



Universidade do Algarve



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia

**Ideias e Práticas Parentais de Mães de Crianças
diagnosticadas com Perturbação de
Hiperactividade com Défice de Atenção**

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia da Saúde

Raquel de Ferreira Fernandes e Melo Medeiros

Orientadora: Prof. Doutora Cristina Nunes

2008

Agradecimentos

Costuma dizer-se no senso comum que aos amigos não se agradece, mas como não concordo com esse dizer, chegou o momento de agradecer a TODOS!

Em primeiro lugar quero dizer obrigada à minha orientadora Prof. Doutora Cristina Nunes, a responsável por eu me ter aventurado neste tema, para o qual tinha alguns receios inicialmente, mas que se revelou tão intenso de estudar e aprofundar. Por ter aturado os meus momentos de ansiedade, em que achei que não iria dar conta do recado, o meu sincero agradecimento.

Logo em seguida não podiam deixar de vir as minhas colegas de Serviço, incansáveis a aturar-me ao longo dos dias repetidos em que partilhei as minhas dúvidas e cansaços, e que respeitaram as minhas ausências físicas e de prioridades. Pela sua tão grande importância não seria justo não as individualizar. Em primeiro o destaque para a “chefe” Maria José, o suporte de uma equipa fantástica. Minha orientadora, minha amiga, meu alento nestes cinco anos de percurso. Os momentos vividos juntas são muitos, e a importância maior do que todos eles juntos! Obrigada do fundo do meu coração e perdoe-me o “mau feitio” às vezes!

Depois, seguindo uma lógica temporal na sua apresentação, ou não vão as minhas queridas ficar tristonhas. À Laura um obrigado por partilhar e por tolerar esta minha mania de ser “mana mais velha”; à Helga por ao estar a viver o mesmo momento na sua vida profissional, serviu de consolo e amparo nos anseios e preocupações comuns. À Ana por ser uma mulher prática e determinada, que esteve lá para me dar indicações específicas e sempre se disponibilizou para ajudar. À Joana que com a sua tranquilidade e espírito prático me compreendeu sem necessitar de o exprimir por palavras. À “nova” Joana por ter entrado de uma forma tão suave, que mesmo sendo muito recente já conquistou o seu cantinho! Assim, a todas, um obrigada gigante, por serem as melhores colegas que eu poderia desejar, e representarem o significado de equipa!

Também não me esqueço de todas as outras pessoas que pelo serviço foram passando ao longo deste ano de realização da dissertação, e que inerentemente se viram no meio deste meu reboiço! À colega, amiga e conterrânea Maggy, e às estagiárias Ana e Juliana, desculpem não ter estado mais presente e muito obrigada!

À equipa do Centro de Desenvolvimento, em especial à Dr.^a Isabel Rodrigues, Dr.^a Eliane Cruz e Enf.^a Aldina, por terem sido fundamentais no encaminhamento das crianças para o estudo, obrigada.

Agora chega a parte menos fácil, agradecer aos meus amigos, difícil porque todos me perguntaram quando é que isto terminava, quando é que podia fazer uma pausa, quando é que podiam voltar a ver-me regularmente!

Sem destacar nomes foco os meus “pilares” de amizade; a minha companheira de curso, aventuras e tropelias; o meu afilhado; e o meu compadre/padrinho, a estes porque sabem quem são e o quanto representam para mim, que para isso nem são precisas explicações, amo-vos muito!

A todos os outros por existirem e terem sido fonte de coragem e ânimo.

Resta a minha família, aos meus avós lindos que sempre acreditaram no meu valor, encorajando-me sempre a seguir em frente, com ânimo e força. Ao meu irmão que sendo o orgulho da minha vida, apenas precisa de estar, mas que sabe marcar a diferença, sendo especial e único na sua forma de apoiar. Ao meu pai que sempre representou o meu maior exemplo profissional na sua seriedade e rectidão com que encara os desafios. E à minha mãe, que é sem dúvida a razão do meu ser.

Do fundo do meu coração, e já com a lágrima no rosto, muito obrigada a todos e bem hajam!

“Eu ouço e eu esqueço...

Eu vejo e eu lembro...

Eu faço e eu entendo!”

Provérbio chinês

Resumo

O presente trabalho pretende aliar duas áreas ricas em investigação, o estudo das ideias e práticas parentais, com o estudo da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA).

Objectivo: Conhecer as ideias e práticas parentais de mães de crianças com diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção.

Método: A amostra é constituída por 30 mães de crianças diagnosticadas com PHDA pelo Centro de Desenvolvimento Infantil do Hospital de Faro E.P.E., local onde a amostra foi recolhida. No momento da entrevista foram aplicados três instrumentos Questionários de Ideias dos Pais sobre Educação e Desenvolvimento de seus filhos (QIED); Questionário de Práticas Educativas (QPE); e a Escala de Conners para Pais, versão revista (forma reduzida). Deste modo foi possível proceder à realização de três estudos: análise dos processos hospitalares; estudo das Ideias e Práticas Parentais sobre Desenvolvimento e Educação; e, avaliação pelas mães dos Problemas Cognitivos/Desatenção, da Actividade Motora e da PHDA.

Resultados: Os três estudos permitiram, na sua globalidade, confirmar o diagnóstico de PHDA nas crianças seleccionadas e conhecer as ideias e práticas educativas das mães. Verificou-se uma prevalência de crianças do sexo masculino, dado consonante com a revisão bibliográfica, e uma elevada percentagem de crianças prematuras. As mães das crianças com PHDA revelaram-se mães paradoxais segundo a revisão elaborada da literatura. Os três índices estudados (problemas cognitivos/desatenção; actividade motora e PHDA) apresentaram maior prevalência no nível marcadamente atípico.

Conclusões: É fundamental criar estratégias preventivas para a PHDA, baseadas no normal desenvolvimento das crianças e na forma dos progenitores gerirem a sua educação. As crianças prematuras devem dispor de um acompanhamento direccionado para a prevenção dos comportamentos disruptivos típicos da PHDA, sendo fundamental para as crianças do sexo masculino. Verificou-se que as equipas de saúde dispõem de um papel privilegiado no desempenho das funções de promoção de saúde por serem uma referência para as mães em termos de aprendizagem.

Palavras-chave: Ideias e Práticas Parentais; PHDA.

Abstract

The aim of the present work is to ally two different areas of investigation: the study of ideas and parental practices, and the study of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

Aim: To understand the ideas and the parental practices of mothers with children with the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Method: The sample is formed by 30 mothers of children diagnosed with ADHD on the Centre of Infantile Development at the Hospital of Faro E.P.E., where the sample was collected. At the moment of the interview, three instruments had been applied: Questionnaires of Ideas of the Parents on Education and Development of its children; Educational Practises Questionnaire, and the Conners' Scale for Parents, reviewed version (reduce form). Therefore, it was possible to proceed to three studies: analysis of hospital files; the Parental Practices study and Educational Development Ideas, and assessment of cognitive problems/inattention; motor activity and ADHD by mothers.

Results: The three studies had allowed, globally, to confirm the ADHD diagnosis in the selected children and to understand the educative practical ideas of their mothers. About the selected children it is important to say that there were more boys than girls (fact that is in accordance with anterior studies), and a high prevalence of premature children. Concerning to the mothers who participated in the study, they can be characterized as paradoxical, also according to the literature revision. Concerning to the 3 studied aspects (cognitive problems/inattention; motor activity and ADHD), we must say that were more prevalent at the higher atypical level.

Conclusions: It is crucial to create preventive strategies for ADHD, based on the normal development of the children and on the way parents manage their education. Premature children must be closely followed to make the prevention of the disruptive behaviours typical in ADHD possible (with more attention to boys). It was verified that health teams have a privileged role in the performance of health promotion, as they are a reference for the mothers in terms of learning.

Key-Words: Parental Ideas and Practises; ADHD.

ÍNDICE

Introdução	1
Capítulo 1 – Ideias e práticas parentais	4
1.1 O conceito de ideias e práticas parentais	4
1.2 A parentalidade	7
1.3 A diferença de papéis maternal e paternal	10
1.4 Os estilos educativos parentais	12
Capítulo 2 – A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA)	16
2.1 Evolução histórica do conceito	16
2.2 Factores de risco psicossocial associados	22
2.3 A propósito da medicação	28
Capítulo 3 - Estudo 1: Análise dos processos hospitalares	32
3.1 Objectivos	33
3.2 Método	33
3.2.1 Sujeitos	33
3.2.2 Instrumentos	34
3.2.3 Procedimento	34
3.3 Resultados	34
3.3.1 Antecedentes pessoais	34
3.3.2 Antecedentes familiares	36
3.3.3 Consultas hospitalares	37
3.4 Discussão	39

Capítulo 4 – Estudo 2: Ideias e Práticas Parentais sobre Desenvolvimento e Educação	
	43
4.1 Objectivos	43
4.2 Método	44
4.2.1 Sujeitos	44
4.2.2 Instrumentos	44
4.2.3 Procedimento	45
4.3 Resultados	46
4.3.1 Fontes e necessidade de informação sobre desenvolvimento e educação	46
4.3.2 Ideias sobre o calendário evolutivo	47
4.3.3 Causas e origens das diferenças individuais	49
4.3.4 Capacidade percebida para influenciar o desenvolvimento	51
4.3.5 Atribuições de comportamento	52
4.3.6 Práticas de estimulação cognitivo-linguísticas	53
4.3.7 Valores, aspirações e expectativas	55
4.3.8 Papel do pai	57
4.3.9 Ideias sobre a escolarização	58
4.3.10 Práticas de educação	59
4.3.11 Sono	66
4.3.12 Prevenção de acidentes	67
4.3.13 Cuidados gerais	68
4.3.14 Tratamento de problemas de saúde banais	69
4.4 Discussão	69
Capítulo 5 – Estudo 3: Avaliação pelas mães dos Problemas Cognitivos/Desatenção, da Actividade Motora e da PHDA	78
5.1 Objectivos	78

5.2 Método	79
5.2.1 Sujeitos	79
5.2.2 Instrumentos	79
5.2.3 Procedimento	81
5.2.4 Resultados	82
5.3 Discussão	88
Capítulo 6 - Conclusões gerais	93
Referências Bibliográficas	97
Anexos	100
Anexo A – Ficha de recolha dos dados dos processos hospitalares.	
Anexo B - Questionário de Ideias dos Pais sobre Educação e Desenvolvimento de seus filhos (QIED).	
Anexo C – Questionário de Práticas Educativas dos Pais (QPE).	
Anexo D – Escala de Connors para Pais - versão revista (forma reduzida).	
Anexo E - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (APA, DSM-IV-TR, 2006).	

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Prevalências encontradas de crianças com diagnóstico de PHDA	20
Tabela 2 - Distribuição das semanas de gestação	35
Tabela 3 – Temas explorados no QIED	45
Tabela 4 – Temas explorados no QPE	45
Tabela 5 - A que idade as mães julgam que os filhos começam a...	48
Tabela 6 - Teste do Qui-Quadrado entre o nível de escolaridade das mães e timidez/extroversão inata/não inata	50
Tabela 7 – Distribuição dos cuidados ao filho entre o casal	57
Tabela 8 – Distribuição das actividades de tempos livres das crianças	65
Tabela 9 – Necessidade média de sono na criança	66
Tabela 10 – Distribuição das crianças de acordo com as horas de sono e o facto de estarem ou não medicadas	66
Tabela 11 – Tipologia das mães da nossa amostra segundo a tipologia de Palacios e Rodrigo	77
Tabela 12 – Distribuição das crianças medicadas segundo o índice de PHDA	83
Tabela 13 - Distribuição das crianças medicadas segundo o índice de Excesso de Actividade Motora	83
Tabela 14 - Distribuição das crianças medicadas segundo o índice de Problemas Cognitivos/Desatenção	84
Tabela 15 - Teste t de Student para os três índices por sexo	84
Tabela 16 - Correlações de Pearson entre a idade e os três índices	85
Tabela 17 – Correlações de Spearman entre o “Tempo de gestação”, o “Peso à nascença” e o valor de “Apgar ao primeiro minuto” e os três índices	86
Tabela 18 – Correlações de Spearman entre o “Número de horas de sono” e os três índices	87
Tabela 19 - Índice Excesso de Actividade Motora	87

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo dos determinantes do comportamento parental	14
Figura 2 – Evolução do actual conceito de PHDA na literatura americana	18
Figura 3 – Observações na história clínica das crianças	36
Figura 4 – Frequências do grau de escolaridade dos progenitores	36
Figura 5 – Frequências quanto à ocupação dos progenitores	37
Figura 6 – Encaminhamentos realizados na Consulta de Desenvolvimento	38
Figura 7 – Exames Complementares de Diagnóstico	39
Figura 8 – Fontes de informação das mães	47
Figura 9 – Atribuição causal sobre as diferenças interindividuais	49
Figura 10 – Capacidade percebida pelas mães de influenciar o desenvolvimento	51
Figura 11 – Motivos de medo das crianças	52
Figura 12 – Motivos de alegria das crianças	53
Figura 13 – Estratégias precoces para promover sucesso escolar	54
Figura 14 – Estratégias de promoção do sucesso escolar	55
Figura 15 – Preferência acerca da relação de dependência com os filhos	56
Figura 16 – Frequências de sonhos e expectativas reais	56
Figura 17 – Frequências sobre aspirações e expectativas profissionais reais	57
Figura 18 – Opinião das mães sobre quem deve prestar os cuidados	58
Figura 19 – Estratégias adoptadas para acalmar o bebé	59
Figura 20 – Estratégias de evitamento de ciúmes por parte das mães	62
Figura 21 – Importância atribuída às relações sociais da criança	62
Figura 22 – Reacção das mães a comportamentos desajustados	63
Figura 23 – Frequência de intervenções realizadas para prevenir acidentes	68
Figura 24 – Procedimentos frente a problemas de saúde banais	69
Figura 25 – Distribuição da frequências dos índices	82
Figura 26 - Algoritmo clínico do diagnóstico da PHDA segundo AAP	90

Introdução

A importância de estudar as ideias e práticas parentais confirma-se pela via empírica, em que se verifica a repercussão que delas advém na educação e criação das crianças, bem como no seu desenvolvimento.

Aliar o estudo das ideias e práticas parentais ao estudo da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA)¹, comumente designada por hiperactividade, pareceu-nos pertinente tendo em conta as controvérsias geradas por esta patologia em relação à sua génese (biológica versus educativa), e à sua manutenção (medicar ou não medicar).

Assim, começámos por delimitar aquilo que são ideias e práticas parentais, caracterizando a noção de parentalidade, as diferenças de papéis entre mãe e pai, e descrevendo as inerentes implicações no desenvolvimento das crianças. Procurámos, deste modo, reunir uma base teórica para podermos entrar no domínio de estudo da PHDA em particular e centramo-nos no objectivo principal do nosso trabalho - conhecer as ideias e práticas parentais de mães de crianças com diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção.

O domínio de estudo da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção encontra-se, como já referimos, desde o início envolto em diversas controvérsias, sobretudo sobre a génese desta perturbação. Deste modo, no capítulo sobre esta temática, procurámos analisar as diferentes posições teóricas sobre o assunto. Primeiramente realizámos uma revisão da literatura sobre o conceito de PHDA, pretendendo desfazer o mito de se tratar somente de uma doença da moda, ao explicitar as suas raízes históricas enquanto diagnóstico clínico. Depois analisámos o conjunto de factores de risco psicossocial associados e as suas questões concorrentes. Finalizámos com a discussão sobre a medicação e sobre os factores

¹ Optámos por, ao longo de todo o trabalho, utilizar a designação de PHDA por ser o diagnóstico do actual manual de classificação das perturbações mentais, aprovado pela Associação Americana de Psicologia (APA, DSM-IV-TR, 2006).

educativos como agravantes e/ou despoletadores da perturbação. Convém, no entanto, salvaguardar que não somos defensores de uma posição teórica partidária, ou seja, acreditamos que a génese da PHDA se encontra muito além de concepções reducionistas que a concebiam como resultante de um único tipo de factores. Uma concepção sistémica e integrativa parece-nos a mais completa.

O trabalho encontra-se organizado em seis capítulos, respeitando os dois primeiros à fundamentação teórica já enunciada. Os capítulos três, quatro e cinco dizem respeito aos três estudos em que a investigação se dividiu.

O primeiro estudo, terceiro capítulo, consistiu na apreciação dos processos hospitalares, tendo sido realizada a análise descritiva de todos os dados da ficha elaborada pela autora sobre os antecedentes pessoais, familiares, e consultas hospitalares de cada criança. Pretendeu-se deste modo obter a história clínica das crianças, bem como a sua história familiar. Este conhecimento permitiu caracterizar o desenvolvimento das crianças estudadas. Em relação às consultas hospitalares foi analisada a introdução de fármacos inibitórios da PHDA, bem como a percepção da sua eficácia.

O segundo estudo, correspondente ao quarto capítulo, foi intitulado “Estudo das Ideias e Práticas Parentais sobre Desenvolvimento e Educação” e abarcou a análise das respostas das mães aos dois questionários aplicados, sendo também realizado o cruzamento dos dados com alguns dos resultados do estudo 1.

O terceiro estudo, quinto capítulo, consistiu na avaliação pelas mães dos Problemas Cognitivos/Desatenção, da Actividade Motora e da PHDA, baseando-se na aplicação das Escala de Conners, mas permitindo a realização de uma análise estatística e inferencial com os dados dos estudos anteriores.

O sexto e último capítulo apresenta as conclusões gerais relativas aos estudos efectuados, que pretendem, de forma global, enquadrar os resultados na revisão teórica elaborada. São também apontadas as limitações da investigação, bem como

os seus contributos, e apresentadas sugestões para futuros trabalhos de investigação que permitam complementá-lo.

Acrescentemos que não é nossa intenção neste trabalho procurar estabelecer relações causais entre práticas educativas e diagnóstico de PHDA. Foi nosso objectivo conhecer as ideias e práticas educativas de mães de crianças com este diagnóstico para podermos reflectir sobre as suas implicações. Consideramos que é fundamental perceber melhor estas mães, as suas dúvidas e os seus anseios, para que possamos centrar a nossa intervenção junto destas, e de todas as futuras mães, de um modo mais efectivo na prevenção de psicopatologia e promoção da saúde.

1

Ideias e Práticas Parentais

Falar de ideias e práticas parentais é primeiro que tudo falar de pais. Contudo, nem sempre as suas ideias e os seus princípios de educação foram considerados no campo da investigação. Até inícios da década de 1980 a investigação sobre a evolução e o desenvolvimento das crianças explorava de forma insuficiente o pensamento e a conduta dos progenitores. Por conseguinte, concluía-se que os pais não tinham opinião formada em relação aos seus filhos, nem expectativas acerca do seu calendário evolutivo, não questionando as suas actuações, e estando completamente desprovidos de crenças respeitantes à criação e educação das crianças. Somente durante a década de oitenta estes aspectos começaram a ganhar terreno no campo da investigação, sendo criada a grande temática de estudo sobre as ideias dos pais acerca do desenvolvimento e educação dos seus filhos (Palacios & Rodrigo, 1998).

O presente capítulo irá assim caracterizar o conceito de ideias e práticas parentais, criando o enquadramento teórico necessário à compreensão da parentalidade, das diferenças de papéis entre mães e pais, para uma posterior análise da implicação destes factores na génese e manutenção da PHDA.

1.1 O conceito de ideias e práticas parentais

Na literatura encontramos vários conceitos para designar o que pensam os pais sobre o desenvolvimento e a educação dos filhos. A este propósito, Nunes (2004) realizou uma revisão sobre os diferentes termos utilizados: representações sociais;

crenças ou sistemas de crenças; teorias implícitas; ideias; etnoteorias parentais; ou ideologias familiares.

Todavia, independentemente do conceito escolhido, a noção subjacente é que estamos sempre a referir um conjunto de conteúdos, conhecimentos, suposições e inferências, valores ou aspirações, expectativas, atitudes e atribuições que os pais possuem (Palacios, 1987, cit. por Nunes, 2004).

O interesse em estudar as ideias evolutivo-educativas dos pais prende-se com o facto de que estas se relacionam com a conduta e as práticas educativas, e com o próprio desenvolvimento infantil. No entanto, trata-se de uma hipótese mais fácil de argumentar do que de demonstrar. Não porque se trate de uma relação inexistente, mas pela sua complexidade, que não permite o estabelecimento de relações causais directas entre uma determinada ideia e uma conduta, e, consecutivamente, um determinado aspecto do desenvolvimento (Palacios & Rodrigo, 1998).

Um aspecto que reforça a convicção de que as ideias dos pais se repercutem na conduta dos filhos é a constatação das diferenças culturais, uma vez que cada cultura estimula as suas crianças de acordo com os seus sistemas de vida, os seus valores e metas, bem como as suas próprias ideias sobre o calendário evolutivo (Palacios & Rodrigo, 1998). A cultura é o processo de atribuição de significado aos comportamentos e acontecimentos, determinado pelos contextos e sistemas em que cada indivíduo se insere (Timini, 2005).

Ainda na barriga da mãe o bebé começa a sofrer influências do meio que o circunda tanto nos aspectos biológicos como psicossociais, ele nasce pertença de um sistema. Por conseguinte, convém lembrar Bronfenbrenner (1987) e os seus conceitos de microsistema, mesosistema, exosistema e macrosistema, a fim de compreendermos a inserção da criança e dos pais nos diferentes sistemas a que pertencem. O microsistema é definido como o conjunto de relações entre o sujeito e o seu ambiente mais próximo, englobando deste modo a família. O mesosistema é constituído pelo conjunto de relações entre dois ou mais microsistemas. O exosistema

inclui as estruturas sociais formais e informais que influenciam o ambiente mais próximo. Por último, o macrosistema, inclui todos os anteriores, e é composto pelos valores culturais, e pelas ideologias e acontecimentos históricos que definem a comunidade em que se vive num sentido amplo.

As diferentes investigações nesta área têm trazido diversas tipologias úteis no entendimento das relações pais-filhos, e na subsequente análise das interações das ideias dos pais e comportamento/desenvolvimento dos filhos. Vejamos em seguida algumas dessas contribuições.

Palacios e Rodrigo (1998) falam-nos, no seu livro sobre Família e Desenvolvimento Humano, da identificação de distintas ideologias familiares, que correspondem a três tipos de pais diferentes:

1. Modernos – são aqueles que põem em prática com os seus filhos formas de relação e interação mais ricas e estimulantes; a riqueza e adequação da estimulação definem-se não por utilizarem sempre estratégias elaboradas e complexas, mas por ajustarem o nível de exigências de cada situação interactiva ao nível de desenvolvimento de cada criança.
2. Tradicionais – caracterizam-se por práticas educativas menos estimulantes para o desenvolvimento cognitivo-linguístico, interações que não são sintonizadas com as necessidades e capacidades de cada criança.
3. Paradoxais – correspondem ao tipo de pais que oscilam entre as duas tipologias anteriores. Recorrem a uma variedade de estimulação que os aproxima dos pais modernos, mas sem saber adequar ao nível de desenvolvimento próprio de cada criança, facto que os torna semelhantes aos pais tradicionais.

Por inerência, a percepção das crianças do seu próprio comportamento será co-determinada pelo tipo de atribuição de significado da parte dos pais, modelando desta forma as suas experiências, comportamentos e traços característicos (Brazelton & Cramer, 2001).

Em relação às concepções dos pais sobre a infância, é de referir os estudos da Universidade de Laguna (Triana e Rodrigo, 1985; Triana, 1991; Triana, 1993, cit. por Nunes 2004) em que se identificaram quatro teorias implícitas das ideias dos pais sobre desenvolvimento e educação infantis:

- Inatista, que atribui um papel predominante aos aspectos hereditários e um papel passivo aos pais e ao ambiente no desenvolvimento das crianças;

- Ambientalista, que atribui um papel predominante aos factores ambientais e à influência dos pais no desenvolvimento dos seus filhos;

- Nurturista, que enfatiza a importância da saúde e da alimentação no desenvolvimento;

- Construtivista, que considera a criança como construtora do seu desenvolvimento através das suas experiências e interações com o meio físico e social.

Esta categorização não implica que os pais desconheçam os princípios das diferentes posições, mas revela uma tendência acentuada para determinada posição.

Dentro do domínio das ideias dos pais têm-se realizado diversas investigações, sendo que os temas mais aprofundados são a natureza das crianças e os factores que a influenciam; o calendário evolutivo; as metas; os valores; as estratégias educativas; e as concepções sobre aprendizagem (Nunes, 2004).

1.2 A parentalidade

Com o nascimento do primeiro filho a estrutura familiar altera-se, sendo atingida uma nova etapa do ciclo de vida da família. O sub-sistema conjugal (formado pelo casal) necessita a partir desse momento de se diferenciar para desempenhar as tarefas de educação e socialização de uma criança, sem perder o apoio mútuo, chave da relação do casal. À medida que a criança cresce, as exigências de desenvolvimento vão sendo cada vez maiores para os pais, impondo alterações no sub-sistema parental que vão diferindo em função da idade dos filhos (Minuchin,

1982). O tempo activo da parentalidade terminará somente com a saída dos filhos de casa, e será necessário cumprir muitas tarefas até ser atingida essa etapa (Alarcão, 2000). Desempenhar o papel de pai e/ou de mãe implica uma disponibilidade para com um outro ser, que se nos primeiros tempos é completamente dependente para sobreviver, com o crescimento começa a exigir que lhe seja concedido o espaço de autonomia e separação, essencial à constituição de um indivíduo independente e autónomo.

Sampaio (2006) perfilha uma perspectiva de desenvolvimento em que as perturbações das relações de vinculação são entendidas como factor de risco para o aparecimento de patologia subsequente. Não se tratando de uma perspectiva fatalista, coloca em foque a importância crucial do período da infância (nomeadamente a relação pais-filhos que se estabelece) para o surgimento de psicopatologia em estadios mais avançados. No seu trabalho clínico com adolescentes que enfrentam dificuldades relacionais, Sampaio tem vindo a aperceber-se que por detrás destes se encontram pais que assumem a existência de um período de hiperprotecção infantil, com ausência de regras e de limites, em que houve um completo domínio da criança sobre a vida familiar.

Entre as crenças base de um sujeito e o desencadear do processo parental estabelece-se uma interacção, determinada por toda a história de vida do indivíduo e pelo meio em que se insere. Todo o indivíduo ao longo do seu crescimento foi criando um conjunto de ideias sobre a parentalidade, bem como sobre a evolução e crescimento das crianças, que, no momento em que se torna progenitor, são trazidas ao plano da acção.

De acordo com os trabalhos de Moreno (1991, cit. por Palacios & Rodrigo, 1998) e Hidalgo (1994, cit. por Palacios & Rodrigo, 1998) que analisaram longitudinalmente a estabilidade e a mudança das ideias dos indivíduos sobre educação e desenvolvimento antes e depois de se tornarem pais, constatou-se que a estabilidade predomina sobre a mudança. A transição para a paternidade intensifica a

definição de ideias naqueles que as possuíam menos definidas; predomina a estabilidade ao longo do tempo, tendendo mesmo para a acentuação; e nos casos em que há alteração a transição dá-se para um padrão paradoxal.

As características pessoais dos pais que podem explicar a sua transição para a paternidade são: o género, ser mãe ou pai é diferente como veremos em seguida; a idade, uma vez que está associada com a fase do ciclo de vida que está a decorrer; a personalidade, verificando-se que a maturidade e a estabilidade emocional facilitam a adaptação de homens e mulheres à paternidade; as ideias educativo-evolutivas, conceito que temos vindo a analisar; as características da relação do casal, uma relação boa, anterior ao nascimento do filho, parecem ser o melhor predictor da continuação de uma relação satisfatória; e as características da própria criança/bebé. A rede social e o apoio disponível apresentam-se como outro factor importante na transição para a paternidade (Palacios & Rodrigo, 1998).

Os papéis parentais começam a ser treinados na infância, quando, por identificação aos pais, a criança exerce o papel parental, através de um processo de imitação e de uma forma lúdica, utilizando as representações que vive no quotidiano da sua relação com os progenitores (Bayle & Martinet, 2008).

Deste modo, cada um dos pais traz consigo o modelo de parentalidade que construiu na sua família de origem, que condensa e reorganiza dois modelos parentais, o maternal e o parental, aprendidos e triangulados na infância (Alarcão, 2000). Assim, quando nasce, uma criança é à partida portadora de uma herança genética que a vai condicionar ao longo do seu crescimento, mas é também descendência de dois indivíduos oriundos de duas famílias carregadas de “heranças” diferentes.

Biddulph (2003) refere que na escola ninguém nos ensinou a ser pais, mas todos tivemos um exemplo em que nos pudemos apoiar: o dos nossos pais.

Brazelton e Cramer (2001) referem que é frequente os pais tentarem estabelecer com os filhos um tipo de relacionamento exactamente oposto ao que

tiveram com seus pais, porque encaram os seus pais como disciplinadores, acabando por não impor limites ou frustrações na relação com o filho. A primeira fantasia da maioria dos futuros pais consiste em evitarem as lutas travadas na própria infância e tornarem-se pais perfeitos.

Também Freud (1905, cit. por Canavarro, 1999) se debruçou sobre este tema. Nos Três ensaios sobre a teoria da sexualidade considerou como premissa básica que a atitude parental “normal” é afectuosa. Acrescentando que, se as necessidades emocionais dos pais não forem de alguma forma satisfeitas na própria infância, as mesmas serão transportadas para o próprio comportamento parental, resultando em comportamentos típicos de rejeição ou sobreprotecção.

A Psicologia Social contribuiu também nos primórdios dos estudos sobre os comportamentos parentais, focando-se no conceito de atitude, para explicar o filtro que indirectamente afectaria o comportamento parental e se reflectiria no comportamento dos filhos. Foram estes estudos que vieram dar origem, décadas mais tarde, a alguns Movimentos de Educação de Pais que visam fornecer informação, promover o debate e, por esta via, alcançar a modificação de atitudes parentais que contribuam para o desenvolvimento desajustado das crianças (Canavarro, 1999).

1.3 A diferença de papéis maternal e paternal

A gravidez oferece à mãe um papel primordial junto do bebé que dentro dela se gera. Como consequência, desde sempre, a maternidade e o seu desempenho têm sido um grande tema de interesse e estudo para médicos, psicólogos e outros teóricos.

Durante a gravidez, a mãe dá início à sua relação com o bebé. A maternidade vai consolidar-se ao longo das quarenta semanas que dura uma gravidez de termo, e nesse tempo a mulher imagina o seu papel de mãe, reflecte sobre as tarefas necessárias à prestação de cuidados, prepara a vinda do seu bebé. Os factores psicológicos, ligados essencialmente ao seu passado infantil e à vivência da gravidez,

vão emergir e irão desenvolver, ou impedir, as competências maternas (Bayle & Martinet, 2008).

A partir do nascimento, bebé e mãe interagem complementarmente em sequências comunicacionais marcadas por sucessivos *feed-backs* que conduzem ao equilíbrio desejado ou desejável, e que pode ser afectado quer por excesso quer por défice de estimulação (Sá, 1997).

Mas, não é só a mulher que precisa de se ajustar à gravidez e à criança. Também o pai necessita de realizar ajustamentos à nova realidade. Também a sua mente se invade de dúvidas, que passam muitas vezes por questionar-se se será um bom chefe de família, se será capaz de conciliar a vida profissional para ser um bom pai e um marido forte e digno de confiança, um turbilhão de questões que o ajuda a preparar-se para uma nova identidade (Brazelton & Cramer, 2001).

O papel do homem nos últimos anos têm vindo a mudar dentro da família. Nos anos sessenta encontrava-se ainda longe da educação quotidiana dos filhos, sendo a partir dos anos oitenta que se começa a envolver de forma mais voluntária. Consequentemente, as suas funções de parentalidade têm vindo a sofrer grandes alterações na mesma medida em que o seu papel se vai alterando (Bayle & Martinet, 2008).

O pai, o homem, o masculino, possui um papel importante junto do bebé, ele é um sujeito diferente da mãe, sendo fundamental a sua presença desde os primeiros tempos de vida do bebé. Segundo Hurstel (1985, cit. por Bayle & Martinet 2008) “a paternidade são os cuidados que um homem dá ao seu filho, ainda pequeno, segundo o modelo que é dado tradicionalmente pela mãe”, não sendo, no entanto, igual ao papel da mãe.

No entanto, é nos primórdios da relação pais-criança que mulher e homem mais se poderão distanciar, isto porque, enquanto a mulher não pode fugir aos factos inerentes à gravidez, os homens têm um vínculo menos efectivo no que respeita ao seu envolvimento. James Herzog, segundo Brazelton e Cramer (2001), classificou os

pais em dois grupos: os que estão sintonizados, que reconhecem os seus sentimentos perante a chegada de um filho, enfatizando e investindo no relacionamento com a mulher; e os que têm pouca consciência dos seus sentimentos, baralhando-se nos ciúmes que sentem pela mulher e pelo bebé.

Assim, compreende-se a suma importância da figura masculina, nomeadamente no apoio e fortificação da relação de casal, bem como a importância da sua presença desde sempre junto da mãe, no desempenho das funções de parentalidade (Brazelton, 1995; Cordeiro, 2008).

A investigação também tem procurado discriminar de forma mais evidente estas diferenças, revelando que é essencialmente no campo das interações espontâneas que mãe e pai mais se diferenciam. As mães procuram mais brincadeiras com objectos, e com muitos conteúdos verbais e cognitivos, enquanto os pais promovem jogos mais idiossincráticos e com abundante contacto físico (Palacios & Rodrigo, 1998).

1.4 Os estilos educativos parentais

Depois de analisadas as diferenças de papéis entre mães e pais, vejamos como ambos, na sua função global de parentalidade, apresentam diversos estilos educativos na relação que estabelecem com os seus filhos.

Nunes (2004) refere que os estilos educativos dos pais são muito importantes para o desenvolvimento social e afectivo da criança, porque são um determinante fundamental da comunicação e da conduta na família, influenciando a interiorização de normas, a aquisição de competências e a adaptação social das crianças.

O principal contributo dos vários estilos parentais deve-se à psicóloga americana Diana Baumrind, que iniciou os estudos sobre estas questões na década de 60, tendo aqueles sofrido alterações ao longo dos tempos. Para esta autora, o estilo parental diz respeito à forma como os pais se relacionam com os filhos, sobretudo antes, durante e depois do período da puberdade. Os estilos parentais

definem um padrão global de interação das duas gerações na família e são postos em acção por um conjunto de práticas educativas dos progenitores, no seu quotidiano com os filhos. O estilo parental cria um contexto, um determinado clima emocional, no qual se vão inserir determinadas actuações, as práticas parentais (Sampaio, 2006).

Segundo Sampaio (2006), Baumrind classificou os estilos parentais em quatro tipos fundamentais pais autoritários; pais democráticos²; pais permissivos; e pais rejeitantes-negligentes. O estilo autoritário caracteriza-se pela obediência e conformismo. Estes pais são muito exigentes e pouco compreensivos, os castigos são frequentes, as recompensas e os estímulos não abundam, a distância intergeracional é acentuada. Os pais democráticos encorajam desde sempre a autonomia, ouvem as opiniões dos filhos, mas sem que se descure o cumprimento das regras. A negociação e o compromisso são possíveis, mas os limites existem. Os pais permissivos são afectuosos e têm grande compreensividade, mas em regra são demasiado tolerantes e não conseguem estabelecer limites. Por último, os pais rejeitantes-negligentes não são exigentes nem manifestam compreensividade e não conseguem organizar-se, por várias razões, de modo a fornecerem cuidados e apoio continuado aos seus filhos.

As crianças educadas com um estilo autoritário mostram mais frequentemente ansiedade face à comparação social, iniciativa e competências comunicacionais fracas. Por oposição, as crianças educadas com um estilo parental democrático são mais frequentemente auto-confiantes e socialmente responsáveis e competentes. Os estilos permissivo e negligente³ associam-se a falta de auto-controlo e a competências sociais reduzidas (Santrock, 1998, cit. por Nunes, 2004).

Belsky (1984, cit. por Canavarro, 1999) organizou um modelo sobre os determinantes do comportamento parental, tendo partido de investigações sobre crianças mal-tratadas. Este autor, a propósito dos referidos estudos, concluiu que existe um contínuo de influência, em que os determinantes do comportamento parental

² Alguns autores, como Nunes (2004) traduzem-no por firme.

³ A autora refere uma reformulação dos estilos de Baumrind por MacCoby e Martín com utilização das dimensões controlo e afecto, em que se resumem quatro estilos: firme (ou democrático), autoritário, permissivo e negligente.

de abuso e negligência são também elementos importantes para o funcionamento parental dito normal.

No modelo de Belsky são três os determinantes principais do comportamento parental: as características da mãe/pai; as características da criança; e as características do contexto social.

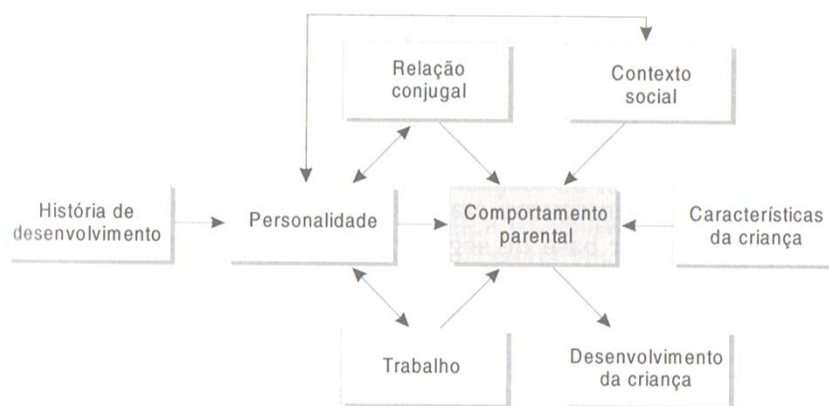


Figura 1 – Modelo dos determinantes do comportamento parental

(Fonte: Canavarro, 1999)

Como contexto social temos o destaque de Canavarro (1999), na sua apreciação do modelo de Belsky, para o apoio social de que os pais dispõem, como sendo um factor com importância assumida na delimitação do comportamento parental. Nós destacamos aqui também a importância das rotinas diárias, uma vez que, os contextos de vida quotidiana são apontados pela antropologia como um dos modos mais poderosos em que a cultura influencia o desenvolvimento infantil (Nunes, 2004).

Nunes (2004) refere-nos ainda que conhecer o número, diversidade e valor instrutivo das actividades quotidianas, a sua sequência e a participação dos adultos contribui para a compreensão de alguns problemas de comportamento como a hiperactividade (a problemática que pretendemos explorar neste trabalho), as

alterações de sono, ou o baixo rendimento escolar, e nos podem fornecer chaves valiosas para o campo da intervenção.

Em seguida, de forma a permitir encontrar algumas chaves para a intervenção junto de mães de crianças diagnosticadas com PHDA, entraremos no domínio desta mesma perturbação a fim de reunir o enquadramento teórico necessário à compreensão da investigação conduzida.

2

A Perturbação de Hiperactividade Com Défice de Atenção

Analisámos até ao momento a formação das ideias dos pais sobre o desenvolvimento e comportamento dos seus filhos, e descrevemos algumas das concepções em redor deste tema. Neste momento, pretendemos entrar no domínio da PHDA a fim de podermos estabelecer a ponte para a apresentação do nosso estudo através das questões teóricas levantadas.

2.1 Evolução histórica do conceito PHDA

Os problemas da atenção e da hiperactividade têm interessado inúmeros autores a nível mundial desde os finais do século XIX, início do século XX. O primeiro termo utilizado pela comunidade científica para descrever esta problemática era “instabilidade”, e a primeira descrição encontrada remonta a Henreich Hoffman, de nacionalidade alemã, em 1845 (Thomas & Willems, 2001).

Desde o início que a adequação do termo instável, para descrever crianças com este tipo de problemática, foi questionada, e ainda na década de 90 se discutia a sua utilização e adequação. A alternativa de categorização que se foi impondo na época foi a designação de irrequieto, por se revelar mais específico na caracterização do comportamento. Aquilo que se verifica é que ocorreu uma marcada evolução histórica na denominação destas alterações do comportamento, nomeadamente, na sua concepção enquanto sintoma ou síndrome. Curiosamente, verificou-se também uma distribuição geográfica de posições dominantes, tendo de um lado os investigadores franceses, do outro os investigadores norte-americanos, e ocupando uma posição intermédia os ingleses (Salgueiro, 1996). Saliente-se que estas

divergências sobre o diagnóstico, apontadas por Salgueiro em 1996, permanecem actuais e polémicas em pleno séc. XXI.

De forma genérica, considera-se que foram os escritos de Still, em 1902 na Grã-Bretanha, que iniciaram a “história” da hiperactividade (Bouvard, M.; Heuzey, M.; Mouren, M.; Abbou, H.; Bange, S.; Cortese, S.; et al., 2006), não obstante, os numerosos trabalhos publicados anteriormente, sobre casos isolados de crianças hiperactivas, em todo o mundo.

Numa série de conferências no Royal College of Physicians de Londres, Still analisou em detalhe os casos de 20 crianças, em que a maioria apresentava características daquilo que nomeamos, actualmente, como hiperactividade (agitação extrema, incapacidade de sustentar a atenção, insucesso escolar, mesmo na ausência de atraso mental, etc.). Estas crianças provinham sobretudo de famílias caóticas, mas uma proporção, não negligenciável, não se encaixava nessa categorização. Por conseguinte, de acordo com Still, e as teorias do darwinismo social em voga na época, estes sujeitos sofriam principalmente de uma “deficiência do controlo moral”, ou seja, tratava-se de crianças com total ausência de consideração pela autoridade e pelas ordens, mesmo nos casos em que tinham uma educação e uma disciplina que incutia seriamente a obediência (Bouvard et al., 2006). Segundo Lopes (2004), Still considerava que os défices de inibição volitiva de controlo moral possuíam origem neurológica (uma síndrome de desconexão cortical impedindo a inibição dos impulsos e dos comportamentos). Estas ideias fizeram de tal modo escola, que actualmente, os mais recentes modelos neuropsicológicos, neuroquímicos e neurobiológicos da Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção derivam destes princípios.

A hipótese de uma ligação entre comportamentos hiperactivos e lesões cerebrais viu-se reforçada pela epidemia de encefalite que se propagou por toda a Europa e Estados-Unidos em 1917-1918 (Bouvard et al., 2006), uma vez que, as crianças que sobreviviam à lesão cerebral apresentavam significativas sequelas

cognitivas e comportamentais, sendo estas últimas os sintomas daquilo que é hoje designado por PHDA (Lopes, 2004).

De acordo com Salgueiro (1996) e Lopes (2004), e de forma a facilitar a nossa compreensão da evolução histórica que a PHDA foi conhecendo ao longo dos tempos, salienta-se a derivação que o conceito teve na literatura americana que se encontra demonstrada na figura 2.

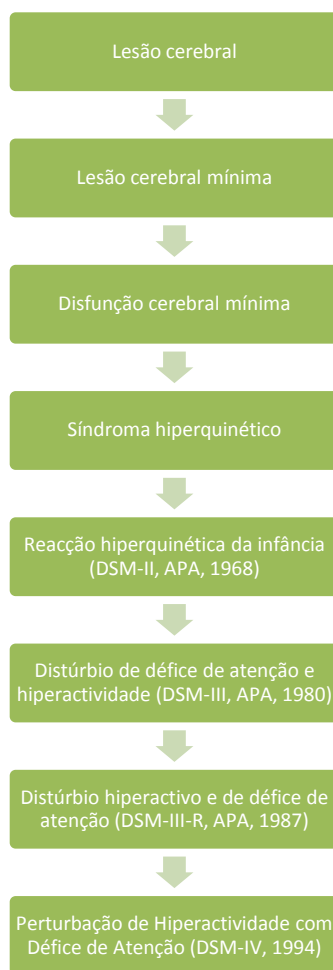


Figura 2 – Evolução do actual conceito de PHDA na literatura americana

O declínio do termo disfunção cerebral mínima coincidiu com um interesse crescente pela “síndrome da criança hiperactiva”, descrita por Laufer e Denhoff (1957, cit. por Bouvard et al., 2006) e Chess (1960, cit. por Bouvard et al., 2006), que sublinhava a importância do sintoma actividade motora excessiva como essencial, e a

agressividade, bem como a impulsividade, como características associadas. Esta perturbação seria devida a uma “hiperactividade psicológica”, mas podia igualmente ser associada a um atraso mental, a lesões cerebrais ou a uma esquizofrenia. A mudança conceptual e terminológica marcou uma viragem na história da PHDA, encorajando uma série de estudos clínicos e a construção de escalas de avaliação dos sintomas da hiperactividade, tendo também directamente influenciado a redacção da segunda edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais” da Associação Americana de Psiquiatria em 1968. Foi durante este período que a concepção de hiperactividade começou a divergir entre os Estados-Unidos e a Europa, particularmente a Grã-Bretanha. Nos Estados-Unidos a hiperactividade passa a ser encarada como uma síndrome comportamental relativamente frequente na infância, não obrigatoriamente associada a uma patologia cerebral objectiva. Pelo contrário, na Grã-Bretanha é defendida uma concepção muito mais estreita da perturbação, sendo vista como rara e associada a outros sinais de lesão cerebral, posição defendida até aos anos 80.

Enquanto os anos 60 haviam sido a idade de ouro da hiperactividade, os anos 70 ficaram marcados pela literatura abundante sobre os seus diferentes aspectos, com uma marcada importância atribuída ao défice de atenção (Bouvard et al., 2006), e o reforço da ideia de “origem educativa” (Lopes, 2004).

Os anos 80 tiveram o seu *boom* com a publicação dos critérios de diagnóstico da DSM-III e verifica-se nesta altura um esforço alargado de especificação dos critérios de diagnóstico. Na Europa o “Distúrbio Hiperactivo da Infância”, de acordo com os Critérios da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, continua a manter-se como referência, à excepção da Holanda e de alguns países nórdicos.

A década de 90 decorre com as investigações subsequentes às anteriores e chegados ao séc. XXI muito há ainda por explorar e consolidar. Muitas das dúvidas permanecem iguais aos primórdios da investigação, e os mais acérrimos valem-se de

dados epidemiológicos para consolidar as posições que defendem sobre a origem da PHDA ser ou não orgânica.

Nos dias de hoje, continuamos a verificar que em Inglaterra o número de crianças com este diagnóstico é assaz inferior ao encontrado nos Estados Unidos da América, sendo descrito como perturbações de conduta no primeiro caso (Bouvard, et al. 2006). Na Europa Ocidental e nos países da antiga União Soviética estas crianças são simplesmente designadas como indisciplinadas (Barkley, 2002). Para Barkley (2002) a aplicação destes rótulos perpetua a falta de consciência sobre a PHDA como um problema de carácter individual, uma vez que, se trata de uma doença neurologicamente determinada (com prováveis raízes genéticas) e encontrada no mundo inteiro. Estudos realizados em muitos países durante as duas últimas décadas verificaram que a PHDA existe em todos os países e grupos étnicos estudados até hoje (Barkley, 2002), existindo provavelmente um carácter “universal” para esta patologia (Bouvard, et al. 2006). Esses estudos produziram, por exemplo, os seguintes quadros de prevalência ilustrados na tabela 1.

Tabela 1 – Prevalências encontradas de crianças com diagnóstico de PHDA
(adaptado de Barkley, 2002).

País	Prevalência
Nova Zelândia	2-7%
Alemanha	4%
Índia	5-29%
China	6-9%
Japão	7-8%
Holanda	1-3% dos adolescentes (crianças não foram estudadas)
Brasil	5-6%

Podemos acrescentar que também existem referências em Portugal a estudos nesta área desde o início do séc. XX. António Aurélio da Costa Ferreira é um dos primeiros nomes, seguido do Professor Henrique Barahona Fernandes, Victor Fontes, e João dos Santos foram alguns dos investigadores portugueses que se iniciaram nos domínios da hiperactividade (Salgueiro, 1996).

Em Portugal, a evolução dos conceitos sobre instabilidade da criança sempre se aproximou da escola francesa. António Aurélio da Costa Ferreira é a referência mais longínqua que encontramos no domínio destas questões da médico-pedagogia no nosso país. No seu trabalho “Sobre umas provas de exame de atenção voluntária visual” (1916, cit. por Salgueiro, 1996) defende a importância da atenção na assimilação da matéria escolar, e acrescenta ser muito útil “conhecer os alunos debaixo do ponto de vista da atenção, descobrir anormais, medir a fadiga, julgar horários, programas, métodos de ensino, e até ensinar a estar atento”. No mesmo ano no trabalho “A agudeza visual e a auditiva debaixo do ponto de vista pedagógico”, o autor afirma: “A maneira por que o aluno se apresenta, a rapidez ou a lentidão na leitura do quadro optométrico, a maneira agitada ou pelo contrário, lenta e dócil por que se comporta, a precisão ou a indecisão na compreensão e execução das nossas ordens, tudo permite, com grande probabilidade de acerto, formar um juízo útil e necessário para o educador sobre o grau de emotividade, ou sobre a potencialidade nervosa de cada aluno, destrinchando particularmente os dois tipos de extremos, o do hipersténico, agitado, e o do hiposténico, tardo nas suas reacções” (Salgueiro, 1996). Constatamos, deste modo, que já em 1916, havia em Portugal uma ideia clara sobre a existência de crianças com actividade fora do dito normal. Para Salgueiro (1996) as descrições de Costa e Ferreira correspondem a crianças hiperactivas e hipoactivas respectivamente, tendo em conta, que para o autor pioneiro, se tratavam de variações do normal e não de casos patológicos.

Em 1938 temos o trabalho do Professor Henrique Barahona Fernandes, “Análise clínica dos síndromas hiper-cinéticos”, como mais um importante contributo

nesta área, em que o autor estabelece uma ligação entre os fenómenos motores e o psiquismo dos doentes, enfatizando a actividade lúdica da criança como modelo para certas hipercinésias do adulto. Barahona Fernandes considerava como essência dos “síndromas hipercinéticos” a emancipação desarmónica de mecanismos neuropsicológicos vitais (Salgueiro, 1996).

Victor Fontes (1948, in Schneeberger de Athayde, 1977, cit. por Salgueiro 1996) interessou-se pela instabilidade infantil, e procurou distinguir uma instabilidade predominantemente psíquica, de uma instabilidade motora (síndrome hipercinético). No primeiro caso os aspectos motores dever-se-iam a uma incapacidade inibitória, enquanto no segundo haveria uma maior necessidade de expressão por via motora.

Schneeberger de Athayde (1977, cit. por Salgueiro, 1996) considera difícil separar estes dois tipos de instabilidade, aproximando-os, no entanto, dos dois polos valorizados desde 1949 por Ajurriaguerra: o da instabilidade afectivo-caracterial e o da instabilidade sub-coreica. Acentua ainda o papel da falta de segurança sentida pela criança dentro da família, na psicogénese da instabilidade adquirida (por oposição à constitucional), de causa não orgânica.

João dos Santos também se interessou pela criança instável, e, no seu trabalho de 1969, “Ensaio de uma classificação nosológica para a psiquiatria infantil”, inclui o que designa por instabilidade neuromotora nos “Sintomas e síndromes reactivos” e, dentro destes, nos “Síndromes psicomotores do desenvolvimento”. Autor de cariz psicodinâmico defendia ser a instabilidade uma forma de reacção contra a ansiedade, e de surgir, muitas vezes, de um fundo de depressão. A instabilidade neuromotora seria um fenómeno normal e corrente nas crianças antes da idade escolar (Salgueiro, 1996).

2.2 Factores de risco psicossocial associados

Após a análise da evolução histórica do conceito verificámos que ainda subsistem na literatura científica discrepâncias nas definições da PHDA, existindo

definições que têm por base uma concepção neurológica/neuroquímica, e, por contraponto, outras que defendem a negação dessa raiz biológica. Não obstante, ponto consensual é a aceitação por todos da importância fulcral do ambiente psicossocial em que estas crianças se inserem.

O ambiente psicossocial de um indivíduo abarca todos os seus contextos de vida, família, rede social e a própria cultura em que está inserido. No primeiro capítulo analisámos a implicação destes factores no comportamento parental, e percebemos como a parentalidade está imbuída destas determinações. Neste momento, interessamo-nos relacionar todo o ambiente psicossocial com a própria definição de uma perturbação infantil, de que é exemplo a PHDA.

Começamos por abordar alguns pontos de concepção que enfocam a importância dos factores psicossociais. É sobretudo entre autores pertencentes e/ou herdeiros da corrente psicanalítica que encontramos os maiores defensores dos factores psicossociais como responsáveis pela emergência da PHDA (Timini, 2005).

Ajurriaguerra e Marcelli, segundo Paixão (2002), relacionam a síndrome de hiperactividade com uma estrutura familiar relativamente típica, mãe muito próxima da criança mascarando fantasmas agressivos, ou mesmo de morte; e pai ausente ou muito afastado, desqualificado pela mãe, ou por si próprio, na relação com o filho.

Salgueiro (1996) refere a existência de características particulares na família nuclear de crianças hiperactivas, são elas: mães inseguras e intrusivas com pouca adesão educativa, pais distantes/rejeitantes, multiplicidade de personagens e locais educativos, dando azo a ansiedades depressivas e persecutórias que se alternam incessantemente.

Para Schweizer e Prekop (2001) existem formas de hiperactividade inevitáveis, mas também uma forma evitável. As formas de hiperactividade inevitáveis serão as baseadas em disposições congénitas, e as que têm por base a hipercinesia, originada pelas condições de vida hostis em que a criança se vê inserida. Das condições de vida hostis fazem parte o excesso de estímulos, inassimiláveis pela criança, a velocidade e

superficialidade da vida actual das sociedades ocidentais, e as poucas capacidades que a criança tem para canalizar o seu impulso motor. A forma evitável terá por pressuposto que mesmo que a criança nasça com tendência para o comportamento hiperactivo, durante os 18 primeiros meses de vida esse comportamento pode ser atenuado, por se tratar da fase de maior plasticidade do cérebro humano. A atenuação será possível através de uma diversidade de estratégias educativas que promovam a estabilização do comportamento, bem como o controlo da impulsividade e foco da atenção.

Outros autores têm chamado a atenção para algumas incoerências na concepção da PHDA. De acordo com Garcia (2001), quando se compara um grupo de crianças hiperactivas, com grupos constituídos por crianças com problemas de comportamento, através de questionários aplicados a pais e a professores, verifica-se que existem apenas diferenças significativas, entre os grupos, no que toca aos antecedentes que se consideram serem causas responsáveis pelo problema. O que significa que não tem sido possível distinguir as crianças que detêm elevados níveis de hiperactividade das que pontuam elevadamente nas perturbações comportamentais, tendo por base os mesmos factores sociais e culturais, tais como, família numerosa, classe social, mãe com perturbações psiquiátricas, pais separados, etc.

Assim, de acordo com a linha de pensamento psicodinâmico, podemos argumentar que se nos colocarmos de um ponto de vista estritamente psicopatológico, a hiperactividade pode ser considerada como um sintoma susceptível de se integrar em múltiplas organizações: organizações de tipo depressivo, pré-psicótico ou desarmonias de evolução.

Esta tem sido a mais difícil resposta a ser dada no âmbito destes estudos. “Como distinguir a origem da manutenção?”; “Onde começa a síndrome?”. As investigações realizadas até ao momento poucas respostas conseguem apresentar, uma vez que as limitações metodológicas revelam-se fortemente impeditivas.

O estudo longitudinal conduzido por Velez (1989, cit. por Bouvard et al. 2006) corrobora a hipótese de que um acontecimento de vida difícil pode ser a origem de um estado clínico correspondente aos critérios de diagnóstico de uma PHDA, mas que essa situação na verdade se situa entre uma PHDA e um problema de adaptação. Concomitantemente, esse acontecimento de vida stressante pode estar na origem de um problema comórbido (em geral distúrbios de conduta ou de oposição) e vir a revelar uma PHDA pré-existente, contribuindo para a sua manutenção.

Deste modo, verificamos que o campo de investigação neste domínio tem sido penalizado pelas já abordadas controvérsias e pelas inerentes limitações metodológicas destas áreas. A ausência de grupos de controlo, a ausência de relatos retrospectivos, e a falta de diagnósticos diferenciais entre a hiperactividade e as perturbações do comportamento, têm sido as principais limitações às investigações neste domínio. Encontramos inúmeras referências a estudos sobre a hiperactividade, mas as conclusões a ser retiradas acabam no amontoado dos factores afectados por esta perturbação.

A propósito da implicação do estatuto sócio-económico citemos o estudo de Cadoret e Stewart (1991, cit. por Bouvard et al. 2006). Os autores estudaram os pais biológicos e adoptivos de crianças com diagnóstico de PHDA e demonstraram a existência de uma relação entre criminalidade e delinquência no pai biológico e a existência de uma personalidade anti-social na criança adoptada, unicamente quando o meio adoptivo era de baixo nível sócio-económico. O baixo nível sócio-económico não apresentava nenhuma influência sobre os resultados quando a criminalidade e a delinquência não eram encontradas no progenitor biológico.

No momento de extrapolação de resultados a cautela é fundamental, parecendo-nos por esse motivo serem necessários mais estudos neste domínio que tentem colocar hipóteses, tais como, a PHDA como resposta a depressão materna, como forma de sobrevivência a meios socialmente desfavorecidos; tentem determinar

a predominância ou não de determinados estilos educativos; e conhecer as ideias educativo-evolutivas destes pais.

Têm sido realizados diversos estudos sobre as consequências do diagnóstico de Hiperactividade no rendimento escolar e no comportamento social, em especial no período da adolescência (Barkley, 2002).

Segundo Garcia (2001), parece que existe alguma relação entre a hiperactividade nos primeiros anos de vida, os problemas sociais na adolescência, o alcoolismo e as perturbações psicológicas na vida adulta. No entanto, de acordo com este mesmo autor, aquilo que tem acontecido é que mais uma vez as investigações, conduzidas neste âmbito possuem defeitos metodológicos, que impedem o estabelecimento de conclusões definitivas.

Podemos também alegar que falta estudar de forma mais aprofundada o impacto de uma criança com PHDA na sua família, uma vez que na prática clínica se verifica a existência de uma forte componente de stresse emocional no discurso destes pais e familiares directos. Será a PHDA uma “criadora” de factores de risco psicossocial para o desencadear de outros problemas?

Uma das grandes críticas ao modelo de explicação da Hiperactividade como resultante de componentes biológicas tem sido feita por autores como Timini (2005) que defendem tratar-se de uma forma conveniente de explicação das sociedades ocidentais industrializadas. Deste modo, as crianças são vistas como um risco social quando não tratadas, e simultaneamente como vítimas por padecerem de um problema médico. Timini (2005) levanta também as questões culturais como fundamentais para esta análise, uma vez que elas variam de país para país, e também ao longo dos tempos. A cultura em que vivemos determina o que é ou não aceitável no comportamento de uma criança, logo define aquilo que constitui ou não uma perturbação infantil. A forma de conceber o comportamento das crianças necessita de ser adaptada à cultura em que vivem, não podendo ser feitas generalizações abusivas e incorrectas.

Em síntese, constata-se que todos enquadram a criança no seu meio, aceitando a importância do ambiente psicossocial a que a criança é exposta. Do lado contrário a Timini (2005), temos Barkley (2002), um forte defensor do modelo neuroquímico que acredita na descoberta de uma base genética para breve, mas que também faz enfoque nos seus trabalhos à importância do ambiente educativo, salientando a constatação de que todos os sintomas primários da PHDA se alteram, não apenas com o crescimento de uma criança, mas também conforme as situações.

As crianças que são hiperactivas em todos os contextos apresentam um prognóstico pior, uma vez que, o facto de todos os seus contextos de vida (família, escola e grupo de amigos) serem marcadamente afectados pelos seus comportamentos gera, com maior frequência, impactos negativos na própria criança. Por conseguinte, tornam-se mais vulneráveis e aumentam o risco de desenvolverem comportamentos anti-sociais (Garcia, 2001).

De acordo com Barkley (2002) as pesquisas actuais sugerem que 50-65% das crianças que apresentam PHDA continuam a apresentar sintomas quando atingem a idade adulta. Embora muitas delas possam trabalhar e ser auto-suficientes, o seu nível de instrução e o seu nível socioeconómico tendem a ser inferiores quando comparados com outros adultos sem história de PHDA, mesmo no caso de irmãos. O comportamento anti-social pode ser problemático, em cerca de 20-45% dos casos, indo até 25% os casos diagnosticados de adultos com perturbação de personalidade anti-social – padrão de comportamento anti-social que se inicia na adolescência. Apenas 10-20% das crianças com PHDA atingem a vida adulta sem diagnóstico psiquiátrico, com bons desempenhos e sem sintomas significativos da doença.

Todavia, realce-se que, mesmo entre crianças cujos problemas sejam tão severos para serem diagnosticadas como tendo uma PHDA, apenas metade virá a preservar esse diagnóstico na infância mais tardia ou na pré-adolescência, o que nos leva a constatar que a existência de sintomas aos 3/4 anos de idade não garante que

se manterá na idade adulta (Barkley, 2002). Tudo dependerá da envolvimento do caso em particular.

Aquilo que se verifica é que à medida que a criança cresce e entra no período de adolescência, o excesso de actividade motora diminui e passa a instalar-se uma impaciência, que se revela, sobretudo, por um estado de incómodo nas situações de exigência de competências no âmbito dos requisitos escolares e resultados académicos (Garcia, 2001).

A evolução da hiperactividade não se caracteriza por seguir uma linha uniforme ou específica. Não obstante o diagnóstico confirme a impulsividade, o insucesso escolar, os comportamentos anti-sociais e, muitas vezes a delinquência, parece claro que a tendência negativa de evolução do distúrbio relaciona-se de modo mais forte com factores pessoais, familiares e sociais, do que com a presença de hiperactividade nos primeiros anos de vida.

A hiperactividade permanente, um baixo coeficiente intelectual, alterações comportamentais, e problemas mentais nos pais, paralelamente a relações difíceis no âmbito familiar e escolar, contribuem para a evolução negativa da perturbação (Garcia, 2001). Este facto leva-nos a defender a intervenção no âmbito psicossocial, nomeadamente através do treino de competências sociais e estratégias de intervenção parental.

2.3 A propósito da medicação

Verificámos que, desde os seus inícios, o estudo da PHDA é marcado pela adopção de perspectivas diferentes, que infelizmente trazem implicações directas junto das crianças diagnosticadas e das suas famílias. A não existência de uma linha de pensamento única tem contribuído para a permanência de dúvidas e a criação de escudos relativamente às práticas pedagógicas. Por exemplo, pais que não queiram colocar em causa as práticas educativas, refugiar-se-ão na componente neuroquímica da perturbação, evitando responsabilidades e não assumindo o papel primordial que

desempenham junto dos seus filhos. Outros pais podem conduzir os seus filhos ao insucesso escolar por se recusarem determinantemente a autorizar a prescrição de medicação adequada à inibição da impulsividade e estimulação da atenção. Muitas das vezes os professores apelam também à medicação por não serem capazes, nem fazerem esse esforço, de controlar crianças com problemas neste âmbito. São, no entanto, os professores aqueles que se encontram em situação privilegiada para melhor discriminação dos sintomas manifestos no contexto escolar e das suas implicações no rendimento académico, pelo que o seu contributo no processo de avaliação e diagnóstico é essencial.

Barkley (2002) refere-nos que os estimulantes (sendo o metilfenidato aquele que mais é usado em Portugal nas suas diferentes formas comerciais), têm-se mostrado, nos inúmeros estudos realizados, bastante eficazes na melhora do comportamento, desempenho académico e ajustamento social para aproximadamente 50 a 95% das crianças com PHDA. No entanto, este mesmo autor alerta que os medicamentos não ajudam todas as crianças, sendo importante avaliar a existência de comorbilidade com outras patologias. Barkley também refere que a medicação não deverá ser a única forma de terapia, devendo sempre ser conciliada com outros tratamentos educacionais e psicológicos.

Um estudo de monografia em Portugal procurou observar os efeitos do início da medicação com metilfenidato sobre as relações familiares de crianças hiperactivas até então não medicadas. A análise feita revelou que a terapêutica farmacológica não é o único agente a ter efeito sobre a hiperactividade da criança, a sua evolução e a respectiva percepção e vivência feita pelos pais. A autora depreende que existirá um papel de peso dos factores relacionais na evolução de uma criança hiperactiva e na sua dinâmica familiar (Batata, 2006).

Abordar o tema da medicação nesta área implica comentar a forma como numerosas vezes é prescrita nos serviços de Saúde do nosso país. Usualmente a medicação é considerada adequada quando a criança apresenta um resultado de dois

desvios padrão nas Escalas de Conners⁴ (em muitos casos versões não adaptadas à população portuguesa) nas duas versões (para pais e para professores). Ora, aquilo que, infelizmente, constatamos é que este procedimento basta para a realização de um diagnóstico e se medicar uma criança, facto que não podemos deixar de criticar. Uma suspeita de PHDA deve ser sempre alvo de uma avaliação rigorosa, realizada por uma equipa multidisciplinar, e nunca esquecendo a envolvimento dos progenitores.

Os estimulantes são medicamentos administrados na maioria das vezes por via oral, são absorvidos rapidamente pela corrente sanguínea e cruzam a barreira para o cérebro rápida e facilmente. São eliminados do organismo no espaço temporal de 24 horas (Barkley, 2002).

Acerca dos efeitos da medicação, numerosas dúvidas e críticas se levantam. Um grande número de pais questiona a prescrição após a leitura da bula destes medicamentos, em especial devido às advertências em relação ao seu uso e à descrição de efeitos secundários possíveis. Barkley (2002) refere que existem muitos efeitos colaterais que as crianças podem experimentar, mas que na maioria se revela mínima. Certo é que se verifica uma diminuição do apetite, devendo existir por parte dos pais uma especial atenção ao domínio da alimentação quando a criança se encontra medicada; um aumento mínimo da frequência cardíaca e da pressão sanguínea; um aumento da actividade eléctrica cerebral; insónia; e um acréscimo de possibilidade de ocorrência de tiques, que deverá levar à inibição do tratamento medicamentoso.

Batata (2006) registou a existência de melhorias a nível académico com a introdução da medicação (metilfenidato), mas constatou a permanência das mesmas características psico-afectivas nas crianças ao fim de três meses de medicação.

Uma das soluções largamente difundida como alternativa válida ao uso de medicação estimulante como a Ritalina (metilfenidato) passa pela alteração dos hábitos nutricionais. Encontrámos no livro “The remarkable nutritional treatment for

⁴ Instrumento de despiste da PHDA

ADHD, dyslexia and dyspraxia” (2002) de Jacqueline Nicholl a defesa do uso continuado dos ácidos gordos de longas cadeias polissaturados (LCPs) na dieta alimentar, como alternativa válida para o uso de medicação estimulante como a Ritalina. A autora apresenta a nutrição como um factor ambiental capaz de surtir efeitos positivos igualáveis aos da medicação, sendo esta sua defesa consequência da sua posição crítica face ao uso da Ritalina, alegando o desconhecimento sobre os seus efeitos a longo prazo. Acrescentemos que estas posições são seguidoras da aceitação de uma predisposição biológica para a existência da PHDA.

A contraposição ao argumento do desconhecimento dos efeitos a longo prazo é argumentada mais uma vez por Barkley (2002) que alega que o uso de estimulantes é vigente desde há 30 a 60 anos, incluindo na medicação de crianças, e a não existência de efeitos colaterais significativos relatados, quer pelas indústrias farmacêuticas quer pela entidade que regula esta área nos Estados Unidos da América, a Food and Drugs Administration.

Em seguida apresentamos os três estudos realizados, apresentando nas respectivas discussões o enquadramento dos resultados de acordo com a revisão teórica elaborada.

3

Estudo 1: Análise dos processos hospitalares

A análise dos processos hospitalares constituiu o primeiro estudo por permitir realizar uma caracterização global da amostra estudada, tanto em relação aos dados clínicos das crianças como em relação aos dados sócio-demográficos.

Deste modo, com o intuito de reunir toda a informação clínica sobre cada uma das crianças presentes no estudo, foi construída pela autora uma ficha de recolha de dados dos processos hospitalares. Os dados recolhidos foram os respeitantes ao desenvolvimento das crianças, desde o seu nascimento até ao momento actual.

A ficha de recolha de dados visou analisar os diferentes processos existentes para a mesma criança: processo clínico, processo informático, processo de Desenvolvimento e processo de Psicologia (nos casos em que a criança se encontrava sinalizada para este apoio no Hospital).

O processo clínico hospitalar é aquele que contém as fichas de consulta externa, os exames e análises do doente, bem como os relatórios correspondentes, e ainda as folhas de internamento, encontrando-se todos os processos deste tipo no arquivo clínico do hospital. Cada processo clínico é enviado ao médico ou técnico em todos os episódios de consulta externa.

O processo informático é relativamente recente no Hospital de Faro, por esse motivo nem todos os dados se encontram registados. Apenas os médicos e os enfermeiros podem escrever directamente no programa. Alguns relatórios de exames são directamente introduzidos, ficando anulada a sua existência no processo clínico hospitalar.

O processo de Desenvolvimento é específico do Centro de Desenvolvimento Infantil, acedendo ao seu conteúdo os pediatras que realizam a consulta e o psicólogo

pertencente à equipa. Encontram-se arquivados nas instalações da Consulta externa de Pediatria, local onde se realizam as respectivas consultas.

Por último, o processo de Psicologia é de exclusivo acesso aos psicólogos da equipa, encontrando-se na sua totalidade arquivados nas instalações próprias do serviço. Nem todas as crianças pertencentes ao estudo se encontravam sinalizadas para Psicologia no hospital, beneficiando algumas deste tipo de apoio na comunidade.

A ficha de recolha de dados foi organizada em três partes: antecedentes pessoais, antecedentes familiares e consultas hospitalares.

A recolha de dados sobre os antecedentes pessoais baseou-se na estruturação do boletim clínico de Pediatria, pertença do processo clínico hospitalar.

Quanto aos antecedentes familiares procedeu-se à caracterização sócio-demográfica dos participantes.

Na secção das consultas hospitalares foram seleccionadas informações que interessavam à autora conhecer, tais como o motivo de envio da criança para a consulta de Desenvolvimento, os encaminhamentos realizados pelos pediatras e os factores envolvidos na prescrição da medicação.

3.1. Objectivos

1. Recolher a história clínica das crianças da amostra, caracterizando o seu desenvolvimento.
2. Conhecer o número de crianças medicadas.
3. Conhecer a percepção dos pediatras sobre a eficácia da terapêutica administrada.

3.2. Método

3.2.1 Sujeitos

30 Crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção pela Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Faro E.P.E..

3.2.2 Instrumento

Ficha de recolha de dados clínicos organizada pela autora (Anexo A).

3.2.3 Procedimento

Os processos clínicos foram requisitados ao arquivo do hospital em documento próprio. Os processos de desenvolvimento foram solicitados às administrativas da consulta externa de Pediatria, com consentimento prévio da chefe do Centro de Desenvolvimento Infantil. O processo informático e o processo de Psicologia foram consultados nas instalações adictas ao serviço.

O preenchimento da ficha de recolha de dados foi realizado pela autora, tendo sido conjugadas todas as informações.

A codificação e análise estatística dos dados foram realizadas no SPSS versão 16. Os gráficos foram elaborados no programa Excel, versão Windows Vista.

3.3 Resultados

Os resultados encontram-se apresentados de acordo com a estrutura da ficha de recolha de dados clínicos organizada pela autora, por se ter considerado que facilitaria a sua leitura e análise.

3.3.1 Antecedentes pessoais

As crianças apresentam idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos ($M=8,47$; $DP=1,38$), sendo 80% do sexo masculino e 20% do sexo feminino.

O peso médio de nascimento é de $2787,17 \pm 959,15$ gramas (mínimo=745; máximo=4120), com um tempo de gestação médio de $36,71 \pm 4,56$ semanas.

Na tabela 2 verificamos que a percentagem de prematuros na amostra corresponde a 40% - idade gestacional inferior ou igual a 37 semanas.

Tabela 2 – Distribuição das semanas de gestação

Número de semanas de gestação	N	%	% acumulada
24	1	3,33%	3,33%
28	1	3,33%	6,66%
29	2	6,70%	13,36%
30	1	3,33%	16,69%
35	1	3,33%	20,02%
36	3	10,00%	30,02%
37	3	10,00%	40,02%
38	3	10,00%	50,02%
39	4	13,30%	63,32%
40	6	20,00%	83,32%
41	2	6,70%	90,02%
42	1	3,33%	93,32%
Dado desconhecido	2	6,70%	100%
Total	30	100,00%	

Em relação ao parto, 63,3% nasceram de parto eutócito e 36,7% de parto distócito. Para 51,9% das mães foi a primeira gestação. Quanto ao Apgar para o primeiro minuto a média foi de $7,39 \pm 2,40$, e ao quinto minuto de $9,08 \pm 1,91$. 63,0% das crianças não foram reanimadas à nascença, e 93,3% das mães não têm referência a consumo de drogas na altura do parto, com exceção de uma das progenitoras que era consumidora de heroína.

Quanto ao número de meses de aleitamento materno apuraram-se somente dados relativos a 16 crianças, sendo a média de $1,75 \pm 3,08$ meses. A idade média de aparecimento das primeiras palavras em meses foi de $15,82 \pm 9,56$, para os primeiros passos a média situou-se nos $14,72 \pm 4,42$ meses. O controlo de esfíncteres diurno foi adquirido em média aos $2,52 \pm 0,81$ anos, e nocturno aos $3,86 \pm 2,08$ anos.

Quanto a observações na história clínica das crianças, tal como se observa na figura 3, 70% não apresentava nada a registar, distribuindo-se os restantes 30% por diversas categorias.

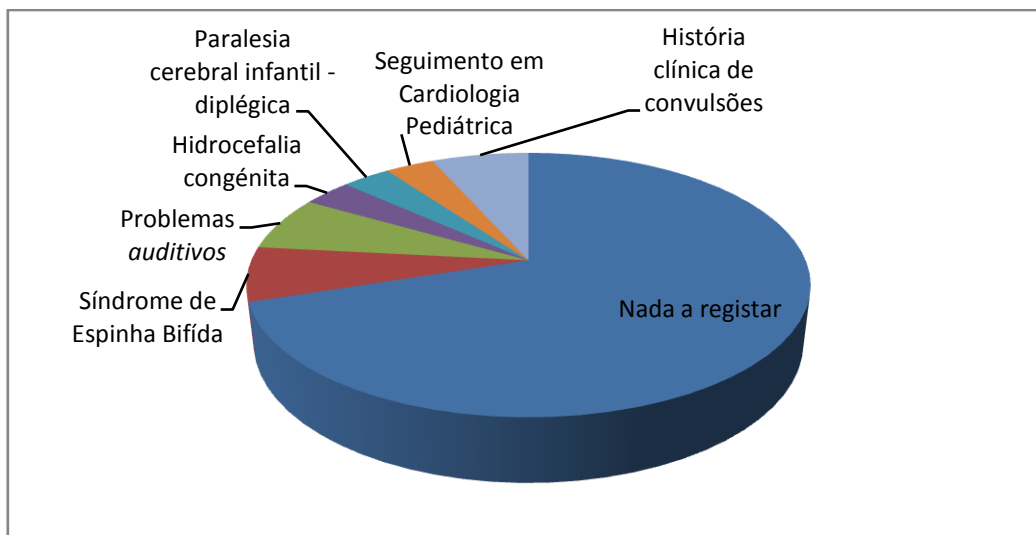


Figura 3 – Observações na história clínica das crianças

3.3.2 Antecedentes familiares

As mães entrevistadas apresentam idades compreendidas entre os 24 e os 50 anos, com uma média de $37,33 \pm 6,65$. Os pais das crianças apresentam idades compreendidas entre os 26 e os 52 anos ($M=40,03$; $DP=6,45$). Em termos de agregados familiares, 70% são compostos pela família nuclear, 16,7% correspondem a famílias alargadas, 10% são famílias monoparentais e 3,3% famílias reconstituídas.

Quanto ao nível de escolaridade dos progenitores situa-se, na sua maioria, no nível básico 1 a 9 anos (mães 53,3%; pais 53,3%).

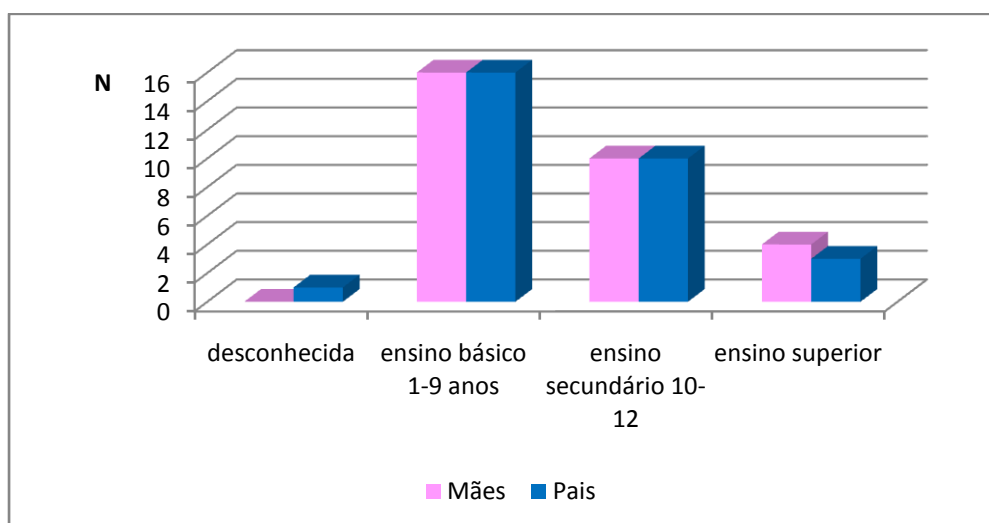


Figura 4 – Frequências do grau de escolaridade dos progenitores

Em relação à ocupação exercida destaca-se o grupo de “trabalhadores da administração e de apoio à gestão administrativa e financeira, dos serviços de pessoal e de segurança, por conta própria, supervisores de trabalhos manuais” com 43,3% no caso das mães e 33,3% no caso dos pais.

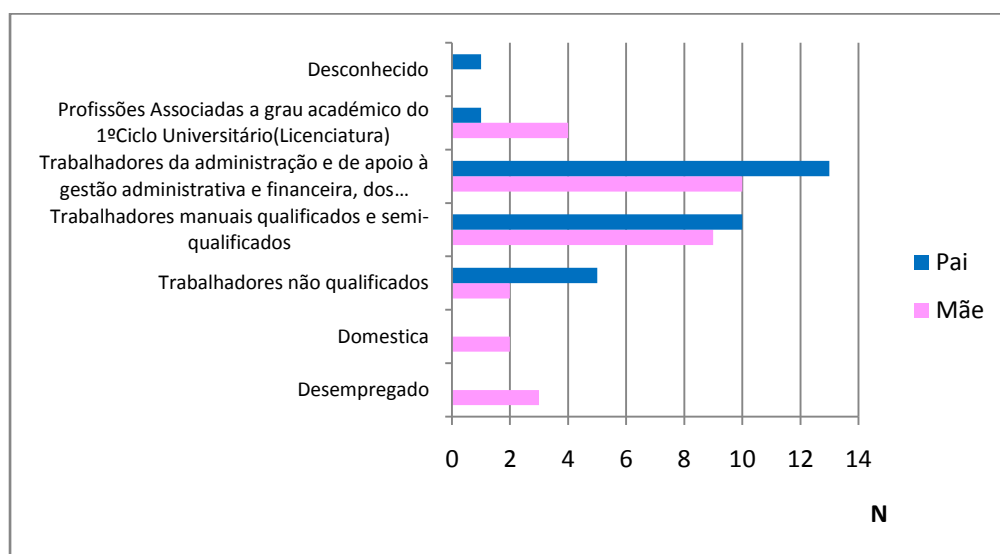


Figura 5 – Frequências quanto à ocupação dos progenitores

Na amostra em estudo, 10% das crianças são adoptadas, adopções concretizadas antes dos 4 anos de idade.

3.3.3 Consultas hospitalares

Analisando quem enviou a criança para a consulta de desenvolvimento, constatamos que 43,3% foram enviadas pelo Pediatra, 23,3% pelo seu Médico de Família, 10% pelo Educador de Infância ou Professor, outros 10% são seguimentos do protocolo de estudo dos recém-nascidos de muito baixo peso e 13,3% correspondem a dados ausentes. Quanto ao motivo de envio, evidencia-se com 53,3% a suspeita de PHDA; segue-se a grande prematuridade com 16,7%; 6,7% por défice auditivo; 3,3% por atraso de linguagem; 3,3% pelo desenvolvimento da criança se situar no percentil

um; 3,3% por macrocefalia; e 13,3% correspondem a dados ausentes. Apenas 33,3% dos encaminhamentos foi acompanhado de relatório.

Em média são crianças acompanhadas na Consulta de Desenvolvimento há $3,54 \pm 2,91$ anos.

Quanto aos encaminhamentos realizados a partir da consulta de Desenvolvimento, temos a distribuição apresentada na figura 6. Constatamos que cerca de 80% das crianças são encaminhadas para a consulta de Psicologia, bem como realizam exames complementares de diagnóstico (ECD).

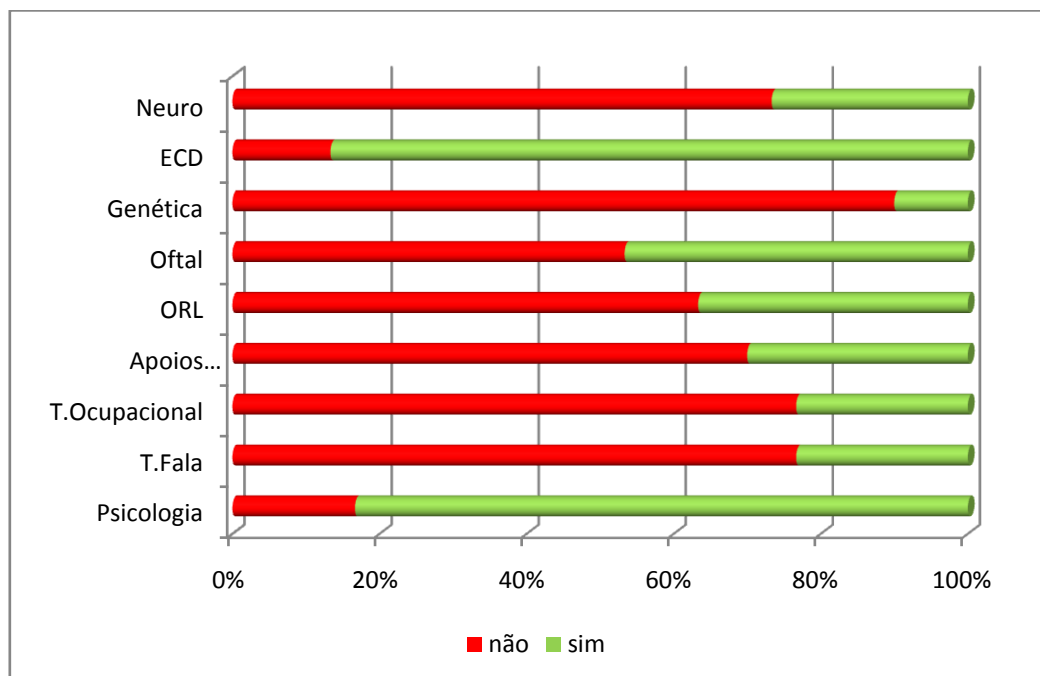


Figura 6 – Encaminhamentos realizados na Consulta de Desenvolvimento

Quanto aos exames complementares de diagnóstico (ECD): cariótipo; EEG – electroencefalograma; PEA – potenciais evocados auditivos; RM – ressonância magnética; a distribuição e os resultados encontram-se na figura 7. Verificamos que dos exames médicos aquele que apresenta maior percentagem de resultado com alterações diz respeito ao electroencefalograma (EEG). Sendo de assinalar a

percentagem de dados desconhecidos nos diferentes exames, à excepção do cariótipo, o exame menos requisitado nestes casos.

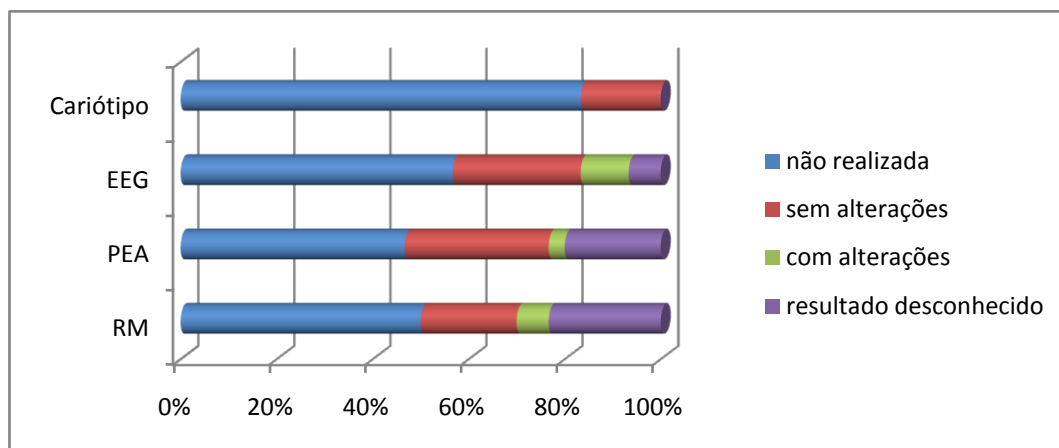


Figura 7 – Exames Complementares de Diagnóstico

Em relação à medicação, 60% das crianças encontram-se medicadas com metilfenidato nas suas diferentes formas comerciais, estando em média medicadas há $1,62 \pm 1,37$ anos. Em 79,2% existe referência no processo clínico a melhorias com a introdução da medicação, tendo existido em 56,2% dos casos alteração da medicação, o número de reavaliações é em média de $4,86 \pm 3,96$.

3.4 Discussão

O rácio de crianças do sexo masculino para crianças do sexo feminino na amostra é congruente com os dados apontados na literatura, sendo mais frequente no sexo masculino, proporções entre 3 rapazes para 1 rapariga e 9 rapazes para 1 rapariga, segundo a APA, 1994 (Rodrigues, 2003). De acordo com Barkley (2002) esta perturbação é três vezes mais frequente em meninos do que em meninas e, segundo o mesmo autor, ocorre em aproximadamente 1-3% das meninas e 3-8% dos meninos.

Em relação à prematuridade, a literatura diz-nos que bebés prematuros de baixo peso apresentam maiores probabilidades de desenvolver PHDA (Cherkes-Julkoski, 1998 cit. por Rodrigues, 2003) mais tarde na infância, por vezes 5 a 7 vezes

mais do que a população em geral (Barkley, 2002). No entanto, de acordo com Whittaker e col. (cit. por Barkley 2002) não é o factor baixo peso que implica uma futura perturbação, e sim o alto risco de pequenas hemorragias cerebrais que estes bebés apresentam. No nosso estudo a percentagem de prematuros é de 30% (idade gestacional inferior a 37 semanas), o que representa um número significativo de crianças prematuras se tivermos em conta a prevalência da prematuridade na população. Segundo o documento sobre Estatísticas Demográficas (INE, 2008) no ano de 2007 em Portugal tivemos uma percentagem de nados vivos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação) de 9,1%, e em relação aos de baixo peso (peso inferior a 2500 gramas) 7,8%. Segundo a estatística da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital de Faro, cedida pela Directora da mesma unidade, a UCIN registou no ano transacto o valor 8,68% de taxa de prematuros de baixo peso.

Embora a literatura aborde uma maior probabilidade de existência de PHDA quando as mães são fumadoras, os resultados são muito inconsistentes (Rodrigues, 2003), no presente estudo os dados quanto aos consumos revelaram-se também inconsistentes e incompletos.

A Organização Mundial de Saúde e a UNICEF (OMS, 2008) recomendam amamentação exclusiva até aos seis meses, e manutenção até aos dois anos com introdução de outros alimentos. O leite materno é a alimentação natural para as crianças, que lhes proporciona toda a energia e nutrientes de que necessitam para um crescimento saudável, bem como para um bom desenvolvimento cognitivo e uma protecção contra doenças infecciosas e crónicas. Na nossa amostra verificámos que o número de meses de aleitamento materno é bastante inferior ao recomendado, só tendo estas crianças mamado cerca de dois meses. Este foi também um dos aspectos em que apenas se apuraram 50% dos dados, o que levanta reservas na extrapolação do seu significado.

Sabemos, de acordo com Barkley (2002), que um atraso na aquisição da marcha e da linguagem poderá revelar-se um prognóstico potencial de aparecimento de PHDA. Ora, na nossa amostra verificámos que a idade média de aparecimento das primeiras palavras foi de 15,82 meses, o que reflecte um aumento em relação à idade média apontada por Cordeiro (2008) como início das primeiras palavras com sentido por volta de um ano. Quanto à marcha, a idade média para começar a andar são os 12 meses (Cordeiro, 2008), verificando-se assim um atraso na mesma relativamente às crianças do estudo, que se situou aos 14,72 meses.

Barkley (2002) defende que um menor grau de instrução nos pais também pode ser um dado de mau prognóstico para o surgimento da PHDA, uma vez que poderá estar relacionado com a existência da mesma perturbação nos progenitores. Na nossa amostra verificou-se uma prevalência de estudos básicos nas habilitações literárias de ambos os pais, embora a restante metade se situe entre o nível secundário e superior.

Quando analisamos a história das consultas hospitalares verificamos que a grande maioria das crianças foi enviada para o Centro de Desenvolvimento Infantil por efectiva suspeita de PHDA. Constata-se também que, em mais de 80% dos casos, as crianças são encaminhadas para exames complementares de diagnóstico.

Mais de metade das crianças encontra-se medicada, existindo percepção de melhorias pelos pediatras numa percentagem muito significativa (79,2%).

Sendo impossível deixar de apontar algumas das dificuldades sentidas no estudo, verifica-se que a maior crítica recai sobre as incoerências encontradas no preenchimento dos diversos processos. Concomitantemente, verifica-se que as percentagens de dados ausentes são muito significativas, inviabilizando nalguns casos uma mais fidedigna interpretação dos resultados apresentados, bem como o estabelecimento de relações. A extrapolação de resultados e conclusões para a população encontra-se, deste modo, colocada em questão.

Verificámos que a maior percentagem de dados ausentes se encontra nos primeiros marcos de desenvolvimento, como a idade em que as crianças começaram a andar, ou a idade com que pronunciaram as primeiras palavras. Deste modo, parece-nos que deverão ser incrementados esforços de preenchimento destes dados, uma vez que possibilitam uma melhor compreensão do desenvolvimento das crianças, e conseqüentemente uma melhor compreensão do comportamento ao longo do seu crescimento.

Segundo Brazelton (1995), se houver a devida atenção por parte dos pais ou do pediatra, os sintomas de PHDA podem ser detectados muito antes da entrada para a escola primária. Uma correcta identificação de sintomas poderá começar por um registo completo do comportamento da criança nos primeiros anos. Identificar as reacções aos estímulos, bem como a forma como a criança os integra, são exemplos de registos que os boletins de saúde não contemplam nas suas listas.

À excepção dos prematuros, nenhuma das crianças do estudo era seguida em contexto hospitalar desde o seu nascimento, mas se tivesse existido um correcto registo nos seus boletins de saúde pelos seus médicos de família ou pediatras, teria sido possível obter informação muito pertinente quer para o momento do encaminhamento para o hospital, quer para o seu acompanhamento em registo hospitalar.

Acrescentemos ainda que a actual existência de processo clínico hospitalar em duas versões (papel e informático) traz neste momento dificuldades acrescidas de obtenção de informação.

4

Estudo 2: Ideias e Práticas Parentais sobre Desenvolvimento e Educação

Neste capítulo iremos proceder à apresentação do estudo que motivou todo o presente trabalho. De forma global pretendeu-se estudar as ideias sobre desenvolvimento e educação, bem como as práticas parentais das mães de crianças diagnosticadas com PHDA.

4.1 Objectivos

1. Conhecer as ideias das mães sobre as etapas de desenvolvimento;
2. Saber quais as suas dúvidas e fontes de informação a respeito de educação e desenvolvimento;
3. Conhecer a que atribuem as causas e as origens das diferenças individuais das crianças;
4. Perceber em que medida se consideram capazes de influenciar o seu desenvolvimento;
5. Conhecer o tipo de atribuições causais que as mães fazem para explicar a diversidade de comportamentos dos seus filhos;
6. Conhecer a avaliação que as mães fazem sobre o comportamento dos seus filhos e suas expectativas em relação ao futuro;
7. Perceber a sua perspectiva quanto ao papel do pai;
8. Perceber a sua perspectiva sobre o nível de escolarização;
9. Conhecer as práticas de educação.

4.2 Método

4.2.1 Sujeitos

A amostra é constituída por 30 mães de crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção pelos pediatras da Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Faro, E.P.E.

4.2.2 Instrumentos

Foram utilizados 2 questionários que descreveremos em seguida.

1. Questionário de ideias dos pais sobre educação e desenvolvimento dos seus filhos (QIED), adaptado do “Cuestionario de ideas de los padres sobre educación y desarrollo de los niños” (CIPm) de Nunes (2004). O CIPm na sua versão original contém 64 perguntas que exploram 9 temas. O QIED (ver anexo B) manteve a exploração dos 9 temas (tabela 3).
2. Questionário de práticas educativas dos pais (QPE) adaptado do “Cuestionario de prácticas de crianza de los padres y su opinión sobre el programa del niño sano” (CPC) de Nunes (2004). O CPC contém 91 perguntas, distribuídas por 12 temas; o QPE (ver anexo C) contém 46 questões distribuídas por 9 temas (tabela 4). Foram eliminadas as questões referentes ao “Programa de Saúde da Criança Saudável da Consejería de Salud de la Junta de Andalucía” (1990), tendo sido introduzidas algumas questões sobre pontos relacionados com a investigação em curso.

Tabela 3 – Temas explorados no QIED

Temas	Nº pergunta
Informação sobre desenvolvimento e educação	52; 53; 54; 55;
Calendário evolutivo	7; 8; 9; 10; 12; 33; 34; 38
Causas e origens das diferenças individuais	1; 15; 19; 35; 41; 64
Capacidade percebida para influenciar o desenvolvimento	2; 16; 36; 42; 45; 47; 50; 57; 58
Atribuições de comportamento	13; 14
Práticas de estimulação cognitivo-linguísticas	5; 6; 32; 37; 43; 44; 46; 48
Valores, aspirações e expectativas	18; 56; 60; 61; 62; 63
Ideias sobre a escolarização	20; 21; 22; 23
Práticas de educação	3; 4; 11; 17; 24; 25; 26; 27; 28; 29; 30; 31; 39; 40; 49; 51; 59

Tabela 4 – Temas explorados no QPE

Tema	Nº pergunta
Informação sobre desenvolvimento e educação	40;
Práticas de estimulação cognitivo-linguísticas	14; 15; 33; 34; 35
Papel do pai	9; 10; 11; 12
Ideias sobre a escolarização	44; 45; 46
Práticas de educação	31; 32; 36; 37; 38; 39; 41; 42; 43
Sono	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8
Prevenção de acidentes	16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24
Cuidados gerais	13; 28; 29; 30
Tratamento de problemas de saúde banais	25; 26; 27

4.2.3 Procedimento

As entrevistas com as mães foram marcadas telefonicamente ou realizadas aquando da sua vinda à consulta de desenvolvimento. As mães foram previamente informadas do objectivo do estudo, tendo-lhes sido solicitado o consentimento informado. A duração das entrevistas foi de uma hora e meia aproximadamente.

A codificação e análise estatística dos dados foram realizadas no SPSS versão 16. Os gráficos foram elaborados no programa Excel, versão Windows Vista.

A análise sistemática realizada foi ao encontro dos objectivos propostos, sendo primeiramente apresentada uma análise descritiva dos dados em função de cada instrumento e posteriormente uma análise inferencial.

4.3 Resultados

Os resultados encontram-se organizados de acordo com os temas explorados em cada um dos questionários (tabelas 2 e 3). Em relação aos temas coincidentes em ambos os questionários optou-se por uma apresentação conjunta.

4.3.1 Fontes e necessidade de informação sobre desenvolvimento e educação

Verificámos que 96,7% das mães da nossa amostra gostaria de saber mais coisas sobre crianças. Em relação ao tipo de coisas que as mães mais gostariam de saber “como educá-los” alcança 53,3% das respostas; 33,3% responde que gostaria de saber mais “como são e como se desenvolvem” as crianças; 3,3% aponta outros motivos (exemplos: “de tudo um pouco”; “as respostas às perguntas que me fez”); 6,3% não sabe; e a 3,3% não se aplica esta pergunta.

Quando têm alguma dúvida em relação à educação dos seus filhos as mães referem consultar o conjuge em 30%; a própria mãe 20%; outros familiares, vizinhos ou amigos 16,7%; o psicólogo 13,3%; o médico 6,7%; o professor 6,7%; outros 6,7%.

Aquilo que lhes custa mais na educação dos filhos é a disciplina, comportamento da criança, obediência, ensinar normas (33,3%); questões escolares (23,3%); adaptação e atenção que é preciso dar aos filhos, conseguindo uma boa relação (13,3%); problemas gerais ou inespecíficos (13,3%); problemas educativos concretos (10%); dinheiro/saúde/ajudas (6,7%).

Em relação ao que consideram ter aprendido através das diferentes fontes de informação⁵, as mães distribuem as suas preferências de acordo com a figura 8.

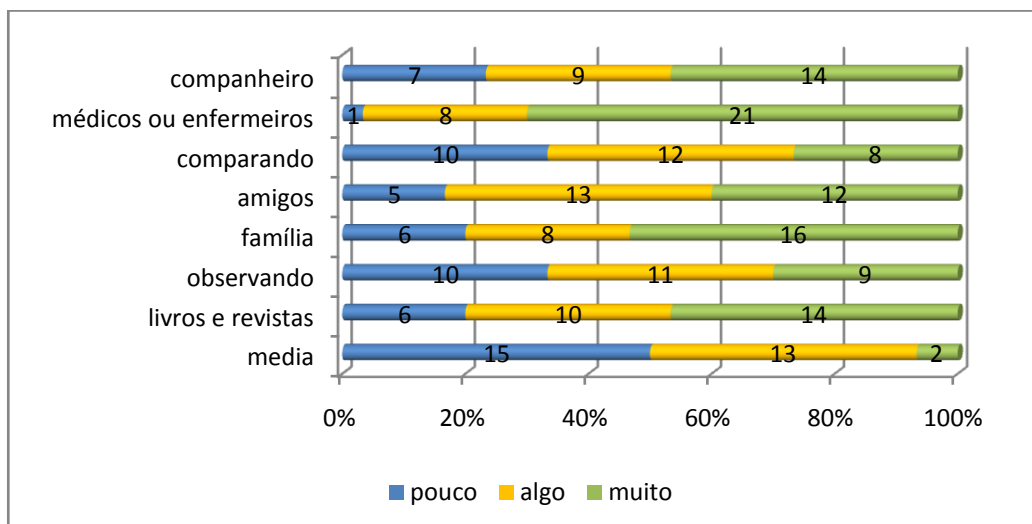


Figura 8 – Fontes de informação das mães

Constatamos que as mães destacam os médicos e enfermeiros como aqueles com quem aprenderam mais sobre crianças, seguindo-se a família como referência para este tipo de aprendizagem. Os *media* aparecem como tendo contribuído pouco para a aprendizagem sobre crianças e seu desenvolvimento.

4.3.2 Ideias sobre o calendário evolutivo

Em relação à idade em que as mães consideram que os seus filhos começam a ver, encontramos a primeira discrepância entre aquilo que as mães consideram e os dados da literatura, no entanto, poderá ser feita a ressalva de que, no senso comum em Portugal, existe a propagação da ideia de que as crianças só começam a ver um mês após o seu nascimento. Contudo, de modo geral as mães têm expectativas adequadas sobre o calendário evolutivo: as idades em que consideram que os filhos começam a ouvir, permanecem sentados, controlam os esfíncteres,

⁵ QPE40: Quanto aprendeu sobre crianças através de...?

falam, entendem e se fazem entender por estranhos coincidem com as estabelecidas na literatura (tabela 5).

Tabela 5 - A que idade as mães julgam que os filhos começam a...

	Ver		Ouvir	
	N	%	N	%
Desde que nascem	7	23.3	24	80.0%
Menos de 1 mês ou da quarentena	7	23.3	2	6.67%
Entre 1 mês e meio e 3 meses	10	33.3	3	10.0%
Dos 3 meses e meio em diante	2	6.7	0	0%
Não sabe/não responde	4	13.3	1	3.3%
Total	30	100%	30	100%

	Sentar	
	N	%
Menos de 5 meses	3	10.0
Entre 5 e 7 meses	19	63.3
Entre 8 e 10 meses	4	13.3
Depende de cada bebé	4	13.3
Total	30	100%

	Controlo dos esfíncteres	
	N	%
Antes de 1 ano e meio	1	3.3
Entre 1 ano e meio e os 3 anos	16	53.3
Mais de 3 anos	1	3.3
Depende de cada criança	11	36.7
Não sabe/não responde	1	3.3
Total	30	100%

A idade média apontada para o início das primeiras palavras foi 0,9 anos (mínimo=0,33; máximo=2; $DP=0,4$). Em relação à idade em que a criança já fala suficientemente bem para ser entendida por estranhos obteve-se a média de 2,2 anos (mínimo=1; máximo=5; $DP=1$).

Quando questionadas sobre a existência de emoções em crianças com menos de 6 meses, as mães maioritariamente (73,3%) respondem que sim, 23,3% diz que não e 3,3% não sabe.

4.3.3 Causas e origens das diferenças individuais

Quando questionadas acerca da explicação sobre as diferenças das crianças, parece existir uma tendência para atribuir a factores inatos as diferenças entre o comportamento dos bebés⁶; a inteligência⁷; a capacidade de falar melhor ou pior⁸; e o ser tímido ou extrovertido⁹. O facto de serem mais ou menos independentes¹⁰ dependerá da educação que é dada às crianças (figura 9).

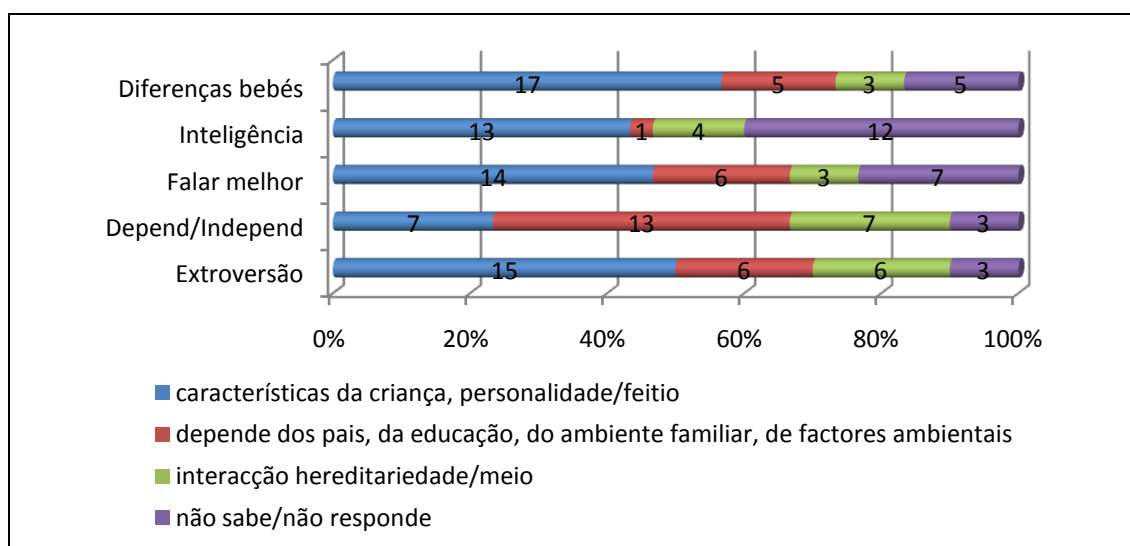


Figura 9 – Atribuição causal sobre as diferenças interindividuais

Em virtude desta constatação, tentámos perceber para cada um dos temas (comportamento, inteligência, capacidade de falar melhor ou pior,

⁶ QIED1: Desde muito pequenas que algumas crianças são mais inquietas do que outras, algumas são mais choronas e outras mais tranquilas. Qual é no seu entender a razão porque umas crianças são tão diferentes umas das outras desde tão pequenas?

⁷ QIED41: A que acha que se deve o facto de que, entre crianças normais, umas sejam mais inteligentes do que outras?

⁸ QIED35: Por que acha que umas crianças falam melhor e outras pior, que umas comecem a falar antes e outras depois?

⁹ QIED15: Sabe que existem crianças mais alegres e crianças mais sérias, que umas são mais extrovertidas e outras são mais tímidas; a que acha que se devem estas diferenças?

¹⁰ QIED19: A criança ser mais dependente ou mais independente, dependerá de quê?

timidez/extroversão, e dependência/independência), se existiria associação entre o nível de escolaridade das mães e o facto de considerarem ser ou não inato. Escolhemos esta dicotomia por ter sido a resposta “inato” a que reuniu maior frequência. Assim, formulámos para cada caso as seguintes hipóteses: H_0 : Não existe associação entre as variáveis, versus H_1 : Existe associação entre as variáveis. Através do teste do Qui-Quadrado verificámos que não existe associação entre as variáveis, ou seja, a escolaridade das mães não influencia considerarem ser ou não inato: o comportamento ($\chi^2=2,330$; $p=0,127$); a inteligência ($\chi^2=0,475$; $p=0,491$); as crianças falarem melhor ou pior ($\chi^2=3,274$; $p=0,070$); bem como serem mais ou menos independentes ($\chi^2=1,201$; $p=0,273$).

No entanto, verificou-se a existência de associação entre o nível de escolaridade das mães e considerarem a timidez/extroversão como inata ou não ($\chi^2=4,821$; $p=0,028$) – tabela 6. Constatando-se que as mães de nível básico de escolaridade consideraram que o facto de as crianças serem mais extrovertidas ou mais tímidas se deve a factores não inatos, enquanto as mães com um nível de escolaridade acima do básico consideraram tratar-se de algo que vem da própria criança.

Tabela 6 - Teste do Qui-Quadrado entre o nível de escolaridade das mães e timidez/extroversão inata/não inata

	Valor	df	Significância (bi-lateral)
Qui-Quadrado	4,821	1	0,028
N de casos válidos	30		

Em relação ao que determina uma profissão mais ou menos reconhecida, as mães consideram que tal se deve a características pessoais ou esforço mais factores externos (30%); estudos, esforço, vontade, nível de preparação (26,7%); factores

externos: contactos, oportunidades sociais e familiares, sorte (16,7%); as características pessoais: inteligência, gostos (13,3%); respostas imprecisas (19%); não sabe/não responde (3,3%).

4.3.4 Capacidade percebida para influenciar o desenvolvimento

Nas questões fechadas^{11, 12, 13, 14, 15, 16} sobre a capacidade percebida das mães para influenciar o desenvolvimento dos seus filhos, as respostas organizam-se de acordo com a figura 10.

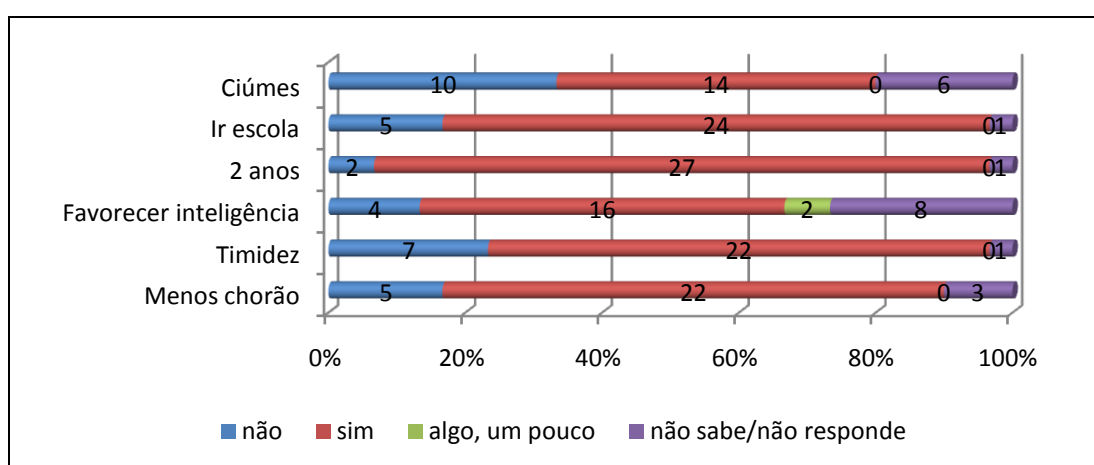


Figura 10 – Capacidade percebida pelas mães de influenciar o desenvolvimento

Destaca-se nas seis categorias uma superioridade de resposta positiva no sentido de ser possível influenciar o desenvolvimento da criança nesses marcos.

Coerentemente, as mães responderam directamente à questão sobre serem capazes de influenciar os filhos para que eles tivessem as qualidades que, como mães, mais desejam, com “sim” 76,7%; com “não” 6,7%; e 16,7% “não sabe/não

¹¹ QIED50: Imagine agora que quando “x” tinha dois anos, nascia outro irmão, acha que podia evitar de alguma maneira os ciúmes de “x”?

¹² QIED47: Uma vez que a criança vá à escola, acredita que os pais podem fazer algo para que corra tudo bem?

¹³ QIED45: Acha que algumas das coisas que os pais fazem quando a criança é pequena, por exemplo quando tem 2 anos, podem ajudá-lo mais tarde quando ele for para a escola, ou ainda é muito pequeno?

¹⁴ QIED42: Acha que os pais podem fazer algo para favorecer a inteligência dos seus filhos?

¹⁵ QIED16: Se uma criança de 4 ou 5 anos é muito tímida, acha que os pais podem fazer algo para que o seja menos?

¹⁶ QIED2: É possível fazer algo para que um bebé muito chorão e intranquilo o seja menos?

responde”. As que consideraram que tal não era possível apontaram o determinismo da herança genética. As que responderam ser capazes, consideraram-se parte activa mediante acções directas, através da educação ou como exemplo (57%), ou através de influências mais indirectas ou muito inespecíficas (43%).

4.3.5 Atribuições de comportamento

Quando tentámos perceber junto das mães a que atribuem a experiência de medo numa criança com menos de 6 meses, as respostas organizam-se de acordo com a figura 11, em que se destaca a resposta de “sustos, ruídos, sobressaltos e escuro” como o factor que mais medo despoleta.

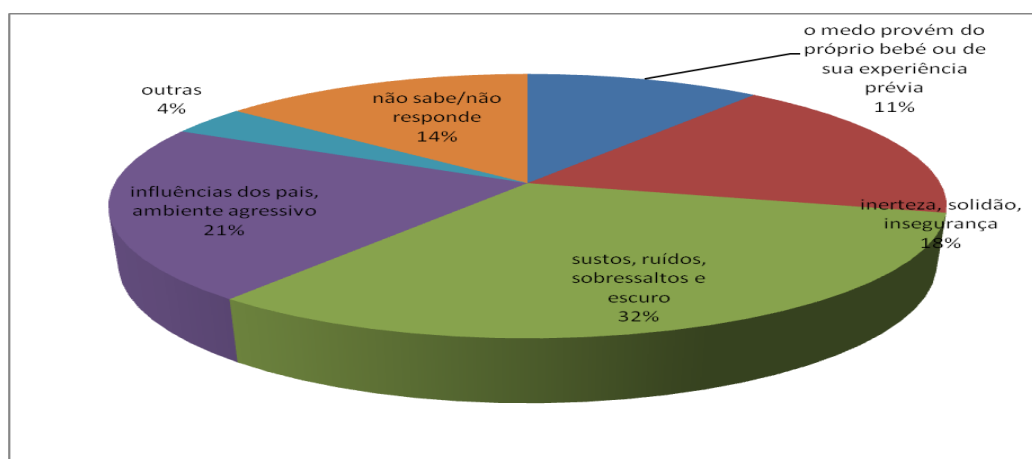


Figura 11 – Motivos de medo das crianças

Em relação ao que proporcionará alegria em crianças tão pequenas as mães destacam as acções directas dos pais para com a criança. A distribuição de respostas encontra-se na figura 12.

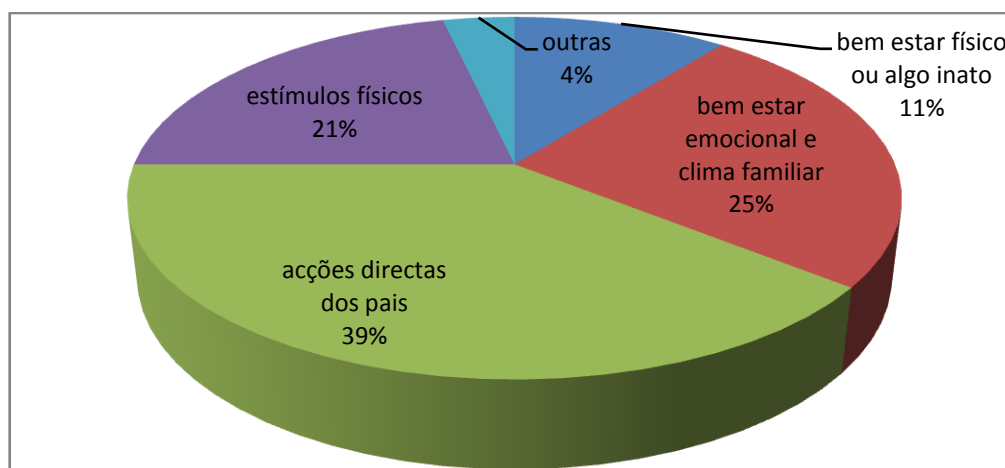


Figura 12 – Motivos de alegria das crianças

4.3.6 Práticas de estimulação cognitivo-linguísticas

Quando questionadas acerca de quais os brinquedos que gostam mais para os seus filhos, os jogos educativos são os preferidos com 73,3%; 20% refere os jogos tradicionais de papéis; 3,3% escolhe a actividade física e os restantes 3,3% não sabe ou não responde. As escolhas prendem-se com o facto de serem mais educativos (56,7%); de entreterem e divertirem mais (13,3%); serem os mais apropriados para a idade e o sexo (6,7%); e 23,3% estão relacionadas com outros motivos.

Perante uma hipotética situação da mãe com a criança ainda bebé ao colo, apontando esta para umas luvas em cima de um móvel, as mães responderam que davam as luvas (40%); nomeavam (13,3%); explicavam a sua utilização (3,3%); e outras (43,3%, exemplos: “perguntava o que ele queria”; “apanhava as luvas e guardava”; “nada”).

Dentro do subgrupo de mães que considera ser possível fazer algo para que as crianças falem depressa e bem, as acções que podem contribuir para que tal aconteça dividem-se em “falar-lhe, estimular a sua linguagem, ensinar-lhe palavras, falar-lhe muito e bem” com 72,2%; “corrigi-lo” com 16,7%; “ir para o infantário” com 5,6%; e os restantes 5,6% não sabe ou não responde.

As mães que consideram que se pode fazer algo para favorecer a inteligência dos seus filhos, referem ser isto possível através de estimulação global e ensinos (83,3%); ou fomentando actividades de enriquecimento (12,5%); as restantes não sabem (4,2%).

Na situação de verem o filho a vestir as calças com dificuldades, as mães reagem: introduzindo algum tipo de ajuda (70%), indo elas mesmas vestirem-nos (26,7%), ou permitindo que continue tentando sozinho (3,3%).

Para promover o êxito escolar de forma precoce (figura 13) as mães apontam maioritariamente os hábitos motivacionais, considerando que quando as crianças já se encontram no período escolar (figura 14) são as estratégias de motivação as mais determinantes para o sucesso escolar. Salientamos que a maioria das mães considera que é possível fazer algo para intervir nestas situações.

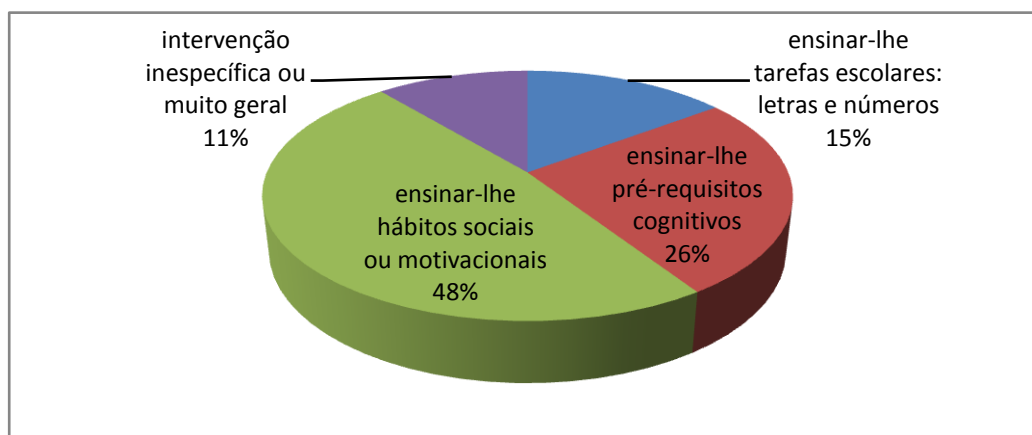


Figura 13 – Estratégias precoces para promover sucesso escolar

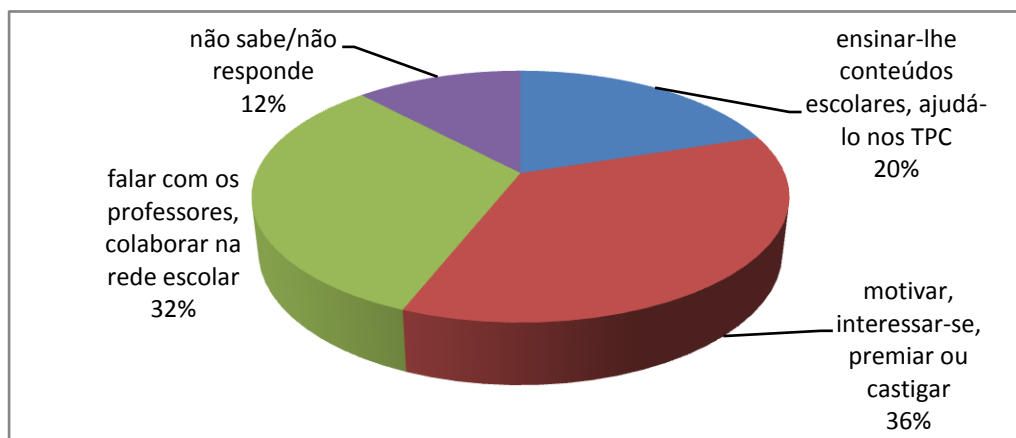


Figura 14 – Estratégias de promoção do sucesso escolar

43,3% das mães refere ter tempo para brincar com os filhos apenas nalguns dias; 36,7% tem tempo para brincar todos os dias; 10% referiu só dispor de tempo aos fins-de-semana; e os restantes 10%, raramente. O tipo de jogos escolhidos para brincar com os filhos vai dos educativos e didáticos (33,3%); à actividade física (16,7%); aos tradicionais jogos de papéis (13,3%); passando por actividades inespecíficas, como por exemplo “o que ele gosta, quer” (20%); a actividades que não implicam estar ou brincar com a criança (16,7%), como “ver televisão” ou “ir às compras”.

A totalidade das mães refere que o seu filho brinca com outras crianças, parecendo-lhes importante que as crianças tenham amigos antes dos 2 anos de idade (80%) porque favorece o desenvolvimento social e pessoal (90%).

4.3.7 Valores, aspirações e expectativas

A maioria das mães prefere ter com os seus filhos uma relação de independência, atingindo uma percentagem significativa a posição intermédia (figura 15).

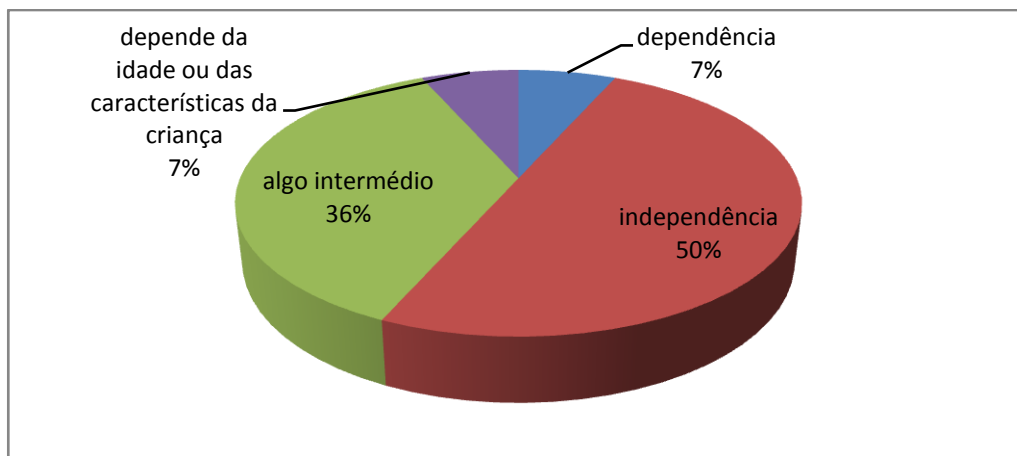


Figura 15 – Preferência acerca da relação de dependência com os filhos.

As qualidades dos filhos mais valorizadas são características inespecíficas (13 menções), as características de personalidade e socialização aparecem em segundo (9 menções), a obediência, formalidade, e submissão (5 menções), características intelectuais (2 menções) e saúde, aspecto físico (1 menção).

As mães apresentam aspirações académicas elevadas para os seus filhos, no entanto quando questionadas sobre a que nível os filhos realmente chegarão a discrepância torna-se evidente como se pode verificar na figura 16.

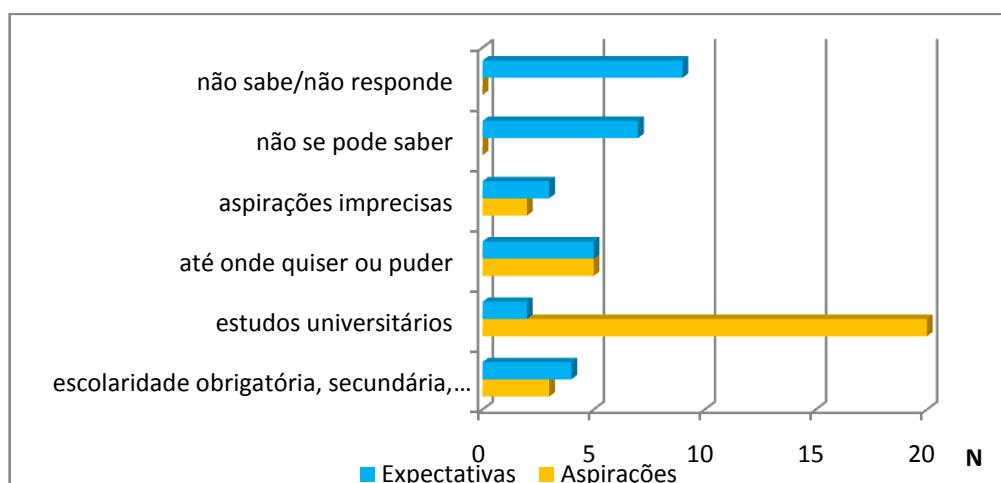


Figura 16 – Frequências de expectativas reais e aspirações sobre o nível académico

Em relação à profissão que os filhos desempenharão, continuam as aspirações a ser de nível superior às expectativas reais (figura 17), mas destaca-se grandemente a resposta “não sabe/não responde” quando questionadas sobre as expectativas profissionais reais sobre os seus filhos.

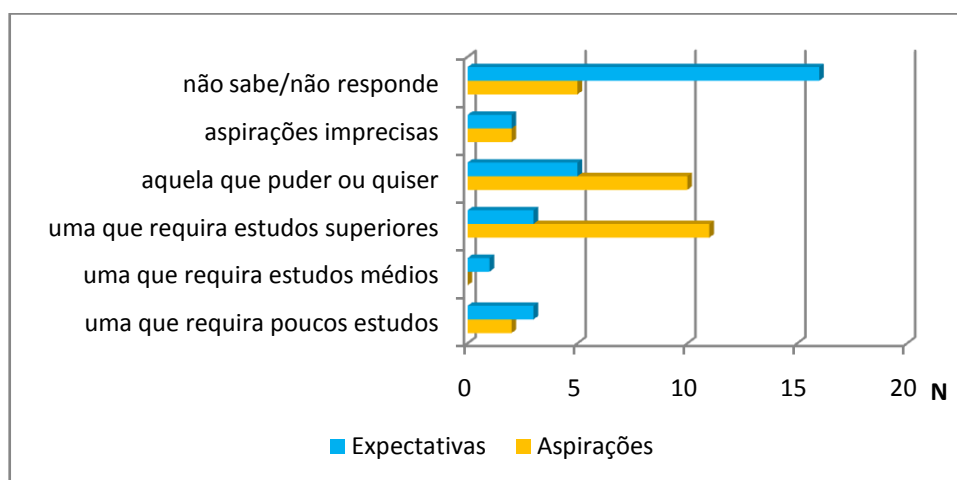


Figura 17 – Frequências de expectativas reais e aspirações sobre a profissão futura

4.3.8 Papel do pai

A maioria das mães refere que o pai se ocupa tanto ou mais do que a própria na prestação de cuidados ao filho (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos cuidados ao filho entre o casal

Resposta	N	%
O pai ocupa-se tanto ou mais do que eu	20	66,7
O pai ocupa-se menos do que eu	6	20,0
O pai não se ocupa da criança	4	13,3
Total	30	100%

Nos casos em que o pai se ocupa menos, e em que não se ocupa, aquilo que se constata é que, para 50% isso se deve ao facto do pai não ter tempo; em 40% dos casos, por se tratar de um pai ausente; e em 10%, pelo facto do pai considerar ser uma tarefa feminina.

Quando questionamos as mães sobre quem acham que deverá prestar os cuidados discriminados na figura 18, as respostas incidem em todas as categorias maioritariamente em “ambos”.

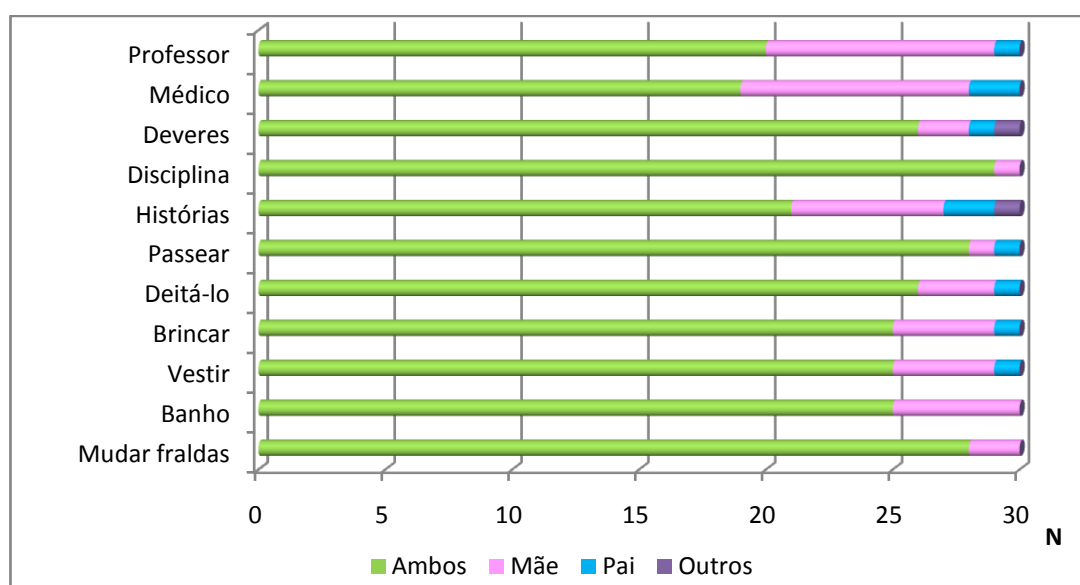


Figura 18 – Opinião das mães sobre quem deve prestar os cuidados

No entanto, quando questionadas sobre quantas vezes elas mães o fazem, a maioria responde “muitas vezes” em todas as categorias.

4.3.9 Ideias sobre escolarização

Em relação à ida para o infantário a maioria das mães (80%) refere ser positivo; 10% considera que não, uma vez que a criança está melhor aos cuidados da mãe; e 10% não sabe ou não responde. As mães que consideram positivo apontam a socialização, disciplina, desenvolvimento (22 menções); a estimulação cognitiva e aprendizagem é mencionada 4 vezes; e uma mãe refere outras razões. A

idade média considerada pelas mães como a indicada para as crianças irem para o infantário é de $1,9 \pm 1,1$ anos (mínimo=0,5; máximo=4).

No período de escola obrigatória, quando os filhos não querem fazer os trabalhos de casa, 29% das mães obrigam; 29% ralha para que os faça; 25,8% explica; 9,7% recorre a castigos; e 6,5% não dá importância.

Se o filho não quiser ir à escola, as mães ralham e obrigam a ir (33,3%); ou explicam a importância de ir à escola (16,7%); e 50% das mães refere que tal nunca aconteceu.

Em relação à periodicidade com que falam com o professor do filho 23,3% diz que quando o mesmo solicita; 23,3% responde “de tempos a tempos”; 20% refere “duas a três vezes por semana”; 16,7% “uma vez por semana”; e os restantes 16,7% “todos os dias”.

4.3.10 Práticas de educação

As mães que responderam que é possível fazer algo para que um bebé muito chorão e intranquilo o seja menos, quando questionadas sobre que coisas se podem fazer, referem estratégias maioritariamente de afecto (figura 19).

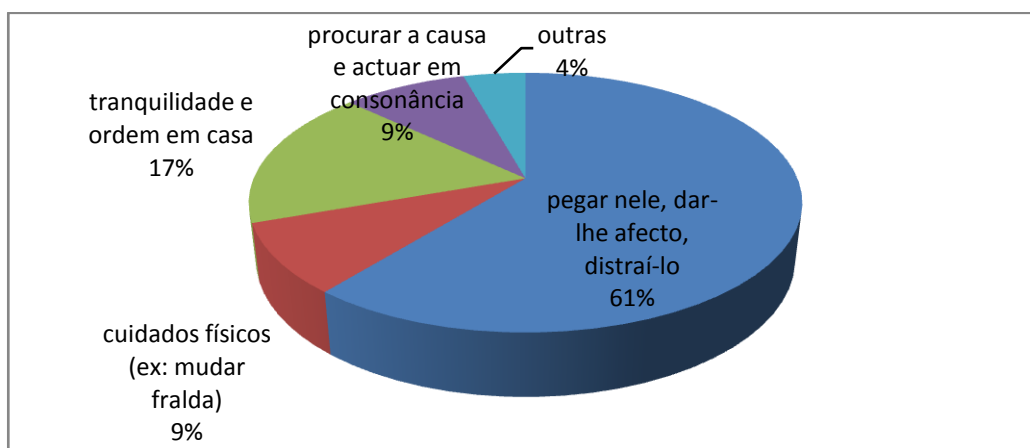


Figura 19 – Estratégias adoptadas para acalmar o bebé

Em relação ao colo que deve ser dado aos bebés, as mães respondem: 33,3% quanto menos melhor; 26,7% só algumas vezes; 26,7% depende do carácter do bebé; 10% com frequência; e 3,3% diz que não se deve dar colo aos bebés.

A respeito da melhor forma de ensinar uma criança a controlar os esfíncteres, 43,3% faz referências a hábitos, sítio, paciência, constância; 33,3% refere explicações; 6,7% diz que é esperar que a criança possa ou peça; e 15,6% não sabe ou não responde.

As mães que consideraram ser possível fazer algo para tornar o seu filho de 4 a 5 anos menos tímido, referem potenciar as suas relações sociais como a primeira forma (39,1%); acções gerais dos pais com o filho: falar, animar, ajudar (34,8%); consultar um especialista ou um professor (8,7%); proporcionar situações que lhe tragam segurança, confiança ou valorizar o que faz (4,3%); rever o tipo de educação que é dada (4,3%); outras (8,7%).

Elogiar as crianças, premiá-las, acariciá-las quando fazem algo bem parece apropriado para 93,3% das mães; 3,3% acha que não; e 3,3% refere que depende das circunstâncias. Sendo que para as mães que responderam sim referem que tal deve ser feito a partir, aproximadamente, dos 0,98 anos (mínimo=0; máximo=5,5; $DP=1,40$).

A propósito de algo que os seus filhos (aos 7 anos) fizessem que as deixasse muito contentes, demonstrariam à criança o seu orgulho e a sua alegria com expressões físicas de afecto (33,3%); dizendo-lhe, fazendo-lhe ver (30%); com prendas e prémios (30%); outras (6,7%).

Perante a pergunta geral se acham que se deve ralar com as crianças as mães respondem, sim 80%; não 3,3%; não sabe/não responde 16,7%. As mães consideram que se deve começar a ralar com os filhos por volta do ano e pouco ($M=1,1$; mínimo=0; máximo=4,5).

Ao imaginarem o seu filho de 20 a 24 meses a bater noutra criança, as mães reagem ralhando e dizendo que isso não se faz (90%); recorrendo a explicações e estratégias de adopção de perspectivas (6,7%); batendo nos próprios filhos (3,3%).

Em relação a uma criança de ano e meio que apanha tudo o que pode e atrai ao chão, as mães consideram que a resposta adequada passa por “falar-lhe, explicar-lhe, pedir-lhe que apanhe, chamar-lhe a atenção” (30%); “ralhar-lhe, castigá-lo” (26,7%); “retirar as coisas, não fazer nada de especial” (16,7%); “estar atento, guiá-lo, ajudá-lo” (3,3%); outras, exemplo: “dizer que fico triste” (10%); não sabe/não responde (13,3%).

Quando estão muito zangadas com o filho optam por ralhar, castigar (16/30=53,3%); dizer, explicar, falar (4/30=13,3%); bater (3/30=10%); e outras formas, tais como procurar acalmar-se primeiro e só depois resolver a questão com o filho (7/30=23,3%).

Quando questionadas acerca de qual a idade em que se deve começar a explicar as coisas às crianças em anos, em média referem ano e meio ($DP=1,4$; mínimo=0,0; máximo=5,0).

Se os filhos chegarem a casa com um gelado e o colocarem em cima da mesa, as mães decidem dizer à criança que o tire ou guarde (66,7%); tirar ou guardar no frigorífico o gelado (10%); explicar que o gelado se irá derreter (10%); explicar com demonstração (10%); outras (3,3%).

Perante a visão do filho ou filha aos 4 anos andar a brincar com os genitais, a maioria das mães não faz nada (40%); no entanto, outra percentagem considerável procede a explicações e diz que não é para mexer (36,7%); algumas optam por ralhar, castigar, ameaçar (6,7%); também foi referido consultar um especialista (3,3%); e as restantes não sabem ou não respondem (13,3%).

As estratégias de actuação frente aos ciúmes entre irmãos mais mencionadas foram as referentes ao tratamento igual das duas crianças (figura 20).

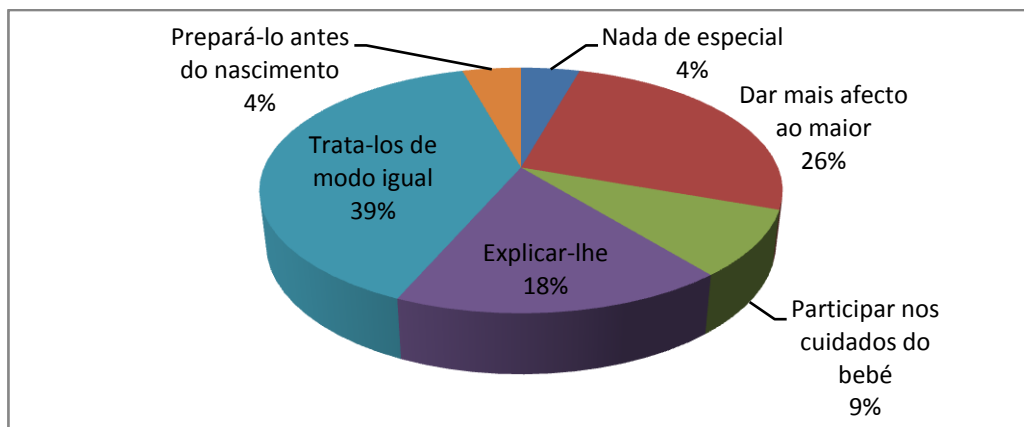


Figura 20 – Estratégias de evitamento de ciúmes por parte das mães

As mães que consideraram poder influenciar as qualidades que mais desejam para os seus filhos, referiram ser possível mediante acções directas, através da educação ou como exemplo (57,1%); e influências mais indirectas ou muito inespecíficas (42,9%). Não foi encontrada associação entre o nível de escolaridade das mães e o modo de influenciar as qualidades dos seus filhos ($\chi^2=1,448$; $p=0,229$).

Quanto às relações sociais é atribuída em especial muita importância aos elementos da família extensa e às outras crianças, porque favorecem o desenvolvimento pessoal e social (83,3%), bem como o desenvolvimento cognitivo (6,7%), sendo ainda apontadas outras razões (10%).

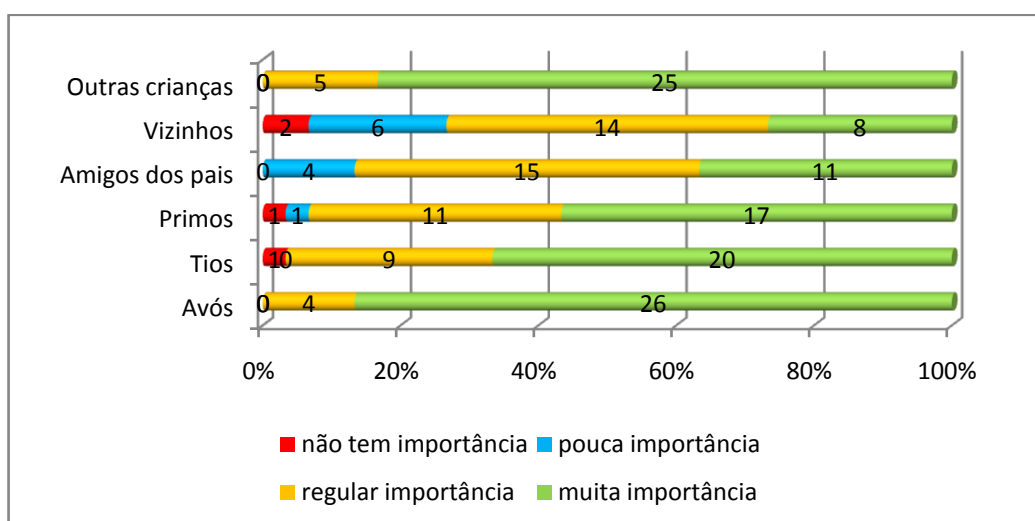


Figura 21 – Importância atribuída às relações sociais da criança

Para conhecer as atitudes das mães perante problemas de comportamento dos seus filhos, questionámo-las sobre o que fariam num conjunto de situações específicas. As condutas seleccionadas foram aquelas que são descritas na literatura como os motivos mais frequentes de preocupação: comportamentos negativos e de oposição, agressões a outras crianças e sexualidade.

Perante uma birra na rua em relação à compra de algo, 80% das mães afirmam que não compram, mas 20% confessa que acaba por comprar o pretendido.

As formas de reagir das mães em relação às birras, ao facto dos filhos dizerem nomes malcriados e a não quererem lavar os dentes, encontram-se analisadas na figura 22. Em relação às birras a resposta “ignoro” alcançou o maior número de preferências. Quanto aos nomes malcriados as mães reagem na sua maioria ralhando, forma de reagir também preferida quando os filhos não querem lavar os dentes. Assumindo-se o “ralhar” como a forma de reagir mais utilizada pelas mães para os três comportamentos – birras, dizer nomes malcriados e não lavar os dentes.

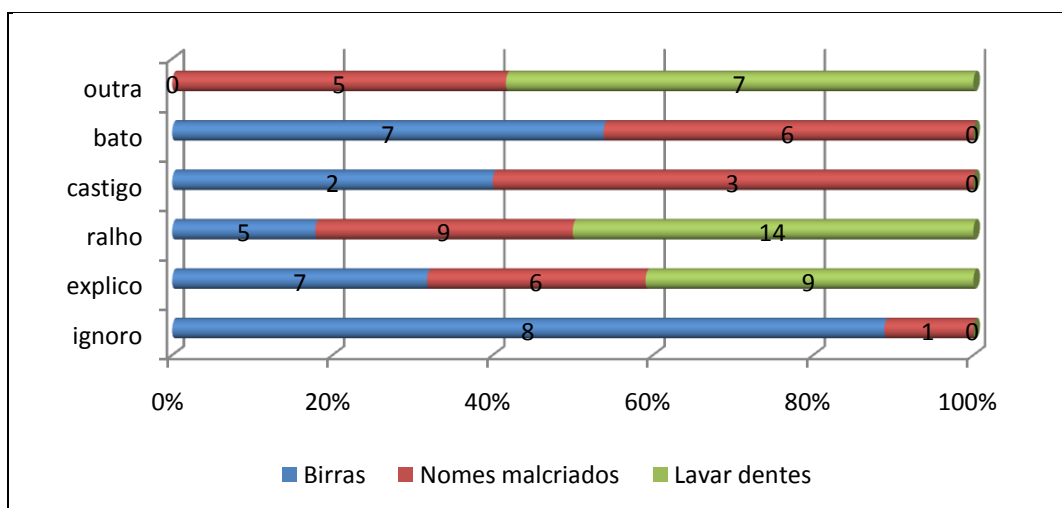


Figura 22 – Reacção das mães a comportamentos desajustados

Em relação à prática de uma actividade extra-curricular, 66,7% das crianças frequentam, sendo a prática mais comum um desporto individual (45%); em seguida a preferência vai para um desporto de equipa (20%); os escuteiros também reúnem um número de crianças significativo (15%); e existem crianças que acumulam um desporto individual com um desporto de equipa (20%). A escolha da actividade extra-curricular baseou-se no que a criança quis (35%); por ser um complemento de desenvolvimento (20%); com o intuito de treinar regras (20%); por motivos vagos, por exemplo: “o que a irmã pratica”; “porque o pai é o treinador”; etc. (25%). Em média as crianças ocupam 4,8 horas semanais na actividade extra (mínimo=1; máximo=15; $DP=4,3$).

Quisemos conhecer os hábitos diários das crianças do nosso estudo quanto ao visionamento de televisão, jogos de computador e consolas portáteis. Questionámos também as mães em relação ao número de horas dedicado a cada actividade e se esta era supervisionada (tabela 8). Foi necessário dividir a resposta sobre o modo de supervisão em: selecção dos pais nos jogos, canais ou DVD's; a companhia dos progenitores junto da criança; e os pais a vigiar regularmente a actividade da criança.

A totalidade das crianças da nossa amostra vê televisão, num máximo de 7 horas diárias, destacando-se que apenas 6,7% o faz na companhia dos progenitores. Em relação ao computador ou consola a maioria das crianças ocupa-se com os aparelhos (73,3%), e em média jogam 0,8 horas diárias. A consola em versão portátil é na sua maioria alvo da selecção dos pais nos jogos, e em média as crianças ocupam 0,6 horas diárias a jogar.

Tabela 8 – Distribuição das actividades de tempos livres das crianças

	Ocupa-se		Supervisão				Quanto tempo dia			
			Sim			Não	médio	mínimo	máximo	DP
	Sim	Não	Seleccção dos pais	Companhia dos pais	Pais a vigiar					
Televisão	100%	0	56,70%	6,70%	13,30%	23,30%	1,5h	0h	7h	1,4
Computador/Consola	73,30%	26,70%	54,50%	4,50%	9,10%	31,80%	0,8h	0h	2,5h	0,7
Consola portátil	53,30%	46,70%	71,40%	0,00%	7,10%	21,40%	0,6h	0h	2h	0,6

4.3.11 Sono

Em média as crianças do estudo dormem 9,1 horas (mínimo=6; máximo=14; $DP=1,3954$). Não foi encontrada associação significativa entre dormirem de acordo com o recomendado ou não (tabela 9) e o facto de estarem medicadas ou não ($\chi^2=0,238$; $p=0,626$). No entanto, verificou-se que as crianças que se encontram medicadas se inserem no grupo que dorme abaixo do desejado (tabela 10). Recorde-se que as crianças do estudo têm idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos.

Tabela 9 – Necessidade média de sono na criança
(US National Sleep Foundation, 2008)

Idade da criança	Horas diárias de sono (média)
1-2 meses	10,5 a 18
3-11 meses	14 a 15
1-3 anos	12 a 14
3-5 anos	11 – 13
5-12 anos	10 – 11
11-17 anos	8,5 – 9,25

Tabela 10 – Distribuição das crianças de acordo com as horas de sono e o facto de estarem ou não medicadas

		Intervalo de horas de sono		
		6 a 9 h	9,5 a 14 h	Total
Medicadas	Não	9	3	12
	Sim	12	6	18
	Total	21	9	30

A hora de se deitar apresenta como média as 22 horas (mínimo=19h30; máximo=24horas; $DP= 0,95$).

Apenas uma das crianças do estudo dorme a sesta.

Quando acordam a meio da noite, 57,1% das crianças apresenta procedimentos adequados (vai WC, bebe água, chama mãe); já 42,9% realiza procedimentos inadequados (vai para a cama dos pais, vê televisão).

Se o filho não se quer deitar, ou tarda em adormecer, as mães optam por “explicar, pedir, zangar” em 53,3% dos casos; irem para a cama dos filhos ou o inverso em 30%; apenas 3,3% referem a introdução de algo (conversa, história, chá); 13,3% referem que essa situação não se aplica ao seu filho.

93,3% das crianças em estudo dorme sozinha ou com irmãos; somente 3,3% dorme com os pais; e 3,3% dorme com a mãe. A idade em que mudaram para o seu quarto foi em média aos 3 anos (mínimo=0; máximo=8; $DP=2,4$; moda=4). Os motivos apontados para a idade da mudança foram por vantagem, comodidade ou benefício dos pais - 20%; por comodidade, segurança, higiene da criança – 13,3%; por benefício psicológico para a criança e seus irmãos – 36,7%; por maturidade da criança – 3,3%; limitações espaciais da casa – 16,7%; por experiência prévia, conselhos, leituras – 10%. Destaque-se que somente 6,7% das crianças não possui quarto próprio.

4.3.12 Prevenção de acidentes

Quando questionadas de forma geral, se fizeram algo para prevenir os acidentes em casa, as mães respondem que sim (63,3%), citando procedimentos diversos, enquanto outras dizem não ter feito nada (36,7%).

Em relação ao número de sustos ou acidentes, incluindo os pequenos, a média situa-se nos três (mínimo=0; máximo=12; $DP=3,2$). Distribuindo-se na seguinte tipologia: acidente que não necessitou de intervenção médica - 61,5%; acidente com intervenção médica sem sequelas (levar pontos) – 26,9%; acidente com intervenção médica ou hospitalização e com sequelas ou que necessitou vigilância – 11,5%.

De forma a particularizar o tipo de procedimentos tidos na prevenção de acidentes, as mães foram questionadas se tomavam alguma medida relativamente às lâmpadas; medicamentos; produtos de limpeza; cozinha; escadas e tomadas. Em relação às lâmpadas, cozinha e escadas as mães responderam na sua maioria que não tomavam qualquer medida, enquanto nas restantes assumiram a existência de comportamentos preventivos (figura 23).

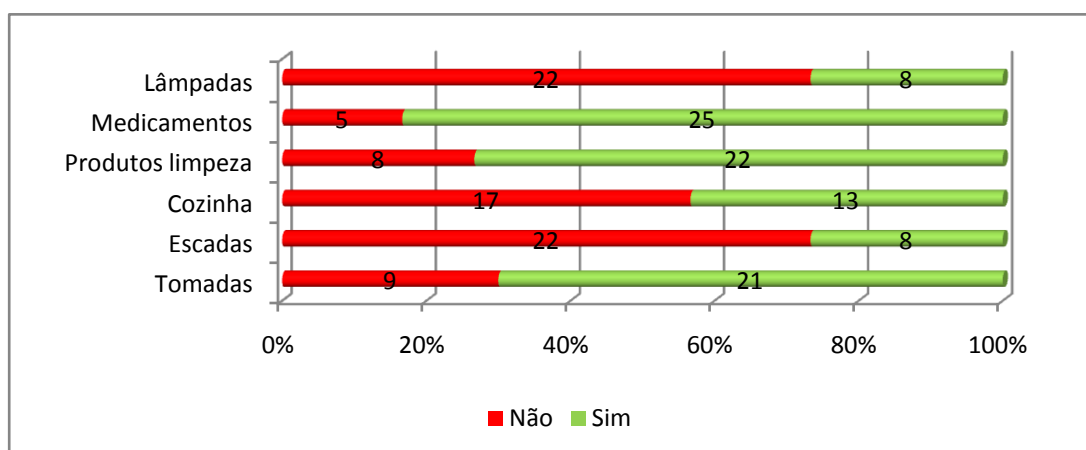


Figura 23 – Frequência de intervenções realizadas para prevenir acidentes

Em todos os itens a maioria das mães recorre a procedimentos adequados para prevenir os acidentes.

Todas as crianças da amostra são transportadas correctamente no automóvel, sentadas atrás com o cinto sempre posto.

4.3.13 Cuidados gerais

Como um cuidado geral considerou-se a eleição do tipo de roupa para a criança, tendo 96,7% das mães preferido o critério: cómoda, em relação a bonita.

Somente uma das crianças não possui as vacinas todas em dia.

Quando não faz mau tempo, as mães saem para a rua com os filhos todos ou quase todos os dias (63,3%); a maioria dos dias (16,7%); aproximadamente metade dos dias (10%); poucos dias (6,7%); nunca ou quase nunca (3,3%). Parece-lhes

importante sair com a criança para a rua porque é bom para a saúde (40%); para que a criança se relacione com pessoas (36,7%); porque as mães gostam de passear (3,3%); outras razões (20%).

4.3.14 Tratamento de problemas de saúde banais

Perguntámos às mães o que faziam perante três problemas de saúde banais e muito frequentes, que devem ser simplesmente vigiados ou tratados sintomaticamente e não necessitam de observação médica. Considerámos tratamento sintomático adequado: no caso da febre de 38º desde há 6 horas, o banho e a medicação tipo *paracetamol*; para a diarreia, a alteração da alimentação e a hidratação; e para o ranho sem febre nem tosse, o soro e a remoção das mucosas (figura 24).

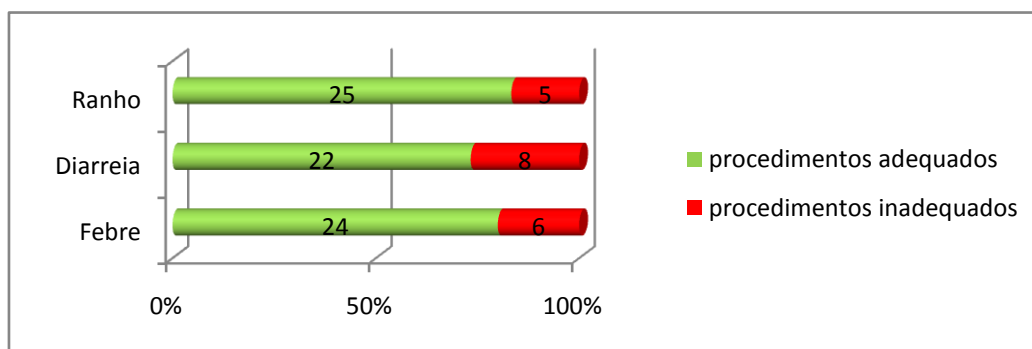


Figura 24 – Procedimentos frente a problemas de saúde banais

4.4 Discussão

Iniciámos a apresentação dos dados pelas fontes de informação a que recorrem as mães destas crianças, tendo-se evidenciado claramente o quanto se tratam de mães com vontade de saber mais sobre crianças, e em especial como devem ser educadas. Se tivermos em conta que se tratam de crianças com um diagnóstico assente em alterações comportamentais, verificamos que a problemática dos filhos se reflecte claramente nas preocupações das mães.

Curiosamente a maioria das mães considera que aprendeu muito com os médicos e enfermeiros, mas quando tem alguma dúvida em relação aos seus filhos, a sua primeira busca de informação é junto do cônjuge, somente surgindo o médico no 5º lugar das preferências.

A valorização do papel do pai é consonante com os dados encontrados no estudo de Nunes (2004) com uma população espanhola, em que à semelhança das mães portuguesas, houve destaque para o desempenho de um papel de apoio e partilha nos cuidados prestados aos filhos.

Quando questionámos as mães sobre as idades médias de aquisição das primeiras etapas de desenvolvimento, constatámos que, não obstante os seus filhos diagnosticados terem realizado as aquisições após os padrões normais (estudo 1), as idades que consideraram as adequadas situam-se dentro dos intervalos considerados adequados na literatura.

De acordo com a literatura (Brazelton, 1995; Cordeiro, 2008) as crianças vêm desde que nascem, ouvem desde que nascem, sentam-se por volta dos 6 meses, adquirem o controlo dos esfíncteres entre os dois e os três anos. À excepção da visão (ponto já discutido aquando da apresentação dos dados), a maioria das mães do estudo responde de acordo com os parâmetros citados.

De forma geral, existe um consenso na literatura acerca da importância da estimulação no desenvolvimento infantil (Brazelton, 1995; Cordeiro, 2008). Defende-se que, ao não potenciar o desenrolar das aquisições, elas poderão ser mais tardias, colocando-se também a hipótese de virem a não desabrochar. No entanto, a hereditariedade não é colocada em causa. Assim, um modelo de explicação seria a interacção dos factores hereditários com o meio em que a criança se insere. Aquilo que verificámos, todavia, ser a posição das mães é uma clara tendência para atribuir à componente hereditária as causas e origens das diferenças individuais. No entanto, nas questões em que procurávamos discriminar as considerações das mães acerca da sua capacidade de influenciar o desenvolvimento dos seus filhos, as respostas não

foram concordantes com as posições anteriores. Por conseguinte, a maioria das mães considerou que podia influenciar uma criança a ser menos chorão; a ser menos tímido; potenciar o desenvolvimento aos dois anos, para que mais tarde beneficiasse de sucesso escolar; bem como potenciar esse mesmo sucesso académico na idade correspondente; ajudar a ter menos ciúmes; e mesmo favorecer a sua inteligência.

Procurámos também perceber se o nível de escolaridade das mães teria alguma associação com a tendência das mães a atribuir as causas e origens das diferenças individuais a factores inatos. No entanto, apenas em relação à timidez/extroversão foi encontrada associação. As mães de nível de escolaridade superior ao básico consideraram que a timidez se trata de uma característica inata.

No estudo de Nunes (2004), os resultados foram diferentes dos apresentados pelas mães portuguesas, reunindo aqueles a resposta interacção genético/meio ambiente maior número de preferências.

As estratégias de promoção do sucesso escolar precoce são coerentes com a literatura, uma vez que a importância das rotinas aos 2/3 anos pretende criar uma estruturação global (Cordeiro, 2008).

Em relação às atribuições de comportamento sobre sentir medo e alegria, aparecem os factores externos como determinantes em ambos os casos. O mesmo tipo de atribuições foi encontrado no trabalho de Nunes (2004), sendo as acções directas dos pais o que mais motiva a alegria nas crianças pequenas, e os estímulos físicos do ambiente, tais como ruídos, sustos ou gritos, os responsáveis pela sensação de medo.

Comparando o que as mães sonham para os seus filhos ao nível dos estudos e da profissão futura, com aquilo que realmente esperam que aconteça, constatámos uma grande discrepância. Parece existir uma desacreditação nas capacidades dos filhos, e uma atribuição de importância a factores alheios. Deste modo, as mães consideram que para alcançar uma boa profissão são as características pessoais ou

esforço, aliadas a factores externos como sorte ou “cunhas”, que se impõem como determinantes.

Curiosamente, no trabalho de Nunes (2004) foi encontrada a mesma discrepância entre aspirações e expectativas reais, surgindo igualmente os contactos sociais e a sorte como determinantes para o êxito profissional, evidenciando uma análoga percepção do contexto social tanto nas mães portuguesas como espanholas.

Actualmente os pais estão cada vez mais presentes na partilha de cuidados ao filho, verificando-se o mesmo na nossa amostra. Quando não são membros activos, isso deve-se a questões de disponibilidade horária, existindo apenas uma pequena minoria que continua a considerar tratar-se de uma ocupação feminina.

Em relação à ida para o infantário a maioria das mães considera positivo, por ser um estímulo para a socialização, e desenvolvimento cognitivo. A idade média apontada (1,9 anos) situa-se perto da apontada pelo pediatra Mário Cordeiro (2008), que regra geral refere que entre os 2 e os 3 anos estará o momento em que se deve dar entrada no jardim-de-infância.

Face aos comportamentos de oposição em questões escolares, como os trabalhos de casa e não querer ir à escola, as mães recorrem em especial ao ralhar e obrigar. Metade das mães fala com os professores pelo menos duas a três vezes por semana, percebendo-se que existe um grande enfoque no contexto escolar. Um dos dados que nos pareceu interessante, em virtude de estarmos perante crianças com uma perturbação infantil que é sobretudo no contexto académico e escolar que mais conflitos acata, foi o facto de metade das mães referir que os filhos nunca rejeitaram ir à escola.

À semelhança das mães espanholas (Nunes, 2004), as estratégias de afecto foram as mais referidas para acalmar um bebé muito chorão e intranquilo, no entanto, quanto ao colo que deve ser dado aos bebés verificou-se uma grande divergência nas respostas dadas pelos dois grupos. Enquanto metade das mães espanholas considera que se deve dar colo frequentemente aos bebés, metade das mães portuguesas

responde “quanto menos melhor” e “só algumas vezes”. A explicação para uma tão grande diferença de opinião, num aspecto em que não se esperaria (uma vez que, de forma global, existe uma grande homogeneidade de considerações), não é por nós passível de ser fornecida.

Acerca do ensinamento do controlo dos esfíncteres, as mães destacam os hábitos, a paciência e a constância como meio de o alcançar, sendo este facto consonante com a literatura. Mário Cordeiro (2008) refere mesmo que envolver este passo de desenvolvimento com afecto e compreensão acelera os resultados. O primeiro objectivo será conseguir que a criança verbalize a vontade de fazer e a partir daí recorrer ao bacio, ou ao redutor de sanita, conforme o que a família sentir como mais adequado para aquela criança em particular.

Potenciar as relações sociais surge, tanto para as mães portuguesas, como para as espanholas, como a principal forma de ajudar os filhos a vencer a timidez. Ambos os grupos também consideram que podem influenciar as qualidades que mais desejam para os seus filhos mediante acções directas, e que a importância das relações sociais reside na promoção do desenvolvimento pessoal e social. A este propósito, Cordeiro (2008) diz-nos que os amigos representam para as crianças a segurança de que são amados, e que têm também objectos e alvos para o seu amor. Este sentimento de empatia é fundamental para criar pessoas e cidadãos estáveis, altruístas e humanistas.

As demonstrações de afecto (elogiar, premiar e acariciar), bem como o ralhar quando as crianças se portam mal, são outro dos pontos de consenso entre as duas amostras, a nossa e a de Nunes (2004). Apenas se diferenciam nas idades que apontam para começar a elogiar ou ralhar, sendo curiosa a forma como se diferenciam. As mães portuguesas consideram-no adequado com um ano de idade aproximadamente, enquanto as espanholas consideram que se deve começar a elogiar aos seis meses de idade, e a ralhar ao ano e meio.

Mães portuguesas e espanholas são unânimes ao considerar que repreenderiam o seu filho se o vissem a bater noutra criança.

O pediatra Brazelton (1995) fala-nos da importância de explorar o ambiente, quando a criança inicia o segundo ano de vida, exploração que implica que haja segurança. Ora, aquilo que este autor defende é que nesta fase devem ser retirados os objectos do alcance da criança, diminuindo assim as fontes de confronto no dia-a-dia. Assim, quando questionámos as mães do nosso estudo acerca do que fariam perante um comportamento esperado de uma criança com cerca de ano e meio, que apanha tudo o que pode e atira para o chão, apenas uma minoria respondeu “retirar as coisas, não fazer nada de especial”. No entanto, Brazelton (1995) explica-nos que, quando a criança tem nas mãos um objecto proibido, verifica se alguém está a observá-la, ou quando começa a iniciar um comportamento cada vez mais provocatório, o seu desejo é que os pais interfiram e lhe digam para parar. Comportamento diferente de ralhar e castigar, como a percentagem significativa das mães respondeu.

Um dos pontos que nos parece pertinente discutir neste momento é a dificuldade em identificar a existência de assertividade no discurso das mães (os questionários foram aplicados em momento de entrevista). Facto que se torna claro nas tendências de resposta que foram ora para “ralhar, castigar” ou “pedir, explicar”. Biddulph (2003) caracteriza os pais assertivos como firmes, determinados e, interiormente, bastante confiantes e descontraídos, sendo que os seus filhos sabem que a sua palavra é que vale, e que nunca serão rebaixados nem humilhados.

Perante um comportamento masturbatório a maioria das mães portuguesas procederia da mesma forma que as espanholas optando por ignorar. Cordeiro (2008) refere que as crianças masturbam-se (a partir dos 3 anos) e fazem-no porque a exploração do corpo leva-as a descobrir uma experimentação nova que dá prazer. Tratando-se de um comportamento normal, é também com normalidade que deve ser

encarado. A atitude dos pais deve ser de respeito, sem emitir juízos, passando apenas a mensagem de que há comportamentos que requerem intimidade e privacidade.

Quando tentámos perceber se existiria associação entre a escolaridade da mãe e a forma como elas consideraram poder influenciar os filhos para que tivessem as qualidades que mais desejariam, verificámos não existir associação. No entanto, são as mães de maior escolaridade que mais escolhem as acções directas como influência para os seus filhos.

À semelhança das mães espanholas as mães da nossa amostra atribuem muita importância às relações sociais da criança, tanto com a família alargada como com outras crianças, uma vez que favorece o seu desenvolvimento pessoal e cognitivo.

Todas as crianças do estudo vêem televisão, sendo a média de horas diárias bastante elevada, no nosso entender. A propósito da questão sobre se eram supervisionados os actos de ver televisão, jogar computador e consolas, constatámos que as acções dos pais são na maioria seleccionar os jogos ou canais a que as crianças têm acesso, sendo muito menos frequente a sua companhia. Assim, ficámos com algumas dúvidas quanto à eficiência desta supervisão.

A nossa amostra compreendeu crianças entre os 6 e os 11 anos, sendo esta a altura da vida em que é comum as crianças iniciarem a frequência de actividades extra-curriculares. Deste modo, constatou-se que mais de metade das crianças frequenta, pelo menos, uma actividade extra-curricular (não foram considerados os tempos de prolongamento de actividades escolares como válidos). A preferência vai para a prática de um desporto individual. Para muito jovens com PHDA, os típicos desportos colectivos, como o futebol ou o basquetebol, são confusos e opressivos porque há demasiada actividade ao mesmo tempo por todo o recinto (Sosin, 2006).

O sono foi outro dos temas abordados na nossa investigação, e a primeira questão analisada o número de horas de sono por noite. Ora, a primeira constatação é que estas crianças dormem menos do que o indicado para a sua idade, de acordo com

as necessidades médias de sono apontadas pela US National Sleep Foundation (2008). No entanto, também verificámos que as crianças que dormem menos são aquelas que se encontram medicadas, o que será consonante com o efeito de insónia provocado pela medicação e descrito na literatura.

Um dado consonante com as características comportamentais da PHDA é o número médio de acidentes destas crianças, bem como na sua maioria tratarem-se de acidentes a necessitar de intervenção médica mas sem sequelas. A propensão para quedas em virtude da enorme agitação psicomotora é assim confirmada.

Tal como as mães espanholas (Nunes, 2004) as mães portuguesas parecem apresentar, de forma geral, procedimentos adequados na prevenção de acidentes em casa. No entanto, também verificámos, na nossa amostra, incongruência entre as respostas à pergunta aberta sobre prevenção de acidentes (muito vaga e sem exemplos) e as respostas às perguntas fechadas.

Quanto aos problemas de saúde banais verificámos que a maioria das mães age de forma adequada não parecendo existir um uso excessivo dos serviços de saúde.

De forma a resumir a análise, a que procedemos ao longo da presente discussão, elaborámos a tabela 8 que permite caracterizar as mães portuguesas da nossa amostra como paradoxais.

Tabela 11 - Tipologia das mães da nossa amostra segundo a tipologia de Palacios e Rodrigo (1998)

Conteúdos	Mães do estudo
Herança / Meio	Destacam a hereditariedade como responsável pela emergência da maioria das características dos seus filhos.
Calendário evolutivo	Referem marcos de desenvolvimento concordantes com a literatura, tendendo para a precocidade.
Valores	Valorizam uma posição intermédia entre dependência e independência, mas revelam maior pendor para a independência.
Expectativas	Grande discrepância entre aquilo que sonham para os seus filhos, e o patamar a que consideram que irão chegar.
Atitudes	Consideram-se capazes de influenciar o desenvolvimento/comportamento dos seus filhos através de acções directas.
Categorização	Mães Paradoxais

5 Estudo 3: Avaliação pelas mães dos Problemas Cognitivos/Desatenção, da Actividade Motora e da PHDA

O presente estudo consistiu na avaliação pelas mães dos Problemas Cognitivos/Desatenção, da Actividade Motora e da PHDA, tendo esta sido concretizada através da aplicação das Escalas de Conners para pais.

As Escalas de Conners são uma ferramenta muito útil para o diagnóstico de PHDA e a exclusão ou inclusão de outras perturbações comórbidas, uma vez que oferecem a percepção da realidade diária da criança pelos olhos dos pais de uma forma específica e direccionada. Na consulta de Desenvolvimento médica em que as crianças do estudo foram diagnosticadas foi utilizada uma versão não adaptada das Escalas de Conners para a população portuguesa, pelo que, no presente estudo, se pretendeu verificar o diagnóstico, bem como enriquecer as informações sobre as particularidades daquela criança. A versão da Escalas utilizada oferece dois novos índices de estudo: problemas cognitivos/desatenção e actividade motora, que facilitam a discriminação do subtipo de PHDA presente. A PHDA, segundo os critérios do DSM-IV-TR (2006) divide-se em três tipos: misto, em que os critérios de falta de atenção e de hiperactividade/impulsividade estão presentes nos últimos seis meses; tipo predominantemente desatento, em que os critérios de hiperactividade/impulsividade não estão preenchido nos últimos seis meses; tipo predominantemente hiperactivo/impulsivo em que os critérios de falta de atenção não estão preenchido nos últimos seis meses.

5.1 Objectivos

1. Confirmar o diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção.

2. Permitir o estabelecimento de correlações entre os valores dos índices: Problemas Cognitivos/Desatenção, Actividade Motora e PHDA, com dados dos estudos anteriores.
3. Verificar a aplicabilidade da Escala de Conners, versão revista (forma reduzida), adaptada para a população portuguesa, a uma amostra de mães de crianças algarvias com diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção.

5.2 Método

5.2.1 Sujeitos

A amostra é constituída por 30 mães de crianças diagnosticadas com PHDA pelos pediatras da Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Faro E.P.E. e já descritas nos estudos anteriores.

5.2.2 Instrumentos

A Escala de Conners para Pais – versão revista (forma reduzida), adaptada para a população portuguesa por Rodrigues (2003) (Anexo D) - é composta por 27 itens que abordam os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Cada item pressupõe a resposta à questão “Com que frequência isto aconteceu no último mês?”, sendo a classificação de acordo com uma escala de Likert a variar entre 0 nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, e 3 equivalente a muito frequente.

A Escala permite obter resultados para 3 índices: Problemas Cognitivos/Desatenção; Excesso de Actividade Motora; e índice de PHDA.

De acordo com Rodrigues (2003) cada sub-escala avalia aspectos diferentes:

- Sub-Escala de Problemas Cognitivos/Desatenção – os valores altos referem-se a um défice de atenção. Estes indivíduos têm mais dificuldades académicas do que os outros da mesma idade cronológica, têm dificuldades em organizar o seu

trabalho escolar e apresentam problemas de concentração em tarefas que requerem um esforço mental prolongado. É constituída pelos itens:

Item 3 - “Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa.”;

Item 8 – “Não consegue completar o que começa.”;

Item 12 – “Precisa de acompanhamento para executar as suas tarefas.”;

Item 17 – “Evita, tem relutância ou tem dificuldade em empreender tarefas que exigem um esforço continuado (tal como trabalhos de casa ou na escola).”;

Item 21 – “Tem problemas em concentrar-se nas aulas.”.

- Sub-Escala de Excesso de Actividade Motora – os valores elevados referem-se a indivíduos com dificuldade em ficar sossegados do ponto de vista motor, com problemas em manter a mesma tarefa durante algum tempo, que apresentam comportamentos de irrequietude motora e são mais impulsivos e que necessitam de se mexer mais do que outros da mesma idade cronológica. É constituída pelos itens:

Item 4 – “Está sempre a movimentar-se ou age como «tendo as pilhas carregadas» ou como se «estivesse ligado a um motor».”;

Item 9 – “Difícil de controlar em centros comerciais ou sítios públicos.”;

Item 14 – “Corre e trepa em situações inapropriadas.”;

Item 18 – “Irrequieto, «tem bicho carpinteiro».”;

Item 22 – “Tem dificuldade em manter-se numa fila ou esperar a sua vez num jogo ou trabalho de grupo.”;

Item 25 – “Não segue instruções e não acaba os trabalhos no lugar (Não é dificuldade em entender as instruções ou recusa).”;

Item 26 – “Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente.”.

- Índice de PHDA – esta variável pretende servir de identificação de crianças em risco de terem uma perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, sendo que os seus valores constituem a base do despiste. É constituído pelos itens:

Item 1 – “Desatento, distrai-se facilmente.”;

Item 5 – “Atento por curtos períodos de tempo.”;

Item 7 – “Mexe muito os pés e as mãos e mexe-se ainda que sentado no lugar.”;

Item 10 – “Desarrumado ou desorganizado em casa ou na escola.”;

Item 13 – “Só presta atenção quando é uma coisa que lhe interessa.”;

Item 15 – “Distraído e com tempo de atenção curto.”;

Item 17 – “Evita, tem relutância ou tem dificuldade em empreender tarefas que exigem um esforço continuado (tal como trabalhos de casa ou na escola).”;

Item 19 – “Distrai-se quando lhe estão a dar instruções para fazer uma coisa.”;

Item 21 – “Tem problemas em concentrar-se nas aulas.”;

Item 23 – “Levanta-se na sala ou em lugares onde deveria ficar sentado.”;

Item 25 – “Não segue instruções e não acaba os trabalhos no lugar (Não é dificuldade em entender as instruções ou recusa).”;

Item 27 – “Fica frustrado quando não consegue fazer qualquer coisa.”.

5.2.3 Procedimento

As Escalas de Conners foram directamente preenchidas pelas mães, no momento da entrevista, optou-se por fazê-lo após a explicitação do objectivo do estudo e apresentação do consentimento informado e antes da aplicação dos questionários, de modo a não existir contaminação de dados. A presença da autora permitiu o esclarecimento de dúvidas.

A selecção de crianças entre os 6 e os 11 anos prendeu-se com a aplicabilidade desta escala.

A codificação e análise estatística dos dados foram realizadas no SPSS, versão 16. Os gráficos foram elaborados no programa Excel, versão Windows Vista.

5.3 Resultados

Verificou-se que, em relação aos três índices, a maioria dos resultados se situaram dentro do intervalo problemático, conforme se pode constatar na figura 25.

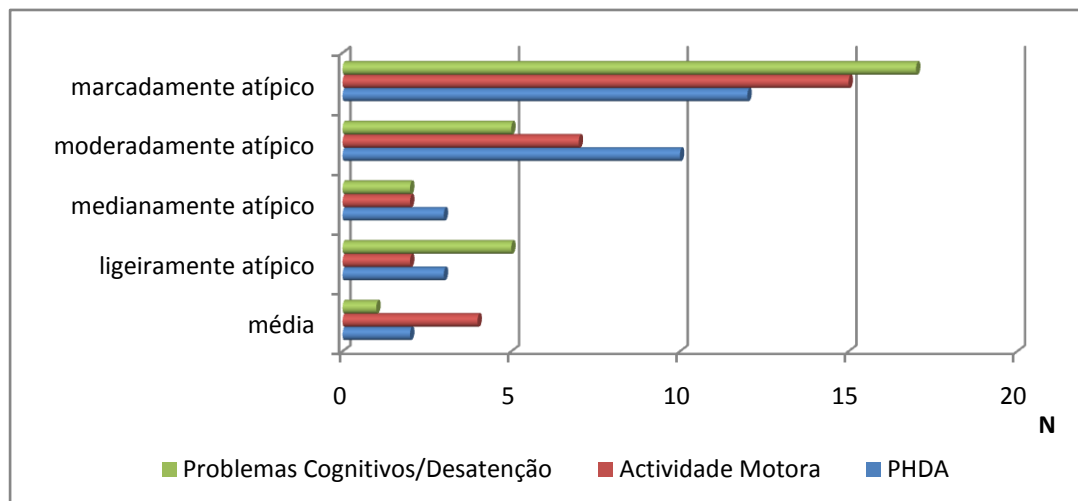


Figura 25 – Distribuição da frequência dos índices

Em seguida, optámos por reagrupar as crianças em dois grupos de forma a poder avançar na nossa análise. O primeiro grupo ficou classificado como não problemático, e reuniu as crianças com índices na escala de Conners na média e ligeiramente atípicos; o segundo ficou descrito como grupo problemático, e constituiu-se juntando as crianças com índices medianamente, moderadamente e marcadamente atípicos. Ao reagruparmos as crianças procurámos verificar se o facto de estarem medicadas ou não revelava associação com o grupo a que pertenciam. Deste modo, utilizando o Qui-Quadrado como medida estatística, verificámos que não existe associação entre estarem ou não medicadas e o índice de PHDA ($\chi^2=1,000$; $p=0,317$) (tabela 12), nem com o índice de excesso de actividade motora ($\chi^2=0,139$; $p=0,709$) (tabela 13), tampouco com o índice de problemas cognitivos e desatenção ($\chi^2=1,701$; $p=0,192$) (tabela 14).

Tabela 12 – Distribuição das crianças medicadas segundo o índice de PHDA

		Medicado		
		Não	Sim	Total
Índice PHDA	Problemático	11	14	25
	Não Problemático	1	4	5
	Total	12	18	30

Tabela 13 – Distribuição das crianças medicadas segundo o índice de Excesso de Actividade Motora

		Medicado		
		Não	Sim	Total
Índice Excesso Actividade Motora	Problemático	10	14	24
	Não Problemático	2	4	6
	Total	12	18	30

Tabela 14 – Distribuição das crianças medicadas segundo o índice de Problemas Cognitivos/Desatenção

		Medicado		
		Não	Sim	Total
Índice Problemas Cognitivos/Desatenção	Problemático	11	13	24
	Não Problemático	1	5	6
	Total	12	18	30

Relativamente aos três índices, procurámos perceber se existiriam diferenças entre ambos os sexos. Conforme os dados apresentados na tabela 15, verificámos que apenas para a variável “Índice de problemas cognitivos e desatenção” existem diferenças significativas entre os sexos ($t=-2,512$; $p=0,021$).

Tabela 15 – Teste T de Student para os três índices, por sexos

Índice	Masculino	Feminino	t	p
PHDA	25,5	26,83	-0,508	0,615
Problemas Cognitivos/Desatenção	10,75	12,67	-2,512	0,021
Excesso de Actividade Motora	13,12	13,83	-0,334	0,741

Procurámos perceber se existiria relação entre a idade e os valores dos três índices, mas não foi encontrada relação estatisticamente significativa em nenhum dos casos (tabela 16).

Tabela 16 – Correlações de Pearson entre a idade e os três índices

		Idade	PHDA	Excesso de Actividade Motora	Problemas Cognitivos/Desatenção
Idade	Correlação de Pearson	1	-0,210	-0,282	-0,294
	Significância (bi-lateral)		0,266	0,131	0,114
	N	30	30	30	30

Procurámos também analisar se existiria associação entre o tempo de gestação em semanas, o peso ao nascimento e o valor de Apgar, com os valores dos três índices (tabela 17). Conforme a tabela, verificámos que apenas se encontrou associação entre o valor de Apgar ao primeiro minuto e os índices: PHDA e Excesso de Actividade Motora. Deste modo, constatamos que existe uma correlação positiva moderada entre o valor de Apgar e o índice de PHDA, ou seja, à medida que os valores de Apgar são mais altos, os valores de índice de PHDA também o são. O mesmo se verifica entre o valor de Apgar ao primeiro minuto e o índice de Excesso de Actividade Motora, uma vez que estamos também perante uma correlação positiva moderada.

Tabela 17 – Correlações de Spearman entre o “Tempo de gestação”, o “Peso à nascença” e o valor de “Apgar ao Primeiro Minuto” e os três índices

				PHDA	Excesso de Actividade Motora	Problemas Cognitivos/Desatenção
Spearman rho	Tempo de gestação em semanas	Coeficiente de correlação	de	0,053	0,171	0,224
		Significância (bilateral)	(bi-lateral)	0,790	0,383	0,252
		N		28	28	28
	Peso à nascença em gramas	Coeficiente de correlação	de	0,38	-0,039	0,096
		Significância (bilateral)	(bi-lateral)	0,841	0,839	0,613
		N		30	30	30
	Apgar 1'	Coeficiente de correlação	de	0,473	0,419	0,298
		Significância (bilateral)	(bi-lateral)	0,011	0,027	0,124
		N		28	28	28

Na tabela 18, apresentamos os valores das correlações encontradas entre a variável “número de horas de sono por noite” e os três índices. Neste caso verificámos a existência de uma correlação negativa moderada entre esta variável e o índice de Problemas Cognitivos/Desatenção. Revelando, assim, que quanto menor o número de horas de sono, maior o score do índice de Problemas Cognitivos/Desatenção, o que se traduz por um desempenho mais problemático nesta área.

Tabela 18 - Correlações de Spearman entre o “Número de horas de sono” e os três índices

				PHDA	Excesso de Actividade Motora	Problemas Cognitivos/Desatenção
Spearman rho	Número de horas de Sono	Coeficiente de correlação	de	-0,140	-0,092	-0,464
		Significância (bilateral)	(bi-	0,460	0,627	0,010
		N		30	30	30

Quanto à associação entre a reanimação à nascença e os vários índices, apenas se verifica relação significativa entre o facto de a criança ter sido reanimada à nascença e o índice de “Excesso de Actividade Motora”. Com base na tabela 19, verifica-se que as crianças que não foram reanimadas apresentam um índice mais elevado de Excesso de Actividade Motora, tendência que é comprovada com o teste de Mann-Whitney, em que se observa que a relação supramencionada entre as variáveis é significativa ($Z = -2,292$; $p = 0,020$).

Tabela 19 – Índice Excesso de Actividade Motora

		Reanimação à nascença	N	Média
Índice Excesso de Actividade Motora	Não		17	16,68
	Sim		10	9,45
	Total		27	

5.4 Discussão

Os primeiros resultados levam-nos a atingir o primeiro objectivo do presente estudo: confirmar o diagnóstico de PHDA das crianças da nossa amostra. Efectivamente, somente 6,7% apresentou resultados no índice de PHDA “na média”, definida por Rodrigues (2003) como não levantando problemas, e apenas uma criança apresentou um resultado não problemático no índice de PHDA, não estando medicada.

No entanto, um dos dados que nos parece fundamental de ser comentado é a incoerência entre o número de crianças medicadas, que continua a apresentar um comportamento problemático (superior ao número de crianças não medicadas a apresentarem sintomatologia problemática), e a percentagem de percepção de eficácia da terapêutica pelos pediatras de 79,2% encontrada no estudo 1.

A Associação Americana de Pediatria (AAP, 2000, cit. por Rodrigues, 2003) elaborou um documento que nomeou de “Linhas de Orientação Prática e Clínica para a Avaliação e Diagnóstico de Crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção”, que pretende fornecer estratégias para utilização de clínicos de cuidados primários, e destina-se unicamente a crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos. Este documento engloba seis recomendações que se resumem na figura 26.

Um dos resultados que se impôs, no nosso entender, foi a predominância de resultados marcadamente atípicos na “Escala de Problemas Cognitivos/Desatenção”, levando-nos a ponderar sobre uma prevalência de critérios de PHDA do tipo predominantemente desatento, bem como a existência de défices cognitivos nas crianças da amostra. Ingram e col. (1999, cit. por Rodrigues, 2003) consideram que o valor de QI é um dos factores preditivos com maior poder nas crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. Os indivíduos com baixos QI tendem a evoluir de forma mais negativa e com maior grau de desadaptação em todas

as áreas. No entanto, devemos ressaltar que não existem factores preditivos que actuem isoladamente.

Verificámos também que o número de crianças com excesso de actividade motora é também ele predominante no grupo “marcadamente atípico”, e embora não tenhamos encontrado correlação entre a idade e o índice de excesso de actividade motora na nossa amostra, a literatura diz-nos que a actividade motora tem tendência a diminuir, mantendo-se o défice de atenção (Garcia, 2001; Barkley, 2002). Ora, podemos alegar que, de acordo com os nossos resultados, essa estabilização comportamental deverá situar-se após os 11 anos, idade limite da nossa amostra.

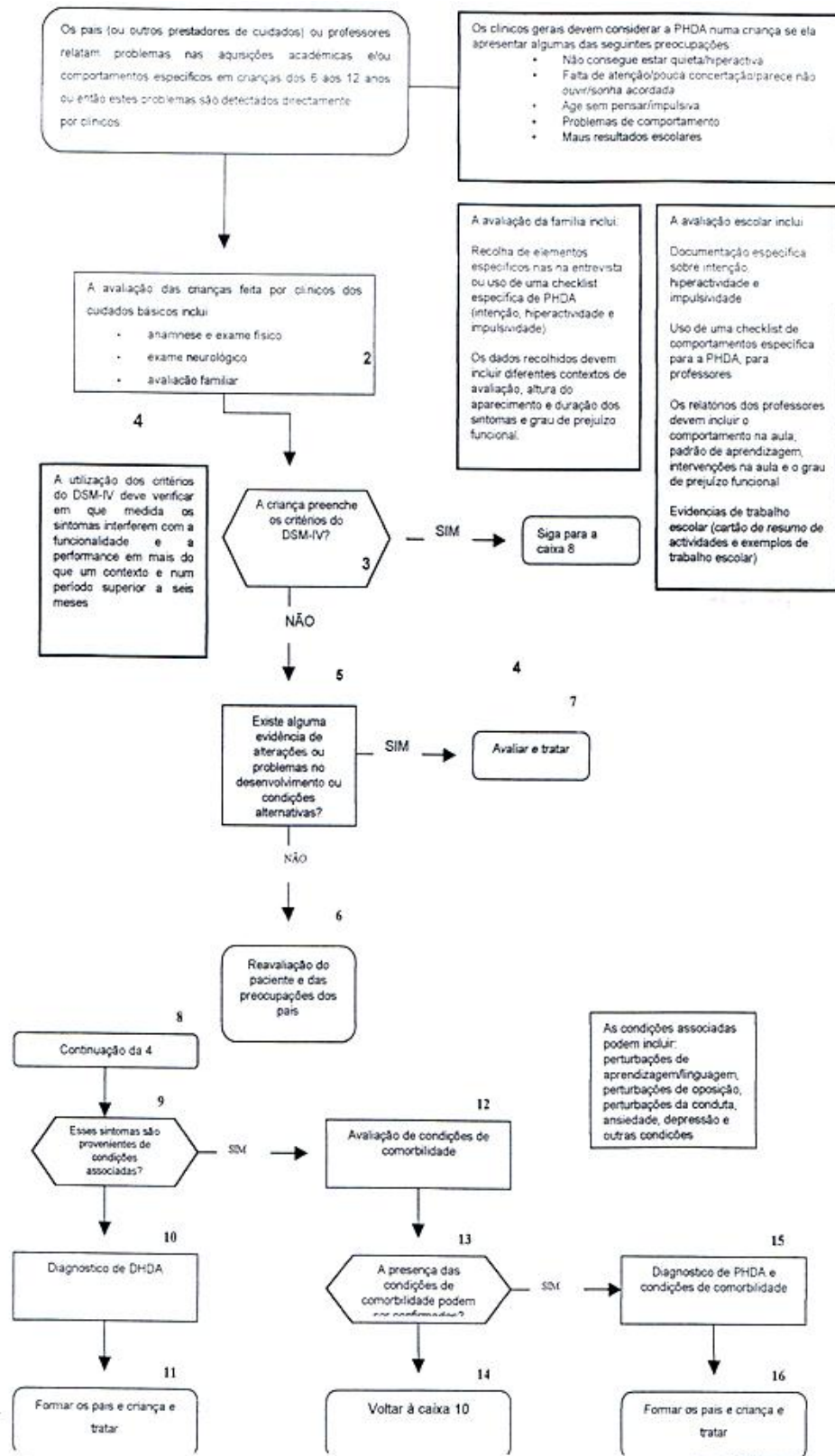


Figura 26 – Algoritmo clínico do diagnóstico da PHDA segundo AAP (2000, in Rodrigues, 2003, p. 253)

Quando procurámos analisar o impacto das crianças estarem ou não medicadas, nos valores dos três índices da Escala de Conners, confrontámo-nos com a não existência de associação entre as duas variáveis. Este facto, coloca em questão o efeito da medicação, mas deve ser alvo de uma pequena ressalva. A duração do efeito da medicação prescrita para estas crianças é limitada no tempo, o que leva a que, no período em que as crianças estão em casa, já não estejam sob o efeito do fármaco, prescrito e administrado de forma a permitir a estabilização durante o período escolar.

De seguida, fomos procurar diferenças entre ambos os sexos, tendo-se confirmado a existência de diferenças estatisticamente significativas no índice “Problemas Cognitivos/Desatenção”. Este resultado é consonante com o estudo de Ackerman, P.T., Roscoe, M.A., Dykman, A. E Oglesby, B. (1983, cit. por Rodrigues, 2003) que referenciaram a existência de diferenças entre rapazes e raparigas, em especial ao nível da atenção e dos resultados em testes de inteligência com valores superiores para os rapazes, quando ambos os grupos se encontravam referenciados clinicamente.

Contrariamente ao que seria esperado, de acordo com a revisão teórica elaborada, em relação ao tempo de gestação e peso à nascença em associação com a manifestação de PHDA, não encontramos associação entre as variáveis e os índices estudados.

O facto de se ter verificado a existência de uma correlação positiva entre o valor de Apgar ao primeiro minuto e o índice de défice de atenção e hiperactividade, parece-nos um dado merecedor de um estudo mais aprofundado, que não cabe nos domínios da presente investigação. Sabemos que o valor de Apgar mede a vitalidade com que uma criança nasce numa escala de 1 a 10, sendo a conjugação de 5 medidas: frequência cardíaca, respiração, tónus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Ora, quanto mais elevadas as classificações nos diferentes minutos, melhor a classificação das condições de nascimento da criança. Na literatura encontramos a

referência ao estudo de Chandola e col., (1992, cit. por Rodrigues, 2003), em que foi apontada a duração do trabalho de parto Apgar ao primeiro minuto como um factor de risco para a manifestação de PHDA.

Em relação aos restantes dados recolhidos na ficha sobre a gravidez e o parto, não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre esses pontos e os valores dos índices, o que está de acordo com a literatura (Rodrigues, 2003).

Por último, explorámos a relação entre a variável “número de horas de sono por noite” e os valores dos índices. Confirmámos que, quanto menor o número de horas de sono, maior os problemas cognitivos e de atenção, facto que, embora não seja inesperado até de um ponto de vista do senso comum, nos parece fundamental ser considerado de forma atenta. O não cumprimento de boas higiènes de sono por parte de crianças com diagnóstico de PHDA agrava as suas características comportamentais, implicando maior desadaptação escolar e académica. Ficou por explorar a questão das insónias enquanto efeito secundário possível nas crianças que se encontravam medicadas.

Os presentes resultados permitiram assim responder aos objectivos do estudo três o diagnóstico de PHDA foi confirmado; foi possível estudar a associação entre diferentes variáveis de forma pertinente para a intervenção; e foi confirmada a aplicabilidade da Escala a mães de crianças algarvias com PHDA.

6 Conclusões Gerais

Propusemo-nos ao longo do presente trabalho responder à questão global de quais são as ideias e práticas parentais das mães de crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção.

Deste modo, começámos por caracterizar aquilo que são ideias e práticas parentais e, embora existam diversas formas na literatura de designar o mesmo conceito, interessa sobretudo referir que estamos sempre a reportar-nos a um conjunto de conteúdos, conhecimentos, suposições e inferências, valores ou aspirações, expectativas, atitudes e atribuições que os pais possuem acerca dos seus filhos (Palacios, 1987, cit. por Nunes, 2004). Fizemo-lo com a convicção, e de acordo com a revisão teórica elaborada, de que as ideias evolutivo-educativas dos pais se encontram intrinsecamente relacionadas com a adopção de determinadas condutas e práticas educativas assumidas por estes, e que, por inerência, se repercutem no próprio desenvolvimento infantil.

Assim, no âmbito de uma perturbação do desenvolvimento infantil, como é a PHDA, acreditamos que conhecer o número, diversidade e valor instrutivo das actividades quotidianas, a sua sequência e a participação dos adultos contribui para sua compreensão, e pode fornecer chaves valiosas para o campo da intervenção e prevenção.

Consideramos que devemos ter a capacidade de superar as polémicas entre as diferentes posições teóricas acerca da origem da PHDA, uma vez que muito há para desenvolver no campo da intervenção directa junto destas crianças e suas famílias. É necessário conhecer as suas rotinas diárias, os seus contextos de vida quotidiana, as suas ideias e práticas parentais, pois são estas as formas mais

poderosas em que a cultura influencia o desenvolvimento infantil (Nunes, 2004). A partir deste conhecimento será possível intervir de modo preventivo não só em relação à Hiperactividade, como em relação a muitas outras questões comportamentais que afectam as nossas crianças. Citemos o exemplo, confirmado na nossa investigação, de como a falta de uma boa higiene de sono se relaciona com problemas cognitivos e desatenção nas crianças.

Defendemos o desenvolvimento de uma perspectiva integrada de compreensão e intervenção que seja acima de tudo preventiva, que abarque não só a criança, mas os seus pais, a sua família, e os diferentes sistemas em que se inserem.

Consideramos que, em virtude das questões culturais de não tolerância aos problemas de comportamento infantil que a nossa sociedade actualmente vive, se não desenvolvermos uma prática de trabalho específica e direccionada para a prevenção, caminhamos para a existência de listas de espera nas unidades de saúde por parte de pais desesperados por uma resposta, que muitas vezes acreditam passar pela “fórmula mágica” de um comprimido. As dificuldades no âmbito escolar por que estas crianças passam, aumentam a pressão sobre os pais. Um terço, ou mais, de todas as crianças portadoras de PHDA ficarão para trás na escola, no mínimo um ano durante o seu percurso educativo, e até 35% nunca completará o ensino médio (Barkley, 2002).

Concluimos que as mães das crianças diagnosticadas com PHDA do nosso estudo revelam-se mães paradoxais, ou seja mães que recorrem a uma variedade de estimulação que as aproxima dos pais modernos, mas sem saberem adequar ao nível de desenvolvimento próprio de cada criança, facto que as torna semelhantes aos pais tradicionais (Palacios & Rodrigo, 1998). Todavia, as mães revelaram-se paradoxais sobretudo entre a teoria implícita acerca do desenvolvimento e educação das crianças, maioritariamente inatistas, e a condução de práticas de estimulação assentes em princípios mais ambientalistas. Organizar momentos de informação e reflexão sobre estas questões torna-se fundamental. A ausência de perspectivas assentes na interacção hereditariedade/meio revela-se surpreendente.

No facto de constatarmos que a maioria das crianças apresentou sinais precoces de suspeita de quadro de PHDA, julgamos estar um das contribuições mais valiosas desta investigação. Ao sabermos que existe uma relação entre as ideias educativo-evolutivas das mães e o desenvolvimento e o comportamento dos filhos, e ao verificarmos que as crianças com diagnóstico de PHDA apresentaram sinais precoces de características da mesma perturbação, concluímos que será nas idades mais precoces que deve residir a intervenção junto das mães para que desenvolvam perspectivas de interacção hereditariedade/meio e se possa alcançar uma minimização das implicações negativas do quadro clínico.

Verificámos que a introdução da medicação estimulante para estas crianças apresenta discrepância quanto à sua eficácia entre médicos e mães, pelo que consideramos que deverá ser alvo de maiores considerações na sua prescrição.

De seguida apresentamos um conjunto de sugestões que, no nosso entender, podem e devem ser seguidas nas unidades de cuidados primários, bem como nas consultas de pediatria particulares, pelo seu papel de prevenção e promoção da saúde. Esta importância é reforçada pela atribuição de muita relevância aquilo que médicos e enfermeiros dizem por parte das mães, bem como pela sua vontade expressa de querer saber mais sobre crianças, em especial sobre educação. Devido à elevada taxa de crianças prematuras na nossa amostra, parece-nos que estas directrizes deverão ser reforçadas no âmbito das consultas de Neonatologia com crianças prematuras.

- Abordar questões comportamentais nas consultas pediátricas, desde que as crianças iniciam a marcha, altura em que começam a explorar o seu redor;
- Enfocar mais sistematicamente sobre os hábitos de sono e suas implicações no desenvolvimento e comportamento das crianças;
- Explorar o modo de resposta da criança aos estímulos que a rodeiam, visuais, auditivos, tácteis e olfactivos;

- Perceber de que forma a criança se organiza na realização das tarefas básicas do seu quotidiano e nas suas brincadeiras.

Defendemos que estas simples directrizes poderiam contribuir para uma mais precoce discriminação dos sintomas da PHDA, o que permitiria uma intervenção preventiva quer no despoletar de perturbações do desenvolvimento, quer no minimizar das suas implicações.

À semelhança de qualquer investigação também aqui encontramos várias limitações. Em primeiro lugar salientamos o limite de tempo para a conclusão do trabalho que impediu a inserção de outras variáveis na análise, bem como o alargamento do número de crianças da amostra. O tamanho da amostra foi também penalizado pela duração da entrevista de uma hora e meia, o que levou algumas mães a não se mostrarem disponíveis para responder aos questionários.

Chegados ao término deste trabalho deparamo-nos com um conjunto de curiosidades que suscitam o interesse na continuação do mesmo. Por conseguinte, parece-nos que alargar a aplicação dos questionários aos progenitores masculinos, introduzir dados da avaliação do perfil cognitivo das crianças e aplicar aos professores das crianças a versão da Escala de Conners para professores, constituiriam dados bastante ricos para a prossecução desta investigação.

Para encerrar julgamos ter deixado uma porta aberta num campo de investigação pouco explorado em Portugal e numa área que nos parece tão rica e com imenso para explorar. Acreditamos que muitas outras investigações poderão ser conduzidas a partir da actual, que a enriqueçam e suplementem, que permitam uma melhor discriminação de sintomatologia precoce da PHDA, que melhor expliquem a influência das ideias das mães sobre as suas práticas parentais, e que, por conseguinte, possam rentabilizar as possibilidades de intervenção ao nível da prevenção no âmbito da Psicologia da Saúde.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2006, 4ª ed.). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barkley, R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade (TDHA) - Guia Completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Batata, I. (2006). *Estou bem onde não estou: alterações na dinâmica familiar de crianças hiperactivas medicadas com metilfenidato*. Monografia de Licenciatura. Lisboa: ISPA. Retirado em Agosto de 2008 de www.psicologia.com.pt.
- Bayle, F.; Martinet, S. (2008). *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Biddulph, S. (2003). *O Segredo das Crianças Felizes*. Queluz: Alda.
- Bouvard, M.; Heuzey, M.; Mouren, M.; Abbou, H.; Bange, S.; Cortese, S.; et al. (2006, 2º éd.). *L'hyperactivité de l'enfance à l'age adulte*. Paris: Doin.
- Brazelton, B; Cramer, B. (2001). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, B. (1995). *O Grande Livro da Criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (Ed.) (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Cordeiro, M. (2008, 3ª ed.). *O livro da criança – do 1 aos 5 anos*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Frances, A., Ross, R. (1999). *DSM-IV – Casos clínicos. Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi.

-
- Garcia, I. (2001). *Hiperactividade. Prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Amadora: McGraw-Hill.
 - Giráldez, S. L. (2003). *La Psicopatología de la infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio*. Papeles del Psicólogo, 85, 1-13.
 - Guedeney, N; Guedeney, A. (2004). *Vinculação. Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi.
 - INE - Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas Demográficas, 2007*. Retirado em Agosto de 2008 de www.ine.pt.
 - Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
 - Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
 - Miller, Green e Magher (1986). *Handbook of Clinical Health Psychology*. Plenum Press.
 - Nunes, C. (2004). *Pediatras, madres y políticas de salud infantil*. Tesis doctoral. Sevilha: Universidad de Sevilha.
 - Nicholl, J. S. M. (2002). *The remarkable nutritional treatment for ADHD, Dyslexia and Dyspraxia*. London: Macmillan.
 - Rodrigues, A. (2003). *Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção – Estudo de standardização e Propriedades Psicométricas das Forças Reduzidas das Escalas de Conners Revistas para Professores e Pais em crianças do primeiro ciclo*. Tese de Doutoramento em Motricidade Humana. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, não publicado.
 - OMS (2008). *Exclusive breastfeeding*. Retirado em Agosto de 2008 de http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding
 - Paixão, R. (2002). *Psicopatologia Infantil e Juvenil, Primeira Parte: Psicopatologia Infantil*. Manual de apoio à cadeira de apoio à cadeira de Psicopatologia Infantil e

Juvenil da Licenciatura em Psicologia (4º ano do Ramo de Clínica Dinâmica).
Coimbra: não publicado.

- Palacios, J.; Rodrigo, M. J. (1998). *Familia e desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Phelan, T. W. (2005). *TDA/TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade, Sintomas, Diagnósticos e Tratamento Crianças e Adultos*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Lda.
- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2000). *Más maneiras de sermos bons pais. As crianças, o pensamento e a família*. Lisboa: Fim de Século.
- Salgueiro, E. (1996). *Crianças irrequietas – 3 estudos clínico-evolutivos sobre a “instabilidade motora” na idade escolar*. Lisboa: ISPA.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o Mar – Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Caminho.
- Schweizer, C. & Prekop, J. (2001). *Crianças hiperactivas – Porque é que uma criança é inquieta e agitada? Um livro para restituir a tranquilidade à família*. Porto: Ambar.
- Sosin, D.; Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.
- Thomas, J. & Willems, G. (2001, 2º éd.). *Troubles de l’attention, impulsivité et hyperactivité chez l’enfant – Approche neurocognitive*. Paris: Masson.
- Timini, S. (2005). *Naughty Boys – Anti-social behaviour, ADHD and the role of the culture*. New York: Palgrave MacMillian.
- Urra, J. (2007). *O pequeno ditador – Da criança mimada ao adolescente agressivo*. Lisboa: Esfera dos livros.
- US National Sleep Foundation (s.d.) *Children and sleep*. Retirado em Agosto de 2008 de <http://sleepfoundation.org>

Anexos

Anexo A

Ficha de Recolha dos Dados dos Processos Hospitalares

SUJEITO N.º _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

(1 2 3 4) Data de nascimento: ____/____/____ (1 2 3 4) Gravidez: _____

(1 2 3 4) Tempo de gestação: _____ semanas (1 2 3 4) Gesta: _____

(1 2 3 4) Tipo de parto: eutócito distócito

(1 2 3 4) Estado à nascença: _____

(1 2 3 4) Peso de nascimento: _____ gramas (1 2 3 4) Apgar: 1` ____ 5` ____

(1 2 3 4) Reanimação à nascença: sim não

(1 2 3 4) Período neonatal: _____

(1 2 3 4) Existência de consumos durante a gravidez: sim não

(1 2 3 4) Tipo de consumo:

(1) Heroína

(3) Haxixe

(2) Cocaína

(4) Outros

(1 2 3 4) Aleitamento _____

(1 2 3 4) Idade Início: Sumos ____ Farinhas ____ Legumes ____ Carne ____

Gema Ovo ____ Peixe ____ Vitaminas (tipo e doses) ____ Ferro ____

(1 2 3 4) Alimentação actual _____

(1 2 3 4) Crescimento _____

(1 2 3 4) 1º Sorriso ____ (1 2 3 4) Segurar cabeça ____ (1 2 3 4) Sentar ____ (1 2 3 4)

(1 2 3 4) 1º Dente ____ (1 2 3 4) 1ºs Passos ____ (1 2 3 4) 1ªs Palavras ____ (1 2 3 4)

(1 2 3 4) 1ªs Frases ____ (1 2 3 4) Controlo Esfíncteres: diurno ____ nocturno ____

(1 2 3 4) Personalidade: _____

(1 2 3 4) Ambiente Social: _____

(1 2 3 4) Rendimento Escolar: _____

(1 2 3 4) Doenças anteriores: _____

(1 2 3 4) Notas _____

Antecedentes Familiares

(1 2 3 4) Idades: Pai ____ Mãe ____

(1 2 3 4) Profissão: Pai _____ Mãe _____

(1 2 3 4) Trabalho exercido: Pai _____ Mãe _____

(1 2 3 4) Estudos: Pai _____ Mãe _____

(1 2 3 4) Adoptado: Sim ____ Não ____ Desde quando? _____

(1 2 3 4) Número de Irmãos: ____ Idades: _____

Consultas Hospitalares

(1 2 3 4) Quem enviou a criança para a consulta de Desenvolvimento?

(1 2 3 4) Motivo do envio?

(1 2 3 4) Veio acompanhada de relatório? Sim Não

(1 2 3 4) De quem?

- (1) Professor
- (2) Educador de Infância
- (3) Psicólogo
- (4) Médico de Família
- (5) Outro

(1 2 3 4) Data da Primeira Consulta de Desenvolvimento: ____/____/____

(1 2 3 4) Quais os encaminhamentos realizados?

- (1) Psicologia
- (2) Terapia da Fala
- (3) Terapia Ocupacional
- (4) Apoios Educativos
- (5) Otorrinolaringologia
- (6) Oftalmologia
- (7) Consulta de Genética
- (8) Exames Complementares de Diagnóstico

Exames realizados:

(1 2 3 4) Ressonância electromagnética (RM):

(1 2 3 4) Resultado: sem alterações com alterações

(1 2 3 4) Potenciais Evocados Auditivos (PEA):

(1 2 3 4) Resultado: sem alterações com alterações

(1 2 3 4) Electroencefalograma (EEG):

(1 2 3 4) Resultado: sem alterações com alterações

(1 2 3 4) Estudo Genético (cariótipo):

(1 2 3 4) Resultado: sem alterações com alterações

(1 2 3 4) Data de início da medicação: _____

(1 2 3 4) Medicamento: _____ Dose: _____

(1 2 3 4) Data da 1ª reavaliação: _____

(1 2 3 4) Existência de melhorias: sim não

(1 2 3 4) Controlos do peso:

____/____/____ _____

____/____/____ _____

____/____/____ _____

____/____/____ _____

____/____/____ _____

Legenda:

- 1 – Informação registada unicamente no processo clínico hospitalar
- 2 - Informação registada unicamente no processo da Consulta de Desenvolvimento
- 3 - Informação registada unicamente no processo clínico informático
- 4 - Informação registada unicamente no processo de Psicologia

Anexo B

Questionário de ideias dos pais sobre educação e desenvolvimento de seus filhos (CIPm)

(Adaptação do Cuestionário de ideias de los padres sobre educación y desarrollo de los niños – Nunes C., 2004)

1. Desde muito pequenas que algumas crianças são mais inquietas do que outras, algumas são mais choronas e outras mais tranquilas. Qual é no seu entender a razão porque umas crianças são tão diferentes das outras desde tão pequenas?

- | |
|---|
| 1. Depende da hereditariedade, da gravidez ou parto |
| 2. Depende de factores circunstanciais ou causais |
| 3. Depende da educação e do meio |
| 4. Depende da interacção hereditariedade-meio |
| 9. NS/NC |

2. É possível fazer algo para que um bebé muito chorão e intranquilo o seja menos?

1. Sim
2. Não
3. NS/NR

3. Se acredita que sim, que coisas lhe ocorrem?

- | |
|---|
| 1. Pegar nele, Dar-lhe afecto. Distraí-lo |
| 2. Cuidados físicos (Ex. mudar as fraldas) |
| 3. Tranquilidade e ordem em casa |
| 4. Levá-lo ao médico e/ou utilizar medicamentos |
| 5. Procurar a causa e actuar em consonância |
| 6. Outras: |

4. Considera que se deve dar colo aos bebés:

1. Com frequência
2. Só algumas vezes
3. Quanto menos melhor
4. Depende do carácter do bebé
9. NS/NR

5. Que tipo de brinquedos gosta mais para o seu filho?

6. Porque são estes os que gosta mais?

- | |
|---|
| 1. Entretém-se e diverte-se mais com esses |
| 2. São aqueles de que mais gostam os pais e/ou os que teve quando pequeno |
| 3. Aprende mais |
| 4. São os mais apropriados para a idade e o sexo |
| 5. Outras: |
| 9. NS/NC |

7. Com que idade acha que os bebés começam a ver?

1. Desde que nascem
2. Menos de um mês ou da quarentena
3. Entre um mês e meio a 3 meses
4. Dos 3 meses e meio em diante
9. NS/NR

8. E com que idade acha que começam a ouvir?

1. Desde que nascem
2. Menos de um mês ou mês e meio
3. De um mês e meio a 3 meses
4. Dos 3 meses e meio em diante
9. NS/NR

9. Com que idade acha que os bebés permanecem sentados?

1. Menos de 5 meses
2. Entre 5 e 7 meses
3. Entre 8 e 10 meses
4. 11 ou mais meses
5. Depende de cada bebé
9. NS/NR

10. Com que idade acha que as crianças controlam o xixi e o cocó?

1. Antes do ano e meio
2. Entre o ano e meio e os três anos
3. Mais de três anos
4. Depende de cada criança
9. NS/NR

11. Como se pode ensinar uma criança a controlar-se?

1. Referências a hábitos, sítio, paciência, constância
2. Ignorar, não fazer nada de especial, não castigar, esperar que a criança possa ou peça
3. Dando explicações
4. Utilização de exemplos, modelos, jogos, elogios, etc.
5. Outras

12. Acha que as crianças pequenas (com menos de 6 meses) têm emoções como estar tristes ou alegres, ter medo, etc.?

1. Sim 2. Não 9. NS/NR

13. O que é que faz com que uma criança tão pequena esteja alegre?

1. Bem-estar físico ou por ser algo inato na criança
2. Bem-estar emocional, clima familiar, relações boas entre os pais
3. Acções directas dos pais com a criança
4. Estímulos físicos do seu redor
5. Outras
9. NS/NC

14. O que é que faz com que uma criança tão pequena tenha medo?

1. O bebé não tem medo
2. O medo provém do próprio bebé ou de sua experiência prévia
3. Incerteza, solidão, insegurança
4. Sustos, ruídos, sobressaltos, o escuro
5. Influências dos pais,

15. Você sabe que existem crianças mais alegres e crianças mais sérias, que umas são mais extrovertidas e outras são mais tímidas; a que acha que se devem estas diferenças?

16. Se uma criança de 4 ou 5 anos é muito tímida, acha que os pais podem fazer algo para que o seja menos?

1. Sim 2. Não 9. NS/NR

17. Se acha que se pode fazer algo, que tipo de coisas?

1. Accões gerais dos pais com o filho: falar, animar, ajudar
2. Potenciar as suas relações sociais
3. Proporcionar situações que lhe tragam segurança, confiança ou valorizar o que faz
4. Rever o tipo de educação que é dada
5. Consultar um especialista ou o professor
6. Outras:
9. NS/NC

18. Existem pais que preferem que os seus filhos sejam muito pegados a eles, enquanto outros preferem que os seus filhos sejam mais independentes; o que prefere você?

1. Dependência
2. Independência
3. Algo intermédio
4. Depende da idade ou das características da criança
9. NS/NR

19. A criança ser mais dependente ou mais independente, dependerá de quê?

20. Parece-lhe bem que as crianças vão para o infantário?

1. Sim
2. Não
3. Depende da idade da criança e das suas características
4. Depende de circunstâncias alheias à criança
9. NS/NR

21. Por que lhe parece positivo as crianças irem para os infantários?

- | | |
|----|---|
| 1. | Socialização, disciplina, desenvolvimento |
| 2. | Estimulação cognitiva aprendizagem |
| 3. | Habituação à escola |
| 4. | Libertar os pais |
| 5. | Outras |
| 6. | NS/NC |

22. Por que lhe parece nocivo irem para os infantários?

1. Por ser prejudicial para a criança
2. Está melhor aos cuidados de sua mãe, desapego dos pais, falta de controlo sobre a criança
3. Outras: _____
4. NS/NR

23. Desde que idade acha você que devem ir para o infantário? _____

24. Parece-lhe bom elogiar as crianças, premiá-las, acariciá-las, etc., quando fazem algo bem?

1. Sim
2. Não
3. Depende das circunstâncias
9. NS/NR

25. Desde quando lhe parece que é conveniente fazê-lo? _____

26. Supunhamos que o seu filho de 7 anos fez algo que o deixou muito contente; como demonstraria à criança o seu orgulho e a sua alegria?

- | | |
|----|---|
| 1. | Dizendo-lhe, fazendo-lhe ver |
| 2. | Com mostras físicas de afecto |
| 3. | Prendas e prémios |
| 4. | Não lhe dar muita importância, não fazer nada de especial |
| 5. | Outras |
| 6. | NS/NR |

27. Acha que se deve ralar com as crianças?

1. Sim 2. Não 3. Sim com explicação 4. NS/NR

28. A partir de que idade lhe parece que se deve começar a fazê-lo?

29. Se você vê que o seu filho, de 20-24 meses, bate noutra criança e você não gosta, que faria?

- | | |
|----|--|
| 1. | Nada de especial, deixá-los |
| 2. | Ralar-lhe e dizer-lhe que isso não se faz |
| 3. | Explicações e estratégias de adopção de perspectivas (Ex.: "pôr-me do lado da outra criança para que veja que é injusto", "explicar-lhe que causou dano no outro") |
| 4. | Bater |
| 5. | Outras |
| 9. | NS/NR |

30. O que acha você que se pode fazer com uma criança de um ano ou ano e meio que apanha tudo o que pode e atira ao chão?

1. Falar-lhe, explicar-lhe, pedir-lhe que apanhe, chamar-lhe a atenção
2. Ralhar-lhe, castigá-lo
3. Retirar as coisas, não fazer nada de especial ou metê-lo no parque
4. Estar atento, guiá-lo, ajudá-lo
5. Outras
9. NS/NR

31. Se você está muito zangada com o seu filho de, por exemplo, 8 anos, que faz?

1. Dizer-lhe, explicar-lhe, falar-lhe
2. Castigar, ralhar, ameaçar (não inclui bater)
3. Bater
4. Nada de especial
5. Outras
9. NS/NR

32. Suponhamos que um dia está sentado com o seu filho nos braços e ele começa a apontar para algo que está no móvel, por exemplo umas luvas que você deixou ali, que faria?

1. Dar-lhe
2. Nomear
3. Explicar a sua utilização
4. Outras
5. NS/NR

33. Com que idade acha que começam a falar as crianças? (a dizer as primeiras palavras)

34. Quando lhe parece que a criança já fala suficientemente bem para ser entendida por pessoas estranhas? _____

35. Por que acha que umas crianças falam melhor e outras pior, que umas comecem a falar antes e outras depois?

36. É possível fazer algo para que uma criança fale depressa e bem?

1. Sim 2. Não 3. Algo, um pouco 9. NS/NR

37. Que coisas se podem fazer?

1. Falar-lhe, estimular a sua linguagem, ensinar-lhe palavras, falar-lhe muito e bem
2. Reforçar a sua linguagem, corrigi-lo
3. Ir para o infantário, relacionar-se com outras crianças, levá-lo a um especialista
4. Outras
9. NS/NC

38. Com que idade acha que as começam a entender aquilo que lhes é dito? _____

39. A partir de que idade lhe parece que vale a pena começar a explicar as coisas às crianças? _____

40. Imagine que um dia a criança chega a casa com um gelado, se você vê que ele o deixa em cima de uma mesa e se vai derreter, que faz?

1. Você tira ou guarda no frigorífico
2. Diz à criança que o tire ou que o guarde
3. Explicação
4. Explicação com demonstração ou exemplos
5. Outras
9. NS/NC

41. A que acha que se deve o facto de que entre crianças normais umas sejam mais inteligentes do que outras?

42. Acha que os pais podem fazer algo para favorecer a inteligência dos seus filhos?

1. Sim 2. Não 3. Algo, um pouco 9. NS/NR

43. Que coisas podem fazer?

44. Se vê que está a vestir sozinho as calças e que tem dificuldades porque se desequilibra e confunde as pernas, etc., que faz?

1. Veste-o você
2. Deixa que continue tentando sozinho
3. Introduziria algum tipo de ajuda
4. Outras
9. NS/NR

45. Você acha que algumas das coisas que os pais fazem quando a criança é pequena, por exemplo quando tem 2 anos, podem ajudá-lo mais tarde quando ele for para a escola, ou ainda é muito pequeno?

1. Sim, podem ajudá-lo
2. Não, é relamente muito pequeno
9. NS/NR

46. Em caso afirmativo, que tipo de coisas?

1. Ensinar-lhe tarefas escolares: letras e números
2. Ensinar-lhe pré-requisitos escolares cognitivos
3. Ensinar-lhe hábitos sociais ou motivacionais
4. Levá-lo ao infantário
5. Intervenção inespecífica ou muito geral
9. NS/NR

47. Uma vez que a criança vá à escola, acredita que os pais podem fazer algo para que corra tudo bem?

1. Sim 2. Não 9. NS/NR

48. Que tipo de coisas podem fazer?

1. Ensinar-lhe conteúdos escolares, ajudá-lo nos deveres, explicar-lhe as lições
2. Motivá-lo, animá-lo, interessá-lo, premiar ou castigar
3. Falar com os professores, colaborar com eles
9. NS/NR

49. O que acha que faria se visse que seu filho ou filha de 4 anos anda a brincar com os genitais?

1. Nada de especial, é normal
2. Ralhar, castigar, ameaçar
3. Dar explicações, dizer que isso não é para mexer
4. Tirar a mão dissimuladamente, distraí-lo
5. Consultar um especialista
9. NS/NR

50. Imagine que agora, quando "X" tinha 2 anos, nascia outro irmão, acha que podia evitar de alguma maneira os ciúmes de "X"?

1. Sim
2. Não
3. Um pouco, só diminuí-los
9. NS/NR

51. Que faria para evitar os ciúmes? _____

52. Gostaria de saber mais coisas sobre crianças, sobre como são e como educá-las?

1. Sim
2. Não
9. NS/NR

53. Que tipo de coisas gostaria de saber? (se der mais de uma resposta colocar por ordem: 1º, 2º.)

1. Como são, como se desenvolvem
2. Saúde, cuidados básicos, alimentação
3. Como educá-los
4. Outras: _____
9. NS/NR

54. O que é que lhe custa mais na educação dos seus filhos?

55. Se você tem alguma vez uma dúvida em relação à educação dos seus filhos, se não sabe o que fazer a respeito de alguma coisa que lhe parece importante, quem consulta? (se der mais de uma resposta colocar por ordem: 1º, 2º.)

1. O cônjuge
2. A sua mãe
3. Outros familiares, vizinhos ou amigos
4. O médico
5. Outros: _____
9. NS/NR

56. Que qualidades gostaria que o seu filho tivesse? O que mais deseja para ele? (se der mais de uma resposta colocar por ordem: 1º, 2º.)

1. Saúde, aspecto físico, determinado sexo
2. Obediência, formalidade, submissão
3. Características de personalidade e socialização
4. Características intelectuais
5. Características inespecíficas
9. NS/NR

57. Considera que poderá influenciar como mãe para que a criança tenha essas qualidades?

1. Sim
2. Não
3. Em parte
9. NS/NR

58. Se acredita que não poderá influenciar, isso deve-se a:

59. Se acredita que pode influenciar, como lhe parece que pode fazê-lo?

60. Se fechar os olhos e sonhar, qual o nível de estudos que gostaria que os seu filho alcançasse?

1. Escolaridade obrigatória, secundária, profissional
2. Estudos universitários
3. Até onde quiser ou puder
4. Aspirações imprecisas
9. NS/NR

61. Esse era o nível que gostaria, mas, até onde acha que chegará realmente?

1. Menos de universidade
2. Estudos universitários
3. Até onde quiser ou puder, depende da criança
4. Aspirações imprecisas
5. Não se pode saber
9. NS/NR

62. Que profissão ou trabalho gostaria que tivesse o seu filho?

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Uma que requira poucos ou nenhuns anos de estudos2. Uma que requira estudos médios3. Uma que requira estudos superiores4. A que ele puder ou quiser5. Aspirações imprecisas9. NS/NR |
|---|

63. Mas que profissão acha que realmente terá?

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Uma que requira poucos ou nenhuns anos de estudos2. Uma que requira estudos médios3. Uma que requira estudos superiores4. A que ele puder ou quiser5. Respostas imprecisas9. NS/NR |
|--|

64. O que acha que determina que umas pessoas tenham uma profissão melhor do que outras?

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Características pessoais: inteligência, gostos...2. Estudos, esforços, vontade, nível de preparação3. Factores externos: contactos-oportunidades sociais e familiares, sorte4. Características pessoais ou esforço mais factores externos5. Respostas imprecisas9. NS/NR |
|--|

Anexo C

Questionário de Práticas Educativas dos Pais (QPE)

(Adaptação do Cuestionario de prácticas de crianza de los padres y su opinión sobre el programa del niño sano. CPC - Nunes C.,2004)

Vamos falar sobre os hábitos do seu filho: comecemos pelo sono

1. Quantas horas dorme por noite? (não durante todo o dia) _____

2. A que hora se deita? _____

3. Dorme sesta? Não Sim → Quanto tempo? _____

4. O que faz se acorda de noite? _____

5. O que faz quando o seu filho não se quer deitar, ou tarda em dormir?

6. Com quem dorme a criança?

Sozinho ou com irmãos

Com os pais

Outra situação _____

Quando mudou para o seu quarto? _____

Até que idade permanecerá a criança a dormir no
.....

7. Porquê com essa idade?

1. Por vantagem, comodidade ou benefício dos pais
2. Por comodidade, segurança, higiene da criança
3. Por benefício psicológico para a criança ou seus irmãos
4. Por maturidade da criança
5. Limitações espaciais da casa
6. Por experiência prévia, conselhos, leituras...
7. NS/NR

8. Tem um quarto para ele? Sim Não

Passemos aos cuidados gerais

9. De que modo partilha com o seu companheiro os cuidados da criança?

- Ele ocupa-se tanto ou mais do que eu
- Ele ocupa-se menos do que eu
- Ele não se ocupa da criança

10. (Se responde 2 ou 3) Por que motivo?

- Por ele considerar ser uma ocupação feminina
- Porque consideramos os dois ser uma ocupação feminina
- Porque não sabe fazê-lo como eu
- Porque não tem tempo

11. Quem acha que se deve ocupar dos seguintes cuidados às crianças?

	Mãe	Pai	Ambos	Outros
Mudar as fraldas				
Banho				
Vestir				
Jogar				
Deitá-lo				
Levar a passear				
Contar cantigas ou histórias				
Ensinar disciplina				
Ajudar nos deveres				
Falar com o médico				
Falar com o professor				

12. Quantas vezes a mãe faz o seguinte com o seu filho?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
Mudar as fraldas			
Banho			
Vestir			
Brincar			
Deitá-lo			
Levar a passear			
Contar cantigas ou histórias			
Ensinar disciplina			
Ajudar nos deveres			
Falar com o médico			
Falar com o professor			

13. Qual é o critério mais importante para eleger a roupa infantil? Ser cómoda
 Ser bonita

Estimulação psicomotora

14. Tem tempo para brincar com ele?

- Todos os dias
- Alguns dias
- Só aos fins de semana
- Raramente

15. A que tipo de jogos? _____

Prevenção de acidentes

16. O que é que fez para prevenir os acidentes em casa? _____

17. Quantos sustos ou acidentes teve a criança (incluindo os pequenos) _____ (se teve algum) O que se passou?

18. Como o leva no automóvel?

- Bem vigiado por um adulto
- Sempre na sua cadeirinha
- Sentado atrás com o cinto sempre posto
- Outra

19. Fez alguma modificação nas tomadas de electricidade?
 Não Sim → Qual? _____
20. E nas escadas? Não Sim → Qual? _____
21. Que tipo de precauções toma com a cozinha? Não Sim → Qual? _____
22. E com os produtos de limpeza? Não Sim → Qual? _____
23. E com os medicamentos? Não Sim → Qual? _____
24. E com as lâmpadas? Não Sim → Qual? _____

Prevenção e tratamento de doenças

25. Que faz se o seu filho tem 38º de temperatura desde há 6 horas?

26. E se faz diarreia três vezes no mesmo dia embora não tenha outras queixas?

27. E se tem bastantes mucos mas sem febre nem tosse?

28. A criança tem todas as vacinas em dia? Sim Não

Socialização

29. Quando não faz mau tempo sai para a rua com o seu filho?
- Todos (ou quase todos) os dias
 - A maioria dos dias
 - Aproximadamente metade dos dias
 - Poucos dias
 - Nunca ou quase nunca
30. Porque lhe parece importante sair com a criança para a rua?
- Porque me disse o pediatra
 - Porque é bom para a saúde
 - Para que a criança se relacione con outras pessoas
 - Porque gosto de passear
 - Outros _____
31. Para além dos pais, parece-lhe importante que a criança se relacione com...?

	Não tem	Importância		
		Muita	regular	Pouca
Avós				
Tios				
Primos				
Amigos dos pais				
Vizinhos				
Outras crianças				

(Marcar com ✓)

32. Porque lhe parece importante que a criança se relacione com estas pessoas?
- Para estar entretido
 - Desenvolvimento cognitivo
 - Desenvolvimento social e pessoal
 - Outra: _____
33. Brinca com outras crianças? Sim Não
34. A partir de que idade lhe parece importante que a criança tenha amigos e brinque com outros crianças?
- Antes dos 2 anos
 - A partir dos 3 anos
 - A partir dos 4 anos
 - A partir dos 5 anos
 - Outra: _____
35. Porquê?
- Para estar entretido
 - Desenvolvimento cognitivo
 - Desenvolvimento social e pessoal
 - Outra: _____
36. O seu filho vê televisão? Não Sim → Quanto tempo por dia? _____
Quanto desse tempo é supervisionado? _____
37. O seu filho joga computador/consolas? Não Sim → Quanto tempo por dia? _____ Quanto desse tempo é supervisionado? _____
38. Possui consola em versão portátil? Não Sim
Quanto tempo joga por dia? _____ Quanto desse tempo é supervisionado?

39. O seu filho pratica alguma actividade extra-curricular? Não Sim → Qual? _____
Quantas horas por semana? _____
Porquê? _____
40. Quanto aprendeu sobre crianças através de:

	Pouco	Algo	Muito
Televisão, rádio, filmes ou séries			
Ler artigos de revistas ou livros sobre crianças			
Observando crianças e seus pais quando era jovem			
Falando com a família (mãe / pai, irmã, avó)			
Falando com amigos ou conhecidos com filhos			
Comparando seu filho com outras crianças que conhece			
Falando com médicos ou enfermeiros			
Falando com companheiro			

Agora vamos falar de questões mais relacionadas com a educação das crianças

41. Que faria se o seu filho fizesse birras na rua quando não lhe compra algo que ele
quere:

(pôr uma X na opção que corresponda)

Outra: _____

	Compra	
	Sim	Não
Ignoro		
Explico		
Ralho		
Castigo		
Bato		

42. Que faz quando o seu filho diz nomes malcriados?

- Ignoro
- Explico
- Ralho
- Castigo
- Bato
- Outra: _____

43. Que faz quando o seu filho não quer lavar os dentes?

- 1. Não dou importância
- Explico
- Ralho
- Castigo
- Bato
- Outra: _____

44. Que faz quando o seu filho não quer fazer os trabalhos de casa da escola?

- 2. Não dou importância
- Explico
- Ralho
- Castigo
- Bato
- Outra: _____

45. Que faz quando o seu filho não quer ir à escola?

- 3. Não dou importância e levo-o na mesma
- Explico a importância de ir à escola
- Ralho e obrigo-o a ir
- Ouço as suas razões, mas levo na mesma
- Ouço as suas razões e não o levo
- Outra: _____

46. Com que periodicidade fala com o professor(a) do seu filho?

- 4. Todos os dias
- Entre 2 a 3 vezes por semana
- 1 vez por semana
- De tempos em tempos
- Quando ele(a) solicita
- Outra: _____

Dados sócio-demográficos

N.º de filhos:

Idade dos filhos:

Posição da criança na fratria:

Idade da criança:

Quem cuida da criança:

m² da casa:

Nº de divisões:

Ocupação da mãe:

Ocupação do pai:

Estudos da mãe:

Idade da mãe:

Estudos do pai:

Idade do pai:

Quer acrescentar alguma informação ou dizer algo?

Anexo D

ESCALAS DE CONNERS PARA PAIS – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(CONNERS, K. ADAPTADO POR RODRIGUES, 2003)

Número do sujeito:	Sexo: Masculino___ Feminino ___
Data de nascimento: ___/___/____	Data de preenchimento: ___/___/____
Observações: Medicado _____ Não Medicado _____	

Abaixo estão descritos os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: “Com que frequência isto aconteceu no último mês?”, e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

NUNCA 0	UM POUCO 1	FREQUENTEMENTE 2	MUITO FREQUENTE 3
--------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

1. Desatento, distrai-se facilmente.	0	1	2	3
2. Furioso (zanga-se com facilidade) e ressentido.	0	1	2	3
3. Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa.	0	1	2	3
4. Está sempre a movimentar-se ou age como “tendo as pilhas carregadas” ou como se “estivesse ligado a um motor”.	0	1	2	3
5. Atento por curtos períodos de tempo.	0	1	2	3
6. Discute/argumenta com os adultos.	0	1	2	3
7. Mexe muito os pés e as mãos e mexe-se ainda que sentado no lugar.	0	1	2	3
8. Não consegue completar o que começa.	0	1	2	3
9. Difícil de controlar em centros comerciais ou sítios públicos.	0	1	2	3

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

Anexo E

Critérios de diagnóstico para Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) – DSM-IV-TR (APA, 2006).

A. Ou (1) ou (2)

- 1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

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 dificuldade 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 mantido (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.

- 2) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperactividade-impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperactividade

- (a) Com frequência movimenta 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

- (g) Com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (h) Com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- (i) Com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

B. Alguns sintomas de hiperactividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.

C. Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa).

D. Devem subsistir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicadas por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

Codificação baseada no tipo:

- Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Misto: se estão preenchidos os Critérios A1 e A2 durante os últimos seis meses.
- Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento: se está preenchido o Critério A1 mas não está preenchido o Critério A2 durante os últimos 6 meses.
- Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo: se o Critério A2 está preenchido, mas não o Critério A1 durante os últimos 6 meses.

Notas de codificação:

Para sujeitos (especialmente adolescentes e adultos) que actualmente tenham sintomas e que já não preencham todos os critérios, deve especificar-se «em Remissão Parcial».