo com PHDA não é tido de forma isolada e a intervenção não lhe é dirigida. Neste tipo de intervenção são os padrões relacionais e os papéis assumidos por cada membro em cada momento da vida familiar, bem como a perpetuação dos estilos relacionais no seio familiar que interessam e são alvo de intervenção (Everett & Everett, 1999).

No que respeita à intervenção de âmbito mais psicossocial e que neste artigo foi assumida diferentemente daquela designada por clínica e terapêutica, temos a intervenção com a família que pode assumir diferentes formas:

**1)** Os programas de treino de pais têm como grandes objectivos melhorar as relações entre pais e filhos e ensinar aos pais diferentes formas de lidarem com

os problemas de comportamento dos seus filhos quer em casa, quer em lugares públicos, para além de os informarem sobre as temáticas relacionadas com a PHDA. Os programas de treino de pais incluem de forma muito genérica as seguintes questões (Barkley, 2000): a) conhecimento geral sobre a PHDA; b) as causas dos problemas de comportamento da criança; c) aprendizagem e desenvolvimento das habilidades responsivas dos pais; d) dar atenção aos comportamentos adequados da criança; e) implementar em casa sistemas de “quadros de reforço”; f) aprendizagem do controlo de comportamentos em lugares públicos; g) prevenir futuros problemas. O treino de pais não é adequado a todas as situações (Barkley, 2000) e aplica-se de forma mais eficaz para casos de crianças com PHDA com idades entre os 2 e os 11 anos e em casos de famílias relativamente estáveis, com ausência de psicopatologia depressiva da mãe, stress familiar ou situações de ruptura matrimonial que obviamente interferirão de forma negativa no programa de intervenção. Refere Russell Barkley (2006) que “existem actualmente evidências nos estudos que devem incentivar a uma atitude cautelosa, mas optimista no que se refere os efeitos destes programas” (p. 457). Alguns programas de treino de pais têm-se mostrado eficazes na alteração de comportamentos como “não obedecer” ou comportamento em geral, sobretudo em crianças de idade pré-escolar (Fiore, Becker & Nero, s.d), mas também em casos de crianças de idade escolar, especificamente ao nível do comportamento dos pais (diminuição do stress e aumento da auto-estima) e dos filhos (diminuição da severidade dos sintomas relatados pelos pais), comportamentos que se mantiveram estáveis por mais de dois meses após finda a intervenção (Anastopoulos, Guevremont, Sheldon & DuPaul, 1992; Anastopoulos, Shelton, DuPaul & Guevremont, 1993; Anastopoulos, Rhoads & Farley, 2006).

**2)** Os grupos de suporte para pais são uma forma adicional de intervenção com os pais de crianças com PHDA. Estes grupos têm como principal objectivo a interajuda e suporte mútuo entre os pais. Têm também um papel muito activo no contacto com o público em geral, na disseminação de informação sobre o problema, na defesa de direitos e providência de serviços. Têm a vantagem de poderem ser realizados na comu-

nidade e abrangerem um maior número de participantes (Cunningham, 2006).

**3)** A intervenção na relação pais-filhos sobretudo utilizada na adolescência, constitui-se por programas que combinam de forma genérica o aconselhamento dos pais e as terapias cognitivo-comportamentais. Os programas (Robin, 2006) incluem de forma global as seguintes questões: a) treino dos pais e dos adolescentes nas técnicas de resolução de problemas especificamente nas áreas de conflito; b) aprendizagem de ambos no sentido de colocar as técnicas aprendidas em prática de forma sistemática; c) redireccionar as relações entre pais e filhos, refazendo as ideias que têm uns dos outros e que, muitas vezes, gerem as suas reacções de forma negativa. Este tipo de intervenção é direccionado para crianças com PHDA a partir dos 11 anos de idade e a sua eficácia está muito dependente do grau de severidade dos sintomas das crianças, nomeadamente das desordens da conduta e do comportamento de oposição, bem como da motivação e empenho dos pais e crianças em todo o processo, para além do nível das capacidades verbais de todos os membros implicados.

No que respeita ao contexto escolar podemos também encontrar alguns programas de intervenção estruturados<sup>5</sup> que devem incluir alguns dos seguintes domínios de intervenção:

**1)** A educação/formação dos professores que inclui sessões de sensibilização e formação sobre a perturbação. A investigação tem revelado que o conhecimento e a atitude dos professores face à PHDA influenciam a sua disponibilidade para a intervenção em contexto de sala de aula (Ghanizadeh, Bahredar & M., 2006; Bekle, 2004).

**2)** A colaboração entre casa e escola ou os programas escola/casa são referidos na literatura, de forma não específica mas centrados na relação entre escola e casa. O objectivo é efectivar uma parceria ao nível da aplicação de técnicas específicas de modificação do comportamento. Neste tipo de programas é importante que os professores e os pais tenham um bom conhecimento sobre a PHDA, tenham objectivos realistas para as suas intervenções e estejam motivados para uma efectiva colaboração (Barkley, 2006). Esta colaboração poderá ter de ser mediada por um técnico com experiência, dado que na maior parte das vezes

a tendência é que pais e professores se culpabilizem mutuamente pelos insucessos da criança. Como técnicas específicas que dão corpo a esta parceria temos: os “Cartões de Objectivos” e os “Cartões de Avaliação do Comportamento Diário” (*Daily Report Cards*) que circulam entre a escola e casa e aos quais se agregam quadros de reforços positivos, por exemplo.

**3)** A intervenção comportamental é outra das áreas fundamentais de intervenção no contexto escolar e que é genericamente assim designada embora inclua aspectos relacionados com a modificação de contextos e do currículo para além da intervenção comportamental e de auto-regulação e ainda a relação com casa. De uma forma geral, este tipo de intervenção deve basear-se numa aprendizagem de competências para a auto-monitorização, incluir a prestação académica e não apenas o comportamento nos seus objectivos e focar as situações escolares que constituem um problema. Toda a intervenção deve basear-se numa avaliação funcional (Barkley, 2006). Dentro deste tipo de intervenção será importante detalhar os seguintes aspectos: a) a modificação do contexto que se baseia na reorganização dos contextos físicos de sala de aula ao nível da colocação da criança no espaço-sala, da organização dos espaços de trabalho, no posicionamento dos materiais lúdico-pedagógicos e na utilização de elementos organizadores do trabalho (como os calendários, os quadros de tarefas, etc.); b) a modificação do comportamento na sala de aula é talvez a intervenção mais bem estudada no contexto escolar (Barkley, 2006). Fundamenta-se na utilização de técnicas de modificação de comportamento, como por exemplo, os “contratos de comportamentos”, o *time-out*, os “sistema de trocas” (*token economy systems*), o custo de resposta (*response cost*), entre outras. Dada a sobreposição de técnicas utilizadas alguns destes estudos confundem-se com intervenções comportamentais clínicas. Este tipo de intervenção implica uma avaliação detalhada dos problemas da criança e sua severidade e da capacidade de implicação do professor e pais no processo, bem como a análise de anteriores intervenções e as condições de administração de medicamentos (Barkley, 2006). A eficácia deste tipo de técnicas depende ainda da sua utilização coerente e sistemática; c) a utilização de técnicas de auto-regulação a par das técnicas de modificação de comportamento são

técnicas mais direccionadas para o comportamento de impulsividade e de desorganização. Estas técnicas são: auto-monitorização, auto-reforço/auto-avaliação, auto-instrução e resolução de problemas e são, na maior parte dos casos, aplicadas em conjunto com as de modificação do comportamento. Ainda que se tenham mostrado eficazes no que respeita ao comportamento “na tarefa” (Barkley, Copeland & Sivage, 1980, cit. por Barkley, 2006), parecem ter efeitos positivos restritos ao contexto onde as técnicas são desenvolvidas; d) a modificação do currículo, das tarefas académicas e das metodologias de ensino. A criança com PHDA tem um estilo de aprendizagem específico, aprendendo de forma mais eficaz se forem utilizados estilos de ensino multimodal, activo e que impliquem a acção directa da criança. A utilização de uma aprendizagem assistida por computador pode ser do mesmo modo eficaz. Ao nível do currículo devem utilizar-se algumas modificações, quer em termos dos conteúdos/tarefas mas, mais concretamente, ao nível dos métodos de avaliação (avaliação oral, faseada, etc.), dos materiais de aprendizagem (testes com perguntas simplificadas e com pouca informação, paginação dos testes e dos materiais de estudo) e dos métodos de estudo.

4) A utilização de um tutor é outro tipo de intervenção com bastante importância. A existência de um par que é responsável por ajudar o colega com PHDA nas suas tarefas académicas e na aprendizagem de técnicas de auto-regulação tem sido descrita como bastante eficaz, desde que as crianças em causa sejam orientadas no que devem reforçar.

5) O treino de competências sociais, que também pode ser conduzido em situação clínica, é uma intervenção algo polémica pois a sua eficácia tem sido maior nos casos em que existem problemas de agressividade em comorbilidade (Erhardt & Hinshaw, 1994 cit. por Barkley, 2006). Dado que, no campo das habilidades sociais, as crianças com PHDA apresentam problemas muito diversos, estes programas devem ser bem organizados em função do tipo de dificuldade em causa.

Por último, torna-se imprescindível referir a forma de intervenção considerada mais eficaz pelos diferentes autores e nos diferentes estudos. Vulgarmente designada por Intervenção Multimodal envolve genericamente

mente uma intervenção familiar como o treino de pais, a intervenção no contexto escolar como a utilização de técnicas comportamentais na sala de aula e/ou a colocação em situação de ensino especial, se necessário, e um qualquer tipo de intervenção de natureza clínica ou terapêutica. As duas primeiras componentes do processo (em especial a escolar) ocorrem em situação de contexto ecológico e devem ser levados a cabo pelos próprios pais e professores depois da fase de “treino” recebida de técnicos especializados.



### A Intervenção Multimodal

Em função das limitações da administração de medicamentos e das intervenções psicossociais de forma isolada, na actualidade, a grande maioria dos programas é multimodal, em especial a partir da combinação da farmacologia e da intervenção comportamental. Esta combinação tem algumas vantagens. Em primeiro lugar, a componente comportamental da intervenção é reduzida na sua complexidade porque a medicação tem efeitos ao nível do comportamento (Atkins & col. 1989, cit. por Pelham & Gnagy, 1999). Em segundo lugar, a dose de medicação pode ser reduzida até 50% porque a intervenção comportamental tem os seus efeitos (Carlson & col. 1992, cit. por Pelham & Gnagy, 1999). Assim, estas duas formas de intervenção parecem ter efeitos complementares. Se por um lado a intervenção comportamental com os pais faz com que possam lidar melhor com os filhos na altura em que os efeitos do medicamento começam a passar, por outro lado, a medicação também reduz os comportamentos desajustados, levando a uma maior facilidade de intervenção. Apenas a conjugação de formas de intervenção poderá conduzir a efeitos de longo termo.



### Princípios Orientadores da Intervenção

Independentemente da forma ou tipo de intervenção e da necessidade da mesma se fundamentar na actualidade dos princípios agora enunciados, existe um conjunto de parâmetros que importa referir e que devem orientar todo e qualquer programa de intervenção. Uma das bases orientadoras deverá, em minha opinião, ser uma reflexão de Russell Barkley que passo a enunciar: O problema dos indivíduos com PHDA não é não saber o que fazer, mas sim não conseguir fazer o que sabem que deve ser feito (2000).

Para Barkley (2000) a intervenção na PHDA deve ter em conta três aspectos essenciais: o tempo, o momento e os agentes. O tempo reflecte-se na utilização de metodologias que vão ao encontro da própria natureza do problema e, como tal, devem basear-se em princípios de acção imediata. A intervenção deve incidir sobre aquilo que o indivíduo não é capaz e isso é “saber como fazer no momento certo”. Outro aspecto é o momento, ou seja, toda a intervenção deve ser prolongada no tempo e sistemática, pois quanto mais espaçada e intermitente menos probabilidade de surtir efeito. Por último, Barkley (2000) refere a vertente “agentes” e esses agentes devem ter uma acção continuada sobre as dificuldades do indivíduo que sendo crónicas necessitam de uma acção persistente. A medicação funciona como um desses agentes, mas vistas as suas limitações de campo de acção e de efeitos a longo prazo deve ser coadjuvada com a intervenção comportamental.

No que respeita à intervenção comportamental ou psicossocial devem ser tidos em conta alguns factores genéricos que influenciam a intervenção:

**1)** A intervenção não deve ser sempre a mesma ao longo do desenvolvimento. A PHDA é, como referido anteriormente, uma perturbação neurobiológica crónica que evolui sintomaticamente ao longo da vida. A intervenção deve ser ajustada aos períodos e circunstâncias de vida de cada indivíduo (Murphy, 2005). Com a evolução parece ser cada vez mais di-

fícil a implementação de programas de treino de pais e de intervenção na sala de aula. Do mesmo modo, as técnicas comportamentais com adolescentes têm que ser adaptadas e ganha novo significado o trabalho nas competências sociais e de prevenção da delinquência e abuso de substâncias. A literatura refere também que é cada vez mais importante a intervenção precoce quer na detecção de casos, quer no trabalho com os pais que ganha maior expressão nas idades pré-escolares. Já no que se refere à adolescência e à idade adulta, Murphy (2005) aponta sobretudo programas relacionados com as competências sociais, a intervenção educativa (métodos e hábitos de estudo), a intervenção no contexto laboral (*coaching*) e o aconselhamento pessoal ou marital.

**2)** A intervenção deve ter em linha de conta o subtipo de PHDA. Ao nível dos sintomas ditos nucleares a existência de um subtipo desatento, hiperactivo-impulsivo e combinado, é para além de uma evidência clínica, uma possibilidade já investigada e determinada por diferentes autores (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990, cit. por Barkley, 2006; Klorman, 1999; Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., Jatlow, Sebrechts, Anderson & Cohen, 1986, cit. por Barkley, 2006). A grande maioria dos artigos refere-se à intervenção para o subtipo combinado, já que esta é a mais frequentemente diagnosticada. Porém, no que refere ao subtipo desatento Sydney Zentall (2005) afirma que são fundamentais, para além da intervenção farmacológica e comportamental mais tradicionais, a implementação de métodos de aprendizagem activos e de auto-monitorização, enfatizando o autor que é imprescindível o treino da atenção nas suas particularidades (a atenção selectiva, a atenção por tempo prolongado, etc.).

**3)** A existência ou não de uma situação de comorbilidade. O diagnóstico de PHDA implica frequentemente a existência de outra perturbação. Cerca de 44% dos casos apresentam uma comorbilidade com outro diagnóstico psiquiátrico, 32% dos casos apresentam comorbilidade com duas outras perturbações e cerca de 11% dos casos uma comorbilidade com mais três perturbações psiquiátricas (Szatmari, Offord & Boyle, 1989). Como grupo, os indivíduos com PHDA são mais frequentemente avaliados como apresentando sintomas de ansiedade, depressão ou distímia, baixa auto-estima e dificuldades de aprendizagem (Biederman,

Faraone, Mick, Moore & Lelon 1996; Bohline, 1985; Jensen, Shervette, Xenakis & Richters, 1993; Margalit & Arieli, 1984).

No que respeita à PHDA, a comorbilidade é heterotípica, isto é, ocorre entre a PHDA e outras categorias de diagnóstico. Alguns autores referem que a comorbilidade com o diagnóstico de Perturbação da Conduta ou Perturbação de Oposição tem mais riscos e aumenta o grau de desadaptação no plano psicossocial (familiar, relação entre pares, rejeição social, problemas escolares) do que o diagnóstico “puro” de Perturbação da Conduta ou “puro” de PHDA. A coexistência de PHDA com um diagnóstico de depressão ou ansiedade aumenta também o grau de severidade dos problemas (Jensen, Shervette, Xenakis & Richters, 1993).

No plano da intervenção coloca-se sempre a questão em relação a prioridades. Neste campo é muito importante que se equacionem os diagnósticos em causa e as suas relações de causalidade, isto é: intervir nos sintomas da PHDA poderá ter efeitos positivos nos sintomas da perturbação comórbida ou será o inverso? Obviamente que as decisões clínicas e individuais neste campo se sobrepõem a qualquer princípio orientador, se bem que é importante referir que a intervenção deverá ser específica quer para a PHDA, quer para a situação comórbida em causa, partindo ainda da análise das prioridades actuais de vida do indivíduo inserido nos seus sistemas relacionais e contextuais.

4) O facto da PHDA ser uma perturbação multidimensional e com diferentes graus de desadaptação. Na intervenção há que equacionar os sintomas próprios da perturbação (ainda assim nas suas variabilidades) e a desadaptação que os mesmos originam em diferentes contextos. Qualquer programa de intervenção tem de estar direccionado para ambos os planos. Isto leva-nos a defender inequivocamente uma visão multicontextual e multicomponencial da intervenção que deverá ser dirigida não apenas ao sujeito com PHDA mas aos seus contextos de vida (família, escola, trabalho, etc.). Em termos globais a literatura é unânime em afirmar que a intervenção deve ser multicomponencial e incluir três grandes vectores: a criança, a família e a escola em conjugação com a mediação (intervenção multimodal, já referida). (Pelham & Gnagy, 1999).

## Conclusões

Pese embora toda a polémica, a realidade e a evidência das situações que surgem no quotidiano obrigam a pensar que é urgente que comecem a surgir programas de intervenção direccionados para a PHDA. Algumas evidências servirão decerto para nos convenceremos o quão importante é que nos dediquemos a este tema: a) a evidência de que a PHDA tem uma prevalência que se situa entre os 5% e os 7% na idade escolar, o que remete para a existência de uma situação de grande número de crianças afectadas; b) que é uma perturbação que causa desadaptação em mais do que um contexto de vida do indivíduo, o que remete para o facto do “sofrimento” causado pelas características da perturbação ter um impacto social abrangente; c) que persiste para além da adolescência e até à idade adulta em mais de 30% das situações, continuando a causar desadaptação na vida pessoal, profissional e social.

Estas evidências ao nível da prevalência e cronicidade (efectivamente a PHDA é uma perturbação do desenvolvimento de carácter prologando e crónico), aliadas a uma variabilidade sintomática e desadaptativa evidentes e intimamente relacionadas com os contextos de vida dos indivíduos, levam-me a defender a posição de que a intervenção não deve ser uma “receita”, mas um programa criterioso em função de cada caso.

Em Portugal existem já alguns serviços a implementar programas estruturados para a PHDA em função das necessidades nacionais. No entanto, há que criar uma cultura de publicação do trabalho que se faz, bem como de investigação efectiva dos seus efeitos.

### Notas:

<sup>1</sup> Para mais detalhes sobre as intervenções de natureza intensiva levadas a cabo neste estudo, consultar: MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Archives of Clinical Psychiatry*, 56, 1073-1086 & MTA Cooperative Group (1999). A Moderators and Mediators of treatment response for children with ADHD. *Archives of Clinical Psychiatry*, 56, 1088-1096.

<sup>2</sup> No plano das metodologias de intervenção julgámos importante abordá-las enquanto grandes áreas e não particularizar todas as estratégias e técnicas. Genericamente para além da Intervenção Psicofarmacológica, a literatura refere as outras sob a designação de Intervenção Psicossocial.

<sup>3</sup> TSEER - Técnico Superior de Educação Especial e Reabilitação.

<sup>4</sup> Neste artigo não será detalhada esta metodologia de intervenção por existir um artigo específico sobre este tema. Será importante reforçar a ideia de que a intervenção psicomotora enquanto metodologia de natureza terapêutica deverá sempre ser conjugada.

<sup>5</sup> Como é o caso do *Irvine Paraprofessional Program* - IPP - Kotkin, 1995 cit. por Barkley, 2006, p. 581. No entanto, em Portugal ainda não estão estudados programas específicos como acontece nos EUA, pelo que, neste artigo se referem apenas as diferentes áreas de intervenção.

## Bibliografia

American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. (2001). Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, pp. 1033-1044.

American Academy of Pediatrics; Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. (2000). Clinical practice Guidelines and Evaluation of the Child with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 105, pp. 1158-1170.

Anastopoulos, A., Guevremont, D., Sheldon, T., & DuPaul, G. (1992). Parenting stress among families of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20 (5), pp. 503-520.

Anastopoulos, A., Shelton, T., DuPaul, G., & Guevremont, D. (1993). Parent Training for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (5), pp. 581-596.

Anastopoulos, A., Rhoads, L. H., & Farley, S. E. (2006). Counseling and training parents. In R. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed., pp. 453-479). New York: Guilford Press.

Armstrong, T. (1995). ADD as a Social invention. *Education Week* (18).

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit Hyperactivity Disorder - a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (1999). Response inhibition in attention-deficit hyperactivity disorder. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Review*, 5, 177-184.

Barkley, R. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. (Artista). (5 e 6 de Junho de 2007). *ADHD: Science-Based Treatments*. Auditório da Culturgest, Lisboa, Lisboa, Lisboa.

Barkley, R. (2000). *Taking charge of ADHD: the complete authoritative guide for parents*. New York: Guilford Press.

Bekle, B. (2004). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education and students. *Journal of Attention Disorders*, 7 (3), 151-161.

Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Moore, P., & Lelon, E. (1996). Child Behavior Checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, (35), 734-742.

Bohline, D. (1985). Intellectual and effective characteristics of attention deficit disordered children. *Journal of Learning Disabilities* (18), 604-608.

Brook, U., Watemberg, N., & Geva, D. (Junho de 2000). *Science Direct*. Obtido em 16 de Fevereiro de 2008, de [www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6TBC-40CJXFK-6](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6TBC-40CJXFK-6)

Cardo, E., & Servera, M. (2008). Transtorno por déficit de atenção/hiperatividade: estado de la cuestion y futuras lineas de investigacion. *Jornal de Neurologia*, 46(6), 367-372.

Corkum, P., Rimer, P., & Schachar, R. (Dezembro de 1999). *My NCBI*. Obtido em 16 de Fevereiro de 2008, de [ncbi web site: http://ncbi.nlm.nih.gov/sites](http://ncbi.nlm.nih.gov/sites)

Cunningham, C. (2006). COPE - Large Group Community-based, Family Centered Parent Training. In R. Barkley, *Attention-deficit Hyperactivity Disorder - A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 480-498). New-York: Guilford Press.

Everett, C. A., & Everett, S. V. (1999). *Family Therapy for ADHD - Treating children, adolescents and adults*. New York: Guilford Press.

Fiore, T., Becker, E., & Nero, R. (s.d.). (1993). Educational interventions for students with Attention Deficit Disorder. *Exceptional Children*, 60 (2), pp. 163-173.

Gelb, R., & Jacobson, J. L. (1988). Popular and Unpopular Children's interactions during cooperative and competitive peer group activities. *Journal of Abnormal Child Psychology* (16), 3, 247-261.

Ghanizadeh, A. (fevereiro de 2008). *My NCBI*. Obtido em 16 de Fevereiro de 2008, de [ncbi web site: http://www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)

Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., & M., S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counseling*, XXX, 1-5.

Group, M. C. (1999). A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Archives of general psychiatry* (56), 1073-1086.

Group, M. C. (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment study of ADHD follow-up: changes in effectiveness and growth after the end of treatment. *Pediatrics* (113), 762-769.

Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Bukowski, W. M., Kraemer, H. C., Wigal, T., et al. (2005). What aspects of peer relationship are impaired in children with ADHD? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (73) 3, 411-423.

Hoza, B., Pelham, W., Milich, R., Pillow, D., & McBride, K. (1993). The Self-perception and attributions of attention Deficit Hyperactivity Disorder and nonreferred boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (3), 271-286.

Jensen, P., Shervette, R. I., Xenakis, S., & Richters, J. (1993). Anxiety and depressive disorders in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: New findings. *American Journal of Psychiatry* (150), 1203-1209.

Johnston, C., Pelham, W. E., & Murphy, A. (1985). Peer Relationship in ADHD and Normal Children: A developmental analysis of peer and teacher ratings. *Journal of Abnormal Child Psychology* (13) 1, 89-100.

Kiliç, B. G., & Sener, S. (2005). Family Functioning and Psychosocial Characteristics in Children With ADHD with Comorbid Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *Turkish Journal of Psychiatry* 16 (1), i-vi.

Lopes, J. (2003). *A Hiperactividade*. Coimbra: Editora Quarteto.

Margalit, M., & Arieli, N. (1984). Emotional and behavioral aspects of hyperactivity. *Journal of Learning Disabilities* (17), 374-376.

Miranda-Casas A; Soriano-Ferrer, M.; Presentación-Herrero, M.J & Gargallo-López, B. (2000). Intervención Psicoeducativa en estudiantes con Transtorno Por Déficit De Atención con Hiperactividad. *Revista de Neurologia Clínica*, 1, 203-216.

Murphy, K. (2005). Psychosocial Treatments for ADHD in Teens and adults: a practice-friendly review. *JCLP/in session*, 61 (5), pp. 607-619.

Pelham, W. J., & Gnagy, E. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. 5, 225-236. *Mental Retardation and Developmental Disabilities. Research Reviews*, 5, 225-236.

Pfiffner, L. J., Barkley, R., & DuPaul, G. J. (2006). Treatment of ADHD in School Settings. In R. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed., pp. 547-589). New York: Guilford Press.

Pliszka SR, AACAP Workgroup on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (46), pp. 894-921.

Rief, S. (1993). Preventing Behavioral Problems in the Classroom Through Management Techniques. In S. Rief, *How to reach and teach ADD/ADHD children - practical techniques, strategies and interventions for helping children with attention deficit and hyperactivity* (pp. 19-31). New York: The center for applied research in education.

Robin, A. L. (2006). Training families with adolescents with ADHD. In R. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed., pp. 499-546). New-York: Guilford Press.

Sagvolden, T., Johansen, E. B., Aase, H., & Russell, V. A. (2004). *A dynamic developmental theory of Attention-Deficit /Hyperactivity*. Behavioral and Brain Sciences (in press).

Sciutto, M. J., & Eisenberg, M. (Setembro de 2007). *My NCBI*. Obtido em 16 de Fevereiro de 2008, de [NCBI web site: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)

Sergeant, J. A., Geurts, H., & Oosterlaan, J. (2002). How specific is a deficit of executive functioning for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? (Elsevier, Ed.) *Behavioural Brain Research* 130 (2002) 3-28 (130), 3-28.

Shelton, T., & Barkley, R. (1995). The assessment and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children. In M. Robert, *The Handbook of Pediatric Psychology*. London: Guilford Press.

Smith, B. H., Barkley, R. A., & Shapiro, C. J. (2006). Combined Child Therapies. In R. A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - A handbook for Diagnosis and Treatment* (pp. 678-691). New York: Guilford Press.

Stevens, J., Quittner, A. L., & Abikoff, H. (Dezembro de 1998). *My NCBI*. Obtido em 16 de Fevereiro de 2008, de [NCBI Web site: http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)

Swanson, J., McBurnett, K. W., Pfiffner, L., Lerner, M., Williams, L., Christian, D., et al. (1993). Effect of stimulant medication on children with Attention Deficit Disorder: A "Review of Reviews". *Exceptional Children*, 60 (2), 154-162.

Szatmari, P., Offord, D., & Boyle, M. (1989). Ontario child health study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 219-230.

Tannock, R. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (1), 65-99.

Zentall, S. S. (2005). Theory and evidence-based strategies for children with attentional problems. ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com), Ed.) *Psychology in the schools*, 42 (8), 821-836.

# A Criança Hiperactiva e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico-Terapêutico

## 1. Hiperactividade - Aspectos Conceptuais e Desenvolvimentais

Para Thomas e Willems (1997), as abordagens descritivas sobre o conceito de hiperactividade têm vindo a acentuar progressivamente a importância da sua associação com o défice de atenção, em particular pela influência dos trabalhos anglo-saxónicos e por intermédio das classificações internacionais que utilizam o termo de Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção (PHDA). No entanto, existe alguma controvérsia entre as concepções que encaram a hiperactividade como uma síndrome e aquelas que a encaram como um sintoma associado a formas específicas da personalidade ou a influências sociais. No entanto, ao longo deste artigo, iremos simplificar as nossas referências a este quadro nosológico, através do termo Hiperactividade.



Na realidade, para estudar esta problemática há várias perspectivas que nos podem ajudar a compreender o que está na base da sua etiologia e manifestações comportamentais. Segundo Voyazapoulos (2001), a hipótese neurofisiológica de existência de um disfuncionamento cerebral mínimo constitucional propõe ligar a expressão hiperactiva a uma perturbação neurofisiológica primária, expressa por hipervigilância cognitiva associada a um nível cortical mas de activação mais baixo do que o normal, contra o qual o sujeito lutaria através da hiperactividade motora. Por

seu lado, a abordagem psicodinâmica integra o sintoma na economia global da personalidade da criança e nas características das suas interacções com a família, escola ou outros contextos psicossociais. Nesta perspectiva são valorizados vários aspectos, como por exemplo, as falhas na constituição do envelope corporal e os défices de interacção nas trocas primárias e na relação com os objectos externos. A abordagem psicossomática levanta ainda a hipótese de um funcionamento operativo com poucos afectos presentes e com pouca capacidade para representar ou imaginar. A criança sujeita a um estado de tensão interna exprime-se essencialmente através de descargas repetitivas de excitação não acessíveis à actividade psíquica, procurando reduzir a excitação interna exactamente devido à impossibilidade do aparelho psíquico filtrar as excitações em excesso.

Segundo Sheryl Olson (2002), a investigação e a observação clínica têm permitido isolar várias características da hiperactividade, e uma das características primárias principais é a actividade excessiva, desorganizada e contextualmente inapropriada, embora mais evidente em alguns envolvimentos específicos, nos quais as situações ou tarefas são mais estruturadas e formais. Outra característica primária está relacionada com os problemas de regulação da atenção, com dificuldade na identificação e discriminação dos estímulos e na sua manutenção por longos períodos de tempo. Apresentam dificuldades em seguir instruções e completar tarefas e também em brincar de uma forma isolada e numa só actividade. Manifestam, ainda, dificuldades no controlo inibitório dos impulsos, expresso no comportamento intrusivo junto dos pares, na dificuldade em esperar, na interrupção dos outros ou nas respostas antes de terminadas as perguntas. Esta autora refere ainda como características associadas, as desordens da conduta, o insucesso escolar traduzido em dificuldades específicas de aprendizagem e também os problemas no inter-relacionamento social. De facto, as crianças hiperactivas são indutoras de interacções negativas com os pares e induzem através

do seu comportamento respostas mais directivas, por parte dos pais e professores.

Uma questão relevante não só para a caracterização desta problemática, mas também para uma atitude diferenciada no plano da intervenção, envolve a necessidade de ter em conta a heterogeneidade desta população, não só no plano etiológico, mas também relativamente aos perfis dos diferentes subtipos identificados. Em termos genéricos a diferenciação é efectuada entre os indivíduos com maior acentuação nos comportamentos de desatenção ou no excesso de actividade e impulsividade, encontrando-se no DSM-IV, uma referência à existência de perfis mistos definidos como combinados.

Segundo Rodrigues (2003), a investigação tem evidenciado a importância de alguns outros factores associados, que devem condicionar a nossa compreensão das problemáticas e as nossas opções metodológicas de intervenção, nomeadamente as características demográficas (idade, sexo), as comorbilidades (depressão, perturbações da ansiedade e do humor, etc.), o perfil de realização académica, os estilos cognitivos, o funcionamento social (por ex. a manifestação ou não de comportamentos agressivos) e a existência de suporte farmacológico.

Em suma, existe uma grande heterogeneidade na expressão dos sintomas, mas as dificuldades adaptativas tendem a manifestar-se nos diferentes contextos de vida, sugerindo a existência de um défice generalizado na integração das funções motoras, cognitivas e afectivas, ou seja, de um défice de auto-regulação na resposta às diferentes situações adaptativas.

Em termos cognitivos, a auto-regulação incide sobre a mediação cognitiva inibitória dos comportamentos, como é o caso da inibição à resposta imediata em situações que envolvem um objectivo preciso e regulação dos processos intermédios sequenciais de realização. Esta auto-regulação relaciona-se ainda com a capacidade de espera em relação a um objecto desejado e com a capacidade para adequar o comportamento social na ausência de controlo externo. Na realidade, perante carências na utilização da linguagem ou de sistemas de símbolos que funcionem como estímulos discriminativos para respostas contextualmente adequadas, o comportamento fica sujeito ao controlo de ocorrências imediatas e contingentes, o que justifica a

dificuldade em resolver problemas, a impulsividade e o comportamento social inapropriado.

Do ponto de vista desenvolvimental, a hiperactividade, embora sendo diagnosticada normalmente em idade escolar, tem as suas origens em idade mais precoce. Na realidade, segundo vários autores, uma das aquisições fundamentais da idade pré-escolar é o domínio de níveis flexíveis de autocontrolo, e de facto, a auto-regulação constitui um pré-requisito para a afirmação das competências sociais e académicas.

Kopp, 1982 (cit. por Olson 2002), referencia quatro fases no desenvolvimento da capacidade de auto-regulação, nomeadamente:

**Maturação Neurofisiológica (0 aos 3 meses)** caracterizada por uma modulação dos estados tónico-emocionais. Esta modulação pode ser facilitada pela sensibilidade dos prestadores de cuidados para adequarem as suas respostas aos sinais de comunicação da criança e facilitarem rotinas que marquem as transições entre os diferentes estados de excitação do bebé.

**Modulação Sensório-Motora (3 aos 12 meses)**, na qual a criança ajusta progressivamente o seu comportamento motor voluntário aos estímulos do mundo físico e social (brinquedos, vocalizações, sorrisos, etc.). Esta modulação do comportamento sensório-motor é influenciada pela predisposição biológica, mas também pelos padrões de estimulação dos prestadores de cuidados e pelo perfil de disponibilidade de brinquedos. Henry Wallon (1984) refere, na fase a que chamou tónico-emocional (6 a 12 meses), a importância da emoção como organizadora do relacionamento da criança com o meio, falando de Simbiose Afectiva para caracterizar a partilha das emoções com o ambiente. Para este autor, a criança necessita da satisfação das necessidades elementares, que determinam o estabelecimento das primeiras relações sociais, mas também necessita das intenções e trocas afectivas, por elas mesmas (carícias, palavras, sorrisos, beijos, abraços, etc.). Existe uma preponderância da função tónica e os gestos, atitudes e mímicas da criança, que traduzem as suas necessidades, provocam reacções no meio e são modificadas por essas reacções. A emoção ligada a essa actividade expressiva funciona como uma pré-linguagem despoletadora da acção. Para Wallon, surge já aqui a capacidade de antecipação (como prelúdio do desdobramento que caracteriza a representação) pela resposta aos sinais através das suas expressões emotivas.

**Fase de Controlo (12 aos 18 meses)**, na qual a rápida maturação das capacidades motoras (locomoção) e cognitivas exige também novas respostas por parte dos prestadores de cuidados, quer no encaminhamento da actividade

para formas construtivas, quer na produção de orientações verbais para orientar a atenção nas actividades. Segundo Fonseca (2001), nesta idade correspondente ao período sensório-motor de desenvolvimento, a criança vai orientar-se para interesses objectivos e descobrir o mundo dos objectos, efectuando o seu reconhecimento perceptivo e depois nominativo. Essencialmente em função da maturação da sensibilidade exteroceptiva, a actividade sensório-motora esboça-se nas denominadas reacções circulares, que envolvem uma associação compreensível entre o movimento e os dados sensoriais provenientes da relação com os objectos externos, possibilitando a integração da noção de causalidade, por uma associação entre o gesto e o seu efeito. Implica uma coordenação dos diversos campos de imagens visuais, auditivas e quinestésicas e evolui para a modificação dos gestos a fim de constatar as modificações dos efeitos produzidos. Nas reacções circulares, o efeito é inerente ao próprio acto, constituindo o seu resultado e o seu regulador, daí resultando a formação de esquemas sensório-motores e a unificação dos campos sensoriais, possibilitando os progressos na apreensão, manipulação (dextralidade), percepção e linguagem.

**Autocontrolo (mais de 24 meses).** Nesta fase, com o desenvolvimento da actividade representativa, simbólica e mnésica, a criança é já capaz de suportar o adiamento da satisfação imediata dos seus desejos e de se envolver em actividades auto-iniciadas e sequencializadas com rechamada de informação anterior. Existe também um aumento da capacidade de diferenciação do seu EU e uma atitude de maior autonomia face aos prestadores de cuidados.

Na realidade, nas fases mais precoces do desenvolvimento, segundo Stern (1983), Tronick (1989) e Field (1992), (cit. por Olson 2002), as relações mãe-bebé diferem no seu sincronismo e harmonia, em termos das trocas recíprocas em contextos face a face. A coerência e continuidade na leitura dos sinais e na responsividade das respostas por parte da criança, ajuda-a a modular os seus estados positivos e negativos, facilitando a ocorrência de interacções sociais positivas. Embora a investigação neste âmbito por vezes se revele inconsistente, vários autores sugerem que este acordo precoce é uma característica emergente da auto-regulação. Para estes autores, a segurança no comportamento de apego está relacionada com o desenvolvimento da capacidade construtiva para se envolver na resolução de problemas e para o desenvolvimento das competências linguísticas, as quais podem mediar a atenção e o controlo dos impulsos.

Outro aspecto que a investigação parece relacionar com a emergência de problemas na auto-regulação, está ligado com a existência por parte dos prestadores de cuidados, de estilos muito directivos, autoritários e com tonalidade afectiva negativa, os quais podem gerar conflitos e desinvestimento no envolvimento.

Segundo Ferreira (2002), vários autores dedicaram-se ao estudo de interacções precoces, salientando a importância da constância e da qualidade do objecto, da sensibilidade da mãe na construção de uma experiência relacional que permita a actividade de pensar, estando a actividade cognitiva assente na experiência afectiva. Boscaini (2000) reforça a importância da capacidade maternal para o desenvolvimento das funções de adaptação à realidade e actividade psíquica como ponte entre o mundo interno e externo. A função tónica e as repetições de situações de tensão-distensão, partindo de dados fisiológicos, encontram através da sua relação com o envolvimento uma regularização e integração, nas quais se vão desenvolvendo as competências relacionais. Pelo jogo de tensão/descontractão, prazer/desprazer, introduz-se um ritmo e rupturas em que o desejo provocado pela falta da mãe permite à criança, por um lado construir-se como Eu corporal e psíquico distinto do outro, graças ao aparecimento da representação como precursora da função simbólica (o poder evocar a mãe na sua ausência) e, por outro lado, o construir o real, com os seus objectos, o espaço e o tempo (Chappaz-Pestelli, 1994). Estas organizações tónicas tendem a estabilizar-se de forma mais regular, numa relação reciprocamente vivida que, por sua vez, se encontra condicionada pela qualidade do perfil materno. Ambos os estados de tensão-distensão representam estados mentais primários, ou seja, estados psíquicos de base que, inseridos numa relação emocionalmente positiva, favorecem progressivamente as primeiras experiências e a capacidade de aprendizagem.

Salgueiro (2002) refere também que a criança irrequieta, não adquiriu o sentimento de “confiança básica” no sentido definido por Erikson e que não desenvolveu de forma adequada a capacidade de simbolizar, a qual assenta na capacidade precoce de representar tranquilamente a figura maternal, na sua ausência ou presença. Permanece, assim, num estado de difícil gestão dos processos de aproximação/afastamento, o

que provoca um sentimento de inquietação e insegurança, que diminui através do agir, na impossibilidade de o fazer através de processos simbólicos. Branco (2000) salienta através do pensamento de João dos Santos que “a criança instável é aquela que não suporta o excesso de estímulos que, de dentro para fora e de fora para dentro, a atacam. A vida só lhe é possível daquele jeito, a fugir das situações, pela desobediência, a fugir das coisas e objectos, a fugir às ideias, pela dispersão. Por vezes acontece que a criança não podendo actuar no plano da competição e não mentalizando, utiliza o comportamento como forma de descarga, caracterizando a passagem ao acto como uma defesa contra a angústia depressiva”.

Para Bérge e Bounes (1996), a hiperactividade pode ser acompanhada de hipertonia ou, por outro lado hipotonia (estado de deiscência). No primeiro caso, a hiperactividade surge como uma quebra brusca e explosiva do controlo tensional, como uma espécie de escapatória aos constrangimentos tónicos. A criança vive condicionada pela armadura tónica que é o seu corpo e essa acumulação tónica acaba por se libertar de uma forma descontrolada. Neste caso, as técnicas de relaxação permitem a substituição do estado tensional por um estado de descontração e a mudança de uma vivência dolorosa e de alerta por uma sensação de calma e de resolução tónica. A criança compreende que pode existir fora desse estado tensional e que pode evitar a acumulação tónica deslocando e generalizando os centros de referência tónica para todo o corpo. No segundo caso, a instabilidade surge como uma procura incessante das fronteiras do corpo, as quais são sentidas em descontinuidade, com uma

sensação de vazio. O movimento corresponde aqui à procura de limites, dos objectos, dos obstáculos em que se magoa, das intervenções limitativas dos outros. Neste caso, a relaxação deverá proporcionar à criança a possibilidade de sentir o seu corpo presente, reconstituindo-o segmentarmente até à consciência da sua globalidade e, a partir daí, a criança poderá mais facilmente organizar o espaço da sua acção e harmonizar a sua relação com os outros.

## 2. A Psicomotricidade - Aspectos Gerais Conceptuais e Metodológicos

A psicomotricidade é uma prática de mediação corporal que permite à criança reencontrar o prazer sensorio-motor através do movimento e da sua regulação tónico-emocional, possibilitando depois o desenvolvimento dos processos simbólicos, num envolvimento lúdico e relacional. A especificidade da psicomotricidade consiste em proporcionar aos sujeitos a possibilidade de reencontrarem a harmonia do seu EU e o prazer de o fazer funcionar colocando em jogo a sua faculdade de ser e de agir pelo corpo em relação, através do movimento.

A intervenção psicomotora é indicada para pessoas que podem evoluir melhor através do agir, da experimentação e do investimento corporal, em casos nos quais é necessário reencontrar a possibilidade de comunicar e de organizar o pensamento, privilegiando a experiência concreta ligada à interiorização da vivência corporal. A intervenção psicomotora tem como objectivo compensar problemáticas situadas na convergência do psiquismo e do somático, intervindo sobre as múltiplas impressões e expressões do corpo e atribuindo significação simbólica ao corpo em acção. De acordo com Rosmarie Schnydrig (1994), ela promove a regulação e harmonização tónica centrada sobre a maneira de estar no seu corpo (atitude-postura, esquema corporal, descontração neuro-muscular), os movimentos funcionais e expressivos centrados sobre a maneira de agir com o seu corpo (coordenações, dissociações, praxias) e possibilita a vivência tónico-emocional com o psicomotricista através do corpo e do agir.

A prática psicomotora é unificadora, no sentido em que veicula os laços entre o corpo, a motricidade e a actividade mental, o real e o imaginário, o espaço e



o tempo, melhorando o potencial adaptativo do sujeito, ou seja, as possibilidades de realização nas trocas com o envolvimento. As práticas psicomotoras podem desenvolver-se em contextos de acção diferenciados, em função de critérios que têm como referência a própria história do(s) sujeito(s), a origem e características das suas dificuldades, as características do meio institucional onde é feito o atendimento e até as características da personalidade e da formação profissional do psicomotricista. A organização destes contextos é condicionada pelo tipo e grau da indicação, ou seja, pela problemática existente. Este critério é importante para decidir se o apoio é individual, em pequeno ou grande grupo, se a atitude é mais ou menos directiva, se a acentuação é mais sobre a componente motora, cognitiva ou relacional e se se valoriza o jogo funcional ou simbólico, a receptividade ou a expressão.

Em função destes critérios, o enfoque da actividade poderá ter um carácter mais clínico e terapêutico incidindo na valorização da componente relacional e psico-afectiva. Neste caso, envolve fundamentalmente a problemática da afirmação da identidade a partir da gestão dos processos de fusionalidade e de distanciamento, possibilitando a expressividade espontânea do sujeito e o reinvestimento na pessoa do adulto como agente securizador e garante do desejo de inter-relação com o mundo das coisas e dos outros. Segundo Rey & Schwab-Reckmann (1994), nesta vertente de intervenção, a psicomotricidade utiliza todos os canais possíveis de comunicação valorizando em particular, a comunicação não-verbal. Este tipo de comunicação funciona numa articulação permanente entre o “sentir e o mover-se”, em que o corpo, como estrutura espacial original e única, está sempre em situação pela expressão corporal e pela dinâmica do movimento.

Por outro lado, em função da problemática e da fase de desenvolvimento, a prática psicomotora pode ter um carácter mais reeducativo centrado particularmente na componente instrumental da actividade e apoiando-se essencialmente em fundamentos conceptuais de base neuropsicológica e cognitivista. Neste caso, envolve uma relação mais precisa com os objectos e as características espaciais e temporais do envolvimento. A partir da experimentação sensório-motora (mais ou menos espontânea, consoante as possibilidades de iniciativa e criatividade do sujeito), pretende-se esti-

mular o desenvolvimento da actividade perceptiva e da actividade simbólica e conceptual, valorizando a intencionalidade e a consciencialização da acção e explorando todas as formas possíveis de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, etc.). A intervenção recorre ao uso de actividades que valorizam a componente lúdica e contemplam, na maioria das situações, actividades gnoso-práticas (estruturação espacio-temporal, organização planificada e interiorizada da acção e da sua representação através de formas diversificadas de expressão) e a educação gestual e postural (reeducação da atitude, equilíbrio e controlo tónico).

### **3. A Intervenção Psicomotora na Hiperactividade**

#### **3.1. Aspectos Gerais**

As crianças hiperactivas são em geral pouco sensíveis ao trabalho em psicoterapia verbal, devido à descontinuidade do seu pensamento, à agitação constante e à falta de interesse pelas trocas verbais e pelas expressões representativas como o desenho. A psicomotricidade surge como uma possibilidade de intervenção que, em alguns casos, deve ser conjugada também com um apoio centrado na dinâmica familiar, ou ainda com o recurso à psicoterapia individual e/ou suporte farmacológico. Na realidade, a criança não está isolada e o seu meio social e em particular o familiar desempenham um papel importante no processo terapêutico. Salgueiro (2002) reforça a necessidade de promover a montagem de “redes contentoras de ansiedade” envolvendo a família (modulação da relação pais-filho), a própria criança (relação calmante e organizadora) e a escola (organizar o pensamento e as possibilidades de investimento).

Em termos metodológicos, tendo como referência não as determinantes etiológicas, mas também outras eventuais características associadas às diferentes expressões da problemática, a psicomotricidade pode adoptar formas de intervenção com recurso a fundamentos quer cognitivo-comportamentais, quer psicodinâmicos. Genericamente, o projecto de intervenção na hiperactividade deverá investir o corpo como uma fonte de adaptabilidade e não como o agente efector sobre si mesmo. O projecto motor, como estrutura de representação, deve envolver a preparação para a acção e a consciencialização das modulações tó-

nico-posturais que lhe estão associadas. A alternância de estados tensionais de repouso ou de acção e a antecipação do investimento tónico necessário ao projecto postural ou motor permitem um afinamento das possibilidades de acção e um reinvestimento nos processos de identificação e de relação com os outros. Bergés (1996) afirma a este respeito: “O projecto motor que nasce na postura, na distância que separa o tónus da motricidade, tem um papel fundamental na acção”. Esse projecto, essa verdadeira antecipação motora, faz ainda parte da postura e vai-se realizar na acção, afinando os laços entre a representação e a sua expressão praxica. Bergés (1996) salienta ainda a importância da psicomotricidade na intervenção com crianças hiperactivas, no sentido em que permite modular as relações entre a acção e a representação, a actividade e o pensamento. Na realidade, a intervenção psicomotora permite uma vivência postural e motora, que envolve uma temporalidade na adequação progressiva entre as estruturas rítmicas do mundo exterior e dos ritmos corporais.



A prática psicomotora no seio de um grupo de crianças hiperactivas, tal como nos indicam Corraze e Albaret (1996), tem como objectivos fundamentais aumentar progressivamente o tempo de concentração e de atenção na tarefa, desenvolver as capacidades de autocontrolo de modo a diminuir a impulsividade, reduzir a hiperactividade atenuando os comportamentos incompatíveis, melhorar as habilidades sociais e promover a compreensão e a expressão da comunicação não-verbal. Na realidade, a hiperactividade revela pela sua excessividade motora, uma ausência de liberdade

motora que faz do corpo um obstáculo. A mobilização de imagens é difícil e a intervenção psicomotora pode e deve permitir o estabelecimento de trocas entre o agido e o representado, no domínio da postura e da acção.

Para vários autores, o factor universal de identidade pessoal está ligado ao sentimento de consciência corporal, ao sentimento de autocontrolo e regulação e ao sentimento de auto-causalidade e auto-eficiência. Na verdade, é interessante verificar que, já em 1966, para Cossé-Brissac, o sentimento de unidade corporal é apresentado como constituindo o primeiro factor de interiorização, pois “só na medida em que a criança está na posse de todas as suas possibilidades motoras, cognitivas ou afectivas, sincronizadas numa estrutura harmoniosa, é que será possível a interiorização e integração do movimento. Para isso, é necessário que a criança se veja a agir e que haja intervenção associada da linguagem, estabelecendo uma ligação entre a acção, a imagem e a palavra. Esta última reconstitui o movimento definindo as suas qualidades essenciais, permite a sua análise e recomposição, delimita-o nos seus elementos e no seu desenvolvimento no espaço e no tempo.”

As crianças hiperactivas apresentam, na maioria dos casos, défices associados aos diferentes níveis de tratamento de informação. Nesta perspectiva, a psicomotricidade poderá incidir nos aspectos relacionados com cada um deles, nomeadamente:

- na codificação e decodificação dos dados provenientes do próprio corpo e do mundo exterior, em termos verbais, visuo-espaciais e tactiloquinestésicos;
- na planificação espacial ou temporal ligada à utilização de objectos em termos de lógica da acção, particularmente, na identificação do objectivo, das condições iniciais da situação, na análise das propriedades dos objectos, na sequencialização e na análise da acção em curso e modificação da estratégia;
- nos esquemas de evocação e reconhecimento dos programas motores e na organização métrica da acção;
- na inibição e no controlo do movimento;
- na inadaptação cognitiva relativa à forma de conhecimento de resultados.

Segundo De Lièvre e Staes (2006), a intervenção psicomotora direccionada para a criança hiperactiva e instável deverá proporcionar actividades, com determinadas orientações, como seja:

- canalizar a actividade, deixando a criança jogar livremente de acordo com as suas motivações e as suas capacidades, levando-a, progressivamente, a respeitar determinadas orientações corporais e a adequar-se a determinados limites espácio-temporais;

- dispendir energia, ajudando-a a agir de forma construtiva, de modo a diminuir a sua necessidade de movimento e prepará-la para actividades que exigem maior nível de concentração;

- melhorar o autocontrolo e o auto-conhecimento, proporcionando jogos de inibição a partir do momento em que a criança esteja mais calma e evoluindo sempre das situações mais dinâmicas para as que exigem maior imobilidade. O auto-conhecimento poderá ser estimulado por situações de coordenação motora e de equilibração que, fazendo apelo ao controlo dinâmico do corpo próprio, envolvem também a consciencialização dos limites próprios e das possibilidades de acção no espaço próximo ou no espaço locomotor.

- aumentar a concentração e melhorar a memória, proporcionando actividades motivadoras que façam apelo à manutenção da vigilância, em situações que envolvam planificação, sequencialização e a implicação operacional do indivíduo. As actividades visando a promoção da capacidade de atenção deverão ser desenvolvidas tendo em vista a organização das aferências sensoriais e a melhoria da qualidade da exploração perceptiva.

Albaret (1990) sugere a este propósito diversos tipos de actividades de focalização de atenção, como seja, a procura de diferenças entre a disposição de dois grupos de objectos, com deslocamento do sujeito, a observação do deslocamento efectuado pelo psicomotricista, ou outra criança seguida da sua reprodução gráfica, jogos de labirintos, puzzles, a procura de imagens idênticas, a busca de detalhes, por exemplo num desenho, a pesquisa de detalhes sonoros, etc.

### 3.2. Opções Metodológicas

Como já foi referido anteriormente, consoante a compreensão da história da criança e das suas manifestações clínicas, a psicomotricidade poderá recorrer à utilização de técnicas e estratégias relacionadas com a abordagem cognitiva-comportamental ou fundamentar a sua intervenção preferencialmente através da abordagem psicodinâmica.

#### 3.2.1. Aportes Cognitivo-Comportamentais

No primeiro caso, Douglas (1980 cit. por Corraze e Albaret, 1996) salienta como importantes linhas orien-

tadoras para o psicomotricista, dentro da abordagem cognitivo-comportamental, os seguintes aspectos:

- a importância da compreensão da criança relativamente à natureza das suas dificuldades e o modo como uma intervenção proposta poderá constituir uma possibilidade de ajuda;

- o reforço da motivação da criança, bem como a melhoria da sua atitude face à utilização e aprendizagem de estratégias específicas de resolução de problemas.

Neste contexto são utilizados procedimentos e estratégias orientadas para a modificação do comportamento, tais como, a auto-instrução, auto-observação, competências de planificação, resolução de problemas e treino de habilidades sociais.

**Auto-instrução** - Usando este procedimento, as crianças são ensinadas a verbalizar a acção como forma de controlar o seu comportamento. O adulto começa por explicitar verbalmente as condições de desenvolvimento da tarefa e, em seguida, a criança interioriza as instruções para controlar a sua própria actividade motora, explicitando verbalmente as estratégias e decompondo a actividade em elementos simples. Este tipo de actuação exige uma boa explicitação das tarefas e dos meios necessários para a sua realização.

**Auto-observação** - A auto-observação surge na linha das teorias de Bandura sobre a aprendizagem social pela imitação (1977 cit. por Corraze e Albaret, 1996) e tem como base a apresentação de um modelo à criança sobre o comportamento a adquirir. Para tal, é necessária a observação e a memorização dos elementos pertinentes do modelo e a respectiva capacidade de reprodução motora.

**Resolução de problemas** - Gaddes e Edgell (1993) explicitam que neste tipo de programas as crianças são ensinadas a definir o problema, delinear e monitorizar a solução e atribuir-se auto-reforço quando o problema está resolvido. É fundamental regular as etapas intermédias que possibilitam a resolução do problema, permitindo diminuir a impulsividade, característica da maioria dos erros cometidos pelas crianças.

**Habilidades sociais** - O treino de habilidades sociais tem como objectivo modificar as relações sociais das crianças quando rejeitadas pelos pares, mostrando-lhes o impacto que os seus comportamentos têm sobre os outros e proporcionando-lhes a aprendizagem das competências sociais necessárias. Albaret e Corraze (1996) referem ainda a importância da utilização da resolução de problemas interpessoais como forma de encontrar soluções que privilegiem comportamentos sociais adaptados e, conseqüentemente, uma melhoria a longo termo nas relações com os pares (co-

operação, trocas verbais e afirmação de si em substituição da agressividade). É também importante a capacidade de se colocar no lugar do outro, ou seja, a adopção de um ponto de vista diferente e descentrado, como forma de aumentar as capacidades de controlo do indivíduo.

**Utilização de reforços** - Seguindo a linha de estudos relativos à modificação de comportamentos, a utilização de esquemas de reforço é uma das importantes estratégias de intervenção que assume, entre outras, as seguintes modalidades: o *time-out*, a organização contratual de contingências, o custo da resposta, a relação entre a acção e a sua descrição. Segundo Hersher (cit. por Albaret & Corraze, 1991), tendo em atenção que a criança hiperactiva é sobretudo sensível aos reforços que se seguem à ocorrência do comportamento desejado e atribuídos de forma contínua e frequente, deve-se evitar numa fase inicial da reeducação ou terapia a atribuição de reforços parciais ou aleatórios. Por outro lado, se o sujeito apresenta actividade motora descontrolada ou incompatível com a continuidade da acção, o psicomotricista deve proporcionar uma distribuição selectiva de atenção. Neste caso, a agitação e a impulsividade devem ser ignoradas, sendo essencialmente reforçados os comportamentos de calma e de atenção à situação. É ainda referida a importância desta estratégia de valorização do comportamento positivo junto dos pais como forma de diminuir situações de conflito permitindo um melhor ambiente familiar.

**O *time-out* - Afastamento do reforço positivo** - O *time-out* consiste num período de tempo que surge após o aparecimento de um comportamento indesejável no qual a criança não tem acesso a qualquer tipo de reforço, retirando-a da situação. Numa sessão de psicomotricidade este procedimento poderá ser utilizado como forma de encurtar o tempo de sessão na presença de comportamentos extremos (ex.: negativismo, desrespeito pelas regras, etc.).

**Organização contratual das contingências** - Outra estratégia importante tem a ver com a organização contratual das contingências. Neste âmbito, o psicomotricista poderá estabelecer com a criança um contrato que defina um certo número de elementos que devem fazer parte da estrutura da sessão (por exemplo, a percentagem de tempo total em que a criança está com atenção às instruções ou responde sem agitação ou impulsividade). Se a criança atinge esse objectivo poderá dispor de algum tempo livre para uma actividade espontânea. É ainda assegurado, com este tipo de intervenção, que a criança seja responsabilizada pelo seu comportamento e pelas consequências que poderão incidir sobre o envolvimento. Alguns autores referem também a vantagem de efectuar o registo gráfico da ocorrência de comportamentos-alvo para permitir a visualização dos pro-

gressos. Alguns estudos referem a associação desta última estratégia com o custo da resposta, o qual consiste em fazer compreender à criança que os reforços ganhos por comportamentos adequados estão sujeitos a um custo pré-determinado, no caso de se evidenciar um comportamento indesejável. São descritas vantagens importantes nesta associação, principalmente o aumento da atenção nas tarefas.

**Relação recíproca entre a acção e a sua descrição** - Para Albaret e Corraze (1996), a relação recíproca entre a acção e a sua descrição constitui um outro procedimento com efeitos positivos quer em termos terapêuticos, quer em termos de generalização noutras situações e contextos reais. A observação de uma associação entre dois acontecimentos, nomeadamente a descrição (verbal) de um comportamento-alvo e a sua concretização efectiva (não-verbal) é, nesta perspectiva, de imediato recompensada por reforços contingentes, permitindo uma diminuição de problemas de atenção, de agitação e de conduta.

### 3.2.2. Aportes Psicodinâmicos

A conceptualização psicodinâmica da intervenção (particularmente importante quando é observável no historial da criança a existência de problemas nas interações psicossociais precoces) valoriza a utilização terapêutica do jogo através de actividades expressivas espontâneas que privilegiam a acção exploratória criativa e a capacidade de comunicação e exteriorização tónico-emocional das problemáticas, não susceptíveis de mediação primordial pela palavra.



A prática psicomotora privilegia a este nível relacional um ambiente lúdico, onde o movimento adquire maior expressão e significado quando desenvolvido num contexto de jogo. Neste sentido, Schnydrig (1994)

salienta, de acordo com as concepções de Piaget, Wallon e Winnicott, a importância dos jogos de exercício (funcionais ou sensorio-motores), dos jogos de construção (maior adaptação à realidade), dos jogos de regras (valorização da componente social e promoção do desenvolvimento da cooperação e descentração) e, em particular, do jogo simbólico, que favorecem não só a passagem do nível sensorio-motor ao nível da representação, como permitem ao Eu compensar ou completar a realidade graças à ficção, através do “faz-de-conta”, eliminando conflitos ou medos de vivências difíceis anteriores, facilitando também a antecipação futura dos acontecimentos. O jogo simbólico, como agente de organização e continuidade, privilegia a actividade espontânea promovendo a criação de ligações entre os afectos e as representações, entre as imagens perceptivas e a expressão pela palavra, entre o sentir o corpo para pensar o corpo e permitir ao corpo a emergência do pensar.

As actividades psíquicas da criança traduzem-se num espaço relacional através de movimentos, gestos, posturas e palavras que podem servir para comunicar, expressar ou esconder os seus processos interiores e são as suas manifestações externas que vão permitir ao psicomotricista estabelecer uma dinâmica de jogo simbólico com a criança (Rodriguez, 1994).

Nesta metodologia, normalmente (segundo Cuesta, G; Cuesta, M. & Boscaini, 2005), é adoptada a seguinte progressão:

- aceitar como ponto de partida a expressão directa da problemática para que a criança possa expressar livremente a sua agressividade ou o seu excesso de actividade, o que implica da parte do psicomotricista não adoptar uma atitude funcional com a actividade, sem preocupações pedagógicas adaptativas;

- tentar introduzir progressivamente a problemática na comunicação, encontrando um significado partilhado e compreendido por ambos os intervenientes, basicamente através da mediação corporal, utilizando uma acção expressa pelo jogo e com um fundo emocional de contenção e de prazer;

- transferir a resolução da problemática do jogo imaginário para o jogo simbólico e criativo ligado à lógica da realidade, com a assunção de novos papéis de identificação;

- integrar através da aceitação da frustração, a

expressão corporal e a imagem corporal num plano construtivo ligado ao plano tónico-emocional, sensorio-motor e representativo;

- reorganizar o corpo funcional e as competências perceptivo-motoras e gnoso-práticas em aprendizagens específicas;

- auto-regular e controlar de forma individual as competências e dificuldades, integrando a vida afectiva e cognitiva na realidade, interiorizando o uso adequado das competências sociais, de forma autónoma e adaptativa;

- proporcionar a separação e autonomia em relação ao outro, preparando, através da palavra, a adaptação a novos vínculos externos.

No âmbito das diferentes actividades da intervenção psicomotora adequadas para crianças com hiperactividade, a relaxação constitui um poderoso recurso pedagógico e/ou terapêutico. As técnicas de relaxação e de consciencialização corporal têm como objectivos a reelaboração do esquema e imagem corporal e a consciencialização e vivência tónica-emocional da postura e acção.

Segundo Wintrebert (1995), a relaxação deve ser precedida de uma abordagem psicomotora clássica, num ambiente lúdico e dinâmico que permita conhecer as suas formas de excitabilidade e de tensão. Num primeiro momento, é importante não colocar a criança numa situação de impasse, pois a passividade e a ausência de movimento podem levar a uma perda das referências espacio-temporais, levando a um aumento da tensão interna.

Numa perspectiva sistémica, a psicomotricidade deverá desenvolver as suas actividades numa relação íntima de conhecimento e troca de informação com os restantes ecossistemas da vida da criança: a família, escola ou outros grupos sociais da comunidade. No âmbito da própria intervenção, a opção pela integração num grupo introduz num primeiro nível o desenvolvimento deste tipo de competências.

De acordo com Onofre (2003), o grupo, por si próprio, é criador de sensibilidades e de conhecimentos, ao mesmo tempo que é organizador de estruturas adaptáveis às situações vivenciadas. Seguindo a linha de pensamento deste autor, viver em grupo, numa experiência autêntica de acções colectivas, permite dar à criança a capacidade de se aperceber do poder que

cada uma tem para potenciar a expressão colectiva do grupo. Iniciativa, descoberta, criatividade, responsabilidade e comunicação, estarão na base dinâmica pedagógica que se estabelece na interacção com as crianças, em co-gestão com os seus pares e educadores, para o acesso ao “reconhecimento de si” e à resolução dos problemas da sua aprendizagem.

Segundo Vauclair (1994), os grupos podem ser definidos em função de três eixos: o espaço social, o espaço de exploração corporal e o espaço psíquico. O primeiro é considerado um espaço onde as diferentes formas de relação com os membros do grupo, adultos e crianças permitem organizar o desenvolvimento da comunicação e da partilha de significantes favorecendo o desenvolvimento do símbolo. O segundo é um espaço onde as crianças exploram corporalmente as possibilidades espaciais e temporais do envolvimento, interagindo com os objectos e materiais. Por último, o grupo pode existir num espaço psíquico onde desenvolve as suas actividades respeitando uma história geograficamente localizada e desenvolvida numa transição compreensível entre o passado, presente e futuro.

Para Lapiere e Aucouturier (1982), o grupo constitui uma situação privilegiada pela riqueza de situações que surgem e que permitem evidenciar a personalidade e os conflitos das crianças. Neste contexto, a individualidade da criança e as suas necessidades específicas deverão ser tidas em linha de conta quer na forma de intervenção, quer na utilização de diferentes estratégias.

Landau e Milich (1988 cit. por Rodrigues, 2003) referem que as crianças hiperactivas são consideradas crianças de risco, pois parecem não usufruir das oportunidades de aprendizagem social na relação com os seus pares, sendo frequentemente rejeitadas devido ao seu estilo de relação pessoal que, com o decorrer da escolaridade, faz emergir um padrão persistente de rejeição social que terá maior expressão na pré-adolescência. Neste sentido, Rodrigues (2003) acrescenta que as dificuldades de interacção social apresentadas pelas crianças hiperactivas proporcionam situações nas quais não conseguem aproveitar as oportunidades de aprendizagem social, por não serem capazes de gerir adequadamente o seu comportamento na relação com os outros, ao nível da percepção de infor-

mações sociais (não responsividade a mudanças de atitude ou do ambiente) e ao nível da não inibição de comportamentos inadequados (impulsividade, agressividade).

Na dinâmica grupal interessa, sobretudo, fomentar o desenvolvimento de relações sociais em cooperação tendo em conta o modo como as expectativas do grupo se relacionam com as atitudes, as respostas corporais e os gestos de cada criança. Através da comparação com outros sistemas sociais é ainda possível compreender a natureza dos seus códigos, tais como: as modulações da aproximação do adulto, as diferentes formas de gestos que traduzem a aceitação ou negação, as expressões corporais de ternura e a regulação de expressões agressivas não-verbais (Richard & Rubio, 1995).

Para finalizar, gostaria de salientar as palavras de Maurice Berger (1999), quando afirma que é desejável que qualquer processo de estudo ou intervenção, relativamente à criança hiperactiva, nunca parta de hipóteses rígidas pré-estabelecidas, baseando-se antes numa observação clínica atenta e na acumulação de dados longitudinais, para verificar as hipóteses colocadas e planificar uma experiência profissional adequada à especificidade do perfil do(s) sujeito(s).

#### Referências Bibliográficas:

- Albaret, J. M. (1990). Troubles de l'attention et rééducation psychomotrice, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, (8-9), 492-500
- Albaret, J. M.; Corraze J. (1991). Le syndrome déficitaire de l'attention face à la rééducation psychomotrice, *Entretiens de Psychomotricité, Expansion Scientifique Française*, 79-87
- Albaret, J. M. & Corraze J. (1996). *L'Enfant Agité et Distrait*. Paris : Expansion Scientifique Française.
- Berger, M. (1999). *L'enfant Instable - Approche clinique et thérapeutique*. Paris: Dunod.
- Bergés-Bouines, M.; Bonnet, Ch. Ginoux; G. Pecarelo, A. Sironneau-Bernardeau, C. (2008). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant – corps, langage, sujet*. Paris: Masson.
- Bergés, J. (1996). Qué nos enseñan los niños hiperquinéticos?, *Psicomotricidad: Revista de Estudios y Experiencias*, 54, vol.3, 5-9
- Boscaini, F. (2000). Relaciones Tónico-Emocionales, Imagen Corporal y Aprendizajes en Relajación, *Psicomotricidad: Revista de Estudios y Experiencias*, 64, 15-29
- Branco, M. (2000). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Chappaz-Pestelli, M. (1994). Des Thérapies Psychomotrices à la Pratique Psychomotrice, in *La Psychomotricité, reflets des pratiques actuelles*. Genève: Georg Éditeurs.
- Cossé-Brissac, C. (1966). O papel da interiorização na reeducação psicomotora, *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, 14, 4-5
- Cuesta, G.; Cuesta, M.; Boscaini, F. (2005). *El Niño Inquieto*. Quito, Centro Nacional de Epilepsia.
- De Lièvre, B.; Staes, L. (2006). *La psychomotricité au service de l'enfant*, Paris: Belin.
- Ferreira, T. (2002). *Em Defesa da Criança - Teoria e Prática Psicanalítica da Infância*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Fonseca, V. da (2001). *Psicomotricidade - Perspectivas Multidisciplinares*. Lisboa: Ed. Âncora.

Gades, W. H.; Edgell (1993). *Learning Disabilities and Brain Function, A neuropsychological Approach*, Third Edition, Springer-Verlag, New York.

Olson, S. (2002). Developmental Perspectives. In Sandberg (ed.). *Hyperactivity and Attention disorders of childhood*. Cambridge: University Press.

Lapierre, A. (1982). *Fantasmes Corporels et Pratique Psychomotrice en Éducation et Thérapie "Le Manque au Corps"*. Paris: Doin Editeurs.

Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal na Psicomotricidade da Criança. Um Ensaio para uma estratégia de intervenção Educo-Terapêutica para que a Criança comece a adquirir a noção de Sociabilidade, da Criatividade e da Aprendizagem em Grupo, *A Psicomotricidade*. Vol. 1, n.º 1, 37-41.

Rey, M. C. & Schwab-Reckmann (1994). Psychomotricité et Communication, in *La Psychomotricité - reflets des pratiques actuelles*. Genève: Georg Éditeurs.

Richard, J. ; Rubio, L. (1995). *La thérapie psychomotrice*. Paris: Masson.

Rodrigues, A. N. (2003). *Contributos para a Avaliação da Criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa: FMH.

Rodriguez, R. (1994). *Le jeu symbolique dans la thérapie psychomotrice*, in *La*

*Psychomotricité - reflets des pratiques actuelles*. Genève : Georg Éditeurs.

Salgueiro, E. (2002). *Crianças Irrequietas*. 2.ª edição. Lisboa: ISPA.

Schnydrig, R. (1994). Éducation, Rééducation, Thérapie Psychomotrice, in *La Psychomotricité, reflets des pratiques actuelles*. Georg Éditeurs, Genève.

Thomas, J.; Willems, G. (1997). *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant*. Paris: Masson.

Vauclair (1994). Corps et group: Les groupes de Psychomotricité, in *La Psychomotricité - reflets des pratiques actuelles*. Genève: Georg Éditeurs.

Vayazoupoulos, R. (2001). Enfant instable, enfant agité, enfant excité. *Enfances & Psy*, dossier L'enfant excité, n.º 14, Paris: Érès.

Wallon, H. (1984). *L'enfant turbulent*. Paris: Presses Universitaire de France.

Wintrebert, H. (1995). L'enfant et la relaxation, in *Revue Française de Relaxation Psychothérapeutique*, Mars.

**Rui Martins** - Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

## Estratégias para a PHDA em Contexto Escolar



ENSCER - Ensinando o Cérebro

Quando a criança vai para escola e interrompe permanentemente a professora, responde impulsivamente e de forma exagerada àqueles que a contrariam, poderá ter perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA), se apresentar esse típico comportamento, não só na escola, mas também em casa e na sociedade.

Com base na observação, o primeiro passo que o professor deve tomar na tentativa de solucionar os problemas é verificar o que realmente está a acontecer. Esta primeira avaliação deve ser feita por um grupo dentro da escola, devendo-se levar em consideração o comportamento do aluno em várias actividades e situações. Após isto, será pertinente um encontro com os pais, onde a escola transmitirá as suas preocupações com o aluno e mostrará as opções para um

diagnóstico correcto, que necessitará de avaliações de profissionais de outras áreas (educação especial, saúde, psicologia, neurologia, etc.).

Assim, os professores devem ter o cuidado de não diagnosticar, mas apenas descrever o comportamento e o rendimento do aluno, propondo um possível plano de acção. Uma vez determinado o problema, é imprescindível o trabalho multidisciplinar. Pais, professores, médico e terapeuta devem determinar as estratégias e intervenções que serão implementadas para o atendimento desse aluno (modificação do ambiente, adaptação do currículo, flexibilidade na realização e apresentação de tarefas, adequação do tempo de actividades, administração e acompanhamento de medicação se for o caso, etc.).

Uma ajuda efectiva do professor é preparar os seus alunos para aprender e isso ocorre quando ele introduz, conduz e conclui cada aula em sequência lógica. Estes princípios de instrução efectiva, que reflectem o que sabemos sobre como educar todas as crianças na sala de aula, ajudarão especialmente uma criança com PHDA a manter-se concentrada nas suas tarefas.

### Modificação do Ambiente e dos Métodos de Trabalho

Adaptações para obter a atenção dos alunos - Considere as seguintes estratégias: (a) Fazer revisão das aulas anteriores. Lembre à criança que a aula de ontem focou determinada aprendizagem. Relembre vários problemas

antes de iniciar a aula actual; (b) Explicar que a aula de Língua Portuguesa envolverá a leitura de uma história sobre determinada personagem, para identificação de novas palavras nesta história; (c) Dizer às crianças que elas podem falar baixinho com os seus colegas, enquanto trabalham, ou levantar a mão para obter a sua atenção; (d) Explicar às crianças que precisarão dos seus cadernos e lápis para escrever ou os seus lápis de cor, tesouras e papéis coloridos para um desenho, em vez de deixá-las imaginar o que deverão trazer; (e) Fazer perguntas interessantes, especulativas; usar imagens, contar uma pequena história ou ler um poema para gerar a discussão e o interesse na aula que se seguirá; (f) Contar uma história. As crianças de todas as idades gostam de ouvir histórias, especialmente histórias pessoais; (g) Adicionar um pouco de mistério: por exemplo, leve um objecto relevante para a aula numa caixa ou num saco como forma de despertar a curiosidade; (h) Variar o tom de voz: alto, suave, sussurrante; (i) Usar sinais visuais para transmitir mensagens; (j) Usar a cor para despertar a atenção; (k) Usar o contacto visual. Fazer com que os alunos olhem para o professor quando este se lhes dirige; (l) Usar o computador, sempre que possível, para desenvolver determinadas competências, dado que este é uma ferramenta muito apelativa; (m) Fazer com que a criança use pastas coloridas que ajudem na organização dos diferentes temas académicos; (n) Designar alguém para ajudar a criança a lembrar os trabalhos de casa e outros; (o) Estabelecer intervalos, recompensa por esforço feito. Isso ajuda a aumentar o tempo da atenção concentrada e o controlo da impulsividade através de um processo gradual de treino.

Adaptações para manter os alunos em actividade: (a) Utilizar, o máximo possível, as estratégias de aprendizagem cooperativa; (b) Usar o trabalho de grupo de forma adequada onde os papéis estão bem estruturados e definidos; (c) Ter a certeza de que todos os alunos compreendem o trabalho que têm a fazer antes de os pôr a trabalhar individualmente; (d) Verificar com frequência o que se passa na sala. Fazer comentários positivos e elogiar os alunos; (e) Ensinar a criança a ler e usar um relógio para gerir o tempo na execução das tarefas propostas, incentivando-a a terminar o trabalho; (f) Estabelecer um sistema de prémios, em que os alunos recebem um determinado brinde se atingirem um objectivo previamente definido; (g) Ensinar a criança a ler e usar um calendário para agendar as suas tarefas; (h) Afixar um quadro de actividades diárias na turma da criança; (i) Ensinar à criança como fazer anotações ao organizar conceitos-chave académicos; (j) Dar à criança uma lista de verificação de erros que ela comete com frequência, em trabalhos escritos.

Adaptações no ambiente de aprendizagem (sala de aula): (a) Sentar a criança numa área com poucas distrações; (b) Ajudar a manter a área de trabalho da criança livre de materiais desnecessários; (c) Colocar os alunos de modo a que todos possam ver o quadro; (d) Dar oportunidades à criança para se movimentar; (e) Proporcionar um local na sala onde a criança possa trabalhar isoladamente, se necessário; (f) Manter na sala “cantinhos”, onde a criança possa fazer alguma actividade manual ou artística; (g) Estabelecer e realizar tarefas de forma rotineira; (h) Estabelecer regras bem claras e exigir o seu cumprimento; (i) Construir listas de verificação para que o aluno se organize; (j) Identificar sons do exterior que possam perturbar o aluno.

Adaptações no ritmo de trabalho: (a) Ajustar o ritmo da aula à capacidade de compreensão do aluno; (b) Alternar actividades paradas com actividades mais activas; (c) Conceder mais tempo para completar as tarefas; (d) Reduzir a quantidade e a extensão dos trabalhos e dos testes; (e) Espaçar pequenos períodos de trabalho com paragens ou mudanças de tarefas; (f) Estabelecer limites precisos para terminar as tarefas; (g) Estabelecer contratos escritos com prémios para a finalização de determinadas tarefas.

Adaptações nos métodos de ensino: (a) Relacionar a informação nova com a experiência da criança; (b) Usar exemplos concretos antes de passar ao abstracto; (c) Dividir as tarefas complexas em tarefas mais pequenas; (d) Levar os alunos a verbalizar as instruções e os conteúdos aprendidos; (e) Complementar as instruções orais com instruções escritas.

Adaptações na avaliação: (a) Permitir instrumentos de avaliação alternativos (apresentação oral, resposta múltipla, etc.); (b) Estabelecer, de comum acordo, expectativas realistas quanto aos resultados a alcançar; (c) Aceitar respostas com as palavras-chave apenas.

Adaptações no tratamento de comportamentos inadequados: (a) Antecipar e prevenir os problemas, sempre que possível; (b) Estabelecer regras precisas e consequências claras; (c) Evitar uma linguagem de confronto; (d) Estabelecer alternativas para comportamentos inadequados; (e) Estabelecer na sala um local para “acalmar”; (f) Elogiar os comportamentos adequados; (g) Alguns comportamentos perderão o impacto se forem ignorados; (h) Evitar, tanto quanto possível, dar atenção a comportamentos inadequados iniciados apenas com esse objectivo; (i) Evitar criticar o aluno; (j) Verificar os níveis de tolerância e ser compreensivo perante sinais de frustração; (k) Falar em privado com o aluno acerca dos seus comportamentos inapropriados; (l) Remover objectos que possam iniciar um comportamento

não desejado; (m) Reagir com humor em momentos de tensão para a aliviar.

**Estratégias para a diminuição do comportamento inadequado:** **Abolição** - ignorar comportamentos desajustados; **Custo da resposta** - perder uma recompensa esperada; **Time-out** - tempo fora da classe; **Reforço de comportamentos substitutivos**.

**Programas para desencadear comportamentos desejáveis:** **Reforço social e material** - O reforço verbal é dado sob a forma de elogios e de reprimendas. Por vezes, é conveniente que se ignore condutas impróprias, sendo mais eficaz, ignorar o comportamento inadequado, principalmente se o que a criança quer é chamar a sua atenção. Frases simples como “bom trabalho” encorajam a criança a agir apropriadamente. Elogie as crianças com frequência, mas

procure elogiar antes e não após a criança estar fora da tarefa. Por outro lado, as reprimendas mais eficazes são aquelas curtas e dirigidas ao comportamento inadequado; **Contratos comportamentais** - Trabalhar com a criança para cooperativamente identificar metas apropriadas, tais como executar os trabalhos de casa num tempo definido e obedecer às regras de convívio; **Sistemas de créditos ou economia de fichas** - Usar prémios palpáveis para reforçar comportamentos adequados. Esses prémios podem incluir rótulos como “caras alegres” ou emblemas de equipas desportivas ou privilégios, como tempo extra no computador.

**Programas de aplicação em grupo:** Todos os alunos trabalham com o mesmo objectivo, o de conseguirem a recompensa. O comportamento da criança em causa faz com que toda a turma seja recompensada.

### Adaptações nas Estratégias das Áreas Académicas

<b>Compreensão da Leitura</b>	<p>Para ajudar crianças com PHDA que possuem mais dificuldades na leitura, melhore as suas habilidades de compreensão da leitura, atendendo às seguintes sugestões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determine um tempo fixo de leitura silenciosa para cada dia.</li> <li>- Peça para a criança ler uma história silenciosamente enquanto ouve a leitura em voz alta de outros alunos ou do professor.</li> <li>- Forme par entre a criança com PHDA e um bom leitor. Eles trocarão de papéis entre as funções de leitor e ouvinte.</li> <li>- Peça à criança que faça gravuras, ilustrando a sequência de uma história.</li> <li>- Peça à criança que conte uma história lida por ela.</li> <li>- Organize sessões de dramatização onde a criança possa desempenhar diferentes papéis da sua história preferida.</li> <li>- Elabore um dicionário de palavras novas ou de difícil leitura.</li> <li>- Jogos de figuras para compreensão da leitura.</li> <li>- Use o computador para que a criança tenha experiências com fonemas e palavras.</li> <li>- Ensine à criança truques mnemónicos que lembrem regras gramaticais difíceis como pontuação correcta, verbos irregulares e concordância correcta.</li> <li>- Ensine a criança a reconhecer e ler famílias de palavras que ilustrem conceitos fonéticos particulares.</li> <li>- Utilize as vivências do dia-a-dia da criança para ensinar regras gramaticais.</li> <li>- Use jogos que utilizem palavras foneticamente irregulares.</li> </ul>
<b>Escrita</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explique e demonstre aos alunos um modelo de um trabalho escrito aceitável.</li> <li>- Ensine aos alunos como descrever as principais partes de uma história.</li> <li>- Estabeleça um posto de correio na sala de aula e ofereça aos alunos oportunidades de escrever, enviar e receber cartas entre alunos e também entre o professor.</li> <li>- Peça à criança que feche os olhos e visualize um parágrafo que o professor lê em voz alta ou, que descreva um acontecimento recente enquanto os outros fecham os olhos.</li> <li>- Dê à criança uma lista de itens que deverão ser seguidos na revisão dos trabalhos escritos.</li> <li>- Proporcione à criança um lugar sossegado para que complete a sua tarefa escrita.</li> <li>- Ensine a criança a usar o dedo para medir quanto espaço a deixar entre cada palavra num trabalho escrito.</li> <li>- Peça à criança que use papel com linhas verticais para aprender a espaçar letras e palavras numa página.</li> </ul>
<b>Matemática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensine o aluno a reconhecer padrões enquanto adiciona, subtrai, multiplica ou divide números inteiros.</li> <li>- Forme equipas entre alunos com e sem PHDA e permita que se questionem sobre habilidades básicas do cálculo.</li> <li>- Ensine à criança mnemónicas que descrevam os passos em cálculos básicos com números inteiros.</li> <li>- Proporcione à criança vivências reais de utilização do dinheiro.</li> <li>- Codifique símbolos como +, - e = em cores para facilitar a visualização.</li> <li>- Peça à criança que utilize uma calculadora para conferir os cálculos.</li> <li>- Peça à criança que brinque com jogos específicos para praticar cálculos básicos.</li> <li>- Proporcione à criança o uso do computador em tarefas com cálculos básicos.</li> <li>- Peça à criança para ler o problema duas vezes antes de tentar resolvê-lo.</li> <li>- Ensine à criança palavras-chave que identifiquem a operação a ser usada na solução de problemas. Por exemplo, palavras como somam, total, ou todos juntos podem indicar operação de adição.</li> <li>- Ensine os alunos a questionar os problemas escritos de modo a facilitar a solução.</li> </ul> <p><b>Materiais especiais:</b> Algumas crianças com PHDA beneficiam usando materiais especiais que as ajudem a completar os seus trabalhos matemáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Linhas numeradas.</li> <li>- Manipuláveis.</li> <li>- Papel quadriculado para ajudar na organização de colunas durante as operações.</li> </ul>

## Recomendações aos Pais

Um programa de aconselhamento para pais de crianças com PHDA começa, frequentemente, com ampla divulgação de informações. A lista que se segue, elaborada a partir da literatura consultada, destaca alguns pontos de uma série de estratégias que podem ajudá-los.



Os pais devem:

- Compreender que, para poder controlar em casa o comportamento resultante da PHDA, é preciso ter um conhecimento correcto do distúrbio e suas complicações.

- Ser coerentes, previsíveis nas suas acções e mostrar apoio às crianças nas suas interações diárias. Este não é apenas um problema que pode ser curado, uma vez que as afectará durante grande parte da sua vida.

- Manter-se numa posição de intermediário entre a escola e outros grupos.

- Dar instruções positivas.

- Cuidar para que os seus pedidos sejam feitos de maneira positiva e não pela negativa.

- Recompensar o comportamento adequado. Crianças com PHDA exigem respostas imediatas, frequentes e previsíveis, adequadas ao seu comportamento.

- Aprender a reagir aos limites do seu filho de maneira positiva e activa. As regras devem ser claras e concisas. Actividades ou situações nas quais já ocorreram problemas, devem ser evitadas.

- Punir adequadamente, porém compreendendo que a punição só trará uma modificação de comportamento para a criança com PHDA, se acompanhada de uma estratégia de controlo.

## Nota Final:

Consultando a página da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), sobre o Decreto-Lei n.º 3/2008, deparámo-nos com a seguinte questão e respectiva resposta:

«Os alunos com dislexia são abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 3/2008? E os alunos com hiperactividade?»

«Os serviços responsáveis pelo processo de avaliação devem certificar-se, relativamente a cada aluno, se existe de facto uma situação de verdadeira dislexia ou se as dificuldades do aluno decorrem de outros factores, nomeadamente de natureza sociocultural. Confirmada a existência de alterações funcionais de carácter permanente, inerentes à dislexia, caso os alunos apresentem limitações significativas ao nível da actividade e da participação, nomeadamente na comunicação ou na aprendizagem, enquadram-se no grupo-alvo do Decreto-Lei n.º 3/2008.

O mesmo procedimento deverá ser desencadeado no que se refere aos alunos com hiperactividade.»

## Bibliografia

- Garcia, I. M. (2001). *Hiperactividade*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Lopes, J. & Rutherford, R. (2001). *Problemas de comportamento na sala de aula identificação, avaliação e modificação*. Porto: Porto Editora.
- Parker, H. (2006). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade - Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Rief, S. & Heimburg, J. (2002). *Como ensinar todos os alunos na sala inclusiva*. I volume. Porto: Porto Editora.
- Lorente, A. P. et al. (2004). *Como viver com uma criança hiperactiva*. Porto: Asa Editora.

## Internet

- Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) - <http://sitio.dgidc.min-edu.pt/Paginas/default.aspx>
- <http://www.doutorbusca.com.br/artigos/showquestion.asp?faq=14&fldAuto=74>
- [www.hiperatividade.com.br](http://www.hiperatividade.com.br)
- [www.saudeweb.com.br](http://www.saudeweb.com.br)

**Ana Leonísea Gomes** - *Docente Especializada do CAP Funchal*

**Ana Maria Ambrósio** - *Docente Especializada do CAP Santa Cruz*

## Por Detrás da Hiperactividade

“A prescrição de medicamentos para tratamento da Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) aumentou, em todo o mundo, 274%, entre 1993 e 2003. Calcula-se que em Portugal entre 6 e 8 mil crianças e adolescentes estejam a tomar este tipo de medicação (dados de 2006, com base nas vendas). Em 2004, estimava-se que 3 mil crianças tomassem medicamentos para PHDA, enquanto que em 2003 eram apenas 400”. (*In Pais e Filhos*, 2007).

Manifestando, desde já, alguma ressalva quanto à banalização em que caiu este diagnóstico, parece-me sobretudo importante olhar para quem serão, então, estas crianças ou jovens, para além do rótulo em que estão circunscritas? Que dificuldades emocionais, cognitivas e de adaptação escolar lhes estão associadas? Como são as suas famílias e como reagem à sua irrequietude? E como se adapta a escola a estas crianças?



Há duas formas de compreender a hiperactividade: a primeira como uma manifestação que implica uma causa orgânica e que daqui se deriva para tratamento; a segunda como uma manifestação, um sintoma, que pode ser resultado de causas múltiplas e complexas, a que há que atender e, por conseguinte, delinear caminhos de intervenção para cada criança. Inclino-me para esta última hipótese de entendimento, já que julgo existir uma grande variedade de crianças desatentas e talvez cada uma tenha os seus motivos particulares para não conseguir estar atento.

Não quero com isto dizer, de forma alguma, que estas crianças não devem ser atendidas por técnicos es-

pecializados e que não devem ser avaliadas as suas características e o seu modo de funcionamento “difícil”. Gostaria, isso sim, de passar a mensagem que, ao se outorgar a uma criança o diagnóstico “és hiperactivo”, corre-se o risco de que esta construa uma identidade que se torna causa de tudo o que acontece, deixando pouco espaço a um caminho de transformação e à ideia de transitoriedade: tem PHDA, por isso não está atenta, mexe-se muito, é inquieta e impulsiva. Atribui-se a um (conjunto de) comportamento(s) uma conotação patológica, mas perde-se de vista o que resta do funcionamento e personalidade da criança que, por acaso, até é dotada de importante plasticidade, permitindo mudanças relevantes. Simultaneamente, ao investir-se na medicação de uma função curativa, sem outro tipo de intervenção terapêutica, arriscamo-nos a demitir a criança da necessidade de analisar a origem e, sobretudo, as consequências dos seus comportamentos. Como sugere Armstrong (2001, cit. por Pundik, 2006), a toma da ritalina “pode debilitar o sentido de responsabilidade - «bati no meu colega porque me esqueci de tomar a pastilha»”.

Ainda em relação à medicação, além de todos os riscos farmacológicos documentados na literatura científica – alterações no ritmo cardíaco, perda de apetite, insónias, aparecimento de tiques e até mesmo quadros alucinatórios (Pundik, 2006) e do risco adictivo – como qualquer hábito de solucionar problemas da vida pela via química – parece-me importante assinalar, um perigo ainda maior: um “abafamento sintomático” (Salgueiro, 2004) que dispensa a família (e o meio próximo da criança) de avaliar o que está por detrás desta manifestação e de se envolver no sentido de reparar o que está “mal”. Num estudo levado a cabo pelo *Center for Community Child Health and Ambulatory Pediatrics* (Efron, 1998, cit. por Janin, 2004) verificou-se que, numa amostra de 102 sujeitos, crianças medicadas por PHDA, houve um desacordo importante entre os pais e as crianças relativamente aos resultados da medicação: enquanto que a maior parte das crianças afirmava sentir-se pior do que antes da medicação, pelos seus efeitos colaterais, os pais continuavam a defender as suas vantagens...

Se pensarmos que muitas das famílias destas crianças funcionam num estilo de vida hiperocupado, com o pai e a mãe muitas horas fora de casa por razões profissionais, com pouco tempo e disponibilidade interior para a partilha e convivência de que o filho necessita, talvez possamos compreender a razão de tantos “hiperactivos”! Nestas constelações familiares, é comum encontrarem-se mães angustiadas ou deprimidas com a forma como gerem a sua vida pessoal, profissional e familiar, bem como pais fisicamente ausentes ou demitidos das suas intervenções, não servindo de referência estabilizadora e protectora para o filho (Salgueiro, 1996). O “grito do Ipiranga” surge assim sob a forma de irrequietude, com o objectivo de permitir a regulação do estado interior (Brazelton, 1983) e de reduzir as suas ansiedades (J. dos Santos, 1978).

Relativamente ao funcionamento cognitivo, a “impersistência” em tudo o que empreendem impede estas crianças de adquirir, com suficiente profundidade, um conhecimento das pessoas, dos objectos e dos modos como se podem unir, que permita a construção rápida da rede simbólica (Salgueiro, 1996). Preterindo o pensamento em prol da acção, podem apresentar dificuldades nas tarefas mais dependentes da capacidade de representação simbólica, como seja a aquisição da leitura e da escrita, ou da elaboração mental, assim como a resolução de situações problemáticas. Por outro lado, parecem, em alguns aspectos, não ter ainda atingido o que Piaget preconizou como o estágio de inteligência operatória (a partir dos 6/7 anos) que pressupõe, por exemplo, as capacidades de perspetivismo (por oposição ao egocentrismo) e de reversibilidade (Lourenço, 1997). O que encontramos, muitas vezes, é uma lógica intuitiva e perceptiva, quando já se deveriam notar esboços de um pensamento flexível e coerente.

Paralelamente, quando já se esperaria que através da linguagem a criança em idade escolar pudesse manifestar o seu mal-estar interno, ainda que não lhe soubesse dar um nome preciso como “zangado” ou “triste”, nestas crianças apenas vemos o movimento, aparentemente desprovido de sentido e de destino e, eventualmente, agressividade. A nossa resposta tende, obviamente, a ser mais empática e contentora no primeiro caso. Contudo, parece-me que a “descarga energética” tem a mesma função comunicativa, só que

muito mais primitiva e imatura, o que requer de nós muito maior maleabilidade.

Relativamente à escola parece ter-se instalado um sistema em que, perante crianças “difíceis” ou “mal comportadas”, são os docentes a sugerir/exigir aos pais uma consulta de especialidade para a criança e o respectivo pedido de medicação. Conhecendo um pouco a realidade em que muitos professores exercem a sua função - turmas com um número de alunos muito superior ao adequado, alguns deles com dificuldades de aprendizagem e a requerer atenção privilegiada, programa extenso, falta de condições físicas e materiais - compreendo que apenas um elemento “perturbador” seja ameaçador de um equilíbrio à partida ténue. Parece-me, verdadeiramente, que o sistema escolar está pouco preparado para crianças com estas “necessidades educativas especiais”. Como enuncia Salgueiro (2004), aquela criança desatenta, imparável e que pouco aprende “constitui uma «ameaça para a homeostasia da estrutura escolar» que necessita de tempos e de regras, incompatíveis com esse funcionamento, que não se pode permitir tolerar”. Se recordarmos que é na escola que as crianças passam grande parte do seu dia activo, compreenderemos melhor as implicações desta desadequação (Lopes, 2003, cit. por Velásquez, 2004).

Contudo, a ritalina não deveria funcionar como panaceia e, sobretudo, como a única ajuda possível para a criança. Seria importante o professor ter em mente que o agir de uma criança pode ser uma forma particular de exprimir o seu sentir, comunicá-lo aos pais, pedir a avaliação de um técnico de saúde mental... Pois só um trabalho cooperativo poderá, efectivamente, ajudar uma criança “hiperactiva”.

#### Bibliografia:

- Janin, B. y colab. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Transtorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
- Lourenço, O. (1997). *Psicologia do Desenvolvimento Cognitivo. Teorias, dados e implicações*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pundik, J. (2006). *El niño hiperactivo, déficit de atención y fracaso escolar. Guía para padres y docentes*. Madrid: Editorial Filium.
- Salgueiro, E. (1996). A hiperactividade na criança: doença ou mal-de-viver? *Acta Pediátrica Portuguesa*, 27 (5): 777-781.
- Salgueiro, E. (2004). Revisitando a Hiperactividade. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria* (2005), n.º 20: 39-53.
- Velásquez, M. G. (2005). Hiperactividade em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria* (2005), n.º 20: 55-59.

## InterComm

O InterComm é um programa de email pictográfico que trabalha com o *software* “Escrita com Símbolos”, indicado para pessoas com dificuldades de acessibilidade, problemas motores, dificuldades na aprendizagem da leitura e escrita, ou que ainda não utilizem a linguagem escrita para comunicar. Este facilita o uso do correio electrónico ao incorporar um sintetizador de voz em Português Europeu (Madalena), que permite ler tudo o que está escrito.



Comercialização: Cnotinfor - Urbanização Panorama, lote 2, loja 2 - Monte Formoso - 3000-446 Coimbra - Tel: 239 499 230 - Fax: 239 499 239 - E-mail: info@cnotinfor.pt - Página Web: <http://www.cnotinfor.pt>

## Álbum de Comunicação



O Álbum de Comunicação é um álbum de fotografias que permite a gravação de uma mensagem de 10 segundos em cada uma das suas 24 páginas, possibilitando a criação de livros de instruções, álbuns de fotografias ou ajudas para a comunicação em vários contextos. Neste álbum pode, igualmente, colocar-se desenhos, símbolos, fotografias ou recortes de revistas e jornais, consoante o objectivo da comunicação e as necessidades específicas do utilizador.

Comercialização: Anditec, Tecnologias de Reabilitação, Lda. - Alameda Roentgen, 9 C - 1600-757 Lisboa - Tel: 21 711 01 70 Fax: 21 711 01 79 - E-mail: anditec@mail.telepac.pt - Página Web <http://www.anditec.pt>

## ***Dificuldades de Aprendizagem Específicas. Contributos para uma definição portuguesa***

**Autor: Luís de Miranda Correia**  
**Colecção: Impacto Educacional**  
**Editora: Porto Editora**  
**Ano: 2008**

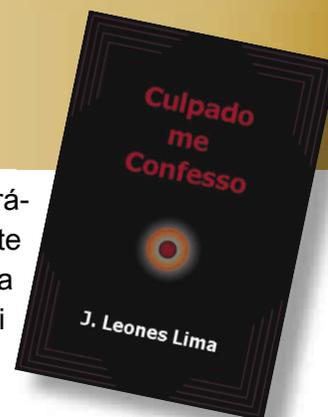
O primeiro livro da Colecção Impacto Educacional tem como propósito clarificar o conceito de dificuldades de aprendizagem específicas (DAE) à luz da investigação mais recente. Para além de elucidar uma problemática que afecta milhares de crianças, pretende chamar a atenção para um conjunto de questões adjacentes ao conceito de DAE, propondo uma definição portuguesa que poderá servir de ponto de partida para uma mudança de atitudes e de práticas educativas que venha a promover o sucesso académico, socioemocional e pessoal do aluno com DAE.



## ***Culpado me Confesso***

**Autor: José Leones Lima**  
**Edição do Autor**  
**Ano: 2006**

Em Culpado me Confesso, o leitor é colocado perante uma narrativa autobiográfica, em que a nostalgia de um passado, carregado de momentos verdadeiramente emocionantes, nos conduz ao mundo e às vivências de alguém que, fruto de uma situação imprevista, se vê rodeado de barreiras da mais variada natureza que por si só tem de contornar e vencer. Esta obra é um convite ao conhecimento da realidade e dos problemas com que se debatem, actualmente, os paraplégicos portugueses. É, sem dúvida, uma obra forte, uma narrativa realista, levemente entrecortada de ficção, narrada na primeira pessoa, onde é deixada a mensagem de que o paraplégico ama, vive a vida com toda a intensidade e jamais desiste de lutar.



Decorreu, entre os dias 5 e 16 de Julho, o curso de formação *Português, Segunda Língua no Currículo de Alunos Surdos\**, dinamizado por diversos formadores do Ministério da Educação. A formação, com a duração de 50 horas, contou com a presença de 25 participantes, entre eles docentes especializados e docentes do ensino regular.



Entre os dias 10 e 12 de Julho, teve lugar no auditório da RDP, a acção de formação *Dislexia: Abordagem Re-educativa\**, que contou com a participação de 151 formandos. Esta teve a duração de 15 horas e foi dinamizada pela Prof. Doutora Helena Serra.

\* Formação co-financiada pelo FSE ao abrigo do Programa RUMOS



A acção de formação *Pedagogia de Projecto\** decorreu entre 7 e 11 de Julho, na sala de formação dos Ilhéus. A acção, orientada pelo

Dr. Nuno Fraga, per fez um total de 18 horas e foi destinada a 25 docentes especializados.

Teve lugar na semana de 15 a 19 de Setembro, no auditório da RDP, a acção de formação *Dificuldades de Aprendizagem Específicas\**, com a duração de 18 horas. A



mesma foi dinamizada pela Prof. Doutora Ana Paula Martins e per fez um total de 200 formandos.

## STEDMV visitou o Norte de Portugal

No âmbito do projecto curricular de turma dos grupos III e VI do STEDMV, realizámos uma visita de estudo ao Norte de Portugal, que decorreu de 9 a 13 de Julho. O grupo foi constituído por onze alunos com deficiência motora e visual, acompanhados por nove elementos da equipa multidisciplinar.

O primeiro local visitado foi a Apúlia, vila à beira-mar, onde pernoitámos durante a estadia. Outra paragem obrigatória foi o berço de Portugal, Guimarães, que respira cultura e história por toda a cidade. Começámos pelo Centro Histórico, considerado Património Cultural da Humanidade. Visitámos a Igreja de Nossa Senhora da Oliveira e, mesmo ao lado, o Museu Al-



berto Sampaio, o Castelo de Guimarães e o Paço dos Duques. No outro dia deparámo-nos com uma paisagem diferente na cidade de Braga, lugar ideal para nos deslumbrarmos com a arquitectura e obras da Sé de Braga, Bom Jesus e Nossa Senhora do Sameiro.

Durante a estadia tivemos ainda tempo para visitar o Centro de Braga que, contagiado pelo movimento das lojas e compras, contrasta com o sossego e ambiente natural dos arredores. Já Viana do Castelo, banhada pelo rio Lima, ofereceu um reencontro com uma beleza incomparável. Os locais mais visitados são a Sé Catedral, o Centro Histórico e a Igreja de Santa Luzia, de onde avistámos toda a cidade serpenteada pelo rio Lima. Ponte de Lima, considerada a vila mais antiga de Portugal, regalou os olhares de todos com a sua beleza pitoresca. Foram vários os pontos visitados na cidade do Porto, mas o que mais agradou a alguns elementos do grupo foi o Estádio do Dragão, onde se fizeram algumas compras.

Ainda tivemos a possibilidade de saborear alguns pratos típicos de gastronomia nortenha: rojões, arroz de sarrabulho e a famosa francesinha.

A Equipa do STEDMV

## XVI Edição dos Jogos Especiais

Os Jogos Especiais voltaram a ser o palco de muitas emoções para os atletas participantes nas variadas actividades desportivas que constituíram o calendário da XVI Edição, realizada de 23 a 27 de Junho. A sessão de abertura, marcada por várias actuações artísticas, decorreu no Pavilhão do Club Sport Marítimo e contou com a presença de inúmeras entidades públicas e privadas da RAM. É de realçar, mais uma vez, o enorme contributo do Núcleo de Inclusão pela Arte, na elaboração, concepção e concretização de todo o esquema das cerimónias protocolares dos Jogos Especiais.

Num ano em que se voltou a registar um novo recorde de inscrições, com 859, os atletas dividiram-se pelas actividades da componente competitiva com o Atletismo, a Natação e o Boccia, e pela componente recreativa com o Goalball, o Futebol, o Basquetebol 3x3, o Boccia, os Circuitos de Habilidades Motoras Básicas, o Circuito Aquático e as Actividades Radicais.

Ao longo de uma semana, a competição e a recreação tiveram lugar em vários recintos desportivos que receberam os entusiasmados atletas, a saber: o Pavilhão do Club Sport Marítimo, o Complexo da Ribeira Brava, as Piscinas Olímpicas da Penteadá, o Pavilhão do Funchal, o Campo Adelino Rodrigues, o Complexo Balnear da Ponta Gorda e o Pavilhão do CAB. O dia das Actividades Radicais no complexo da Ponta Gorda acabou por ser, uma vez mais, aquele que criou maior expectativa entre os participantes. No final do dia, todos os membros (utentes, alunos e técnicos) mostravam-se satisfeitos pela jornada diferente que lhes fora proporcionada, em ambiente tão aprazível. Para recordar ficaram as experiências no Slide, no Tiro com Arco, na Orientação e ainda ficou o desejo de, no próximo ano, voltarem a ter a oportunidade de participar novamente nestas actividades. Ainda neste complexo, decorreu o Circuito Aquático que reuniu um conjunto de tarefas executadas neste meio. Estas também conduziram ao delírio e à felicidade de todos os participantes. O Complexo Balnear da Ponta Gorda também disponibilizou um espaço de Parque Infantil e uma Biblioteca.

No dia do encerramento disputaram-se as finais do Boccia, referentes aos torneios internos que decorreram ao longo do ano lectivo. O Pavilhão do CAB recebeu uma enorme moldura humana que teve a oportunidade de assistir a dois bons jogos e aplaudir os jogadores das equipas finalistas. Para que a despedida desta edição dos Jogos terminasse tal como começou, com uma demonstração de desporto adaptado, o Clube Desportivo “Os Especiais” realizou um jogo de Basquetebol em cadeira de rodas, onde se destacou um conjunto de entidades públicas que fizeram questão em participar.

O Núcleo de Actividade Motora Adaptada agradece a todos quantos acreditam neste projecto e que o tentam melhorar a cada edição que vivemos.

**A Equipa do Núcleo de Actividade Motora Adaptada**



## EXPO STAOEP no *Dolce Vita*

A Expo STAOEP, iniciativa do Centro de Actividades Ocupacionais do Funchal (CAO) - P3, esteve patente ao público no espaço comercial *Dolce Vita*, de 15 a 18 de Julho. A equipa do CAO P3 pretendeu, com este evento, sensibilizar a comunidade em geral para as pessoas com deficiência, assim como dar a conhecer os vários trabalhos e actividades desenvolvidos nos diferentes CAO's. Por outro lado, esta foi também uma oportunidade de promover o intercâmbio e convívio entre as várias equipas do STAOEP e seus utentes.

Durante 4 dias, entre as 9h e as 23h, para além da feira de produtos de todos os CAO's, foi possível assistir a diversas actividades lúdicas e recreativas, nomeadamente apresentações musicais dos CAO's Funchal (*Os Capinhas*), Ponta Delgada e Machico (grupo de percussão) e dinamização de uma história em fantoches pelo CAO Tabua. Para além destas apresentações, realizaram-se torneios de dominó e damas, bem como uma demonstração de boccia e um desfile de moda reciclada, no qual todos os CAO's puderam apresentar os seus modelos recicláveis.

Nos dias 16 e 17 de manhã, tiveram lugar os ateliers de pintura e tapeçaria, onde os utentes mostraram as suas competências e dotes nestas áreas.

A Expo terminou com uma palestra moderada pela Dra. Ana Mendes, directora técnica do actual Serviço Técnico de Actividades Ocupacionais (STAO), e

contou com a presença das psicólogas Dina Aveiro (coordenadora do CAO P3), Chantal Belo (psicóloga do CAO P3 e STEDMV) e Joana Xavier (psicóloga do CAO e CAP de Câmara de Lobos), que reflectiram sobre temas relacionados com a Educação Especial.

Esta iniciativa foi calorosamente recebida, quer pelo público, que aderiu e colaborou com os centros ali representados, quer pelos responsáveis do *Dolce Vita*, que louvaram as actividades desenvolvidas e congratularam a DREER pelo evento.



Dado o sucesso e o impacto que estas iniciativas acarretam junto da população, esta será, com certeza, uma experiência a repetir no próximo ano.

**A Equipa do CAO P3**

## Contribuir para a Igualdade com Parcerias de Qualidade

No âmbito da política de sustentabilidade, a *Chamartín Imobiliária* tem vindo a apoiar inúmeras iniciativas sociais, que promovam a integração social e a igualdade de oportunidades.

O *Dolce Vita* Funchal acolheu a iniciativa Expo STAOEP com todo o entusiasmo que lhe era merecido, como já tem vindo a acontecer noutras acções promovidas pelo Serviço Técnico de Actividade Ocupacionais. Este entusiasmo foi também consequência da motivação que todos os que trabalham diariamente nos CAO's, desde responsáveis a técnicos, demonstram em tudo aquilo que os desafia enquanto profissionais da Educação Especial. A Expo STAOEP, que conjugou arte, música e desporto, revelou-se um verdadeiro sucesso junto do público que apoiou e aplaudiu as diversas actividades.

A qualidade dos trabalhos e das actividades, realizadas pelos jovens e adultos dos CAO's, exige que nos associemos a estas acções e sirvamos de veículo para demonstrar todo este empenho aos convidados do *Dolce Vita* Funchal. Esperamos que estas iniciativas sejam cada vez mais frequentes e que o *Dolce Vita* Funchal continue a dar todo o seu contributo, enquanto agente da comunidade local.

**Roberto Xavier** - Coordenador de Avaliação de Qualidade Operativa / Marketing do *Dolce Vita* Funchal

## Actividades de Verão da DREER

Após um ano lectivo de trabalho intenso, chegou o Verão e com ele os ateliers que foram cuidadosamente programados para as crianças e os jovens com necessidades educativas especiais (NEE), das várias instituições da DREER, entre elas o Serviço Técnico de Educação de Deficientes Motores e Visuais e o Serviço Técnico de Educação de Deficientes Intelectuais.

Estas actividades, que decorreram durante o mês de Julho, na Quinta do Leme, proporcionaram aos jovens participantes momentos de lazer, de distração e de aprendizagem. Os alunos foram divididos por grupos, consoante as suas capacidades e necessidades.

Com este plano lúdico-desportivo-cultural, procurou-se ocupar os tempos livres resultantes da interrupção lectiva, dando a possibilidade aos alunos com NEE de participarem em diversas actividades.

Inúmeros eram os objectivos desta iniciativa, entre eles: proporcionar às crianças actividades de ocupação dos tempos livres; fomentar o gosto pelas actividades culturais, desportivas e recreativas; adquirir regras de jogo; criar condições de promoção de conduta pessoal e comportamento social; fomentar situações de diálogo e cooperação com os adultos e colegas; proporcionar oportunidades de inclusão e de aprendizagens funcionais e promover a auto-estima e bem-estar emocional, através de vivências diferentes.

Assim, estas crianças viveram novas experiências

e diversas aventuras através de passeios e de actividades distribuídas pelos diferentes ateliers de: Informática, Expressão Musical e Dramática, Desporto, Ambiente, Expressão Plástica e Ludoteca.

No início das actividades eram vários os sentimentos que pairavam no ar, talvez por não estarem familiarizados uns com os outros e, também, por existir o factor novidade em algumas tarefas que lhes eram propostas. Uns curiosos, interessados e originais, outros tímidos, envergonhados e inseguros, uns apressados em fazer tudo e querendo sempre mais, outros um pouco mais impacientes, a solicitar ajuda nas tarefas e principalmente companhia...uns querendo afecto, outros mais afazeres, pois queriam mostrar que estavam a acompanhar tudo... Assim, os dias foram sucedendo e todos, incluindo técnicos e professores, já se conheciam melhor, partilhando brincadeiras, cantigas e conversas com os alunos.

É de salientar a participação activa e o contributo dos diversos grupos que por ali passaram e conviveram, intensificando a colaboração e a cooperação entre todos na realização de actividades significativas.

A disponibilidade dos recursos humanos e materiais foi de extrema importância para que as actividades pudessem desenvolver-se com a devida eficácia.

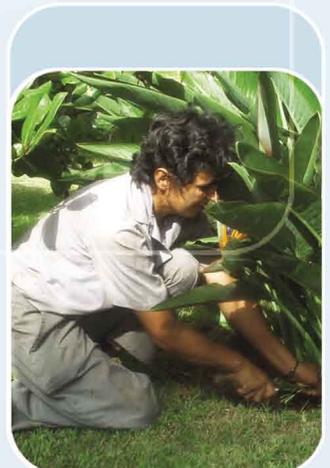
Todas estas “aventuras” podem ser partilhadas através do blog construído pelo atelier de informática, disponível em <http://actverao.blogspot.com>.



# XX

# ANIVERSÁRIO

## CENTRO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE DEFICIENTES



REVISTA *DIVERSIDADES* COM O APOIO DE:

