



**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

**COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO,  
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO  
EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

---

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**MAFALDA SOFIA LUCAS DE MATOS**

**COVILHÃ  
2008**



**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

**COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO,  
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO  
EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

---

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**MAFALDA SOFIA LUCAS DE MATOS**

**COVILHÃ**

**2008**

Dissertação realizada sob orientação do Professor Doutor Luis Maia apresentada na Universidade da Beira Interior, para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o número R/B – CR – 342/2007.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar quero agradecer ao orientador Prof. Doutor Luis Maia, pelas clarificações e sugestões científicas que contribuíram para a otimização do trabalho aqui apresentado.

Quero agradecer às colegas de mestrado que partilharam a caminhada ao longo deste trabalho.

Pelo apoio incondicional, quero agradecer à minha família e ao meu namorado.

## RESUMO

Este relatório pretende demonstrar as aptidões e competências necessárias para equivalência ao 2º ciclo de estudos, Grau de Mestre, segundo o processo de Bolonha e de acordo com o *Regulamento de Equivalência ao 2º ciclo na área da Psicologia da Universidade da Beira Interior*. As referidas competências envolvem três domínios: *Avaliação Psicológica, Intervenção Psicológica e Investigação* na área da Psicologia.

Para comprovar as referidas competências são apresentados dois casos fundamentados de *Avaliação Psicológica*, com a respectiva *Intervenção* realizada, competências separadas por capítulos diferentes. Apresenta-se ainda a *Investigação* realizada na área da Psicologia, nomeadamente na área do *Declínio Cognitivo*, para comprovar as competências de investigação exigidas no referido regulamento.

Por fim realiza-se uma *Análise Crítica* do trabalho realizado, mas sobretudo dos desafios e limitações colocados ao trabalho de um profissional de Psicologia.

**Palavras-chave:** Equivalência ao 2º ciclo; avaliação, intervenção e investigação psicológicas.

## ABSTRACT

This report is intended to demonstrate the skills and competencies necessary for equivalence of the 2<sup>nd</sup> cycle of studies, Degree of Master, according to the Bologna process and in accordance with the *Rules of Equivalence of the 2<sup>nd</sup> cycle in the area of Psychology at the University of Beira Interior*. These skills involve three areas: *Psychological Assessment*, *Intervention* and *Research* in the field of Psychology.

To prove such powers are given two substantiated cases of *Psychological Assessment*, with their *Intervention* performed, competencies separated by different chapters.

There is also presented the *Research* carried out in the field of Psychology, particularly in the area of *Cognitive Decline*.

Finally is made a *Critical Analysis* of the work, but particularly in the challenges and limitations placed on the work of a professional of Psychology.

**Keywords:** Equivalence to the 2<sup>nd</sup> cycle of studies; assessment, intervention and psychological research.

## ÍNDICE GERAL

<b>Introdução</b> -----	1
<b>Nota Introdutória</b> -----	3
<b>I – Avaliação Psicológica</b> -----	7
<b>1. Estudo de Caso de criança com <i>Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção</i></b> -----	7
1.1. Enquadramento teórico-----	7
1.2. Apresentação do caso clínico-----	11
1.3. Discussão do caso-----	15
1.4. Conclusão-----	25
<b>2. Estudo de Caso de criança vítima de Maus-tratos</b> -----	26
2.1. Enquadramento teórico-----	26
2.2. Apresentação do caso clínico-----	28
2.3. Discussão do caso-----	31
2.4. Conclusão-----	39
<b>II – Intervenção Psicológica</b> -----	40
<b>1. Estudo de Caso de uma Intervenção Psicoterapêutica com uma criança com diagnóstico de TDAH</b> -----	40
1.1. Enquadramento teórico-----	40
1.2. Intervenção Realizada-----	46
1.3. Discussão do caso-----	50
1.4. Conclusão-----	52
<b>2. Estudo de caso de uma Intervenção Psicológica com uma criança vítima de Maus-tratos</b> -----	53
2.1. Enquadramento teórico-----	53
2.2. Intervenção Realizada-----	54
2.3. Discussão do caso-----	57
2.4. Conclusão-----	59

<b>III – Investigação</b> -----	61
<b>1. Introdução</b> -----	61
<b>2. Metodologia</b> -----	66
2.1. Objectivo-----	66
2.2. Variáveis-----	66
<b>2.2.1. Variável Dependente</b> -----	66
<b>2.2.2. Variáveis Independentes</b> -----	66
2.2.2.1. Idade-----	66
2.2.2.2. Sexo-----	66
2.2.2.3. Dependência da Santa Casa da Misericórdia do Fundão-----	66
2.2.2.4. Escolaridade-----	66
2.3. Instrumento -----	66
<b>3. Procedimentos</b> -----	69
<b>4. Caracterização da Amostra</b> -----	70
<b>5. Análise Inferencial</b> -----	72
5.1. Estudo da correlação entre o <i>Declínio Cognitivo</i> e a <i>Variável Idade</i> -----	72
5.2. Estudo da correlação entre o <i>Declínio Cognitivo</i> e a <i>Variável Dependência da SCMF</i> ---	73
5.3. Estudo da correlação entre o <i>Declínio Cognitivo</i> e a <i>Variável Sexo</i> -----	73
5.4. Estudo da correlação entre o <i>Declínio Cognitivo</i> e a <i>Variável Escolaridade Corte MMSE</i> -----	74
5.5. Estudo da correlação entre o <i>declínio cognitivo</i> e a <i>variável escolaridade por categorias</i> -----	75
<b>6. Discussão de resultados</b> -----	75
6.1. Relação entre a variável <i>Declínio Cognitivo</i> e a variável <i>Idade</i> -----	75
6.2. Relação entre a variável <i>Declínio Cognitivo</i> e a variável <i>Dependências</i> -----	79
6.3. Relação entre a variável <i>Declínio Cognitivo</i> e a variável <i>Sexo</i> -----	88
6.4. Relação entre a variável <i>Declínio Cognitivo</i> e a variável <i>Escolaridade</i> -----	96
<b>7. Conclusão</b> -----	101
<b>IV- Análise Crítica deste Relatório Final</b> -----	105
<b>V – Conclusão</b> -----	110
<b>Referências Bibliográficas</b> -----	112

## ÍNDICE DAS TABELAS

<i>Tabela I - Resumo do trabalho realizado na área da Avaliação e Intervenção Psicológica.</i>	3
<i>Tabela II – Discriminação do trabalho realizado na área da Avaliação e Intervenção.</i>	3
<i>Tabela III- Distribuição da amostra total (n=82) em função da dependência da SCMF e da idade.</i>	70
<i>Tabela IV – Distribuição da amostra total em função do sexo e deste, pelas dependências da SCMF.</i>	70
<i>Tabela V – Distribuição da amostra total em função da escolaridade corte do MMSE.</i>	71
<i>Tabela VI – Distribuição da amostra total em função da escolaridade por categorias.</i>	71
<i>Tabela VII – Média e desvio padrão de idades da amostra por dependência da SCMF e para a amostra total.</i>	72
<i>Tabela VIII – ANOVA - Declínio cognitivo por variável idade.</i>	73
<i>Tabela IX – ANOVA - Declínio cognitivo por variável dependência da SCMF.</i>	73
<i>Tabela X- ANOVA - Declínio cognitivo por variável sexo.</i>	73
<i>Tabela XI – ANOVA Declínio cognitivo por nível de escolaridade corte do MMSE.</i>	74
<i>Tabela XII - ANOVA - Declínio cognitivo por nível de escolaridade em categorias.</i>	75

## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho pretende ilustrar as aptidões exigidas para a atribuição do *Grau de Mestre no Ramo da Psicologia*, de acordo com o *Regulamento do Grau de Mestre em Psicologia da Universidade da Beira Interior (s/d)*, apoiado no *Diploma Europeu de Psicologia*, segundo o *Processo de Bolonha*.

De acordo com o parecer da Professora Doutora Luísa Morgado (2004), *Coordenadora para a Implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional, nas Áreas da Psicologia e das Ciências da Educação*, o 2º ciclo conducente ao *Grau de Mestre na área da Psicologia*, pretende preparar o aluno para a prática profissional independente. Isto quer dizer que no fim do 2º ciclo de formação, o aluno deverá, de acordo com a referida autora, ter adquirido conhecimentos teóricos aprofundados na área escolhida, pelo que deverá ter frequentado um *Seminário e Estágio Curricular*.

O *Estágio Curricular* ambiciona iniciar o aluno na prática profissional sob supervisão de forma a desenvolver as competências fundamentais necessárias à sua futura actividade profissional, quer sejam ao nível da avaliação, quer sejam de intervenção. Por sua vez, o *Seminário* tem como principal objectivo iniciar o aluno na investigação, como aspecto de “mais valia” na formação de profissionais de prática psicológica (Morgado, 2004).

Este trabalho/relatório final pretende convergir nas directrizes registadas por Morgado (2004), sublinhadas por todas as Escolas do país onde se formam psicólogos, em que se estabelece uma resposta para transição do modelo de formação académica antes do *Processo de Bolonha*, constituído por um ciclo único de cinco anos de formação académica, e o novo modelo de formação académica para psicólogos segundo o *Processo de Bolonha*, constituído por seis anos de formação académica numa Escola de Ensino Superior, repartidos em dois ciclos, o 1º ciclo de três anos de estudos e o 2º ciclo de dois anos (300ECTS), ao que acresce um sexto ano (60 ECTS) de prática profissional supervisionada. Com este trabalho pretende-se equivalência ao 2º ciclo de estudos consagrado no *Processo de Bolonha*.

Segundo o artigo 16 do *Regulamento do Grau de Mestre em Psicologia da Universidade da Beira Interior (s/d)*, este trabalho pretende ser “*um trabalho de comunicação da aprendizagem das competências de intervenção, avaliação e investigação psicológicas*”, que no caso pessoal, foram adquiridas durante cinco anos lectivos que representavam a antiga estrutura curricular da licenciatura de Psicologia.

As competências referidas pelo regulamento da UBI, pretendem responder às competências enunciadas pelo Parecer sobre a *Implementação do Processo de Bolonha na área da Psicologia e das Ciências da Educação*, que abrangem três níveis diferentes: “*Em primeiro lugar ter capacidade e conhecimentos para poder identificar necessidades, definir objectivos e escolher metodologias e técnicas inerentes à função a desempenhar; em segundo lugar, estar preparado para executar tarefas de avaliação psicológica e peritagem, envolvendo a descrição, explicação e predição dos comportamentos dos indivíduos, grupos e organizações, em interacção com os contextos, através de métodos próprios da sua área científica; e em terceiro lugar, estar capacitado para realizar intervenção psicológica de forma a prevenir o desajustamento e a promover a eficiência e o bem-estar, dos indivíduos ou dos grupos.*” (Morgado, 2004, pág. 9).

Só desta forma, o Psicólogo como profissional autónomo, deverá estar preparado para: “*desenvolver e aplicar princípios, conhecimentos, modelos e métodos psicológicos de forma ética e científica de modo a promover o desenvolvimento e o bem-estar dos indivíduos, dos grupos, das organizações e da sociedade em geral* Morgado (2004, pág. 9)”.

O trabalho apresentado neste relatório final circunscreve-se assim ao exigido para a equivalência ao 2º ciclo, *Grau de Mestre*, expondo as competências de *avaliação, intervenção e investigação psicológicas*.

## NOTA INTRODUTÓRIA

Os casos utilizados para fundamentar e justificar as aptidões ao nível da avaliação e intervenção psicológica para equivalência ao 2º ciclo, *Grau de Mestre*, conforme solicitado no *Regulamento da UBI* para aquele grau/ciclo, foram recolhidos durante o estágio curricular (2004) e o estágio profissional (2005), ambos realizados sob orientação do Professor Doutor Luis Maia.

Apresenta-se em seguida um quadro resumo dos casos acompanhados ao nível da *Avaliação* e da *Intervenção psicológica*.

Tabela I – Resumo do trabalho realizado nas áreas de *Avaliação e Intervenção Psicológica*.

Nº total de crianças/adolescentes acompanhados	Âmbito do trabalho realizado (nº de casos)	Nº de horas	Nº total de horas
163	Avaliação 163	848	2198
	Intervenção 129	1350	

De forma a obter uma visão mais específica e enriquecedora do trabalho realizado, apresenta-se na tabela II os vários domínios das referidas áreas do trabalho psicológico.

Tabela II – Discriminação do trabalho realizado na área da *Avaliação e Intervenção Psicológica*.

Âmbito do trabalho realizado (nº de casos)	Domínio do Trabalho Psicológico	N	%
Avaliação 163	Avaliação Cognitiva/Avaliação Neuropsicológica/Dificuldades de Aprendizagem/Alunos NEE's-----	47	28.83
	Orientação Vocacional e Escolar-----	60	36.81
	Problemas Comportamentais-----	13	7.98
	Instabilidade Emocional-----	18	11.04
	Problemas Familiares-----	13	7.98
	Maus –tratos/CPCJ-----	12	7.36
Intervenção 129	Avaliação Cognitiva/Avaliação Neuropsicológica/Dificuldades de Aprendizagem/Alunos NEE's-----	28	21.71
	Orientação Vocacional e Escolar-----	47	36.43
	Problemas Comportamentais-----	13	10.07
	Instabilidade Emocional-----	18	13.95
	Problemas Familiares-----	11	8.53
	Maus –tratos/CPCJ-----	12	9.30

Como verificado na tabela II, ao nível da *avaliação psicológica* são os casos de *Orientação Vocacional e Escolar* que representam o maior número de casos avaliados (n=60, 36.81%), tal como é aquele domínio de trabalho psicológico que beneficiou da maior parte da *intervenção* realizada. Ainda que a tabela II discrimine a principal tipologia dos casos que

foram intervencionados, de referir que a grande maioria dos casos exibidos apresenta comorbilidade de problemáticas, como será apresentado nos casos de *Avaliação e Intervenção* desta dissertação, pelo que representam casos mais enriquecedores do que os números e percentagens acima indicadas possam indicar.

Ainda assim, descrever-se-ão agora em geral os procedimentos gerais de cada um dos domínios em cada uma das áreas da *Avaliação e Intervenção Psicológica*.

No caso da *Avaliação Cognitiva/Avaliação Neuropsicológica/Dificuldades de Aprendizagem/Alunos NEE's*, esta iniciou-se com uma queixa específica do director de turma, professor titular, professor de ensino especial, outro professor que acompanhasse o aluno, ou ainda através do encarregado de educação, de um queixa específica de *Dificuldades de Aprendizagem* ou *Dificuldades Cognitivas* em geral. A partir da queixa foi realizada uma *Avaliação Cognitiva/Neuropsicológica* geral ou específica, normalmente através do instrumento de avaliação WISC-III (*Escala Wechsler de Inteligência para Crianças*) e outros meios complementares de avaliação, como o *Teste do Relógio*, ou uma *Avaliação das Dificuldades de Aprendizagem* específicas através de avaliação dos mecanismos delimitados, por exemplo: leitura, escrita ou cálculo, cujos resultados eram traduzidos na forma de relatório. Foram ainda recolhidos dados através de entrevista com os pais, professores e outros elementos considerados significativos.

Conforme a *Avaliação* realizada, já na forma de *Intervenção* foram estabelecidos com os diferentes agentes educativos, as melhores estratégias educativas de actuação perante os défices delimitados, passando pela *Intervenção Psicológica* directa com a criança, em que uma das essas estratégias poderia passar pela inclusão do aluno no regime educativo das *Necessidades Educativas Especiais*, com a organização das respectivas medidas educativas específicas através do *Plano e Programa Educativo Individual*.

No que diz respeito ao procedimento de *Avaliação da Orientação Vocacional e Escolar* este abrangeu a administração de uma bateria de provas a todos os alunos de 9º ano de escolaridade (n=60, 36.81%). Essa bateria de testes era constituída por três instrumentos de avaliação: *Inventário de Desenvolvimento Vocacional* (Super & cols., 1998), *Questionário de Interesses Vocacionais e Profissionais Auto-Corrigido* (Holland, 1973) e *Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial* (Almeida, 1992). Eram ainda recolhidos dados através de entrevista individual com cada uma dos alunos avaliados, entrevista com os pais quando possível, assim como eram analisados o rendimento escolar dos alunos nos últimos três anos escolares (dos três períodos do sétimo ao nono escolar). Quando considerado benéfico para o processo de

*Orientação Vocacional e Escolar* eram ainda recolhidos os pareceres de alguns professores tendo em conta a especificidade da disciplina por eles leccionada e o in/sucesso do aluno na mesma.

Os alunos que beneficiaram de *Intervenção Psicológica* no âmbito da *Orientação Vocacional e Escolar* (n=47, 36.47%) representavam alunos com desfasamento entre os interesses e aptidões avaliadas, e os cursos ou áreas escolares e profissionais para as quais pretendiam optar. Neste sentido eram realizadas sessões individuais com esses alunos no sentido de informar e mostrar opções ao nível de cursos ou áreas escolares onde de acordo com o avaliado, pudessem obter maiores índices de sucesso. A *Intervenção* a este nível podia ainda envolver sessões com os pais dos alunos, assim como a colaboração com os directores de turma ou outros elementos educativos considerados significativos.

Para além de todos os alunos de 9º ano de escolaridade, foram ainda abrangidos pelo *Processo de Avaliação e/ou Intervenção em Orientação Vocacional e Escolar*, alunos que ainda que frequentassem outros níveis de ensino que não o 9º ano, demonstrassem sinais de desinteresse e desmotivação pelo percurso escolar normal, como insucesso e absentismo, pelo que eram avaliados os seus interesses e aptidões de forma a serem direccionados para percursos mais adequados aos seus interesses e aptidões, como por exemplo, *Cursos de Educação e Formação* ou *Percursos Curriculares Alternativos*.

No que diz respeito a *Problemas Comportamentais* (n=13, 7.98%) foram avaliados alunos que causavam distúrbios na sala de aula, fora destas, e mesmo fora da escola, como por exemplo alunos com *Perturbação de Comportamento por Oposição*. De acordo com a *Avaliação Psicológica* realizada foram estabelecidos planos de *Intervenção*, com intervenção directa com os alunos, elementos da comunidade educativa e principalmente com os pais.

A nível da *Instabilidade Emocional* (n=18, 11.04%) foram avaliados alunos com ansiedade aos testes, fobia escolar, outras ansiedades, depressão e outros mecanismos de instabilidade emocional. Tal como nos outros domínios foi realizada *intervenção* directa com estes alunos, assim como estabelecidos planos de *intervenção* com os pais e outros elementos educativos considerados significativos.

Uma última dimensão do trabalho psicológico realizado envolvia crianças/jovens com *Problemas Familiares* (13, 7.98), dimensão muitas vezes coincidente com os *Maus-Tratos* e *Negligência*, e principalmente com situações sinalizadas pela ou à *CPCJ*, ou seja à *Comissão de Protecção de Crianças e Jovens da Covilhã*, com a qual eram desenvolvidas estratégias de *intervenção*, assim como pais, directores de turma e membros do conselho executivo.

Tendo em conta a extensão do trabalho realizado, incompatível com as 90/100 páginas de trabalho escrito estabelecidas no artigo 16.2 do *Regulamento do Grau de Mestre em Psicologia da UBI (s/d)*, foram seleccionados 2 casos de avaliação e 2 casos de intervenção de todos os casos acompanhados, atendendo à sua riqueza e abrangência, e que pretendem ilustrar as competências exigidas no referido regulamento.

Portanto apresentar-se-á primeiro a avaliação do caso, e posteriormente a intervenção realizada, separadas por capítulos diferenciados.

No caso do trabalho utilizado para justificar as aptidões ao nível da investigação, este terá por base a *Investigação* realizada no último ano da licenciatura de 5 anos, e seguirá os capítulos de *Avaliação e Intervenção*.

## **I AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

### **1. ESTUDO DE CASO DE CRIANÇA COM *PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO***

#### **1.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A falta de atenção é actualmente considerada uma das principais causas das dificuldades de aprendizagem, o que tem levado os profissionais de diversas áreas, a procurar metodologias de avaliação e estratégias de intervenção, que permitam identificá-la correctamente e a tratá-la (Bierderman & cols. 1993 in Tonelotto, 2001). Todavia, estes problemas são muitas vezes ignorados por falta de referencial teórico e prático (Tonelotto, 2001).

De acordo com Pelhan (1996 in Tonelotto, 2001), nos Estados Unidos cerca de 20 milhões de crianças em idade escolar experimentaram problemas de atenção no ano de 1996, correlacionados com problemas de aprendizagem. As dificuldades de aprendizagem são frequentes nas crianças com *Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade* (TDAH), não só pela falta de focalização de atenção durante as aulas e durante o estudo, mas pela associação do transtorno em causa com perturbações da aprendizagem como *Dislexia*, *Discalculia*, *Disfasia* (Tonelotto, 2001).

Ainda que sintomas como falta de atenção e hiperactividade sejam frequentes em muitos sujeitos, é possível em alguns desses, estabelecer um padrão de comportamento predominante, denominado nosologicamente como *Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade* (TDAH).

Considera-se que a TDAH é a perturbação neurocomportamental mais frequente em crianças e em jovens (Cardo & Severa, 2008). A maior parte dos estudos realizados tem detectado cifras consideráveis e preocupantes. Vários estudos realizados a nível nacional e internacional determinam que a prevalência da TDAH varia entre 1,7% e 17,8% (Argollo, 2003). Segundo o DSM-IV (1996) e outros autores (Kaplan e cols., 1994 in Capilla-González, 2005; Buitelaar, 2002 in Capilla-González, 2005), a prevalência oscila entre 3 a 5%.

Esta disparidade na prevalência da TDAH pode ser explicada pelas diferenças culturais, assim como dificuldades na compreensão dos critérios de diagnóstico (Argollo,

2003), pelo que alguns dos casos detectados como patológicos pertencem ao espectro da normalidade (Cardo & Severa, 2008).

Para além das *Dificuldades de Aprendizagem* referidas inicialmente, muitas outras perturbações e doenças, quer sejam médicas, psicológicas ou de comportamento estão associadas à TDAH (*Organização Mundial de Saúde* - OMS, 1993 *in* Argolo, 2003; Spencer, 2006 *in* Cardo & Severa, 2008). Estas têm repercussões a vários níveis, nomeadamente ao nível emocional, que se prolongam durante o ciclo vital do sujeito, mesmo que este ultrapasse a sintomatologia da TDAH. Por exemplo, no caso das crianças com TDAH, estas estão sujeitas a anos de respostas negativas pelo seu comportamento e sofrem desvantagem social e educativa (McArdle, 2004 *in* Cardo & Severa, 2008).

Se o sujeito não conseguir ultrapassar o TDAH nas fases iniciais, este transtorno pode-se prolongar por toda a vida (Barkley e cols. 1990 *in* Argollo, 2003). É na idade pré-escolar que os sujeitos apresentam mais frequentemente sintomas de hiperactividade-impulsividade, que podem diminuir até à adolescência, em que depois pode ficar remanescente apenas o sintoma de desatenção (Rohde & cols., 2000 *in* Argollo, 2003).

Outros estudos prospectivos têm demonstrado a persistência dos sintomas na adolescência e vida adulta, ainda que o número de sintomas diminua no final da adolescência e da vida adulta. Na adolescência a persistência dos sintomas do TDAH associa-se a um comprometimento importante do comportamento, do ajustamento social e rendimento escolar. No caso dos adultos, a persistência deste transtorno, faz denotar taxas elevadas de abandono escolar, subempregos e transtornos da personalidade (Shaffer, 1994 *in* Argollo, 2003).

No caso das crianças cujos sintomas desapareceram na adolescência, elas ficam iguais aos adolescentes da sua idade no que concerne à ocupação, função social, auto-estima e abuso de drogas, o que não acontece no que diz respeito ao desempenho académico, já que anos de desatenção prejudicam de forma grave a apreensão de conhecimentos (Manzza & cols., 1993 *in* Argollo, 2003).

O TDAH inicia-se assim, normalmente na infância e caracteriza-se por actividade física excessiva, muito superior àquela que seria esperada para a faixa etária considerada, e está associada a dificuldades de seguir ordens e atender aos limites impostos pelos pais e professores, o que se torna exaustivo para os educadores, caso a criança esteja gravemente afectada.

A característica fundamental da *TDAH* é a presença de uma forma persistente de falta de atenção ou de comportamentos de hiperactividade-impulsividade, que se relevam de um

modo mais intenso e grave do que é normal para os sujeitos com um nível de desenvolvimento semelhante (DSM-IV, 1996). Os sintomas têm uma intensidade desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento do sujeito e afectam o funcionamento diário do indivíduo (Biederman e *cols.*, 1995 in Cardo & Severa, 2008).

Alguns dos sintomas referidos de hiperactividade-impulsividade aparecem em dois ou mais contextos, antes dos 7 anos de idade e os déficits são claramente prejudiciais a nível social, académico ou laboral (DSM-IV, 1996). Esta perturbação causa disfuncionalidade não só para crianças, mas também para a sua família e grupo de companheiros (Martin, 2005 in Cardo & Severa, 2008).

A prevalência por sexo varia. No caso de encaminhamentos por psiquiatras e psicólogos, a taxa de proporção masculino/feminino varia de 3:1 a 9:1. Em contexto escolar taxa de prevalência masculino/feminino é de 2:1 (Argollo, 2003). Esta diferença poderá estar relacionada com a predominância de hiperactividade em meninos, o que conduz a um maior número de queixas comportamentais e consecutivamente encaminhamentos clínicos dos meninos em vez das meninas (Bierderman e *cols.*, 1996 in Argollo, 2003).

Em termos de hereditariedade o TDAH tem uma prevalência de 0.75 a 0.91. Os estudos a este nível têm sido dirigidos para os genes envolvidos na transmissão dopaminérgica, já que os circuitos dopaminérgicos frontoestriatal estão envolvidos na fisiopatologia do transtorno (Gill e *cols.*, 1997 in Argollo, 2003).

Para o diagnóstico da TDAH deve-se recolher informação junto da criança, pais e professores. Os sintomas recolhidos devem responder ao do protocolo do DSM-IV (Barbosa, Dias & Gaião, 1997 in Argollo, 2003).

Zametkin & Ernst (1999 in Argollo, 2003) referem que para o diagnóstico de TDAH não são recomendáveis exames de neuro-imagem, como os electroencefalogramas.

A falta de instrumentos de medidas para avaliar a capacidade de atenção, tem levado os vários profissionais das diferentes áreas a utilizarem materiais oriundos de outras realidades (Cunha & *cols.*, 2000 in Tonelotto, 2001).

A *Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC)* tem sido um dos principais instrumentos utilizados para a investigação de problemas de aprendizagem, tanto nas áreas clínicas, como na área escolar. A WISC tem uma alta qualidade psicométrica, que permite avaliar importantes segmentos do funcionamento intelectual da criança (Kehle & *cols.*, 1993 in Tonelotto, 2001). É também um instrumento utilizado para a avaliação da TDAH (Tonelotto, 1994 in Tonelotto, 2001; Barkley, 1997 in Tonelotto, 2001; Halperin & *cols.*,

1998 *in* Tonelotto, 2001), cujos resultados são contextualizados com a avaliação de outros aspectos (afectivos-emocionais, comportamentais e académicos), devido à grande complexidade da perturbação e para se obter um diagnóstico mais preciso e confiável (Tonelotto, 2001).

Alguns sub-testes da WISC estão de forma particular relacionados com a TDAH. O chamado terceiro factor da WISC é um índice cognitivo completo, obtido pelas pontuações nos sub-testes de *Aritmética*, *Dígitos* e *Código* (Manga & Fournier, 1997).

Ao terceiro factor da WISC associou-se a capacidade de focar e manter a atenção ao mesmo tempo que se realizam tarefas cognitivas superiores. Considera-se que é um factor livre de distração (Kauffman, 1975 *in* Manga & Fournier, 1997). Crianças com transtornos por déficits de atenção (TDA) e com alterações difusas dos lobos frontais mostram um déficit nas três provas referidas da WISC, que constituem o terceiro factor (Lufi & Cohen, 1985 *in* Manga & Fournier, 1997).

O primeiro factor da WISC é constituído pelo *Índice de Compreensão Verbal* e o segundo factor é o *Índice de Organização Perceptiva*. Um padrão de resultados que demonstre superioridade do segundo factor sobre o terceiro factor pode indicar problemas atencionais. É especialmente interessante verificar a distinção entre crianças com baixo rendimento académico devido a dificuldades específicas de aprendizagem e crianças com rendimento baixo por déficit atencional.

De acordo com a categorização de Bannatyne (1974 *in* Manga & Fournier, 1997), o terceiro factor mede a capacidade de proceder sequencialmente, o que é diferente do processamento simultâneo e holístico requerido pelas capacidades espaciais.

Badian (1983 *in* Manga & Fournier, 1997) propôs um tipo de discalculia progressiva na atenção sequencial, em que se observam pontuações especialmente baixas no terceiro factor da WISC, entre outras dificuldades escolares. “*Com poucas excepciones, este tipo de discalculia se asocia com una puntuación muy baja en el factor secuencial del WISC, compuesto por Aritmética, Dígitos & Claves. Es frecuente observar esto en niños con síndrome por déficit atencional o hiperactividad*” (Badian, 1983 citado por Manga & Fournier, 1997, 42)

Quando se estudou a relação entre o terceiro factor da WISC-R com medidas neuropsicológicas complementares detectou-se que são muitas as capacidades cognitivas complexas que se podem associar àquele factor, como são a organização visuoespacial e a capacidade de realizar operações mentais sobre material simbólico. Estas aptidões exigem a

mudança constante ao nível do tipo de processamento cognitivo, no entanto exigem a focalização da atenção durante a realização dessas tarefas (Ownby & Matthews, 1985 *in* Manga & Fournier, 1997). Em consequência, sugere-se que o termo “distractibilidade” é insuficiente para designar a capacidade medida pelo terceiro factor, pelo que é preferível chamar-lhe, simplesmente, terceiro factor.

Apesar das referidas vantagens, há autores que se opõem ao uso da WISC, que criticam o uso de índices de desempenho para verificação de problemas de aprendizagem, e especialmente como medida de resistência e distração. Reinecke e cols. (1999 *in* Tonelotto, 2001) indicam que os baixos desempenhos apresentados pelos sujeitos com problemas de aprendizagem ou baixa performance escolar, podem não definir déficits de atenção de uma forma isolada.

A controvérsia da TDAH surge, porque apesar dos critérios de diagnóstico serem claros e específicos, esta doença é considerada como uma forma extrema de comportamentos comuns, cujo extremo negativo interfere na funcionalidade académica, social e/ou familiar do sujeito (Manzza & cols., 1993 *in* Argollo, 2003). Além deste prejuízo, como já referido, o TDAH associa-se a outros síndromes (*Organização Mundial de Saúde*, 1993 *in* Argolo, 2003), o que acentua a necessidade de avaliação, intervenção e investigação desta perturbação.

## 1.2. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Criança com 7 anos de idade, sexo masculino, a frequentar o 2º ano de escolaridade. Número de sessões de avaliação: 8 sessões.

Primeiro de parto gemelar, pélvico, às 27 semanas. Necessidade de reanimação cardio-respiratória e transfusão de sangue no pós-parto. Peso à nascença de 1200 gramas.

Com 8 dias de vida foi operado à aorta e permaneceu internado por três meses por Prematuridade e Asfixia. Durante o período de internamento foi acompanhado pela mãe e irmão gémeo, este sem necessidade de internamento, mas pela necessidade da progenitora acompanhar o irmão.

Teve alta para o domicílio com idade corrigida de 37 semanas e peso de 2600 gramas.

Aos 4 anos, registava um atraso na aquisição de linguagem oral.

Internado 4 vezes devido a pneumonias (02/03/97 a 10/03/97, 19/03/97 a 27/03/97, 17/07/97 a 25/07/97 e de 01/02/98 a 13/02/98).

A avaliação intelectual realizada por nós a P., à idade de 7 anos, com WISC-III determinou QI verbal de 94 (classificação de inteligência média, de acordo com a tabela 14 (Wechsler, 2003), QI de realização de 78 (classificação de inteligência inferior de acordo com a tabela 14 (Wechsler, 2003) e coeficiente de inteligência geral (vulgo QI) de 83 (classificação de inteligência média-inferior de acordo com a tabela 14 (Wechsler, 2003).

A análise do desempenho geral da criança na WISC-III, principalmente nos problemas complexos que envolvem a realização de mais de uma tarefa, como nas provas da *Escala de Realização* nos sub-testes de *Disposição de Gravuras*, *Labirintos*, *Cubos* e *Complemento de Gravuras*, revela as seguintes dificuldades: comportamento irrequieto, dificuldade de manutenção da instrução ao longo da tarefa, dificuldade em controlar a atenção e concentração de forma a analisar a tarefa, dificuldade em organizar a informação numa sequência espaço-temporal, dificuldade em planejar as várias fases necessárias para a realização adequada da tarefa. Perante a dificuldade de resolver o problema apresentado, a criança reage impulsivamente e com déficits de atenção significativos que a impedem da realização adequada da tarefa apresentada.

Nas primeiras duas sessões de avaliação realizadas na presença do orientador e da mãe da criança, P. demonstrou um comportamento mais agitado e com mais facilidade na distração com os estímulos da sala da sessão e com os materiais disponíveis. Nas sessões seguintes realizadas apenas na presença da psicóloga, ainda que os sintomas referidos anteriormente se mantivessem, com dificuldade em desprezar os estímulos distractivos, P. apresentou no geral um comportamento menos agitado e com mais facilidade de controlo.

A dificuldade em desprezar estímulos distractivos ocorria antes da criança ouvir a instrução da tarefa e focalizar a atenção na mesma, mas também ocorria durante e após a realização da tarefa. Mesmo que o espaço das sessões fosse familiar a P., já que eram as salas do Atelier de Tempos Livres (ATL) que frequentava, distraía-se sempre com os objectos à vista, mesmo que os tivesse explorado anteriormente. Outra situação de distração era o barulho dos colegas a brincarem na rua junto do ATL, pelo que as sessões foram mudadas para o Sábado, dia em que os colegas não frequentavam a instituição de apoio.

Ao nível da aprendizagem, segundo entrevista com a professora e monitora do ATL, P. demonstra dificuldades generalizadas a nível da leitura, escrita e cálculo. Estes dados foram posteriormente confirmados pela nossa avaliação informal da leitura, escrita e cálculo. Os resultados indicam que a criança demonstra baixa consciência fonológica com dificuldade na identificação, diferenciação, associação e interiorização dos esquemas léxico-semânticos, e da

associação entre fonema e grafema, o que origina mecanismos inadequados de leitura e escrita, como seja escrita mecanizada e leitura confabulatória. Apresenta sinais de disortografia, com desenho da letra com dimensões inadequadas e sem noção de espaço entre as letras e palavras. Demonstra ainda dificuldade no reconhecimento do número e da sua associação à quantidade; não identifica as cores; não identifica as figuras geométricas básicas. Estão de forma geral, prejudicados os processos de memorização, com prejuízo na aquisição de pré-requisitos necessários para a aprendizagem, assim como dos seus conteúdos.

Devido às suas dificuldades de aprendizagem, P. beneficia de reforço escolar extra da parte do professor de apoio educativo, cujo trabalho é direccionado para a consolidação dos conteúdos adquiridos, assim como dos pré-requisitos básicos para a aprendizagem, como seja a identificação das cores. No que se refere ao comportamento da criança no grupo de apoio, por este ser constituído por menor número de alunos, ainda que P. demonstre alguns comportamentos de inquietude, o seu comportamento é mais controlável, até porque beneficia de actividades mais individualizadas, com maior controle da parte do professor de apoio.

Apesar das dificuldades evidenciadas, a criança demonstra uma curiosidade e necessidade de novas aprendizagens, nomeadamente na escrita de novas palavras, ainda que não consiga sozinha proceder quer à identificação de todos os esquemas léxico-semânticos constituintes da palavra, quer à leitura da mesma.

Para a professora, o comportamento de P. é normativo tendo em conta o padrão comportamental da turma, já que na sala de aula para além desta criança, existem vários alunos que se levantam frequentemente da cadeira de forma inesperada, assim como apresentam outros comportamentos que podem ser confundidos com sintomas da TDAH.

Na perspectiva da monitora do ATL, P. apresenta uma dificuldade na manutenção prolongada da atenção e concentração nas tarefas, pelo que pede várias vezes para ir à casa de banho, levanta-se da cadeira inoportunamente, mostra-se inquieto na cadeira, distrai-se facilmente com o material disposto na mesa ou com qualquer outro objecto, que constitui um estímulo distractivo para a criança.

Em relação ao grupo de pares, P. é bem aceite e preferida nas brincadeiras em relação ao irmão gémeo, mesmo que por vezes, segundo a monitora do ATL, não cumpra as regras dos jogos estabelecidos, como por exemplo entrar na baliza de futebol com a bola nas mãos. Segundo a monitora, a criança demonstra alguma dificuldade em iniciar brincadeiras novas, pelo que se “cola” às brincadeiras dos colegas.

Outro aspecto da interacção com os pares, menos positivo, representa o facto de, segundo a monitora do ATL, as crianças gozarem com o comportamento e com as dificuldades de P., que demonstra pouco *insight* sobre a situação. Esta situação é minimizada pela intervenção da monitora do ATL que tenta controlar o comportamento das crianças, ao desvalorizar os seus comentários.

Em situações de conflito com os colegas, ainda que pontuais, P. mostra-se indefesa, recorrendo à ajuda das monitoras para resolução do conflito.

Na perspectiva da monitora e da responsável do ATL, a família, principalmente na figura da mãe e da irmã, adoptam uma posição superprotectora em relação à criança, impedindo-a de progredir de forma mais autónoma no seu desenvolvimento. Na sua perspectiva esta atitude está relacionada com as complicações pós natais da criança e com a sua aparente fragilidade física.

Por sua vez no que concerne ao desempenho intelectual de P., não surge a referida superprotecção da parte da família. Verifica-se antes uma desvalorização e percepção negativa da criança em termos do seu desempenho cognitivo e das suas aptidões de forma geral, quando comparado com o irmão gémeo. Esta percepção era ilustrada pelas verbalizações negativas tecidas pela mãe da criança, quando a acompanhava aquela quer às sessões de avaliação com a WISC-III, quer nas primeiras sessões de intervenção. Os comentários valorizavam sempre o irmão gémeo, tido com mais aptidões, desvalorizavam P. e o seu empenho, nomeadamente o seu comportamento perante as tarefas, apesar desta, ser uma dimensão distinguível das aptidões cognitivas da criança.

No que se refere ao padrão comportamental de P., a família aponta alguma dificuldade no controlo do comportamento da criança, nomeadamente na realização dos trabalhos de casa, quando estes não são finalizados no ATL, ou em outras tarefas que exijam a atenção e concentração da criança.

A irmã mais velha de P. queixa-se de alguma agressividade, quando a primeira tenta gerir os comportamentos do irmão ou impor-lhe regras.

Todavia, no geral, o comportamento de P. não é tido como patogénico, e resulta de uma percepção negativa da criança, tida como mais frágil em termos de estrutura corporal física, assim como menos capaz em termos intelectuais quando comparado com o irmão gémeo.

P. não apresenta *insight* sobre o seu quadro idiossincrático disfuncional.

Pela integração dos dados de avaliação recolhidos P. apresenta uma semiologia típica do que tradicionalmente se caracteriza como uma *Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, do Tipo Predominante Desatento* (DSM-IV, 1996), devido à História de Saúde, História de Aprendizagens e aos Estilos Parentais inadequados (mais por causa de uma História Desenvolvimental do que por patologia).

O diagnóstico de *Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção* foi realizado com base nos critérios do DSM-IV (1996) com base não só no padrão comportamental que foi possível detectar através da administração da WISC, assim como observação naturalista, dados recolhidos através de entrevista com a mãe da criança, com a professora titular, monitora e responsável do ATL.

Os sintomas da *Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção* registam-se por um período superior a seis meses e representam um prejuízo significativo na vida escolar e social da criança (DSM-IV, 1996).

### 1.3.DISSCUSSÃO DO CASO

As complicações pós-parto (Thapar e *cols.*, 2007 in Cardo & Severa, 2008), como as verificadas em P., decorrentes da sua prematuridade, com intervenção cirúrgica ao aparelho cardíaco são factores de risco associados a *déficits* de atenção e à hiperactividade (Shillingford e *cols.*, 2008).

Segundo estes últimos autores, para além dos *déficits* referidos, os recém nascidos que beneficiem de intervenção cirúrgica cardíaca estão mais sujeitos à necessidade de formas extra de apoio escolar, como sejam as necessidades educativas especiais. Este tipo de crianças demonstra assim tendência para demonstrar dificuldades de aprendizagem, como se verifica em P..

Outro marco em termos desenvolvimentais referido na anamnese de P. é o atraso na fala, que constitui mais uma variável associada ao TDAH (Beitchman e *cols.*, 1986 in Gómez-Betancur, 2005; Beitchman e *cols.*, 1989 in Gómez-Betancur, 2005; Cantwell & Baker, 1980 in Gómez-Betancur, 2005; Cantwell e *cols.*, 1979 in Gómez-Betancur, 2005; Love & Thompson, 1988 in Gómez-Betancur, 2005; Hartsough & Lambert, 1985 in Gómez-Betancur, 2005; Szatmari e *cols.*, 1989 in Gómez-Betancur, 2005).

Este atraso na aquisição da linguagem oral está por sua vez, relacionado com o *déficit* na consciência fonológica, que no caso de P. ficou demonstrado através da avaliação informal

da leitura e escrita, que salientou a dificuldade de interiorização, mas também de diferenciação dos esquemas léxico-semânticos e da sua correcta associação entre grafema e fonema.

A consciência fonológica é definida como a “*capacidade de analisar e segmentar componentes da fala, como sejam as sílabas, palavras, rimas, fonemas, e de efectuar operações complexas com estes elementos, ou seja, constitui uma habilidade metalinguística*” (Gómez-Betancur, 2005, pág. 581). Esta aptidão é essencial para a aprendizagem da leitura, pois permite à criança dominar as regras de correspondência entre o grafema e o fonema (Miranda-Casas, 2002 *in* Gómez-Betancur, 2005).

As dificuldades que a criança apresenta ao nível da consciência fonológica impedem-na de interiorizar a relação entre fonema e grafema, de ter consciência da segmentação dos grafemas, sílabas e palavras, de progredir na aprendizagem da leitura e da escrita. Alguns autores consideram que a consciência fonológica é fundamental para a aprendizagem da leitura (Breier e *cols.*, 2002 *in* Gómez-Betancur, 2005; Rossello e *cols.*, 2001 *in* Gómez-Betancur, 2005; Morais e *cols.* 1987 *in* Gómez-Betancur, 2005).

Apesar do *déficit* detectado ao nível da consciência fonológica, alguns autores (Hoiem e *cols.*, 1995 *in* Gómez-Betancur, 2005; Montiel-Ramos, 2003 *in* Gómez-Betancur, 2005; Pineda, 1999 *in* Gómez-Betancur, 2005; Gómez-Betancur, 2005) aquele *déficit* poderá não estar relacionado com o diagnóstico de TDAH. Perante as mesmas provas de consciência fonológica, crianças com TDAH e sem qualquer patologia tendem a demonstrar a mesma consciência fonológica, independentemente da presença de patologia. Ainda assim, a consciência fonológica constitui um aspecto essencial para aprender a ler e o controlo inibitório é importante para impedir o desenvolvimento da TDAH (Pineda e *cols.* 1999 *in* Gómez-Betancur, 2005; Warner & Torgesen, 1987 *in* Gómez-Betancur, 2005).

No que diz respeito ao seu desempenho intelectual, de acordo com a avaliação efectuada pela WISC-III, P. apresenta um QI ligeiramente inferior para a sua faixa etária (QI da *Escala Completa* de 83, classificação de inteligência médio-inferior (Wechsler, 2003), característica referida no DSM-IV (1996), característico das crianças com TDAH.

É importante determinar capacidade a cognitiva global dos sujeitos com TDAH, pois para Weiss e *cols.*, (1971 *in* Pereira e *cols.*, 2005), aquele é um dos factores que influencia o diagnóstico da TDAH. O QI estabelece-se como um preditor do rendimento académico, pelo que quando detectados valores baixos naquele valor e concomitância com a TDAH, o sujeito apresenta pior prognóstico na superação das suas dificuldades escolares.

De acordo com os referidos autores, por P. demonstrar comorbilidade entre um QI médio-inferior e TDAH, terá pior rendimento académico e pior prognóstico na evolução das aprendizagens escolares. Esta situação já se verifica com P., uma vez que já beneficia de apoio educativo para colmatar as suas dificuldades, ainda que só esteja a frequentar o 2º ano de escolaridade.

Pela análise dos resultados obtidos na WISC verifica-se que é nos sub-testes necessários para o cálculo do QI de *Realização*, que P. demonstra mais dificuldades tendo em conta o coeficiente de 78, correspondente a uma classificação de inteligência médio-inferior (Wechsler, 2003).

Os sub-testes implicados para o cálculo daquele QI parecem ser de forma particular sensíveis às capacidades de atenção, concentração e controlo de impulsividade, ao contrário dos sub-testes da *Escala Verbal* em que os resultados dependem mais de conhecimentos/aptidões anteriores do sujeito e da sua capacidade de os transmitir oralmente.

Ainda que diversos autores refiram um terceiro factor da WISC que detecta problemas de atenção (Kauffman, 1975 *in* Manga & Fournier, 1997; Lufi & Cohen, 1985 *in* Manga & Fournier, 1997; Bannatyne, 1974 *in* Manga & Fournier, 1997; Badian, 1983 *in* Manga & Fournier, 1997) este pressuposto só se aplica no caso de P. ao sub-teste de *Memória de Dígitos*, com um resultado padronizado de 3, quando o valor normativo para a sua faixa etária seria de 10.

A análise do desempenho geral de P. nas provas da *Escala de Realização* revela uma dificuldade em organizar informação complexa, quando esta requer a utilização de diferentes capacidades cognitivas, que implicam a necessidade de planeamento inerente às funções executivas, como por exemplo no sub-teste de *Disposição de Gravuras, Labirintos e Complemento de Gravuras*. Perante a dificuldade de resolver o problema apresentado, P. reage impulsivamente, com *déficits* de atenção significativos que a impedem da realização adequada da tarefa apresentada. Para além disso, apresenta uma dificuldade em desprezar estímulos externos distractores.

Os sintomas de hiperactividade, impulsividade e inatenção para muitos autores estão relacionados com *défice* na aptidão de controlo da inibição, processo responsável pelos mecanismos cognitivos que permitem parar e continuar uma tarefa, e proteger a actividade cognitiva de interferência (Schulz e cols., 2004).

Os dados recolhidos por aqueles autores referem que as limitações no controle da inibição podem estar associados com obstáculos em dominar os processos das funções executivas, que estão normalmente associados com o processo de responder.

Apesar de Zametkin e Ernst (1999 *in* Argollo, 2003) considerarem que para o diagnóstico de *Perturbação de Hiperactividade por Défice de Atenção* não são recomendáveis exames de neuro-imagem, outras investigações implicam os circuitos frontoestriados (Castellanos, 1997 *in* Capilla-González e cols., 2005; Castellanos, 2002 *in* Capilla-González e cols., 2005; Castellanos, 2004 *in* Capilla-González e cols., 2005; Casey e cols., 1997 *in* Capilla-González e cols., 2005; Rubia e cols., 1999 *in* Capilla-González e cols., 2005), na etiologia daquele tipo de perturbação, pelo que são necessários estudos com base em técnicas de neuroimagem.

As referidas estruturas são consideradas parte essencial do substracto neuronal das funções executivas (Malloy & Aloia, 1998 *in* Castellanos, 1997 *in* Capilla-González e cols., 2005; Tirapu-Ustárrroz, 2002 *in* Capilla-González e cols., 2005). Os estudos de neuroimagem e neuropsicológicos parecem estar de acordo em relação à disfunção ao nível das funções executivas na TDAH (Roth & Saykin, s/d *in* Flashman, 2004; Pennington & Ozonoff, 1996 *in* Capilla-González e cols., 2005; Barkley, 1997 *in* Capilla-González e cols., 2005; Sergeant e cols., 2002 *in* Capilla-González e cols., 2005; Sergeant e cols., 2003 *in* Capilla-González e cols., 2005; Shallice e cols., 2003 *in* Capilla-González e cols., 2005; Pineda e cols., 1996 *in* Capilla-González e cols., 2005; Rapport e cols., 2001 *in* Capilla-González e cols., 2005; Perry, 2001 *in* Capilla-González e cols., 2005).

Os diferentes modelos teóricos pressupõem que na TDAH existem *déficits* nos três mecanismos necessários para o correcto funcionamento das funções executivas situadas no córtex pré-frontal (Capilla-González e cols., 2004 *in* Capilla-González e cols., 2005), e que são a integração temporal, a memória de trabalho e a inibição (Fuster, 2002 *in* Capilla-González e cols., 2005; Pennington e cols., 1996 *in* Capilla-González e cols., 2005; Miyake e cols., 2000 *in* Capilla-González e cols., 2005; Fuster, 1989 *in* Capilla-González e cols., 2005).

No caso de P., os mecanismos das funções executivas referidos anteriormente são ilustrados pela dificuldade da criança em manter as instruções das tarefas (memória de trabalho), controlar a atenção e concentração, assim como comportamentos irrequietos (inibição) e limitações na organização da informação em sequência espaço-temporal (integração temporal).

Dos três processos indicados o mais estudado é o processo de *inibição*, talvez por influência da teoria de Barkley (1997 *in* Capilla-González e cols., 2005) que considera que a principal característica da TDAH é a incapacidade de *inibição comportamental* que prejudica posteriormente as funções executivas. É por isso que têm sido usadas tarefas Stroop, go/no-go, nos estudos imagiológicos realizados sobre a TDAH.

Nestes estudos, crianças com TDAH mostram menor activação do córtex pré-frontal do hemisfério direito (Rubia e cols., 1999 *in* Capilla-González e cols., 2005; Teicher e cols., 2000 *in* Capilla-González e cols., 2005) e no núcleo caudado (Teicher e cols., 2000 *in* Capilla-González e cols., 2005).

Outros estudos encontraram uma hipoactivação do córtex cingular anterior (Bush e cols., 1999 *in* Capilla-González e cols., 2005), região que se considera estar relacionada com o correcto funcionamento das funções executivas e numa ampla gama de tarefas consideradas daquelas funções como seja planificação, detecção de erros, resolução de conflitos e capacidade para responder a estímulos duvidosos ou difíceis (Bush e cols., 1998 *in* Capilla-González e cols., 2005; Rabbitt, 1997 *in* Capilla-González e cols., 2005).

As características anteriores referidas para as funções executivas revelam-se na dificuldade de P., em planear a acção (planificação), *déficit* de atenção e concentração (dificuldade em detectar erros) e limitações em resolver problemas complexos com mais de uma tarefa implícita (resolução de conflitos e capacidade para responder a estímulos duvidosos ou difíceis).

Apesar dos dados anteriores suportarem que o prejuízo principal do TDAH se situa ao nível das funções executivas, outras investigações postulam a hipótese de serem os substractos neuronais que medeiam os mecanismos da atenção que são as zonas mais activadas em tarefas go/no-go em crianças com TDAH (Durston e cols., 2003 *in* Capilla-González e cols., 2005). De acordo com a teoria de Mirsky (1996 *in* Capilla-González e cols., 2005) estes mecanismos seriam responsáveis pela capacidade das crianças focalizarem a sua atenção nas tarefas e desprezarem estímulos distractores. Esta capacidade que Sohlberg e Mateer (1987 *in* Capilla-González e cols., 2005) chamam de '*atenção selectiva*', poderia estar segundo Barkley (2003 *in* Capilla-González e cols., 2005), relacionada com um dos *déficits* cognitivos primários da *Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção*.

Estudos demonstram que as crianças com TDAH demonstram alterações nos primeiros segundos (200ms) posteriores à apresentação de estímulos (Jonkam e cols., 2004 *in* Capilla-González e cols., 2005). Perante actividades de "*atenção selectiva*", crianças com TDAH

mostram dificuldade em filtrar a informação relevante (Jonkman e cols., 1997 in Capilla-González e cols., 2005; Satterfield e cols., 1988 in Capilla-González e cols., 2005; Satterfield e cols., 1990 in Capilla-González e cols., 2005; Loiselle e cols., 1980 in Capilla-González e cols., 2005; Brandeis e cols., 1998 in Capilla-González e cols., 2005; Van Leeuwen e cols., 1998 in Capilla-González e cols., 2005; Kemner e cols., 1996 in Capilla-González e cols., 2005).

A hipótese anterior de limitações na “*atenção selectiva*” em crianças com TDAH, também se aplica no caso de P., ainda que aquele obstáculo não se verifique só no momento inicial da apresentação da tarefa, mas em vários momentos da realização da tarefa.

Apesar das diferenças e da importância de estabelecer qual o *déficit* cognitivo principal da TDAH, principalmente para o tratamento farmacológica desta perturbação, as duas teorias não são excludentes, porque os circuitos neuronais implicados em ambas as teorias acabam por exercer influência um sobre o outro (Fuster, 1997 in Capilla-González e cols., 2005; Hillyard e cols., 1998 in Capilla-González e cols., 2005) e os sintomas comportamentais exteriores acabam por ser bastante similares, o que dificulta a identificação do *déficit* primário através da técnica da observação.

Há assim necessidade de continuar a investigação para determinar qual o *déficit* cognitivo primário da TDAH, através de exames de neuroimagem como é a magnetoencefalografia que permite uma elevada resolução temporal e acompanhar o que acontece no funcionamento neuronal dos sujeitos com TDAH (Capilla-González e cols., 2005).

Apesar dos enriquecimentos científicos dos estudos de neuroimagem da TDAH, este é um transtorno multifactorial, com expressão variável, que depende de diversos factores ambientais, entre os quais se podem encontrar as circunstâncias perinatais, já analisadas neste caso, e ao longo da infância, dos métodos de educação a que criança é sujeita (Thapar e cols., 2007 in Cardo & Severa, 2008).

Como apresentado no caso, o estilo parental utilizado pela mãe de P., que representa o conjunto das práticas educativas disponibilizadas (Gomide, 2003 in Salvo e cols., 2005), por sua vez definidas como as estratégicas utilizadas para a socialização do filho (Reppold e cols., 2002 in Salvo e cols., 2005) parecem influenciar o comportamento da criança (Reppold e cols., 2002 in Salvo e cols., 2005; Salvo, 2003 in Salvo e cols., 2005; Gomide, 2004 in Salvo e cols., 2005). De facto as verbalizações negativas da mãe de P., que traduzem uma percepção negativa da criança parecem funcionar como factores de manutenção do padrão

comportamental da criança. Isto porque as práticas educativas negativas, como a *negligência, abuso físico e psicológico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitorização stressante*, podem originar comportamentos anti-sociais (Gomide, 2003 *in* Salvo e cols., 2005).

No caso em análise, as práticas educativas negativas vigentes parecem ser a *disciplina relaxada*, traduzida na dificuldade de aplicar as regras, a *punição inconsistente*, dependente do humor dos progenitores, em que não existe punição concomitante ao comportamento da criança verificada, e ao mesmo tempo, a *monitorização stressante*, com superprotecção da criança, que impedem a sua autonomia psicológica e desenvolve sentimentos de angústia e inadequação (Gomide, 2003 *in* Salvo e cols., 2005).

A presença de estilos parentais rígidos ou inconsistentes parecem contribuir para o desenvolvimento de *Perturbação de Comportamento por Oposição* e outros problemas de conduta (Johnston & Jassy, 2007). A este nível, os comportamentos agressivos de P., direccionados para a irmã, parecem ter mais a ver com uma dualidade de práticas educativas umas impostas pela mãe, de forma mais passiva, e outras impostas pela irmã de forma mais rigorosa, e com a dificuldade da criança se posicionar perante esta dualidade, do que a um padrão de comportamento agressivo geral ou *Perturbação de Comportamento por Oposição*.

De acordo com a descrição do caso em estudo e com vários autores (Maegden & Carlson, 2000 *in* Roselló e cols., 2002; Teegarden, 1997 *in* Roselló e cols., 2002; Teegarden e cols., 1999 *in* Roselló e cols., 2002), a comoribilidade entre *Perturbação de Comportamento por Oposição* e *Perturbação de Hiperactividade* é menos associada ao sub-tipo de desatenção do que ao sub-tipo de hiperactividade-impulsividade ou ao sub-tipo misto.

Para além dos estilos parentais, como factores ambientais que influenciam a TDAH, podemos inferir da descrição do caso, o tipo de *relação de apego* que existe entre a criança e a mãe. Segundo Zamberlan (2002 *in* Mondin, 2005), o *apego* refere-se ao conjunto de comportamentos que liga uma pessoa à outra. A mãe é uma figura fundamental neste processo. A progenitora dirige os sistemas comportamentais e de *apego* da criança, procura obter e manter a proximidade, a interacção e a comunicação. O *apego* é uma função fundamental, que através da simples comunicação entre pais e filhos, constitui um factor determinante no desenvolvimento emocional.

A relação positiva entre mãe e criança está associada com a menor frequência de problemas sócio-emocionais e cognitivos nos anos pré-escolares (Zamberlan, 2002 *in* Mondin, 2005).

O início deste mecanismo emocional ocorre no primeiro ano de vida, principalmente nos primeiros seis meses, mantém-se intenso entre os três e quatro anos, para depois diminuir de intensidade ou de formas de expressão. Todavia os seus efeitos mantêm-se durante toda a existência do indivíduo, como parte importante do comportamento humano (Bowlby, 1989 *in* Mondin, 2005).

Daquilo que foi observado e avaliado neste caso, a relação entre P. e a mãe estabeleceu-se por alguns padrões de relacionamento negativos. A comparação de rendimentos cognitivos e comportamentais entre os dois filhos, com inferiorização das capacidades de P., apesar da superprotecção relatada, parece não favorecer a total proximidade, interacção e comunicação entre a criança e a sua progenitora, nem uma atitude positiva que auxilie a criança a ultrapassar as suas dificuldades. Para este padrão de relacionamento poderá ter contribuído o internamento de P. durante os três primeiros meses de vida, factor que poderá ter distanciado a criança da progenitora, e posto em causa a relação de *apego* entre os dois. Como a mãe de P. tinha a seu encargo o outro filho gémeo, parece que a relação de *apego* foi estabelecida com maior qualidade entre aquele filho do que com P.

Segundo Winnicott (1997 *in* Mondin, 2005), o protótipo da interacção entre criança e mãe é encontrado na relação original, relação essa que por vias extremamente complexas, o mundo que é representado pela mãe, pode auxiliar ou impedir a criança da sua tendência inata para o crescimento.

Os comportamentos parentais observados no *apego* estão relacionados com a noção de *sensibilidade maternal* proposta por Bowlby e Ainsworth, revista por Gosselin (2000 *in* Mondin, 2005). Segundo este autor, a *mãe sensível* deve corresponder às necessidades afectivas do bebé mas também às suas necessidades cognitivas, no sentido não só da estabilidade emocional da criança, mas na apresentação de estratégias de resolução de problemas e reforços positivos, que permitam à criança aprender (Ignjatovic-Savic e cols., 1988 *in* Mondin, 2005).

Perante o exemplo em que um bebé brinca com uma caixa que se abre e fecha, não consegue abrir e chora, segundo Ainsworth e cols. (1978 *in* Mondin, 2005), a *mãe sensível* pega na criança ao colo e tranquiliza-a. Desta forma, ela responde com eficácia às necessidades emocionais do bebé. Em contrapartida para Ignjatovic-Savic e cols., (1988 *in* Mondin, 2005), a *mãe sensível* para além de pegar na criança ao colo, tranquilizar a criança, também compensa as suas necessidades cognitivas ao ensinar ao filho como abrir e fechar a caixa.

As mães de crianças cuja *segurança do apego* é elevada gastam mais tempo com instruções em função das necessidades cognitivas e afectivas das crianças e progressivamente transferem-lhe a responsabilidade da supervisão e da execução da tarefa, em comparação com as mães de crianças cuja segurança de apego é frágil (Gosselin, 2000 *in* Mondin, 2005).

Também num contexto de colaboração com adultos estranhos, as crianças com *apego* mais forte demonstram comportamentos mais adequados à realização das tarefas, assim como estratégias de metacognição (Gosselin, 2000 *in* Mondin, 2005). Estas estratégias estão correlacionadas com o futuro sucesso escolar da criança, pois favorecem um adequado desempenho cognitivo, assim como promovem uma adequada interrelação social, nomeadamente com os pares.

As pesquisas de Rothbaum *e cols.* (2000 *in* Mondin, 2005) complementam as de Gosselin. As crianças consideradas seguras tendem a ser mais autónomas, menos dependentes, mais capazes de desenvolver relacionamentos estáveis com seus pares, demonstram menor tendência para apresentarem problemas, e quando os têm, apresentam maior persistência em solucioná-los. Apresentam ainda elevada auto-estima e maior autoresiliência.

Segundo Bowlby (1989 *in* Mondin, 2005), a criança não é um organismo de vida independente, e por isso, necessita de uma instituição social especial que a auxilie durante o período de imaturidade. Esta instituição actua de duas formas. Primeiro ajuda a criança a satisfazer suas necessidades orgânicas imediatas, tais como alimentação, calor, abrigo e protecção; em segundo lugar, ao lhe proporcionar um ambiente no qual possa desenvolver suas capacidades, sejam físicas, mentais ou sociais, indispensáveis para lidar eficazmente com o seu meio físico e social. Para tal acontecer, é necessária uma atmosfera de afeição e segurança. A vida familiar representa, na visão de Goleman (1995 *in* Mondin, 2005), a primeira escola da aprendizagem ao nível emocional.

Pesquisas têm demonstrado que a maneira com que os pais tratam seus filhos – seja com rígida disciplina, com compreensão, indiferença ou simpatia – produz consequências profundas e duradouras para a vida emocional da criança.

De acordo com o avaliado, o estilo emocional da mãe de P. parece circunscrever ao estilo que se refere à ignorância dos sentimentos da criança. A perturbação emocional da criança é considerada como algo trivial ou sem importância e que logo passa. Esse tipo de pais não faz uso dos momentos emocionais para uma aproximação e posterior orientação no campo da competência emocional (Gottman, 1997 *in* Mondin, 2005).

No caso analisado, o comportamento de P. era atribuído às suas características idiossincráticas e não a qualquer tipo de perturbação. Esta percepção impedia o envolvimento parental adequado da família na tentativa compreender o comportamento de P. e desenvolver estratégias adequadas de intervenção. Com base em Hart (1992 *in* Mondin, 2005), as crianças necessitam de limites seguros, saudáveis e razoáveis. Esses cuidados revelam amor. Os filhos sentem-se amados quando são orientados pelos pais naquilo que devem fazer ou não.

Ainda que tanto a mãe de P., como a professora tenham desvalorizado o padrão comportamental da criança, a primeira atribuindo as causas do comportamento às supostas dificuldades cognitivas e físicas do filho, e a segunda ao desvalorizar o comportamento da criança, tendo em conta o padrão comportamental da turma, segundo Biederman e *cols.* (2006 *in* Cardo & Severa, 2008), os referidos educadores tendem a classificar a síndrome com diferentes cotações. Barbosa, Dias & Gaião (1997 *in* Argollo, 2003) acrescentam que os pais são uma boa fonte de informação, o que não se verificou neste caso, em que os sintomas foram desvalorizados, enquanto os professores tendem a sobrestimar os sintomas, o que também não relata o sucedido neste caso.

Cardo e Severa (2008) consideram que é muito difícil que o sujeito desenvolva o mesmo nível de disfuncionalidade em todos os meios sociais em que está implicado: na escola, na família e nas actividades lúdicas. Os sintomas tendem a agravar-se quando é exigido um nível de atenção e de esforço continuados, quando as actividades não são atractivas ou não representam uma novidade para o sujeito (por exemplo: ouvir o professor na sala de aula, fazer os trabalhos de casa, ouvir textos longos ou fazer tarefas repetitivas e monótonas).

As situações anteriores verificaram-se para P., quer em contexto escola, quer em contexto ATL. Perante a dificuldade da resolução de tarefas propostas ou a repetição de tarefas que não representam novidade, P. reage com comportamentos inesperados para o contexto, como por exemplo, levantar-se da cadeira na sala de aula para dançar, para se deslocar à casa de banho ou realizar outra actividade que não a esperada. Estes comportamentos constituem no fundo uma forma de escape à manutenção continuada da atenção e concentração na tarefa.

Quando colocado perante situações de controlo restrito, situações novas, actividades particularmente interessantes ou situações de um para um, o sujeito com TDAH pode até receber elogios pelo seu comportamento (Cardo & Severa, 2008). Esta situação também se verificou com P., que apresenta melhor controlo comportamental e desempenho nas aulas de

apoio educativo, com um número mais reduzido de crianças do que no grupo turma, e em situações de um para um, como foi na avaliação apenas com a criança e a técnica.

Por sua vez, os sintomas tendem a piorar em situações de grupo, como são as situações de jogo, turmas ou ambientes de trabalho, como é o caso da turma da escola, com maior número de alunos, com comportamento agitado e inadequado no geral.

Ainda que as visões do comportamento sejam diferentes é necessário que a família e a escola mantenham canais de comunicação e relações de confiança mútua e compreensão (Vila, 2000 *in* Mondin, 2005). Quando os adultos, pais e professores trabalham juntos para os cuidados com as crianças, além de potenciarem o seu desenvolvimento, também enriquecem as suas próprias vidas e contribuem com a valorização da comunidade (New, 2002 *in* Mondin, 2005).

#### 1.4. CONCLUSÃO

Apesar da aparente linearidade dos critérios de diagnóstico da *Perturbação de Hiperactividade por Défice de Atenção* definidos pelo DSM-IV (1996), como verificado pela análise e discussão deste caso, esta perturbação reveste-se de inúmeras particularidades (Thapar e cols., 2007 *in* Cardo & Severa, 2008) que interferem e interagem quer na manifestação dos sintomas, quer na manutenção, e até mesmo, agravamento da sintomatologia.

Interessa compreender cada uma das vertentes que interferem e se manifestam na perturbação, afim de estabelecer uma intervenção o mais sistémica e adequada possível (Capilla-González e cols., 2005), e desta forma, as mudanças terapêuticas sejam possíveis. Esta avaliação e intervenção são ainda mais importantes quando se consideram as comorbilidades que a TDAH apresenta, nomeadamente *Dificuldades de Aprendizagem* (Tonelotto, 2001), e outras doenças médicas, psicológicas ou de comportamento (*Organização Mundial de Saúde - OMS, 1993 in* Argollo, 2003; Spencer, 2006 *in* Cardo & Severa, 2008) que representam um prejuízo significativo do sujeito em diferentes áreas, desde a família ao meio social, com repercussões ao longo do ciclo de vida (Barkley e cols. 1990 *in* Argollo, 2003; McArdle, 2004 *in* Cardo & Severa, 2008).

Também os estudos imagiológicos são uma importante vertente do estudo do TDAH, que apontam um prejuízo nas funções executivas (Roth & Saykin, s/d *in* Flashman, 2004; Pennington & Ozonoff, 1996 *in* Capilla-González e cols., 2005; Barkley, 1997 *in* Capilla-

González e cols., 2005; Sergeant e cols., 2002 in Capilla-González e cols., 2005; Sergeant e cols., 2003 in Capilla-González e cols., 2005; Shallice e cols., 2003 in Capilla-González e cols., 2005; Pineda e cols., 1996 in Capilla-González e cols., 2005; Rapport e cols., 2001 in Capilla-González e cols., 2005; Perry, 2001 in Capilla-González e cols., 2005).

## **2. ESTUDO DE CASO DE CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS-TRATOS**

### **2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A avaliação psicológica de crianças e jovens em risco é um dos principais e mais difíceis trabalhos que o psicólogo que trabalha com aquele tipo de população se depara (Hutz e cols., 2002).

Mas antes de perceber quais as características daquele tipo de trabalho é preciso saber o que é descrito como crianças e jovens em risco. Crianças e jovens em risco são aquelas cujo desenvolvimento não ocorre de forma esperada para a sua faixa etária, de acordo com os parâmetros da sua cultura (Bandeira e cols., 1996 in Hutz e cols., 2002). O risco pode ser físico (doenças genéticas ou adquiridas, problemas de nutrição, entre outros), social (exposição a ambiente violento, a drogas), ou psicológico (efeitos de abuso, negligência, ou exploração).

O risco pode ter causas externas ou ser provocado pelo próprio indivíduo. As causas externas referem-se às condições ambientais adversas, enquanto que quando se refere ao risco originado pelo próprio indivíduo refere-se às acções ou actividades que aumentam a probabilidade de consequências adversas para o seu desenvolvimento, funcionamento psicológico ou social, ou ainda favorecem o desencadeamento ou agravamento de doenças ou riscos externos (Hutz e cols., 2002).

Um dos factores de risco para as crianças e adolescentes são os comportamentos e atitudes das suas próprias famílias. Ainda que seja na relação em família que ocorrem os factos mais expressivos da vida dos indivíduos, é também no núcleo familiar que também acontecem situações que modificam para sempre a vida de um sujeito, o que pode deixar marcas irreparáveis para toda a vida (Rosas & Cionek, 2006). Uma das situações decorridas no seio familiar que poderá deixar mais marcas para a vida é a violência doméstica contra a criança e o adolescente.

A violência doméstica contra crianças e adolescentes pode ser definida como sendo: *“todo ato ou omissão, praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, por outro lado, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (Azevedo & Gerra, 2001, in Rosas & Cionek, 2006, p.2).*

A criança e o adolescente são pessoas que estão em fase de desenvolvimento e para que isso aconteça de uma forma equilibrada é preciso que o ambiente familiar propicie condições saudáveis de desenvolvimento, o que inclui estímulos positivos, equilíbrio, boa relação familiar, vínculo afectivo, diálogo, entre outros. Como Weiss (2004, p.23 citado por Rosas & Cionek, 2006) diz: *“aspectos emocionais estariam ligados ao desenvolvimento afectivo e sua relação com a construção do conhecimento a expressão deste através da produção escolar (...) O não aprender pode, por exemplo, expressar uma dificuldade na relação da criança com sua família; será o sintoma de que algo vai mal nessa dinâmica.*

Assim, um ambiente familiar hostil e desequilibrado, pode afectar seriamente não só a aprendizagem como também o desenvolvimento físico, mental e emocional de seus membros. As dimensões cognitivas e afectivas estão interligadas. Um problema emocional decorrente de uma situação familiar desestruturada reflecte-se directamente na aprendizagem e em outras dimensões do indivíduo (Rosas & Cionek, 2006).

Apesar dos efeitos da violência doméstica em crianças e jovens pouco se sabe sobre o desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes em risco (Emde, 1994 in Hutz e cols., 2002; Huston e cols., 1994 in Hutz e cols., 2002; Jessor, 1993 in Hutz e cols., 2002).

Os testes psicológicos normais não estão habilitados para avaliar as situações de risco, com a agravante que não são especialmente concebidos para avaliar crianças e jovens com baixa escolaridade, marginalizadas, com estruturas familiares e sociais diversas, e que desta forma não avaliam as variáveis que realmente são necessárias de avaliar (Hutz e cols., 2002).

À parte destes limites, investigadores têm descoberto novas formas de utilizar os instrumentos tradicionais de avaliação psicológica.

A primeira questão consiste em definir o que se deseja efectivamente avaliar. Não é possível nomear e muito menos discutir as inúmeras variáveis e processos que podem ou devem ser avaliados. Geralmente é útil e necessário avaliar as variáveis sócio-psicológicas e sócio-demográficas que se podem potencialmente relacionar com resiliência, vulnerabilidade

e factores protectores. Os mecanismos, factores ou processos protectores são aqueles cuja influência modificam, melhoram ou alteram a resposta dos indivíduos a ambientes hostis, que os predispõem a consequências mal adaptativas (Hutz, Koller & Bandeira, 1996 *in* Hutz e cols., 2002).

A entrevista como método de avaliação psicológica é uma das alternativas mais eficientes nesta área, ao permitir uma avaliação ecológica (Silva, 2001 *in* Hutz e cols., 2002).

## 2.2 APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Criança com 12 anos de idade, sexo masculino, a frequentar o 5º ano de escolaridade. Número de sessões de avaliação: 5 sessões.

A avaliação de H. foi solicitada tendo em conta os comportamentos perturbadores na sala de aula, como forma de teste dos limites e das regras estabelecidos (comportamento insolente para com os professores, comportamentos repetitivos que prejudicam o normal decorrer da aula...). Apesar destes comportamentos, os professores circunscrevem-nos à sala de aula, como forma de o aluno provocar a saída da sala, já que de forma geral, classificam a postura do aluno como afável e respeitadora, em que aceita e ouve as chamadas de atenção para os comportamentos inadequados, todavia com repetição dos mesmos, mesmo depois das chamadas de atenção.

No que diz respeito às actividades escolares, a criança demonstra desinteresse e desmotivação. O aluno teve duas retenções escolares no 2º ano (ano lectivo 2000/2001 e 2001/2002), justificadas pela desmotivação e desinteresse do aluno, ausência de pré-requisitos escolares, não apresentação do material escolar mínimo como lápis e caderno. Nessa altura foi sinalizado pelas professoras para a *Comissão de Protecção de Crianças e Jovens da Covilhã (CPCJ - C)* tendo em conta a ausência familiar no acompanhamento escolar de H.

Apresenta tendência para comportamentos delinquentes em conjugação com o grupo de pares, fora da escola.

O pai do H. vive uma situação de poligamia com duas mulheres diferentes e tem filhos das duas. O agregado familiar de H. é constituído por ele, a mãe e dois irmãos: uma menina de 14 anos e um menino de 3 anos; o outro agregado familiar é constituído pelo pai de H., a outra mulher e três filhas de idade superior a 20 anos. De acordo com as idades dos filhos, o agregado familiar de H. terá sido o segundo agregado do pai.

Segundo H., o tempo que passa com uma ou outra família é distribuído de forma aleatória de acordo com a relação conjugal que apresenta melhor qualidade no momento.

O vencimento do pai de H., como condutor de pesados, de acordo com a criança é distribuído pelas duas famílias, em que ambas as progenitoras desenvolvem trabalho como operárias fabris, auferindo o salário mínimo nacional.

Segundo H. há uma aceitação e conformação de ambos os agregados familiares com a situação de poligamia, principalmente da parte dos filhos.

Foi difícil estabelecer uma relação de confiança com o aluno no início da avaliação, este apresentava várias vezes uma atitude de “gozo” para com a avaliadora, rindo-se facilmente, sem aparente motivo e quando confrontado não apresentava qualquer razão para tal comportamento. Esta atitude comprometia a avaliação ao colocar em causa os dados obtidos e a veracidade dos mesmos. Todavia a referida atitude foi diminuindo ao longo das sessões, com o aumento de confiança e de qualidade da relação terapêutica entre a avaliadora e o aluno, em que este chegou a confessar alguns actos delinquentes que foram praticados por ele e pelo seu grupo de amigos.

Numa situação particular de delinquência em que o aluno invadiu uma garagem e danificou algum do material aí danificado, as autoridades policiais descobriram, responsabilizando a criança e o seu grupo pelo pagamento dos estragos. No entanto tal situação não se verificou na maior parte das situações que foram referidas.

A criança não apresentou *insight* sobre a inadequação dos seus comportamentos, congratulando-se até com os mesmos.

No que diz respeito às dificuldades escolares do aluno, assim como a ausência de pré-requisitos referidos pelos professores e *Processo Individual do Aluno* foi necessário despistar a hipótese de ser um défice cognitivo a limitar a aquisição de aprendizagens, pelo foi administrada a *WISC-III*.

A aplicação do referido instrumento de avaliação revelou um *Coefficiente de Inteligência Verbal* (QIV) de 82 (*percentil* 12, classificação média-inferior, de acordo com a tabela 14 da *WISC-III* (Wechsler, 2003); para um *Coefficiente da Inteligência de Realização* (QIR) de 79 *percentil* 8, classificação considerada como inferior, de acordo com a referida tabela e um *Coefficiente de Inteligência Total* (vulgo QI) de 75 (*percentil* 6, nível de inteligência classificado como inferior) (Wechsler, 2003). Para os resultados obtidos contribuíram a falta de auto-confiança, empenho e envolvimento da criança nas tarefas propostas, que condicionaram o nível atencional e de concentração às mesmas e o nível de

sucesso na realização. Como verificado pela diferença entre QIV e QIR, os efeitos da falta de empenho do sujeito na avaliação foram mais visível nos resultados obtidos no QIR, cujo conjunto de sub-testes estão mais dependentes das capacidades de manutenção da atenção e concentração, do que os sub-testes necessários para o cálculo do QIV.

Ao nível emocional pela avaliação do *Teste do Desenho Figura Humana e Família*, assim como na entrevista realizada com o aluno, este demonstra desejo de protecção, todavia uma relutância em estabelecer contacto com o ambiente, com retraimento no intercâmbio interpessoal e com receio nas relações com os outros. A sua instabilidade emocional para as inter-relações com os outros resulta em sofrimento e o sujeito demonstra-se relutante em expor-se novamente de forma real, como ele realmente é, por falta de confiança nos contactos sociais e na sua produtividade, para resolver os problemas. Desta forma, o indivíduo quebra o contacto com o meio exterior, deformando-o, criticando-o, mostrando-lhe indiferença e agressividade.

No que se refere à situação familiar, o sujeito demonstrou-se expectante com a possibilidade de intervenção/interesse da sua família, nomeadamente da sua mãe, nos seus problemas escolares e outros, mas posteriormente quando confrontado com a falta de desinteresse e correspondência da família às exigências/pedidos escolares (a mãe do aluno faltou às reuniões marcadas depois de ter dito ao aluno que iria comparecer às mesmas), o aluno demonstra a sua conformação com a situação, e conseqüente impotência para mudar a situação vivenciada.

A situação anterior ficou registada não só verbalmente, mas também foi ilustrada pelos desenhos efectuados pelo aluno. O aluno demonstrou que sente que não participa realmente na família, não recebe a afectividade que necessita, rejeita ou sente-se rejeitado, porque não consegue atrair a atenção dos familiares.

A rejeição anterior produz no aluno sentimentos de superioridade, com revolta contra os valores tradicionais ensinados no lar, o que é extrapolado para outros ambientes sociais, tendo em conta que a família é o primeiro modelo social de que o sujeito dispõe. Esta rejeição traduz-se posteriormente em atitudes derrotistas e um sentimento de estar acima das exigências de convenção e conformação.

Como referido, toda a situação anterior reflecte-se em todos os outros sistemas sociais, nomeadamente no *Sistema Escola*, em que o aluno demonstra estar acima das regras necessárias para o normal funcionamento das aulas, experimentando os limites dessas mesmas

regras e da autoridade dos professores, ou da autoridade de outros elementos, da comunidade escolar e mesmo fora desta.

Esta rejeição e experimentação de limites surgem correlacionadas com uma situação de grande necessidade de afectividade e de atenção, sentida numa primeira fase em relação aos elementos da família. Todavia tendo em conta as sucessivas repetições de rejeição pela família, de forma mais directa no que diz respeito à responsabilidade perante a escola, a rejeição e experimentação de limites tornaram-se a forma de interacção social aprendida pelo aluno, nomeadamente no relacionamento com a pessoa adulta, à qual reage com desconfiança ou desinteresse, perante a possibilidade de interesse e atenção.

No que diz respeito aos pares e ao seu possível interesse e atenção, o relacionamento é também caracterizado pela desconfiança. A criança tem dificuldade em aceitar elogios dos pares, tendo em conta a sua baixa auto-estima, o que origina muitas vezes, uma interacção social negativa, como seja, a agressividade para com os outros, especialmente aquando a emissão de críticas negativas ao aluno.

No final da avaliação foi atribuída uma habitação social à família da criança, o que poderá indicar condições habitacionais precárias na casa anterior, assim como uma associada situação de pobreza e limitação económica. Em relação às dificuldades escolares do aluno e ao prejuízo em acompanhar as matérias leccionadas, quer no primeiro ciclo, quer actualmente no segundo ciclo, estas poderão estar relacionadas com a instabilidade emocional explicitada anteriormente, ainda que poderão não se restringir à mesma. A indiferença familiar documentada no *Processo Individual do Aluno* no primeiro ciclo, mesmo em relação à manutenção dos materiais escolares básicos de estudo, poderá ter potenciado a indiferença do aluno perante a escola e as suas várias tarefas, o que poderá ter comprometido a progressão e evolução na aprendizagem escolar.

De acordo com os dados recolhidos, o insucesso escolar de H. pode ser explicado por um *Estilo de Comportamento Passivo-Agressivo*, motivado alegadamente pela permissividade com a sua família tem vindo a responder às suas responsabilidades, nomeadamente às responsabilidades perante a escola (Esman, 1986 *in* Weiner, 1995; Millon, 1981 *in* Weiner, 1995; Stricker, 1983 *in* Weiner, 1995).

### 2.3.DISSCUSSÃO DO CASO

Apesar das vantagens referidas para a técnica da entrevista como técnica de recolha de dados junto de crianças e jovens em risco (Silva, 2001 *in* Hutz e cols., 2002), como verificado

pelo caso em análise, o seu uso apresenta inúmeras dificuldades e desafios. É necessário um determinado grau de conhecimento prévio de técnicas de entrevista, bem como um conhecimento teórico aprofundado dos conceitos que serão investigados.

Para além dos referidos requisitos, as características específicas da população de crianças e adolescentes em risco impõe desafios à tarefa de entrevistá-los. Questões típicas da adolescência (comportamento desafiador e questionador, conflito com figuras de autoridade) aliam-se à complexidade da história desenvolvimental e do contexto destes adolescentes (Hutz e cols., 2002). Como foi verificado na apresentação deste caso, no início da avaliação, a criança apresentava um comportamento de aparente gozação com a avaliadora, o que pode ser entendido como uma atitude desafiadora e que comprometia a qualidade de dados recolhidos.

Muitas vezes estas crianças e adolescentes demonstram dificuldades de falar sobre seus sentimentos, pensamentos e relacionamentos interpessoais, apresentam poucas habilidades de comunicação verbal e baixo repertório auto-descritivo (Hutz e cols., 2002).

Além das dificuldades referidas, devido a vivências anteriores, marcadas por interações pessoais hostis e agressivas, estes jovens têm grande dificuldade em formar um vínculo de confiança com o adulto (Hutz e cols., 2002), o que se traduziu posteriormente nas dificuldades em estabelecer uma relação terapêutica de qualidade e de confiança, como se verificou no início da avaliação do caso em análise e como se pode verificar no conflito aproximação-distanciamento com os professores.

E o estabelecimento de um bom vínculo é fundamental para que uma entrevista transcorra de modo eficiente e agradável tanto para o entrevistador como para o entrevistado, em que a formação de um vínculo de confiança é importantíssima nesta tarefa (Hutz e cols., 2002).

Por outro lado, esta população tende a fornecer respostas socialmente desejáveis, que agradem aos adultos ou que contribuem, de uma forma ou de outra, para a construção de uma imagem positiva de si mesmo perante os outros (Hutz e cols., 2002).

No caso da avaliação com WISC-III para despiste de défice cognitivo/dificuldades de aprendizagem como verificado pelos resultados obtidos (QIV-82, QIR-79, QI-75) estes são inferiores aos encontrados na população normal, como é salientado por Cantón & Cortés, (1999 *in* Formosinho & Araújo, 2002), Kendall-Tackett & Eckenrode, (1996 *in* Formosinho & Araújo, 2002) e Leither & Johnsen, (1994 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

Os resultados obtidos na avaliação intelectual parecem reflectir mais as flutuações ao nível do interesse do aluno pelas provas apresentadas, que condicionaram o empenho, atenção

e concentração dedicadas à execução de cada uma, do que são devidas a uma incapacidade específica do aluno. A falta de motivação para as tarefas escolares, e neste caso para as tarefas de avaliação da WISC-III, tem por base as fracas realizações que são realizadas pelas crianças maltratadas (Aber & Allen, 1987 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

As baixas realizações escolares podem ser consequência dos maus-tratos, mas também podem surgir como consequência de situações sociais desvitalizadas, podendo tratar-se de efeitos cumulativos ou do facto de umas situações potenciarem as outras (Skuse & Bentovim, 1994 *in* Formosinho & Araújo, 2002). No caso em análise parecem ser a cumulação de ambas as situações, que favorecem e mantêm as baixas realizações escolares da criança.

Segundo aqueles autores, as situações ambientais podem desenvolver com grande probabilidade uma influência negativa nas aprendizagens escolares da criança ao não proporcionarem os cuidados necessários ao desenvolvimento sócio-emocional, o que origina inibição na capacidade para realizar aprendizagens e em empenhar-se de acordo com o potencial da criança. Esta situação foi a verificada na aplicação da WISC-III em que devido à falta de empenho da criança a sua realização foi abaixo do que poderá ser o seu potencial, tendo em conta que a criança apresentava défices atencionais mesmo depois da avaliadora focar a atenção nos pormenores desprezados intencionalmente.

Este caso pode ser entendido como um caso de criança maltrata e por isso de risco, mediante a atitude da família de não correspondência às chamadas de atenção do filho no caso concreto para os problemas escolares, assim como não responder às várias solicitações da escola para o seu envolvimento no processo educativo do filho.

Os maus-tratos são definidos como qualquer acção ou omissão, não acidental, por parte dos pais ou de outros responsáveis pela criança que comprometa a satisfação física ou emocional do menor (Formosinho & Araújo, 2002). Estes podem ser físicos e psicológicos, com alguma probabilidade de ambos ocorrerem concomitantemente (Skuse & Bentovim, 1994 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

As consequências dos maus-tratos físicos são as mais visíveis e podem manifestar-se através de cicatrizes, deformações ósseas ou danos cerebrais, com consequências a nível psicomotor, sensorial e coordenação neuromotora (Fariña e cols., 2000 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

As situações de negligência são menos visíveis, todavia também podem provocar danos físicos, sobretudo no que se refere às consequências das deficiências ao nível da higiene

e da alimentação, e ainda em consequência dos acidentes domésticos (Fariña e *cols.*, 2000 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

No que se refere à negligência psicológica, esta é definida como a falta de resposta persistente por parte dos pais ou responsáveis pela criança aos sinais emitidos por esta (choro ou sorriso), bem como às suas expressões emocionais e comportamentos de busca de proximidade e interacção, em que se verifica também uma ausência de iniciativa de contacto do adulto com a criança (Garbarino e *cols.*, 1986 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

O tipo de maus-tratos referido anteriormente, ou seja a negligência psicológica poderá ser um dos tipos que se aplica a H. Isto porque apesar de H. já não se expressar pelo choro, os pais, na forma mais visível da mãe, como encarregada de educação, não responde às solicitações do filho para comparência na escola, nem às solicitações da própria escola, o que pode ser entendido como uma falta de resposta persistente em relação aos sinais emitidos pela criança, assim como falta de resposta aos comportamentos de busca de proximidade e interacção, no contexto de envolvimento nas actividades escolares do aluno, como preconizado por Garbarino e *cols.*, (1986 *in* Formosinho & Araújo, 2002) para definição de negligência psicológica.

No que diz respeito ao abuso psicológico entendido como hostilidade verbal crónica em forma de insulto, desprezo, crítica ou ameaça de abandono, assim como todas as estratégias que impeçam a interacção da criança, desde o evitamento ao confinamento, por parte de qualquer membro do grupo família (Arruabarrena, 1999 *in* Formosinho & Araújo, 2002; De Paul, 1999 *in* Formosinho & Araújo, 2002). Este também poderá ser aplicado à criança em análise tendo em conta o desprezo pelas necessidades da criança, nomeadamente no que se refere ao envolvimento familiar nas actividades escolares.

No que se refere a outras formas de abuso psicológico, como seja o insulto, critica ou ameaça de abandono não há dados que existam outras formas desta tipologia de maus-tratos no caso da criança em análise.

Assim, de entre a tipologia de maus-tratos parecem ser os maus-tratos psicológicos que se aplicam ao caso de H., tanto na forma de negligência, como na forma de abuso.

Os maus-tratos psicológicos podem-se diferenciar em quatro áreas fundamentais: o funcionamento sócio-emocional, comportamental, cognitivo e cognitivo-social (Wolfe, 1987 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

No que diz respeito ao funcionamento sócio-emocional as consequências dos maus-tratos são sobretudo ao nível das relações de vinculação da criança e dos seus afectos.

Segundo a teoria da vinculação, as expectativas da criança sobre a disponibilidade e a resposta dos adultos ao seu comportamento é estabelecida na infância através da interacção estabelecida com as suas figuras de vinculação. Esta interacção influencia a construção de novas relações, medeia os processos de exploração e a resposta a novas exigências do meio (Crittenden & Ainsworth, 1989 *in* Formosinho & Araújo, 2002). Várias investigações apontam para que crianças maltratadas apresentem vinculação insegura em relação à mãe (cf. Carlson e cols., 1989 *in* Formosinho & Araújo, 2002; Crittenden, 1985 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

Como na apresentação do caso em análise, apesar da satisfação demonstrada pela criança quando esta confiava que a mãe iria comparecer na escola, quando a progenitora alterou a sua intenção inicial, a criança respondeu de forma descontente e insatisfeita, ainda que ao mesmo tempo tenha demonstrado acomodação à situação. Esta situação demonstra uma vinculação insegura por parte da criança em relação à mãe, que manifesta dúvidas na confiança que poderá depositar na progenitora.

Em relação ao anterior, Figueiredo (1998a *in* Formosinho & Araújo, 2002) acrescenta que as crianças mal tratadas desenvolvem modelos internos de interacção que reflectem o medo e insegurança na relação com os pais, pelo que projectam para a relação com os outros o conflito entre de aproximação – evitamento inicialmente vivido com os pais, circunstâncias que resultam em padrões desajustados de relacionamento interpessoal.

Como já referido, esta associação foi verificada no início da avaliação com a avaliadora em que apesar da criança comparecer às sessões, o que poderá ser considerado como uma necessidade de aproximação com o outro, demonstrava ao mesmo tempo comportamentos de evitamento, como eram as atitudes que eram entendidas de “gozo”. Também com os professores se verifica o conflito entre aproximação-evitamento, uma vez que quando chamado à atenção, o aluno apresentava uma atitude de aceitação e acatamento, enquanto que na sala de aula apresentava comportamentos de evitamento, tendo em conta que os mesmos o afastavam do decorrer normal de aula e de padrões normais de relacionamento interpessoal.

A nível comportamental, as crianças maltratadas tendem a apresentar padrões comportamentais mais negativos do que positivos (Salzinger e cols., 1993 *in* Formosinho & Araújo, 2002). Estes padrões são semelhantes aos dos pais: agressividade, isolamento social (Jacobson & Straker, 1982 *in* Formosinho & Araújo, 2002; Dean e cols., 1986 *in* Formosinho & Araújo, 2002; Cantón & Cortés, 1999 *in* Formosinho & Araújo, 2002) falta de

competências sociais, falta de empatia com os pares e em levar a cabo processos de ajuda aos pares (Cantón & Cortés, 1999 *in* Formosinho & Araújo, 2002; Basanta & Dopinto, 2000 *in* Formosinho & Araújo, 2002;), dificuldades na compreensão de situações sociais complexas (Barahal e cols., 1981 *in* Formosinho & Araújo, 2002), baixa auto-estima e depressão (Toth & Cicchetti, 1996 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

Estas crianças apresentam mais problemas de comportamento, ansiedade, hiperactividade, problemas de atenção (Salzinger e cols., 1984 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

Como referido no caso em análise, a criança demonstrava dificuldade em estabelecer relações adequadas com os colegas, respondia de forma negativa às críticas através de atitudes agressivas e apesar de referir ter um grupo de colegas fora da escola, no qual desenvolvia os comportamentos delinquentes, na escola não demonstrava uma relação de intimidade com os colegas, mas de afastamento e isolamento destes (Cantón & Cortés, 1999 *in* Formosinho & Araújo, 2002; Basanta & Dopinto, 2000 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

Também a forma de enfrentar as situações de avaliação e as dificuldades escolares demonstram baixa auto-estima da parte da criança (Toth & Cicchetti, 1996 *in* Formosinho & Araújo, 2002), com baixa confiança nas suas aptidões para enfrentar os problemas que lhe são colocados.

Na avaliação com WISC-III foram detectados défices atencionais (Salzinger e cols., 1984 *in* Formosinho & Araújo, 2002), ainda que decorrentes ao baixo nível de envolvimento do aluno nas tarefas apresentadas. Segundo Barnett & Cichetti, (1989 *in* Formosinho & Araújo, 2002) quando mais velhas forem as crianças maltratadas mais a sua auto-percepção de competência está diminuída em várias áreas, enquanto que as crianças mais novas demonstram uma percepção sobrevalorizada da sua competência.

Como referido nas queixas, o aluno perturbava as aulas com recorrência, o que manifesta problemas de comportamento (Salzinger e cols., 1984 *in* Formosinho & Araújo, 2002). De acordo com Crittenden e cols., (1994 *in* Formosinho & Araújo, 2002) as crianças maltratadas do sexo masculino, caso da criança em análise, desenvolvem comportamentos mais exteriorizados e desordens em termos comportamentais, enquanto que as crianças maltratadas do sexo feminino tendem a interiorizar mais o seu comportamento com tendência para a depressão.

Os problemas comportamentais podem adquirir a forma de perturbações (Salzinger e cols., 1984 *in* Formosinho & Araújo, 2002; Skuse & Bentovim, 1994 *in* Formosinho &

Araújo, 2002), com um risco acrescido de desenvolverem duas a três vezes mais perturbações de conduta (Skuse & Bentovim, 1994 *in* Formosinho & Araújo, 2002), o que poderá estar na origem de comportamentos anti-sociais (Basanta Dopinco, 2000 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

Este dado coincide com os dados recolhidos nas entrevistas, em que a criança confessa ter cometido comportamentos delinquentes. Nestes casos, o sigilo profissional e a conduta ética adquirem um valor acrescido para a relação terapêutica estabelecida com este tipo de criança, tendo em conta que muita da informação recolhida nas entrevistas poderia ser utilizada nos trâmites legais da delinquência (Hutz e cols., 2002).

Devido ao desvirtuamento moral que existe nas famílias das crianças maltratadas com recorrência à imposição e ao poder, estas apresentam níveis inferiores de raciocínio moral com maior probabilidade de desenvolver um pensamento egocêntrico, pouco recíproco, com distorções acentuadas de conceitos morais, como transgressão, justiça ou de solidariedade (Basanta Dopinco, 2000 *in* Formosinho & Araújo, 2002), o que se verificou para o caso em análise, em relação à congratulação com os seus actos delinquentes.

Como analisado anteriormente para além dos maus-tratos serem associados com psicopatologia, também a delinquência está associada à manifestação de maiores índices de psicopatologia do desenvolvimento, como por exemplo: baixa auto-estima, baixos níveis de inteligência, altos índices de depressão, estilo atribucional disfuncional, *locus* de controle externo, ausência de habilidades sociais e estratégias de resolução de problemas baseadas na agressividade. Estes factores podem ser factores de risco, mas quando sobredesenvolvidos, como por exemplo, elevada auto-estima, em vez de baixa auto-estima podem ser considerados factores de protecção em vez de factores de risco (Farrington, 1995 *in* Hutz e cols., 2002; Garbarino, 1999 *in* Hutz e cols., 2002; Loeber & Hay, 1997 *in* Hutz e cols., 2002).

Existem outros factores que estão associados aos maus-tratos e que de forma implícita poderão estar associados a este caso ainda que não devidamente comprovados e que são os conflitos parentais e a pobreza. De referir que o pai da criança em análise, vivia uma situação de poligamia com 2 mulheres diferentes, tendo filhos de ambas. Ainda que durante a entrevista a criança referisse a aceitação e acomodação à situação familiar, pelo menos da parte dos filhos, a mesma é naturalmente despontadora de conflitos pois o pai da criança não poderá cumprir com as necessidades económicas de ambas as famílias, o que origina situações de pobreza, assim como as suas responsabilidades enquanto pai e marido de duas famílias diferentes, com conflitos parentais.

Os conflitos conjugais estão associados a maus-tratos nas crianças, tendo em conta que estes tornam mais frágeis os laços parentais que são necessários para a educação e cuidado da criança (Baumrind, 1995 *in* Formosinho & Araújo, 2002). Este aspecto estará de forma particular presente neste caso, tendo em conta que o pai da criança teria que dividir as suas responsabilidades e laços parentais por duas famílias.

A nível macrossistemático, a pobreza também está relacionada com os maus-tratos. A conexão daquele factor com problemas sociais graves como condições graves de saúde precárias, ausência de segurança financeira, falta de condições habitacionais e de oportunidades a diversos níveis acentua a probabilidade de existência de maus-tratos (Elmer, 1985 *in* Formosinho & Araújo, 2002). Os aspectos referidos por este autor que poderão ser aplicados a este caso serão a insegurança financeira tendo em conta que os rendimentos do pai seriam divididos pelos dois agregados; a falta de condições habitacionais pois depois da avaliação foi atribuída uma casa no bairro social à família da criança, assim como a falta de oportunidades decorrente da pobreza e do próprio contexto sócio-cultural de inserção da família.

Para além da relação entre pobreza e maus-tratos existe também uma relação entre pobreza e comportamento delinvente (Farrington, 1995 *in* Hutz e cols., 2002; Assis, 1999 *in* Hutz e cols., 2002; Garbarino, 1999 *in* Hutz e cols., 2002; Likker, 1995 *in* Hutz e cols., 2002; Loeber & Hay, 1997 *in* Hutz e cols., 2002; Wandersman & Nation, 1998 *in* Hutz e cols., 2002), que também foi verificada neste caso.

Apesar da relação entre pobreza e delinquência, esta relação não é causal, a pobreza não se torna um factor de risco para comportamentos delinquentes de forma directa, mas sim pelos seus efeitos directos e indirectos na família e vizinhança da criança e jovem. As famílias pobres tem a sua atenção concentrada nas suas dificuldades e restrições pelo que resta menos energia e tempo para a família exercer as suas responsabilidades parentais, como seja cuidar, proteger, supervisionar, disciplinar e monitorizar os seus descendentes (Hutz e cols., 2002).

Pelton (1985 *in* Formosinho & Araújo, 2002) acrescenta que crianças que são abusadas ou negligenciadas estão fortemente associadas a factores de pobreza, ao nível da prevalência da gravidade das consequências. As famílias pobres são assim famílias vulneráveis, frágeis para desempenhar as suas funções básicas que são o provimento das necessidades básicas e a socialização dos seus filhos (Hutz e cols., 2002).

## 2.4. CONCLUSÃO

A exposição deste estudo de caso de avaliação de uma criança vítima de maus-tratos remete não só para a análise multifactorial desta problemática, em que a entrevista se estabelece como uma importante via de recolha de dados, mas também remete para a importância que os primeiros passos de interligação com este tipo de população adquirem. De forma particular para estas crianças e jovens, a avaliação inicial estabelece-se já como um meio de intervenção, isto porque na sua por vezes curta vida, poucos foram os momentos nos quais um outro ser humano se dispôs a escutá-los e se interessou pelo que têm a dizer, sem outro interesse que não o seu bem-estar (Hutz e cols., 2002). Além disso, a avaliação, como forma inicial de interacção com a criança ou jovem propicia à experimentação de uma relação interpessoal respeitosa e amistosa, o que é raro nas histórias de vida desta população em risco, em que as interacções são geralmente marcadas por interacções agressivas, exploratórias e não afectivas (Hutz e cols., 2002).

Para lá dos benefícios terapêuticos para a criança, também para o próprio técnico que trabalha com avaliação de populações em situação de risco, no caso o psicólogo, esta tarefa representa uma dupla oportunidade de crescimento pessoal e profissional (Hutz e cols., 2002). Segundo estes autores, esta actividade exige uma constante busca de referencial teórico e técnico, assim como uma actualização na área da psicologia sobre a investigação produzida a nível nacional e internacional.

Não só em termos técnicos o trabalho com crianças e jovens em risco constitui um desafio, mas também constitui um enriquecimento através de riquíssimas experiências, que impõem um constante questionamento sobre sua postura, seus valores e, principalmente, sobre o compromisso que ele tem diante da realidade social que se lhe apresenta (Hutz e cols., 2002).

## **II INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA**

### **1. ESTUDO DE CASO DE UMA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM UMA CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE TDAH (AVALIAÇÃO PÁGINA DE 7 A 26).**

#### **1.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A intervenção terapêutica no TDAH pode ser feita através de psicoterapia e psicofarmacologia. A nível da psicoterapia, os resultados dos tratamentos cognitivo-comportamentais têm-se mostrado promissores, quer sejam aplicados conjuntamente com medicação, quer sejam um substituto da mesma (Frances & Ross, 1999).

Como em todos os tratamentos, a intervenção terapêutica no TDAH pretende diminuir os sintomas, aumentar a funcionalidade, assim como melhorar o bem-estar da criança, assim como das pessoas que o rodeiam (Klassen e cols, 2004).

A intervenção psicoterapêutica inicia-se com a educação psicossocial dos pais sobre o transtorno e treino de estratégias que lhe permitam lidar com os filhos. O modelo de intervenção com os pais envolve a aprendizagem social e pretende ensinar os pais a lidar com o comportamento dos seus filhos com TDAH (Barkley, 1997 in Montiel-Nava e cols, 2002).

Também os professores recebem orientação sobre como devem organizar uma sala de aula, por exemplo: colocar o aluno longe da janela ou da porta, na primeira fila, se possível com pouco número de alunos, além de lhes ser explicado que tarefas curtas, com explicações para cada parte da actividade devem ser o tipo de tarefas utilizadas com estas crianças. Outras estratégias passam por recrutar mais vezes a atenção destes meninos, tornando-o por exemplo “ajudante da professora”, para entregar fichas, apagar o quadro, etc. (Argollo, 2003).

No caso da presença de dificuldades de aprendizagem, a presença de um psicopedagogo ou professor de apoio será o mais adequado (Argollo, 2003).

Ainda que possam ser consideradas isoladamente, a terapia comportamental aliada ao tratamento farmacológico é mais efectiva do que a terapia isolada (*The MTA Cooperative Group*, 1999 in Argollo, 2003). Todavia a terapia comportamental implementada num ambiente estruturado permite o uso de doses mais baixas de medicação (Abikoff & Gittelman, 1985 in Argollo, 2003).

As drogas psicoestimulantes são as mais escolhidas para o tratamento da TDAH, já que provocam uma melhoria imediata e radical do comportamento (*The MTA Cooperative Group, 1999 - 5 in Montiel-Nava, 2002; The MTA Cooperative Group, 1999 - 6 in Montiel-Nava, 2002; Greenhill, 1998 in Montiel-Nava, 2002; Gillberg, Melarder & Von Knorring, 1997 in Argollo, 2003*). Vários estudos randomizados e bem controlados têm demonstrado a eficácia do metilfenidato tanto para crianças, como adolescentes e adultos (*Gillberg & cols, 1997 in Argollo, 2003*). Todavia a medicação para pacientes com atraso mental, não apresenta resultados.

Com a medicação, e segundo estudos neuropsicológicos, há uma demonstração clara da melhoria das capacidades da atenção, impulsividade, aprendizagem, processamento de informação, memória a curto prazo e vigilância (*Greenhill, Halperin & Abikoff, 1998 in Argollo, 2003*).

A desvantagem que o metilfenidato apresenta é a curta duração de acção, pelo que são necessárias três a quatro doses diárias. Nos efeitos colaterais são nomeados a diminuição do apetite, insónia, irritabilidade, cefaleia e tonturas (*Elia, Ambrosini & Rapoport, 1999 in Argollo, 2003*). Frances e Ross (1999) alertam ainda para o risco de atraso no desenvolvimento, pelo que a prescrição deverá ser prudente.

No que diz respeito à psicoterapia, uma das mais utilizadas no TDAH assenta no modelo cognitivo-comportamental, nomeadamente no Treino Auto-Instrucional e de Auto-Controlo com base nas teorias de Meichenbaum. Este procedimento tem como principal objectivo implementar um estilo cognitivo reflexivo na criança, mediante a interiorização de instruções de várias etapas das tarefas a realizar, que permitem à criança um esquema de resolução de problemas, diminuir assim a desatenção e a dificuldade de planeamento e estruturação da actividade.

Para levar a cabo o treino de auto-instruções e de auto-controlo podem utilizar-se programas de intervenção que são especialmente úteis em crianças, e pretendem tornar o treino mais atractivo.

Os referidos programas baseiam-se nos estilos cognitivos dos sujeitos que fazem referência e explicam a forma como é processada a informação recebida. Assim, e de acordo com a tese de doutoramento de Gargallo (1996 in Gargallo, 1998) podem-se listar 20 estilos cognitivos diferentes, entre os quais o estilo Reflexividade/Impulsividade, que é o estilo cognitivo que mais impacto produz nas questões educativas e que reúne denominadores em comum com a TDAH.

O estilo Reflexividade/Impulsividade (R-I) baseia-se em dois pólos:

- A latência de uma resposta, que diz respeito ao tempo que antecede a emissão de uma resposta e que representa o período de tempo que o sujeito levou a analisar os dados, nas tarefas em que existe algum grau de incerteza e portanto a resposta não é óbvia, o que conduz ao binómio *longos versus breves*;

- A exactidão da resposta ou a qualidade do rendimento, que conduz ao binómio *acerto versus erros*.

Os sujeitos com padrões de comportamento que se caracterizam pela impulsividade, analisam os estímulos num menor período de tempo, são pouco atentos às tarefas desempenhadas, e utilizam estratégias de análise inadequadas, e por isso cometem mais erros que os sujeitos que são mais reflexivos, estão mais atentos e são mais cuidadosos na análise das tarefas, isto porque usam estratégias mais pertinentes, gastam menos tempo e também cometem menor número de erros (Gargallo, 1998).

Diversos estudos confirmam as implicações que este estilo tem na escola. Por isso, o R-I está relacionado em grande parte, com o rendimento académico (sujeitos reflexivos mostram melhor rendimento que os sujeitos impulsivos); com a atenção (os sujeitos reflexivos são mais atentos); com a capacidade de controlar e inibir os movimentos (por exemplo, nas tarefas de aprendizagem como escrita ou leitura, estes processos são fundamentais); com o autocontrolo (os sujeitos reflexivos possuem mais autocontrolo); com a linguagem interior como auto-reguladora do comportamento; com a capacidade de uso das suas competências metacognitivas (aprender a aprender, controlando os próprios processos de aprendizagem); está relacionado com a capacidade de resolução dos seus problemas, sejam eles de ordem académica ou quotidianos, e com outros aspectos de personalidade, da actividade intelectual e da aprendizagem (Gargallo, 1998).

Em todos os processos descritos, os sujeitos reflexivos superam os impulsivos. Por conseguinte, demonstra-se a dimensão altamente prática deste estilo cognitivo (Gargallo, 1998).

Tendo por base a literatura existente, constata-se que a reflexibilidade ajuda o sujeito na sua adaptação ao meio, com uma estreita relação com o sucesso escolar, ao contrário da impulsividade.

Segundo Gargallo (1998) muitos alunos demonstram baixos rendimentos escolares, porque o seu estilo cognitivo se baseia na impulsividade. As crianças não respondem a

questões que estão dentro das suas possibilidades, ou não o fazem de forma adequada, porque não são capazes de parar e pensar “O que é que eu tenho que fazer?”. Outras vezes, o que acontece é que não respondem à pergunta, porque entretanto já se esqueceram da primeira parte da mesma (memória de trabalho), ou então nem prestaram atenção ao que lhe foi perguntado (défice de atenção).

Perante estas situações o professor pode sugerir que se concentre mais nas tarefas, que estejam mais atentos e tenham mais cuidado naquilo que fazem, que reflectam mais e não se precipitem ou que não sejam impulsivos na resposta. Só que os erros continuam a ser cometidos (Gargallo, 1998).

Os programas propostos apresentam algumas sugestões para solucionar o problema em questão, pois como qualquer outra matéria escolar, a flexibilidade pode ser treinada, para melhorar não só os rendimentos dos alunos, como as suas classificações (Gargallo, 1998). Com isto, não quer dizer que as crianças se tornem mais inteligentes, mas que vão ser capazes de tirar melhor proveito das suas capacidades, melhorar não só aspectos relacionados com a escola, mas também aspectos relacionados com o seu comportamento e personalidade, como seja agressividade, o auto-controlo, etc. (Gargallo, 1998).

Os programas de intervenção existentes pretendem trabalhar duas variáveis do estilo R-I: o tempo ou a latência, para aumentar quando necessário a exactidão ou a precisão, de forma a conseguir melhorar o rendimento, através do ensino de estratégias cognitivas adequadas, para reduzir o número de erros. Para conseguir estes objectivos utilizam-se uma série de técnicas, exercícios e estratégias que estão fundamentadas de forma científica.

A *Demora Forçada* consiste em impor um limite de tempo antes do sujeito dar a tarefa por concluída. Para conseguir aplicar esta técnica utiliza-se a mediação verbal utilizando instruções verbais claras e a modelagem participativa, em que o monitor modela o comportamento a desenvolver pelo aluno.

Ensinam-se também estratégias cognitivas adequadas à procura e análise de detalhes denominadas por *Scanning*, como por exemplo seguir todos os elementos de uma sequência com o dedo indicador, para que nenhum elemento não seja analisado. Com este tipo de técnicas para além de se pretender que a criança demore mais tempo na realização das suas tarefas, pretende-se que obtenha um melhor rendimento neste tempo de latência. Assim deve-se ensinar a criança a analisar de forma detalhada os pormenores, através de estratégias claras e pertinentes. Ainda que existam diversas estratégias, Egeland (1974 *in* Gargallo, 1998) sugere o seguinte procedimento:

- observar o modelo em todas as suas variáveis ou cópias;
- dividir o modelo nas partes que o constituem;
- seleccionar cada uma das partes e compará-las, em todas as suas variações, de forma a procurar semelhanças e diferenças entre elas, comparando-as com o modelo;
- determinar no modelo, qual a parte correcta;
- eliminar de forma sucessiva as alternativas que são diferentes do modelo, em cada parte;
- continuar a eliminação até que só reste a parte correcta.

De forma complementar ao procedimento anterior, o monitor pode, ainda que numa fase inicial, analisar todos os pormenores do exercício de emparelhamento e fornecer as instruções de todos os passos a dar, de forma explícita (*auto-instruções*), assim como pode marcar ou fazer sinais onde mais convier para que o sujeito se oriente na tarefa. Os procedimentos anteriores vão sendo extintos, o que se pretenda que também aconteça com a criança. Verificou-se que as crianças que conseguiam obter melhores resultados, eram aquelas que assimilavam os componentes ocultos da resposta reflexiva (Debus, 1976 *in* Gargallo, 1998).

As *auto-instruções* consistem no ensino de estratégias de *auto-controlo verbal* por intermédio de *auto-verbalizações*: têm por base a importância da linguagem como mediadora do comportamento, naquilo que Luria (1956, 1961 *in* Gargallo, 1998) designava *função directiva da fala*. No fundo, trata-se de ensinar as crianças a usar *auto-verbalizações* como reguladores do comportamento e de instrumento que lhes permite realizar o *auto-controlo* do seu comportamento.

A base teórica assim como a eficácia da referida estratégia encontra-se explícita em diversos trabalhos: Bornas e cols (1990 *in* Gargallo, 1998); Cow e Ward (1980 *in* Gargallo, 1998); Luria (1959, 1961 *in* Gargallo, 1998); Meichenbaum (1981 *in* Gargallo, 1998); Meichenbaum e Goodman (1969, 1971 *in* Gargallo, 1998) e Vigotsky (1962 *in* Gargallo, 1998).

O procedimento proposto por Meichenbaum e pelos seus colaboradores (1969, 1971 e 1981 *in* Gargallo, 1998) é o mais conhecido e envolve os seguintes passos:

- o adulto realiza a tarefa ao mesmo tempo que vai falando para si próprio em voz alta (*modelo cognitivo*);
- a criança realiza a mesma tarefa sob orientação das instruções do modelo (*instrução externa e manifesta*);

- a criança realiza a tarefa ao mesmo tempo que dá a instrução a si mesma em voz alta (*auto-instrução manifesta*);
- a criança realiza o mesmo procedimento que o anterior, mas sussurra para si própria as instruções (*auto-instrução manifesta atenuada*);
- por fim, o procedimento é o mesmo dos dois passos anteriores, mas desta vez é a criança que se auto-instruciona de um modo silencioso (*auto-instrução escondida*).

Paralelamente ao procedimento anterior, ensina-se às crianças um procedimento de resolução de problemas:

- em primeiro lugar, a criança tem de identificar qual o problema que se lhe coloca, de forma a tomar consciência da tarefa a desempenhar (“O que é que eu tenho que fazer?”);
- a atenção da criança deve ser focalizada na resposta que se vai dar à pergunta anterior, assim como deve haver a orientação da resposta a dar ao problema/tarefa em causa (“Bem, pára agora e repete as instruções”);
- no terceiro passo deve-se ensinar a criança a avaliar e a reforçar o seu desempenho (“Bom, estou a fazer bem”);
- não se desconcentrar da tarefa e da avaliação dos erros, caso estes existam (“Está bem feito e, se me enganar, não há problema pois poderei rever o que fiz”).

Além da *Mediação Verbal* desenvolvida sob a forma de *Auto-Instruções*, utiliza-se a *Modelagem Participativa e Reforços Positivos*.

Existem vários trabalhos que analisam a eficácia que a *Modelagem Participativa* tem no aumento da reflexividade, com diminuição do número de erros cometidos (Briggs, 1968 *in* Gargallo, 1998; Briggs & Weinberg, 1973 *in* Gargallo, 1998; Erickson, Wynw & Routh, 1973 *in* Gargallo, 1998; Heider, 1971 *in* Gargallo, 1998; Finch, 1979 *in* Gargallo, 1998; Hallahan & Mckinney, 1982 *in* Gargallo, 1998; Peters & Rath, 1983 *in* Gargallo, 1998; Yap & Peters, 1985 *in* Gargallo, 1998).

Na *Modelagem*, o monitor exemplifica como se realizam os exercícios, o que é utilizado no procedimento inicial das *auto-instruções*. Desta forma, os alunos aprendem a reflectir e a corrigir os erros, ao mesmo tempo que verbalizam as estratégias que conduzem à solução.

O *Reforço Positivo* que é realizado de forma concomitante ao comportamento desejado mostrou-se eficaz para aumentar o tempo de latência da resposta e também para

diminuir o número de erros cometidos, ainda que em menor proporção do que as estratégias de *auto-instruções* ou de *modelagem* (Briggs, 1968 *in* Gargallo, 1998; Brigs & Weinberg, 1973 *in* Gargallo, 1998; Errickson, Wynw & Routh, 1973 *in* Gargallo, 1998; Heider, 1971 *in* Gargallo, 1998; Finch, 1979 *in* Gargallo, 1998; Loper, Hallahan & Mckinney, 1982 *in* Gargallo, 1998; Peters & Rath, 1983 *in* Gargallo, 1998; Yap & Peters, 1985 *in* Gargallo, 1998).

Para utilizar o *reforço* de forma concomitante ao desempenho dos alunos, deve-se utilizar em cada exercício o *reforço social* traduzido sob a forma de aprovação, encorajamento, reconhecimento e crítica construtiva, para estimular os que se enganam a melhorar. Assim é fundamental um sistema de *reforços*, sob a forma material ou social, de modo a incentivar as crianças.

As investigações de Gargallo (1998) demonstram que o seu procedimento que reúne as estratégias de *demorada forçada*, *scanning*, *auto-instruções*, *modelagem participativa* e *reforço positivo*, produz resultados duradouros e a possibilidade de generalização das estratégias de reflexividade, mesmo depois de oito meses do treino cumprido.

## 1.2. INTERVENÇÃO REALIZADA

A intervenção foi realizada ao longo de quase um ano de Fevereiro de 2004 a Janeiro de 2005, no total de 40 horas/sessões.

Tal como referido na literatura, a intervenção iniciou-se com a psicoeducação com os pais, na figura da mãe sobre as características da TDAH e as características idiossincráticas daquela perturbação no seu filho. Esta intervenção teve como principal objectivo, eliminar os comentários depreciativos emitidos pela mãe nas primeiras sessões de avaliação, subsequentes à percepção negativa do filho, quando comparada com o irmão gémeo.

Desde o início da avaliação em que os comentários depreciativos da mãe em relação ao filho foram detectados, e ocorreu uma intervenção concomitante para eliminação dos mesmos, estes foram de forma progressiva extintos, pelo menos naquilo que foi possível avaliar, nomeadamente na interacção entre a criança e a mãe, e no discurso da mãe sobre a criança. Para além dos comentários depreciativos, ao longo das sessões, a mãe da criança 1 demonstrou uma alteração na percepção negativa da criança, com aumento do *insight* sobre a problemática do filho e o desenvolvimento de uma atitude mais positiva e facilitadora do desenvolvimento normativo da criança.

Tendo em conta que a irmã era sujeita a comportamentos de agressividade por parte do irmão, ainda que de forma pontual, esta também foi incluída na intervenção, no sentido de proporcionar uma maior compreensão das características da *TDAH* e adquirir estratégias de actuação para controlo daquele tipo de comportamentos, principalmente na vertente de agressividade.

O *insight* sobre as características da *TDAH* por parte da irmã da criança, obrigou-a a uma reflexão sobre as suas próprias interacções com a criança, que passaram de um estilo autoritário para um mais permissivo e compreensivo para com o padrão comportamental do irmão. A interacção entre a irmã e a criança tornou-se mais eficaz no que diz respeito ao cumprimento da criança às ordens da irmã, com diminuição das reacções agressivas por parte da criança.

A intervenção com o pai da criança não foi possível de estabelecer. O pai demonstrou-se através da mãe, sempre indisponível para participar nas sessões. Devido aos baixos recursos sócio-económicos familiares durante a intervenção com a criança, segundo a mãe e a criança, o pai encontrava-se frequentemente imigrado ou ocupado profissionalmente. Devido ao problema alcoólico apresentado, o pai também esteve ausente durante o período em que foi sujeito a uma desintoxicação alcoólica, por indicação da médica da família.

Apesar de ter sido proposto no plano de processo terapêutico intervir na alegada problemática alcoólica do pai no sentido de melhorar a dinâmica familiar, este foi sujeito a um tratamento de desintoxicação pela indicação da médica de família. Segundo a mãe da criança, esta problemática não prejudicava os filhos, já que a dependência não originava comportamentos inadequados nem para a mãe, nem para os filhos, que se deitavam cedo e pouco conviviam com o pai.

A criança apresentava uma visão positiva do pai, entendido até como figura preferencial em situações de conflitualidade, pela atitude de protecção e defesa da criança por parte do progenitor.

Ainda que tenha sido entregue um relatório clínico com o diagnóstico da criança ao respectivo médico de família não foi prescrita qualquer terapia farmacológica, nem o mesmo considerou a possibilidade de outro encaminhamento clínico.

Em relação ao *Sistema Escola*, como referido na avaliação, o comportamento do aluno era diluído no comportamento geral da turma, pelo que o mesmo não era percebido pela professora titular, professor de ensino especial e auxiliares de acção educativa como mais ou menos patológico que o padrão de comportamento do grupo turma. Este era considerado de

forma geral “infantil e imaturo”, com consequências ao nível da interiorização e do cumprimento das regras da sala de aula, assim como ao nível da aquisição e retenção de aprendizagens.

A percepção dos membros da comunidade educativa do padrão comportamental da turma limitou uma intervenção mais específica no contexto escola, em que o quadro nosológico da criança ficou diluído no comportamento geral da turma. Esta limitação incluiu mesmo a intervenção especializada do professor de ensino especial, já que o grupo de alunos beneficiários daquele tipo de apoio manifestava, segundo os professores, problemas de controlo de comportamento e dificuldades de aprendizagem. As dificuldades eram consideradas normativas para a faixa etária destas crianças, ainda que numa avaliação individual de cada criança não foi detectada sintomatologia de quadro nosológicos clínicos como no caso da criança em análise (posteriormente à avaliação de P. foram avaliadas mais 3 crianças daquele grupo turma, em que não foram detectadas quaisquer perturbações ou quadros nosológicos, pelo que o padrão de comportamentos identificados pelos professores poderão resultar mais da percepção do padrão comportamental do grupo do que do comportamento individual de cada criança).

Apesar destas limitações foi realizada psicoeducação sobre a *TDAH* e das suas características no caso desta criança, com os professores e auxiliares da acção educativa. Foram ainda discutidas estratégias de organização e gestão da sala de aula e do recreio, como forma de melhor controlar o comportamento de P., mas de maneira geral para o grupo turma.

Em relação ao ATL, como detectado na avaliação, a percepção das funcionárias, monitoras e responsáveis daquela instituição era muito aproximada da realidade da criança, assim como eram as estratégias utilizadas para o controlo do seu comportamento. Foi realizada psicoeducação sobre a *TDAH* e mantida uma estreita colaboração com as monitoras do ATL, no sentido da definição de estratégias para diminuição da sintomatologia da *TDAH*, principalmente nos momentos das refeições e realização dos trabalhos de casa, assim como na tentativa de resolução de outras situações problema.

A principal dificuldade da criança para a mudança terapêutica prendeu-se com a limitação daquela se abstrair e ignorar os estímulos distractivos, apesar da familiaridade da criança com as salas onde foram realizadas as sessões, que eram as salas do ATL, que a criança frequentava diariamente.

No que diz respeito às *auto-instruções* (Meichenbaum e cols, 1969, 1971 e 1981 in Gargallo, 1998), a criança demonstrou facilidade em interiorizar os diferentes passos

necessários para a resolução de problemas propostos pelo programa de intervenção de Gargallo (1998) e outros problemas de carácter pedagógico. A forma encoberta das *auto-instruções* foi no entanto adiada, pois ainda que a criança manifestasse verbalmente a interiorização das várias etapas daquele regulador verbal, a realização encoberta não permitia controlar o cumprimento ou não das várias fases da estratégia, ainda que os comportamentos visíveis da criança pudessem manifestar o cumprimento da mesma.

Apesar da interiorização das *auto-instruções*, no início da intervenção a criança continuou a manifestar impulsividade na abordagem da tarefa, déficits de atenção e concentração, assim como limitações na inibição no controlo comportamental. A este nível foram muito importantes as estratégias de *demorada forçada* e *scanning*, que “obrigavam” a criança a uma análise mais reflexiva, atenta e cuidadosa da tarefa, com melhorias ao nível do controlo da impulsividade e inibição no controlo do comportamento, assim como ocorreram melhorias na eficácia e sucesso da realização das tarefas e problemas apresentados.

Para aplicação do procedimento de Gargallo (1998) foram utilizados vários programas de intervenção, todos com o mesmo objectivo de diminuir os sintomas de *TDAH*, através do aumento do *Estilo Reflectivo* na abordagem das tarefas por oposição ao *Estilo Impulsivo* (Gargallo, 1996 in Gargallo, 1998). Os programas utilizados foram o *Programa de Intervenção Educativa para Aumentar a Atenção e Reflexibilidade* (Gargallo, 1998) e o *Programa Boa Esperança, Boas Práticas – Materiais para melhorar as Capacidades de Memória e Atenção (Equipa de Apoio Psicopedagógico e Dificuldades de Aprendizagem da Escola E.B. 2 de Figueiró dos Vinhos, 1999)*. Para além dos programas referidos, e tendo em conta as dificuldades de aprendizagem da criança, assim como a sua curiosidade por novas aprendizagens escolares, e não só, foram utilizados vários materiais informais quer para a interiorização dos esquemas léxico-semânticos, iniciação da leitura, assim como para a interiorização dos algarismos e iniciação ao cálculo matemático.

Uma das principais dificuldades e limitações de aplicação dos referidos programas de intervenção e dos materiais informais de intervenção consistiu na desmotivação que a criança muitas vezes apresentava perante os materiais constituídos na maioria por lápis e papel.

Ainda que a criança já beneficiasse de apoio educativo em pequeno grupo, foi sugerido que o aluno integrasse as *Necessidades Educativas Especiais de Carácter Prolongado* ao abrigo do *decreto-lei 319/91*, com um *Currículo Escolar Próprio*, para que pudesse ser beneficiado de *Adaptações Curriculares* e *Apoio Educativo Individual*, e assim facilitar a aquisição das aprendizagens escolares específicas.

Ao longo das sessões, a criança demonstrou uma cada vez maior interiorização e aplicação do procedimento sugerido por Gargallo (1998), com melhorias significativas na sintomatologia de *TDAH*, nomeadamente ao nível da atenção e concentração, controlo da impulsividade e comportamento, assim como aquisição de estratégias de resolução de problemas. Estas alterações ao nível do *estilo cognitivo* da criança foram acompanhadas por evoluções ao nível da interiorização dos esquemas léxico-semânticos, consciência fonológica, leitura, escrita, cálculo numérico.

Ainda que a professora titular tenha referido uma melhoria no controle dos sintomas do *TDAH* e ao nível da aquisição das aprendizagens, essa melhoria não foi suficiente para a criança transitar para o 3º ano de escolaridade. De recordar que a criança frequentava o 2º ano de escolaridade, mas as aquisições eram realizadas ao nível do 1º ano, pelo que ainda que os objectivos escolares não tenham alcançado os do 2º ano, estes correspondem a uma evolução já que no início da intervenção, o nível de aprendizagens da criança encontrava-se ao nível do 1º ano.

### 1.3. DISCUSSÃO DO CASO

Durante a intervenção verificou-se que algumas das dificuldades da criança em controlar o seu comportamento e impulsividade, o que originava déficits de atenção e concentração, ainda com interiorização das auto-verbalizações, prendiam-se muitas vezes com rapidez/impulsividade que a criança demonstrava em querer cumprir a tarefa, confundindo rapidez com eficácia. Esta confusão parece muitas vezes desenvolvida no *Sistema Escola e Atl*, em que como forma de incentivo para a finalização dos trabalhos de casa, se apela às crianças para serem rápidas. Como referido no enquadramento teórico um dos aspectos a gerir nos programas de intervenção é o tempo, enquanto variável mediadora da reflexividade (Gargallo, 1998).

Apesar da professora ter considerado o padrão comportamental da criança normal, houve oportunidade de avaliar três crianças daquela turma, para as quais não foram detectados padrões disruptivos comportamentais como o foram para a criança em análise.

Ainda que a criança tenha melhorado o seu comportamento, ainda continuou a registar dificuldades de aprendizagem que justificaram a retenção no 2º ano de escolaridade. Como já referido na discussão da avaliação deste caso, as crianças que como a estudada apresentam QI abaixo da média e *TDAH*, apresentam pior prognóstico para o seu rendimento escolar, pois o QI estabelece-se como preditor do rendimento académico, o que é prejudicado quando

associado com o TDAH (Weiss e cols, 1971 in Pereira e cols, 2005). Além disso, segundo Montiel-Nava e Peña (2001 in Montiel-Nava, 2002) os problemas de aprendizagem podem ser interpretados como problemas de falta de atenção por parte dos professores.

Ainda assim, aquando o início da avaliação no mês de Março, a criança frequentava o 2º ano de escolaridade, mas as aquisições eram realizadas ao nível do 1º ano, pelo que ainda que os objectivos escolares não tenham alcançado os do 2º ano, estes correspondem a uma evolução já que no início da intervenção, o nível de aprendizagens da criança encontrava-se ao nível do 1º ano. Esta evolução parece estar associada à melhoria no controle dos sintomas de TDAH com melhorias ao nível da aprendizagem escolar.

Ao nível da intervenção com os pais, como exposto neste caso, vários autores (*The MTA Cooperative Group, 1999 - 5 in Montiel-Nava e cols, 2002; The MTA Cooperative Group, 1999 - 6 in Montiel-Nava e cols, 2002; Miranda-Casas e cols, 2000 in Montiel-Nava e cols, 2002*) suportam que a intervenção com os pais têm demonstrado a sua eficácia em ajudar as famílias a gerir o problema da criança com TDAH e a produzir alterações para otimizar o funcionamento familiar. Webster-Stratton e cols, (1994 in Montiel-Nava e cols, 2002), referem mesmo que essas alterações podem ser quantificadas num intervalo de 20 a 60%.

Todavia Montiel-Nava e cols., (2002) apesar de assumirem a existência de melhorias no comportamento de crianças com TDAH quando houve intervenção com os pais, para aqueles autores, as alterações detectadas não foram consideradas significativas. Pelham e cols, (1998 in Montiel-Nava e cols, 2002) justificam a afirmação anterior referindo que apesar da intervenção com os pais poder ajudar a diminuir as condutas problemáticas das crianças, é possível que a mesma não seja suficiente para normalizar o comportamento da criança com TDAH.

Segundo Webster-Stratton e cols, (1994 in Montiel-Nava e cols, 2002) apesar dos pais verificarem algumas melhorias no comportamento da criança, estas podem não ser extensíveis a outros contextos, inclusivamente à escola. Os referidos autores afirmam mesmo que as melhorias podem ser avaliadas pelos pais e não pelos professores. Este factor também foi registado no caso em discussão que como já referido, ainda que a professora tenha referido algumas melhorias comportamentais do aluno, estas não foram suficientes para produzir aquisições escolares suficientes que permitissem a transição escolar para o 3º ano.

Apesar das limitações referidas, os resultados obtidos com a intervenção com os pais para gestão do comportamento dos filhos com TDAH, demonstram a necessidade do aumento significativo das estratégias adequadas para manuseamento daquele comportamento.

Para que uma intervenção com os pais destas crianças seja eficaz, é essencial que ocorra um aumento de aprendizagens de estratégias adequadas, assim como reestruturar de forma geral a forma como estes pais tratam os seus filhos (Barkley, 2000 *in* Montiel-Nava e cols, 2002; Forehand & McMahon, 1981 *in* Montiel-Nava e cols, 2002). Este aspecto foi de particular importância neste caso, em que a intervenção realizada desde a avaliação para eliminação dos comentários negativos e depreciativos sobre a criança, com alteração progressiva da percepção negativa que a família tinha da criança, proporcionou uma mudança muito significativa e importante para toda a intervenção.

Tendo em conta o papel de manutenção no comportamento disruptivo da criança, é fundamental que a intervenção com os pais se estabeleça o mais precocemente possível (Johnston e Jassy, 2007).

#### 1.4. CONCLUSÃO

O TDAH tem um impacto significativo na qualidade de vida das crianças e da sua família ou daqueles que se relacionam com a criança (Klassen e cols, 2004; Martin, 2005 *in* Cardo & Severa, 2008). É importante ter uma intervenção interdisciplinar que envolva vários sistemas para que a mudança psicoterapêutica possa obter alguns resultados significativos, nomeadamente que envolva o *Sistema Família – Pais* (*The MTA Cooperative Group*, 1999 - 5 *in* Montiel-Nava e cols, 2002; *The MTA Cooperative Group*, 1999 - 6 *in* Montiel-Nava e cols, 2002; Miranda-Casas e cols, 2000 *in* Montiel-Nava e cols, 2002).

Existem algumas limitações na intervenção terapêutica com a TDAH que emergem das próprias características do referido quadro, nomeadamente a dificuldade de manter a criança atenta e motivada ao longo das sessões, devido às restrições do tipo de material a usar. Mas muitas vezes, como aparece neste caso as maiores limitações na intervenção dizem respeito às diferentes concepções que os sistemas que interagem com a criança, apresentam sobre a própria sintomatologia, o que limita a intervenção e a qualidade da mesma nos diferentes sistemas, pondo em causa toda a intervenção a um nível geral e global da sintomatologia.

## **2. ESTUDO DE CASO: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM UMA CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS-TRATOS (VER AVALIAÇÃO DA PÁGINA 26 A 39).**

### **2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

As consequências da violência doméstica podem ser profundas e prolongadas, principalmente no caso de crianças e adolescentes, que aprendem com cada situação que vivem. A sua estrutura psicológica é condicionada pela vivência social, e o primeiro grupo social da criança e do adolescente é a família (Rosas & Cionek, 2006).

Todavia a intervenção na violência doméstica, principalmente quando esta atinge crianças e adolescentes é um campo de difícil acesso. O meio familiar ainda é considerado um espaço privilegiado para o desenvolvimento físico, mental e psicológico dos seus membros, considerado desta forma um lugar “sagrado”, aparentemente desprovido de conflitos (Rosas & Cionek, 2006).

Para chegar às raízes do problema da violência doméstica é necessário modificar esse mito de família, enquanto instituição intocável, para que os actos violentos ocorridos no contexto familiar não permaneçam no silêncio, mas sejam denunciados às autoridades competentes a fim de que se possam tomar providências.

A importância da intervenção psicológica em crianças vítimas de maus-tratos, nomeadamente maus-tratos psicológicos, prende-se com o facto dos seus efeitos serem prolongados e muitas vezes irreversíveis. Garbarino & Vondra, (1987 *in* Formosinho & Araújo, 2002) referem que os maus-tratos psicológicos são a tipologia menos visível, mas cujos efeitos são mais duradouros.

A longo prazo, um dos efeitos mais estudados ao nível dos maus-tratos é a sua associação com comportamentos agressivos na adolescência e em adulto (Cantón & Cortés, 1999 *in* Formosinho & Araújo, 2002), o que poderá estar na origem de comportamentos anti-sociais (Basanta Dopinco, 2000 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

Existem estudos empíricos que revelam associações entre maus-tratos e a maior prevalência de psicopatologia na fase adulta (ex.: Chull & Dill, 1990 *in* Formosinho & Araújo, 2002), comportamento auto-mutilante e suicida, consumo de drogas (ex.: Malinosky-Rummel & Hansen, 1993 *in* Formosinho & Araújo, 2002), menor capacidade intelectual e rendimento académico inferior na adolescência (Hansen e cols., 1990 *in* Formosinho & Araújo, 2002) e na idade adulta (Pérez & Widom, 1994 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

Além disso uma criança maltratada na infância tende a ser um pai/mãe maltratante (Figueiredo, 1998b in Formosinho & Araújo, 2002). Esta relação é mediada por algumas variáveis nomeadamente o tipo de maltrato que foi exercido, as relações sociais da vítima, aspectos emocionais e cognitivos desta, assim como os efeitos stressantes a que a vítima está sujeita na actualidade (Egeland, 1988 in Formosinho & Araújo, 2002). Por exemplo, se uma mãe que foi em criança maltratada tiver a possibilidade de estabelecer uma relação positiva com uma pessoa significativa existe maior probabilidade de se quebrar o ciclo geracional de maus-tratos do que as mães que não tiveram tal oportunidade (Egeland e cols., 1988 in Formosinho & Araújo, 2002).

As experiências de vida dos pais podem influenciar a forma como interagem com os filhos. A existência de maus-tratos nas famílias de origem, perpetuados pelos próprios pais remete para a noção de transmissão intergeracional de atitudes /comportamentos negligentes perante os filhos.

É assim fulcral intervir com este tipo de crianças no sentido de reverter ou pelo menos minimizar alguns dos efeitos dos maus-tratos, ao nível desenvolvimental e educacional (Oliveira-Formosinho & Araújo, 2002).

## 2.2. INTERVENÇÃO REALIZADA

A intervenção abrangeu 8 sessões directas com o aluno, pelo que aquando o abandono escolar, o aluno continuou a ser acompanhado, ainda que não directamente, durante dois anos.

Em termos emocionais pretendeu-se a um primeiro nível, aumentar a auto-estima da criança, assim como a auto confiança nas suas capacidades, para que a criança construa uma imagem mais positiva de si e esta mudança lhe permita uma abertura e confiança nas relações a estabelecer com os outros, com novos modelos comportamentais de relacionamento interpessoal, assim como desenvolver a confiança nas suas aptidões cognitivas para as aprendizagens escolares.

Como referido na avaliação da criança, a intervenção iniciou-se logo nas primeiras sessões com a possibilidade da criança ser aceite e ouvida, sem juízos sobre os seus comportamentos ou qualquer outro aspecto idiossincrático.

Tendo em conta a ausência de pré-requisitos ao nível escolar, não só na falta de treino das aptidões necessárias para a aprendizagem, como deficit de conteúdos e mecanismos escolares essenciais para acompanhamento e progressão num currículo escolar normal, resultante do ciclo continuado de negligência dos pais em relação às necessidades básicas de

acompanhamento escolar do filho, como era o caso da manutenção do material mínimo, como lápis e borracha, como foi referido na avaliação, houve necessidade de adequação do projecto de vida da criança, no que diz respeito ao tipo de percurso escolar.

Acresce aos factores anteriores, a natural desmotivação, desinteresse e desfasamento de interesses do aluno pelos conteúdos escolares como apresentados no currículo escolar normal, de cariz mais teórico e com exigência de esforço mental continuado. Tendo em conta a idade do aluno, desfasada da idade dos colegas de turma, com dois anos de diferença e com interesses diferenciados, a criança demonstrou relutância pelas actividades escolares com necessidade de manutenção de esforço mental continuado, preferindo actividades mais práticas que permitam uma mais fácil interiorização através do processo saber-fazer, ao invés do processo saber-saber.

Assim estabeleceu-se que um currículo escolar com uma vertente mais prática despertará maior interesse e motivação para a criança, assim como facilitará a aquisição dos conteúdos leccionados. Este seria um objectivo a médio-longo prazo, já que para o aluno frequentar um *Curso Educação e Formação* (CEF), nível II, o disponível na sua escola de origem e na sua localidade, e por isso mais adequado aos seus recursos económicos teria que concluir o 6º ano de escolaridade, encontrando-se ainda a frequentar o 5º ano.

Para atingir o objectivo de conclusão do 5º e 6º anos, houve necessidade de desenvolver auto-confiança da criança nas suas aptidões escolares, o que passou pela aquisição de *Métodos e Hábitos de Estudo* que lhe permitissem desenvolver estratégias no sentido do sucesso, assim como aquisição de padrões comportamentais com os professores e colegas mais positivos, de forma a diminuir o conflito entre aproximação e evitamento e os comportamentos agressivos para com os colegas através de *Treino de Habilidades Sociais*.

Sempre houve um envolvimento de toda a comunidade educativa na intervenção, no sentido de tolerância para com o aluno na redefinição de novos modelos comportamentais, até porque as características da família da criança em questão eram conhecidas por todos de forma geral. Mesmo a atitude dos professores, incluindo o pedido de intervenção da parte do director de turma consistia mais num pedido de ajuda, do que uma queixa dos comportamentos inadequados da criança, percepcionando a criança como uma vítima da sua família.

Tido como um dos enfoques fundamentais de intervenção foi a relação entre a criança e a sua família, de forma particular a relação mãe-filho, já que a relação com o pai era definida como quase ausente. Apesar das várias e diferentes solicitações para participação nas

sessões, estas nunca foram correspondidas por parte da mãe, assim como da parte do pai, não levantando também qualquer tipo de objecção para que o aluno fosse avaliado e intervencionado psicologicamente.

O aspecto de não colaboração dos pais no processo de intervenção representou um aspecto fulcral para o sucesso da mesma. Apesar da comunidade educativa e do aluno se apresentarem colaboradores com os objectivos da intervenção, o facto de a mãe negar continuamente, pela não participação nas sessões para as quais foi convocada, a sua participação e colaboração no processo de intervenção, condicionou a mesma.

Alguns objectivos terapêuticos com o aluno foram alcançados no fim de oito sessões de intervenção, nomeadamente maior motivação e interesse pelas actividades escolares, assim como estilos de interacção comportamentais mais adequados com os colegas e professores, pautados por menor número de comportamentos agressivos e comportamentos característicos do conflito entre aproximação e evitamento. Todavia o não reforço das estratégias de intervenção por parte da família, manifestou-se no aumento dos níveis de absentismo do aluno, com menor período de tempo passado na escola, o que condicionou directamente a intervenção já que o *setting* das sessões se situava na escola.

Perante os níveis de absentismo, registados de forma pontual aquando a avaliação, mas com agravamento ao longo da intervenção, houve necessidade de sinalizar o aluno para a *Comissão de Protecção de Jovens e Crianças em Risco* da Covilhã, o que foi feito pela Directora de Turma. Apesar das solicitações para intervenção da comissão junto à família da criança, não houve qualquer resposta, pelo que ainda que ao longo do ano, o aluno tenha frequentado as aulas, a sua assiduidade ficou comprometida ao longo do ano, principalmente no 2º período, com abandono escolar no 3º período.

O aluno por vezes rondava a escola, apesar de não as aulas. Das informações recolhidas, quando possível junto à criança, esta permanecia em casa, dormindo até tarde e sem ocupação durante o dia. Esta situação era tolerada pela mãe, que quando confrontada com a situação, aquando a matrícula do filho mais novo na escola, se revelou inoperante para motivar o aluno para as aulas, assim como se não demonstrou interesse em participar em sessões de intervenção psicológica que permitissem desenvolver estratégias de interacção mais adequada com o filho, assim como de motivação para as tarefas escolares.

Em relação aos comportamentos delinquentes não houve conhecimento, através dos elementos da comunidade educativa e da escola segura, de nenhuns outros actos delinquentes da parte da criança.

Perante o abandono escolar já registado ao longo do terceiro período, o aluno foi proposto para uma turma de *Percursos Curriculares Alternativos - PCA*. Esta turma pretende combater o insucesso e abandono escolar já que possibilita aos alunos que a frequentam de beneficiar de um currículo adaptado às suas dificuldades e aptidões, com um cariz mais prático e menos teórico, com paralelismo em termos de equivalência escolar.

Tanto a mãe, como a criança foram convocadas para uma sessão de esclarecimento sobre o funcionamento do referido tipo de turmas, à qual só a mãe compareceu. Apesar das várias explicações dos aspectos legais, mas sobretudo dos aspectos motivacionais que a frequência deste tipo de turma teria para o aluno e para a sua escolarização, de forma a poder posteriormente optar por um CEF, a mãe não autorizou o seu filho a frequentar a dita turma, por considerar que este seria muito novo. De referir que a criança entretanto fez 13 anos, e que estas turmas e tipo de currículos estão vocacionados para crianças até aos 15 anos de idade.

A posição da mãe perante a proposta de frequência da criança do referido percurso, condicionou mais uma vez a inclusão e integração escolar do aluno num currículo que lhe seria à partida mais fácil e potenciador de sucesso, não só em termos de aprendizagem, mas também em termos relacionais. Como referido já no terceiro período, a criança demonstrou índices de absentismo elevados, chegando mesmo a abandonar a escola.

### 2.3.DISSCUSSÃO DO CASO

Como analisado, a intervenção com crianças e jovens em risco pretende minimizar os efeitos dos maus-tratos ao nível desenvolvimental e educacional. Dentro de uma perspectiva ecológico-construtivista, a intervenção dirige-se à criação de novos recursos para quebrar o ciclo vicioso dos maus-tratos (Oliveira-Formosinho & Araújo, 2002). A tentativa de fornecer a escolaridade mínima obrigatória ao aluno, com uma qualificação profissional através do CEF ou PCA, pretendia fornecer recursos ao aluno no sentido de quebrar, não o ciclo de maus-tratos numa primeira fase, mas quebrar o ciclo de pobreza que como referido na avaliação está muitas vezes associado aos maus-tratos como se verificou neste caso.

A intervenção com estas crianças é assim fundamental no sentido em que tenta reduzir a vulnerabilidade destas crianças, aumentar a resiliência e melhorar a sua qualidade de vida (Hutz e cols., 2002). Pretende-se contribuir para a inserção social destas crianças, desenvolver habilidades que permitam a integração como membros produtivos da sociedade, exercendo a sua cidadania de forma plena (Hutz e cols., 2002).

No caso particular de jovens delinquentes, e como analisado, a intervenção pretende dotar os jovens de formas de resolução de problemas que não se baseiam na agressão e no uso da violência (Hutz e *cols.*, 2002). Desta forma, a intervenção pode provocar uma diminuição ou interrupção da intensidade da violência, em que neste caso particular não houve mais sinalizações de actos delinquentes da criança em análise.

A intervenção pode obter resultados satisfatórios se a violência for entendida nos seus vários aspectos ou seja um sintoma presente no sistema familiar mediado por dificuldades de diferentes níveis: sociais, culturais, económicas e das relações interpessoais (Brito e *cols.*, 2005)

Para além do abandono escolar no final do ano, com a não adesão à proposta dos CEF e dos PCA, a maior dificuldade deste caso, que na nossa opinião comprometeu o sucesso de toda a intervenção foi a não adesão da família a qualquer tipo de solicitação ou mudança terapêutica.

A intervenção que envolvesse esta família, particularmente o casal com as suspeitas de conflito, poderia ter sido um dos factores mais determinantes para o sucesso da intervenção e da verificação dos seus objectivos num maior espaço de tempo. Segundo uma intervenção referida por Brito e *cols.*, (2005) de entre as pessoas que acreditavam que o desencadeamento da violência aos conflitos do casal, em 61% dos casais, estes referem que depois da intervenção, os conflitos entre o casal foram superados. Por sua vez quando a violência tem origem nas características da criança e jovens, 58% das famílias inquiridas acreditam na superação da violência existente.

Independentemente da origem da violência contra crianças e jovens, 80 % das famílias inquiridas acreditam que a intervenção os fez reflectir nos seus mecanismos de interacção, ponderar novas formas de educar, impor limites, diminuir ou anular os comportamentos violentos contra crianças e jovens (Brito e *cols.*, 2005). As famílias puderam assim encontrar novas formas de supervisionar e fornecer os cuidados necessários ao desenvolvimento harmonioso do seu filho, o que era essencial acontecer neste caso.

No referido estudo, outra das conclusões é que comparando os pais que aderiram à intervenção/acompanhamento, as mães chegam a colaborar numa percentagem de 92% de adesão, enquanto que os pais agressores que aderiram à intervenção foi de 39%, já os filhos vitimas participaram em 39% das vezes em alguma forma de acompanhamento. No caso do progenitor viver com a vitima, a percentagem de mães que integram alguma forma de acompanhamento situa-se igualmente nos 92%, enquanto que quando o pai agressor vive com

a criança, a percentagem de frequência de algum tipo de acompanhamento aumenta para 74% (Brito e cols., 2005). Como relatado no caso em estudo, não foi possível obter a colaboração na intervenção com o aluno nem para o progenitor do sexo masculino, nem para o progenitor do sexo feminino, o que contradiz o que foi obtido no estudo anterior.

Ainda assim no que diz respeito aos diferentes intervenientes nos maus-tratos são as crianças que mais aderem à intervenção através da psicoterapia individual (28% dos casos) (Brito e cols., 2005). Esta situação foi a verificada neste caso, em que a criança aderiu à intervenção terapêutica e começou a demonstrar alterações significativas, mas quando as mesmas não foram acompanhadas pelo interesse da família ficaram comprometidas.

A dificuldade de adesão terapêutica da família parece estar ligada a uma dificuldade geral das famílias, principalmente dos pais, em reconhecer a necessidade de ajuda profissional e, em uma parcela significativa, em aceitar alguma forma de intervenção. Ao mesmo tempo, o facto de as crianças serem aquelas que mais aderem ao tratamento psicoterapêutico faz reflectir sobre alguns pressupostos teóricos na psicologia. Estes fundamentam-se no entendimento acerca das fantasias inconscientes dos pais à procura de alguém que conserte seu filho ou o filho como “representante do conflito familiar”, expressando dessa forma, além das dificuldades pessoais em buscar/ aceitar ajuda, também os limites de alcance que foi encontrado nesta proposta (Brito e cols., 2005).

Outra particularidade do estudo referido diz respeito às medidas de protecção determinadas. No caso do pai ser agressor é mais facilmente atribuída uma medida de protecção (40%), contra a mãe, em que as medidas de protecção só são aplicadas em 18.5% dos casos. Este aspecto poderá estar relacionado com a intensidade e gravidade dos maus-tratos provocados pelo pai, que será maior do que a gravidade dos maus-tratos provocados pela progenitora. Este será um factor a considerar na justificação do facto de que apesar do aluno ter sido referenciado várias vezes para a *Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco*, aquele organismo tenha tido dificuldade em determinar ou aplicar qualquer medida de protecção.

#### 2.4.CONCLUSÃO

Como verificado neste caso é de fundamental importância para que a intervenção no campo dos maus-tratos obtenha algum nível de sucesso, um trabalho psicoterapêutico interdisciplinar, envolvendo vários sistemas (Chadwick, 1999 *in* Formosinho & Araújo, 2002). Um dos sistemas de fulcral importância, e que no caso apresentado comprometeu, na

nossa opinião toda a intervenção, foi o sistema familiar. Ainda que seja na relação em família que ocorrem os factos mais expressivos da vida dos indivíduos, é também no núcleo familiar que também acontecem situações que modificam para sempre a vida de um sujeito, o que pode deixar marcas irreparáveis para toda a vida (Rosas & Cionek, 2006).

Com as dificuldades e limitações de sucesso da intervenção neste caso de maus-tratos, em que o obstáculo de não colaboração do sistema familiar se revelou intransponível, parece que como a opinião de Donnely, (1999 *in* Formosinho & Araújo, 2002) é importante antes de deixar cristalizar os efeitos dos maus-tratos, é preciso e urgente mais do que remediar, envolver mecanismos preventivos, com implicações ao nível da educação da população, da educação dos profissionais e das políticas governamentais (Elders, 1999 *in* Formosinho & Araújo, 2002).

### **III INVESTIGAÇÃO**

#### **1. INTRODUÇÃO**

Desde que o ser humano nasce, morre cada dia que passa, um pouco mais (Ramos, Estrada & Álvarez, 1998). Depois dos tempos de reprodução e de paternidade, a evolução não tratou o envelhecimento como um evento biológico importante, pelo que não lhe deu um grande suporte para garantir a sobrevivência dos indivíduos (Finch & Tanzi, 1997 *in* Rosenberg, 2002).

Através das inevitáveis alterações metabólicas, logo depois de alcançar a plenitude biológica, o ser começa de uma forma inexorável o seu deterioro (Ramos, Estrada & Álvarez, 1998). Incluindo o deterioro cognitivo (Luders & Storani, 1998 *in* Ruipérez & Llorente, 1998; Romera & Leles, 2000; Finch & Tanzi, 1997 *in* Rosenberg, 2002), cuja funcionalidade é parte integral de uma boa saúde (Mulgrew & cols., 1999; Rosenberg, 2000 *in* Rosenberg, 2002) e de um envelhecimento óptimo (Teri, McCurry & Logdson, 1997 *in* Redolat & Carrasco, 1998; Rosenberg, 2000 *in* Rosenberg, 2002).

O envelhecimento é assim, um problema sério de saúde mundial, principalmente para os países industrializados e em desenvolvimento (Ricardo & cols., 1985 *in* Ramos, Estrada & Álvarez, 1998; Litvak, 1990 *in* Arbinaga, 2002; INE, 2002; Instituto Nacional de Estatística do Chile - INEC, 2000 *in* Díaz, Díaz, Rojas & Novogrodsky, 2003), já que nos países subdesenvolvidos a questão dos problemas associados ao envelhecimento não é um problema, porque os habitantes destes países não chegam à velhice e a esperança média de vida atinge cifras muito baixas, entre os 30 e os 45 anos (Ricardo & cols., 1985 *in* Ramos, Estrada & Álvarez, 1998).

Ao nível social e económico, o envelhecimento também pode ser considerado um problema. As consequências do envelhecimento de acordo com a pirâmide etária são analisadas a dois níveis: pela base da pirâmide, ou seja pelas camadas mais jovens da população, cujas consequências se manifestam a longo prazo, nas gerações activas futuras e no dinamismo do mercado; e, pelo topo da pirâmide, constituído pelas camadas mais idosas, que reflecte o envelhecimento da população e cujas consequências se verificam a curto prazo, nas gerações activas do presente e no estagnamento do mercado, dependendo do maior ou menor nível de longevidade da população (INE, 2002).

Apesar de uma população envelhecida implicar reflexões sobre a idade da reforma, meios de subsistência das pessoas idosas, qualidade de vida, sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde, entre outros, por outro lado, uma sociedade constituída por pessoas idosas pode criar novas oportunidades em diversos domínios, novas actividades económicas e profissões, nomeadamente na área de prestação de serviços comunitários e de redes de solidariedade, arquitectónicas diferentes, padrões de consumo diferentes com produtos específicos e adaptados à imagem dos consumidores mais velhos e das suas necessidades (INE, 2002).

Também a nível da saúde, o envelhecimento não tem que ser patológico, já que envelhecer sem doenças é possível (Moragas, 1998). A amplitude das diferenças interindividuais é grande (Cícero, 44 a. C. *in* Fontaine, 2000; Ginard & cols., 1989 *in* Ramos, Estrada & Alvarez, 1998; Ramos, Estrada & Alvarez, 1998; Fontaine, 2000) e a apresentação de um só défice ou doença, desde que controlados, não são, por si sós, suficientemente incapacitantes (Ramos & cols., 1993 *in* Ramos, 2003; Ramos, 2003; Ettinger & cols., 1994 *in* Leveille & cols., 2004; Leveille, Friend & Guralnik, 2002 *in* Leveille & cols., 2004; Leveille & cols., 2004).

Tendo em conta esta nova realidade, o conceito clássico de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como ausência de doença, mostra-se inadequado para definir a população idosa (Ramos, 2003). Surge assim, um novo paradigma de saúde, especialmente aplicável ao idoso, em que a saúde se define a partir da capacidade funcional do sujeito e não das suas limitações, doenças ou défices (Fillenbaum, 1984 *in* Ramos, 2003; Kane & Kane, 1981 *in* Ramos, 2003).

De acordo com este novo paradigma de saúde, o envelhecimento saudável passa a ser definido através de uma abordagem multicritério (Bengston & cols., 1985 *in* Fontaine, 2000; Rowe & Kahn, 1987 *in* Fontaine, 2000; Ramos, 2003; Leveille & cols., 2004), entre a saúde física (longevidade, produtividade...) e mental (eficácia intelectual, controlo pessoal, bem-estar subjectivo...), independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica.

Num estudo longitudinal de longo prazo, onde se examinavam indivíduos dos 25 aos 88 anos que mostravam declínio de diferentes aptidões cognitivas, em intervalos de 7 anos, o *declínio cognitivo* foi definido como “*perda no desempenho igual ou maior que um erro padrão da medição*” (Shaie, 1994 *in* Spar & La Rue, 1998, 19). Esta diferença é a mais pequena que pode ser equacionada em termos de efeitos potenciais no desempenho diário,

apesar de ser bastante inferior à que deve ser considerada para um diagnóstico de deficiência (Shaie, 1994 *in* Spar & La Rue, 1998).

Também a demência, como forma específica de *declínio cognitivo* (Romera & Leles, 2000), é o determinante mais forte no desenvolvimento de disfunção funcional, o que é mais frequentemente registado, independentemente da existência de outros factores (Aguero-Torres & cols., 1998 *in* Thomas, 2001).

Para que se compreenda melhor o processo de envelhecimento, interessa assim conhecer as principais diferenças que ocorrem neste processo. É necessário estabelecer de uma forma rápida, um diagnóstico das várias alterações a que o idoso está sujeito (Caramelli & Nitrinni, 2000), já que o processo de avaliação é fundamental para a reabilitação, adequada às capacidades e dificuldades do indivíduo (Robledo, 1996).

Para realizar essa avaliação, importa escolher instrumentos que para além de terem em conta a idade do sujeito avaliado, considerem também o impacto da escolaridade sobre os resultados obtidos.

O *Mini-Mental State Examination MMSE* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 *in* Mulgrew & cols., 1999), é um instrumento consensual para avaliação da cognição, que permite realizar uma avaliação rápida em apenas 5 a 10 minutos, e que testa áreas como a orientação, registro, atenção e cálculo, recordação, linguagem e habilidade construtiva (Farmer & cols., 1995; Robert, 1995; Spar & La Rue, 1998; Ventura & Bottino, 2002; Lneckenotte, 2002; McLay, Maki & Lyketsos, 2003).

A adaptação daquele instrumento à população portuguesa de Guerreiro e colaboradores, em 1993, permite diferenciar *declínio cognitivo* ( $\leq 23$  pontos), de acordo com níveis de escolaridade padronizados (Laks & cols., 2003).

Deve-se ter em conta que o *MMSE* não tem como objectivo estabelecer diagnósticos, constitui um teste de rastreio que identifica indivíduos com possível diminuição cognitiva. Posteriormente a avaliação poderá ser aprofundada (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 *in* Spar & La Rue, 1998), através da realização de testes neuropsicológicos complementares, fundamentais nos casos de *declínio cognitivo* (Caramelli & Nitrinni, 2000).

O estudo das características cognitivas da população idosa visa assim, avaliar num primeiro estágio a prevalência de transtornos cognitivos (Laks & cols., 2003).

Num segundo estágio da investigação das características cognitivas da população idosa importa entender os diferentes aspectos da conduta e das dimensões sociais do défice cognitivo, de forma a inclui-los no processo de cuidado. Na prática, as questões que se

colocam são: Como regula o cérebro envelhecido a conduta? Que tipo de ajuda se pode oferecer aos pacientes idosos com transtornos cognitivos, e aos seus cuidadores, para evitar o isolamento social e a depressão? As instituições psicogerítricas com base na comunidade representam uma alternativa para o cuidado a longo prazo para as formas mais avançadas do *declínio cognitivo*? (Gianakopoulos, 2003).

Para definir respostas, é preciso incorporar um largo número de estudos genéticos e do meio ambiente. Neste sentido, o polimorfismo tem um importante papel a ditar, já que determina que os indivíduos podem ter um papel na determinação da longevidade, e reciprocamente, na manutenção de um funcionamento cerebral normal (Rosenberg, 2002).

Num estudo longitudinal de dez anos que pretendia determinar variáveis associadas ao envelhecimento saudável e factores de risco para a mortalidade, que mantiveram um efeito independente e significativo no risco de morte, foram identificadas as seguintes características: sexo (masculino), idade (avançada), hospitalização previa e índices positivos nos rastreios para défice cognitivo e dependência no dia-a-dia (Ramos & cols., 2001 in Ramos, 2003).

Na prática, os factores susceptíveis de alteração que poderiam diminuir o risco de morte foram o estado cognitivo e o grau de dependência na vida diária, avaliados respectivamente, pelo *MMSE* (Folstein & cols., 1975 in Ramos, 2003) e pela *Escala de Actividades da Vida Diária* (Ramos & cols., 1993 in Ramos, 2003).

Num outro estudo longitudinal de um ano de Farmer e cols. (1995), em que foi administrado o *MMSE* para além da idade (avançada), sexo (homens), cotações  $\leq 23$  no *MMSE*, foram correlacionadas com o risco de morte o nível de escolaridade (reduzido), a raça (hispanicos) e a residência em lares, prisões ou hospitais psiquiátricos.

No que diz respeito aos factores de risco identificados na predição do aparecimento de *declínio cognitivo* na população idosa são apontados, para além da idade e do sexo (Spar & La Rue, 1998), o nível educacional do sujeito (Farmer & cols., 1995; Kukull & Ganguli, 2000 in Marquis & cols., 2002).

A compreensão dos factores que contribuem para o *declínio cognitivo* e a forma como se pode intervir sobre o mesmo constituem temas actuais, de grande interesse, dado que tais declives se associam à necessidade de maiores cuidados e menor qualidade de vida (Seeman & cols., 1997 in Redolat & Carrasco, 1998).

É neste âmbito que surge esta investigação, no sentido de analisar se os referidos factores de risco associados ao *declínio cognitivo*, idade, sexo e escolaridade, se manifestam neste estudo, reforçando assim os dados já existentes noutras investigações.

Pretende-se ainda verificar se existem diferenças na variação do *declínio cognitivo* nas duas dependências da *Santa Casa da Misericórdia da Fundação (SCMF)*, situadas em regiões com características diferentes, já que determinar a variação da frequência das doenças entre regiões, pode tornar as mesmas mais compreensíveis (Prince & cols., 2003).

Estas investigações são importantes já que permitem uma aproximação às diferentes formas de manutenção das capacidades cognitivas do sujeito. Estudos longitudinais (Rosenberg, 2000 *in* Rosenberg, 2002), demonstraram que pessoas intelectualmente mais activas, com um coeficiente de inteligência elevado, com uma maior gama de interesses, uma maior perspectiva de futuro e um maior número de contactos sociais atingem a velhice com uma sensação mais intensa de bem-estar físico e psicológico, cuja actividade cognitiva, no seu sentido mais amplo, é fundamental para a sensação de bem-estar e de saúde.

Diferentes intervenções podem ajudar não só a retardar o *declínio cognitivo*, em alguns casos, como a reverter as alterações patológicas que acompanham o envelhecimento cerebral (Fried & cols., 1997 *in* Redolat & Carrasco, 1998).

Interessa por isso que perante o envelhecimento e para atingi-lo de maneira saudável surjam estratégias associadas à promoção de habilidades e recursos cognitivos do indivíduo, para este possa responder adequadamente ao seu meio ambiente (Brody, 1996 *in* Federação Mundial de Saúde Mental - FMSM, 1999; Baltes & Willis, 1982 *in* Montorio & Carrobles, 2000; Schaie & Willis, 1986 *in* Montorio & Carrobles, 2000). A solução passa pelo treino e prática de habilidades e estratégias – internas ou externas -, assim como a promoção de ambientes estimulantes, que favorecem a prática destas habilidades (Montorio & Carrobles, 2000).

Estas estratégias tentam refrear a progressão da doença, através de estimulação e da aprendizagem de técnicas que permitem aumentar a “reserva cerebral” (Lage & Cid, 1998 *in* Martín, 1999), directamente relacionada com a capacidade do Sistema Nervoso para manter a plasticidade cerebral ao longo da vida (Walsh & Opello, 1992 *in* Redolat & Carrasco, 1998; Chapell, 1996 *in* Redolat & Carrasco, 1998; Rowe & Kahn, 1997 *in* Redolat & Carrasco, 1998).

De uma maneira geral, estes trabalhos pretendem demonstrar a capacidade de modificar o rendimento das pessoas idosas nas tarefas cognitivas; desenvolver procedimentos para o seu treino; identificar aspectos que podem ser modificados; e, por fim, demonstrar que é possível compensar o declive no funcionamento intelectual (Montorio & Carrobles, 2000).

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. OBJECTIVO**

O tipo de estudo desenvolvido nesta investigação é um estudo descritivo-correlacional (Almeida & Freire, 1997), que permita uma compreensão da realidade em causa, através da descrição e correlação de variáveis que influenciem o *declínio cognitivo* mensurado pelo *MMSE*, dos utentes de duas dependências da *SCMF*.

Pretendeu-se estudar as relações entre: 1) *declínio cognitivo* e idade; 2) *declínio cognitivo* e diferentes dependências; 3) *declínio cognitivo* e género sexual; e por fim, 4) *declínio cognitivo* e escolaridade.

### **2.2. VARIÁVEIS**

**2.2.1. Variável Dependente:** Resultados indicadores de *Declínio cognitivo* pela aplicação do *MMSE*.

#### **2.2.2. Variáveis Independentes:**

2.2.2.1. Idade: organizada em três grupos: até aos 65 anos, > 65 até aos 75 anos e > 75 anos.

2.2.2.2. Sexo: Masculino ou Feminino.

2.2.2.3. Dependência da Santa Casa da Misericórdia do Fundão: *Centro Comunitário da Barroca Grande* ou *Lar do Fundão*.

2.2.2.4. Escolaridade: Escolaridade corte do *MMSE*: analfabetos, de 1 a 11 anos de escolaridade, mais de 11 anos de escolaridade.

### **2.3. INSTRUMENTO**

Como já referido, o instrumento utilizado neste estudo foi a versão portuguesa de Guerreiro e cols. (1993) do *Mini-Mental State Examination* de 1993, cuja versão original é de Folstein, Folstein e McHugh de 1975.

O *MMSE* foi criado nos Estados Unidos da América, é um teste muito breve, pelo que é o instrumento de avaliação do *declínio cognitivo* mais utilizado em estudos epidemiológicos (Guerreiro, 1991 *in* Maia & Costa, 2004).

É um teste sistemático e formal do estado mental do sujeito que pode ajudar o técnico de saúde a identificar os comportamentos que estão a prejudicar o sujeito e que merecem ser alvo de intervenção (Lueckenotte, 2002), além de ser um teste breve, de simples aplicação e de alta confiabilidade entre os examinadores (Caramelli & Nitrini, 2000), apresenta altas correlações com outros testes que avaliam o funcionamento cognitivo (McLay, Maki & Lyketsos, 2003).

Na aferição portuguesa do *MMSE*, tendo em conta a validade de critério concorrente<sup>1</sup>, Guerreiro (1993 *in* Maia & Costa, 2004), verificou que existe uma forte associação entre os resultados obtidos no *MMSE* e na adaptação portuguesa das *Matrizes Progressivas de Raven* ( $r = 0.70$ ).

A versão portuguesa do *MMSE* é constituída por uma série de 6 blocos com 30 perguntas e tarefas, que avaliam aspectos cognitivos das funções mentais como sejam: capacidade de orientação do sujeito, quer no tempo, como no espaço; repetição de três palavras; atenção e cálculo; recordação, com evocação das três palavras anteriormente evocadas; linguagem e habilidade construtiva (Spar & La Rue, 1998; Maia & Costa, 2004). Cada item apresenta uma questão ou uma tarefa que é considerada correcta ou incorrecta, e que caso seja correcta, recebe um ponto de pontuação. O sujeito avaliado pode obter um mínimo de zero pontos de cotação ou um máximo de 30 pontos.

Este instrumento revela-se particularmente útil na avaliação das funções executivas como são a capacidade de orientação, memória, linguagem e capacidade construtiva.

A orientação no tempo é avaliada por um conjunto de questões de um bloco. As perguntas colocadas são relativas ao ano, à estação do ano, ao mês, à data e dia da semana em que o sujeito é avaliado. No que diz respeito à orientação no espaço, esta é avaliada no mesmo bloco em que foi avaliada a orientação no tempo, calculada tendo em conta o lugar em que o paciente se encontra (hospital, andar, cidade, distrito...).

A memória imediata é avaliada pela repetição subsequente ao avaliador das três palavras: mesa, gato e bola.

---

<sup>1</sup> Segundo Maia e Costa (2004, 8), a validade de critério concorrente consiste nos “*resultados obtidos por os mesmos sujeitos, quando são comparados com os resultados desses mesmos sujeitos, no mesmo espaço temporal, com outra medida de valor reconhecido*”.

Para avaliar a capacidade de cálculo, no teste original, o sujeito terá que contar, em ordem inversa, a partir de 100, tirando sempre 7, enquanto que na versão de Guerreiro e cols. (1993), o sujeito terá que subtrair 3 a 30, e assim consecutivamente.

A linguagem oral é testada graças à denominação de dois objectos simples (lápiz e relógio), que são apresentados ao sujeito e, pela repetição de uma frase. Cada resposta correcta é cotada com um ponto (Robert, 1995).

A grande vantagem do *MMSE* é avaliar objectivamente uma queixa, muitas vezes subjectiva, de *declínio cognitivo*. Para além disso, pode ser utilizado para testar a eficácia de tratamento de qualquer doença, psiquiátrica ou não, que decorra com alteração da cognição do paciente (Ventura & Bottino, 2002).

Na versão original (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 *in* Caramelli & Nitrini, 2000), a cotação de 23/24 pontos (de 0 a 30 pontos) era considerado o valor indicador de *declínio cognitivo*, para sujeitos com mais de 11 anos de escolaridade.

Em vários estudos realizados com populações com elevado número de pessoas, em que foi utilizado o *MMSE*, demonstrou-se que este instrumento é influenciado por vários factores que incluíam a educação, raça e os pontos corte do *MMSE* (Lyketsos, Chen & Anthony, 1999 *in* McLay, Maki & Lyketsos, 2003). Por isso recomenda-se a utilização de pontos de corte distintos, mediante a escolaridade do sujeito, de forma a minimizar o efeito da escolaridade nos resultados do *MMSE* (Caramelli & Nitrini, 2000).

Também na versão portuguesa do *MMSE*, o aspecto da escolaridade do sujeito avaliado foi considerado um aspecto crucial (Maia & Costa, 2004). No trabalho de aferição do *MMSE* à população portuguesa, em que foram utilizados 137 sujeitos de controlo e 151 doentes, com diferentes tipos de demência, Guerreiro, (1993 *in* Maia & Costa, 2004) comprovou que a escolaridade se correlacionava de uma forma positiva com os resultados obtidos por aquele instrumento (*Índice de Correlação de Pearson* –  $r = 0.64$ ), para além de que a diferença de resultados entre os grupos em análise, quando se considerava a variável escolaridade era altamente significativa ( $t_s = 11,11$ ;  $p = 0.000$ ).

No que se refere às variáveis sexo e idade, estas demonstraram não estar relacionadas com os resultados globais do *MMSE* (Guerreiro, 1993 *in* Maia & Costa, 2004).

Os valores de garantia e validade do teste indicam o valor de 0.82 para a correlação de algumas partes do teste com o *Coeficiente Alfa de Cronbach* e o *Coeficiente de Garantia* apresenta um valor de 0.88 na *Correlação Gutman* (Guerreiro, 1993 *in* Maia & Costa, 2004).

Para a versão portuguesa do *MMSE*, sujeitos analfabetos apresentam *défice cognitivo* com pontuações iguais ou inferiores a 15. No caso de o sujeito possuir entre 1 a 11 anos de escolaridade são as pontuações iguais ou inferiores a 22, que determinam o *declínio cognitivo*, e no caso de pessoas com mais de 11 anos de escolaridade será a pontuação igual ou inferior a 27 (Spar & La Rue, 1998).

O *MMSE* não tem como objectivo estabelecer diagnósticos, identifica sim e, segundo os seus autores, indivíduos com possível diminuição cognitiva, o que poderá justificar o alargamento da avaliação (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 *in* Spar & La Rue, 1998; Guerreiro, 1991 *in* Maia & Costa, 2004). O *MMSE* permite assim a partir de uma impressão que por vezes é subjectiva, apesar de ter por base uma vasta experiência clínica, obter uma avaliação objectiva e quantitativa do estado cognitivo do sujeito avaliado.

Para que se consigam obter as potencialidades diagnósticas máximas do *MMSE* recomenda-se não só a utilização de pontos de corte tendo em conta o nível de escolaridade formal do sujeito, como também a idade (Cossa, Sala & Musicco, 1997 *in* Maia & Costa, 2004; Malloy, Cummings & Coffey, 1997 *in* Maia & Costa, 2004; Bertolucci & cols., 1994 *in* Maia & Costa, 2004; Guerreiro, Silva & Botelho, 1994 *in* Maia & Costa, 2004; O'Connor, Pollit & Hyde, 1989 *in* Maia & Costa, 2004; Cavanaugh & Wettstein, 1983 *in* Maia & Costa, 2004; Chandler & Gerndt, 1988 *in* Maia & Costa, 2004).

### **3. PROCEDIMENTOS**

Os dados foram recolhidos tendo em conta o protocolo estabelecido entre o *GEARNeurop* e a *SCMF*, o que permite ao primeiro grupo desenvolver uma série de projectos nas várias dependências da *SCMF*, não só projectos de investigação, como no fornecimento de ajuda especializada no domínio da Psicologia aos vários utentários daquela instituição. O trabalho em causa insere-se num projecto de caracterização dos utentes da *SCMF*, caracterização neste caso feita através do *Mini-Mental State Examination*, de forma a avaliar o *declínio cognitivo* dos utentes idosos da instituição referida, nomeadamente na *Centro Comunitário Barroca Grande* e do *Lar do Fundão*.

O Provedor da *SCMF* foi informado dos contornos da investigação e autorizou a mesma, tendo informado os responsáveis pelas dependências do trabalho a realizar, que por sua vez informaram os utentes das respectivas instituições.

A administração do *MMSE* foi realizada em dois dias diferentes no *Centro Comunitário Barroca Grande*, os dados foram recolhidos no dia 12 de Março e no *Lar do Fundão*, os dados foram recolhidos no dia 19 do mesmo mês, depois de ter sido obtido o consentimento informado, por cada avaliador do *GEARNeurop* junto a cada paciente avaliado. Todos os utentes das duas dependências foram avaliados.

#### 4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Como observado na tabela III, a maioria da amostra (n=60, 73.2%) é constituída por sujeitos da dependência 2 (*Lar do Fundão*), enquanto 26,8% (n= 22) da amostra é constituída por sujeitos da dependência 1 (*Centro Comunitário da Barroca Grande*).

**Tabela III** - Distribuição da amostra total (n=82) em função da dependência da SCMF e da idade

Variável	N	%
<b>Dependência da SCMF</b>		
1	22	26,8
2	60	73,2
<b>Idade por grupo etário</b>		
Até 65 anos	11	13,4
>65-75	12	14,6
>75	57	69,5
<i>Missing values</i>	2	2,4

Na distribuição da amostra ao nível da idade, a maior parte da amostra é constituída pelo grupo etário dos mais de 75 anos (69.5%, n=57), em seguida é o grupo etário dos > 65-75 que reúne maior número de sujeitos (14.6%, n=12) e por fim o grupo dos sujeitos até aos 65 anos (13.4%, n=11).

Na variável idade existem 2 sujeitos para os quais não foi possível determinar a idade, pelo que constituem *missing values*. O n para a variável idade é de 80.

**Tabela IV**- Distribuição da amostra total (n=82) em função do género sexual e deste, pelas dependências da SCMF.

Dependência da SCMF	Género sexual			
	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
1	19	23,1	3	3,6
2	32	39,0	28	34,1
Total	51	62,2	31	37,8

A análise da tabela IV revela que a maior parte dos sujeitos do sexo feminino da amostra (39%, n=32) são utentes da dependência 2, em contrapartida com 23.1% (n=19) de indivíduos do sexo feminino da dependência 1. Também foi da dependência 2 que foram

recolhidos a maioria dos indivíduos do sexo masculino da amostra (34.1%, n=28), enquanto que da dependência 1 fazem parte 3 sujeitos (3.6%).

O sexo feminino constitui a maioria desta amostra, numa percentagem de 62,2% (n=51), contra os 37,8% (n=31) de sujeitos do sexo masculino que compõem a amostra total

**Tabela V** – Distribuição da amostra total (n=82) em função da escolaridade corte do *MMSE*.

<b>Escolaridade corte do <i>MMSE</i></b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Analfabetos	28	34,1
De 1 a 11 anos de escolaridade	33	40,2
Mais de 11 anos de escolaridade	3	3,7
Total	64	78
<i>Missing Values</i>	18	22
Total	82	100,0

Na tabela V observa-se que a maior parte dos indivíduos inquiridos verbaliza níveis de escolaridade que abrangem o intervalo que vai desde o primeiro ano de escolaridade até 11 anos de escolaridade (n=33, 40.2%); em segundo lugar é o grupo dos analfabetos que tem maior percentagem de sujeitos (34.1%, n=28); e por fim, no grupo de mais de 11 anos de escolaridade foram obtidas as avaliações de 3 sujeitos, correspondentes a 3.7% da amostra.

Dos 82 indivíduos inquiridos, 18 (22%) constituem *missing values* porque não conseguiram referenciar se frequentaram o ensino ou não. Assim o *n* para a variável escolaridade é de 64 (78%).

**Tabela VI** – Distribuição da amostra total (n=82) em função da escolaridade por categorias.

<b>Escolaridade em categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Sem Escolaridade	28	34,1
Abaixo da escolaridade obrigatória (< 4 anos)	15	18,3
4ª Classe	16	19,5
Entre 5 e 7 anos	2	2,4
Estudos Superiores	3	3,7
Total de sujeitos sem e com escolaridade	64	78,0
Não respondeu	18	22,0
Total	82	100,0

Numa análise mais aprofundada da variável escolaridade, na Tabela VI verifica-se que a maioria (n=28, 34.1%) dos sujeitos da amostra não apresenta qualquer nível de escolaridade e a segunda maior percentagem de sujeitos da amostra (22%, n=18) não emitiu qualquer resposta aquando da pergunta do nível de escolaridade apresentado. O número de sujeitos que apresentam a escolaridade obrigatória, tendo em conta a sua idade, e que seria de 4 anos, é de apenas 16 sujeitos (19.5%), numa amostra de 82 sujeitos.

**Tabela VII** – Média e desvio padrão de idades da amostra por dependência da SCMF e para a amostra total (n=80) (2 sujeitos constituem *missing values*).

Dependência da SCMF	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
1	80,50	10,04	62	97
2	80,98	13,22	44	101
Total	80,85	12,27	44	101

Na tabela VII observa-se que para a dependência 1, as idades dos sujeitos avaliados estão compreendidas entre os 62 anos (mínimo) e os 97 anos (máximo) (M=80.50; DP=10,04).

Em relação à dependência 2, os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 44 anos (mínimo) e os 101 anos (máximo) (M=80.98; DP=13.22).

No que diz respeito os intervalos de idade da amostra total (n=80), verifica-se que o mínimo e o máximo de idades registadas, são de 44 e 101 anos respectivamente (M=80.85; DP=12,27).

Verifica-se pela análise da tabela VII, a dispersão da amostra quanto à variável idade, reflectida pela amplitude elevada dos desvios padrão (DP=10.04; DP=13.22; DP=12.27), o que indica a heterogeneidade da variável referida.

## 5. ANÁLISE INFERENCIAL

Os resultados obtidos através do *Mini-Mental State Examination* para a avaliação do *declínio cognitivo* e a sua relação com as variáveis independentes, já enunciadas, são em seguida apresentados.

### 5.1. ESTUDO DA CORRELAÇÃO ENTRE O *DECLÍNIO COGNITIVO* E A *VARIÁVEL IDADE*

Na tabela VIII encontra-se o estudo realizado para a hipótese operacional 1, que postula: “os sujeitos com idade mais avançada apresentam declínio cognitivo superior quando comparados com os sujeitos mais novos da amostra”.

Tabela VIII- ANOVA - *declínio cognitivo* por variável *idade* (n=80, devido a 2 missing values).

Idade em três categorias	Média	Desvio padrão	F	p.
Até 65 anos	12,36	8,14		
>65-75	19,33	8,83	2,69	.074
>75	12,93	9,14		

A tabela VIII mostra que relativamente à idade, não existem diferenças com significado estatístico ( $F(2,79)=2,69$ ;  $p=.074$ ).

## 5.2. ESTUDO DA CORRELAÇÃO ENTRE O *DECLÍNIO COGNITIVO* E A *VARIÁVEL DEPENDÊNCIA*

Tendo em conta a Hipótese Operacional 2, que refere que “os sujeitos da dependência da Santa Casa da Misericórdia da Barroca Grande apresentam declínio cognitivo inferior quando comparados com os sujeitos da dependência do Lar do Fundão”, apresentam-se na tabela IX, os resultados do estudo efectuado.

Tabela IX – ANOVA - *declínio cognitivo* por variável *dependência da SCMF* (n=82).

Dependência da SCMF	Média	Desvio padrão	F	p.
1	12,36	8,48	,573	,451
2	14,10	9,45		

Os resultados apresentados na tabela IX revelam que não existem diferenças significativas no *declínio cognitivo* entre os sujeitos da *Dependência 1* (M=12,36) e os sujeitos da *Dependência 2* (M=14,10). Assim sendo, os resultados não apontam para a existência de diferenças com significado estatístico ( $F(1,81)=,573$ ;  $p=.451$ ).

## 5.3. ESTUDO DA CORRELAÇÃO ENTRE O *DECLÍNIO COGNITIVO* E A *VARIÁVEL SEXO*.

Tabela X- ANOVA - *Declínio cognitivo* por variável *sexo* (n=82).

Sexo	Média	Desvio padrão	F	p.
Feminino	12,47	8,27	2,201	,142
Masculino	15,55	10,34		

O estudo da Hipótese Operacional 3: “*Os sujeitos do sexo masculino apresentam declínio cognitivo inferior quando comparados com os sujeitos do sexo feminino*”, revela que não há diferenças significativas a assinalar entre o *declínio cognitivo* dos sujeitos do sexo feminino (M=12,47), e o *declínio cognitivo* dos sujeitos do sexo masculino (M=15,55), pelo que os resultados não apontam para a existência de diferenças com significação estatística ( $F(1,81)=2,201$ ;  $p=.142$ ).

#### 5.4. ESTUDO DA CORRELAÇÃO ENTRE O *DECLÍNIO COGNITIVO* E A *VARIÁVEL ESCOLARIDADE CORTE DO MMSE*.

Tabela XI- ANOVA - *Declínio cognitivo* por nível de *escolaridade corte do MMSE* (n=64, *missing values* =18 sujeitos).

<b>Escolaridade Corte do MMSE</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>F</b>	<b>p.</b>
Analfabetos	12,89	6,89		
De 1 a 11 anos de escolaridade	19,06	7,91	5,039	.009
Mais de 11 anos de escolaridade	13,00	13,89		

Desta forma o estudo realizado para verificação da Hipótese Operacional 4: “*Os sujeitos com nível de escolaridade mais elevado apresentam declínio cognitivo inferior quando comparados com os sujeitos com menor nível de escolarização*”, revela diferenças que são consideradas estatisticamente significativas entre o *declínio cognitivo* apresentado pelos indivíduos com diferentes níveis de escolaridade corte do *MMSE* ( $F(2,63)=5,039$ ;  $p=.009$ ).

Tendo em conta a relação entre o *declínio cognitivo* e os níveis de escolaridade corte do *MMSE*, verifica-se que a média mais elevada dos resultados do *MMSE*, traduzindo um menor *declínio cognitivo*, corresponde aos sujeitos que apresentam entre 1 a 11 anos de escolaridade (M=19,06), sendo que são os sujeitos analfabetos que auferem a média mais baixa de resultados do *MMSE* (M=12,89), o que traduz um *declínio cognitivo* mais acentuado.

Os sujeitos com mais de 11 anos de escolaridade apresentam maior *declínio cognitivo* (M=13,00) do que os sujeitos com 1 a 11 anos de escolaridade, todavia é neste grupo que se detecta o desvio padrão mais acentuado dos três grupos analisados.

## 5.5. ESTUDO DA CORRELAÇÃO ENTRE O *DECLÍNIO COGNITIVO* E A *VARIÁVEL ESCOLARIDADE EM CATEGORIAS*

De forma a analisar mais aprofundadamente a relação da escolaridade e do *declínio cognitivo*, realizou-se também o estudo da relação do *declínio cognitivo* e da escolaridade em categorias (tabela XII), já que esta variável aproxima-se mais do valor real de escolaridade do sujeito, do que a que é efectuada pela escolaridade corte do *MMSE*.

**Tabela XII** – ANOVA - *Declínio cognitivo* por nível de escolaridade em categorias (n=77, tendo em conta 18 sujeitos que constituem *missing values* e excluindo as duas categorias que englobam de 5 anos ao ensino superior, por nestas categorias, a percentagem de sujeitos ser reduzida (6,1%, n=5).

<b>Escolaridade em Categorias</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Analfabetos	12,89	6,89		
Abaixo da Escolaridade Obrigatória	16,67	7,74	13,877	.000
Escolaridade obrigatória (4ª classe)	20,00	7,50		
Não respondeu	4,94	6,88		

Como se pode verificar pela tabela XII, observa-se a existência de uma relação estatística significativa entre a escolaridade em categorias e o *declínio cognitivo* ( $F(2,76)=13,877$ ;  $p=.000$ ).

Da tabela em causa pode-se atestar que o grupo de indivíduos que apresenta maior *declínio cognitivo*, é aquele que engloba os indivíduos que não emitiram qualquer resposta quando lhes foi perguntado se tinham frequentado a escola ( $M=4,94$ ). Por sua vez, os sujeitos com menor *declínio cognitivo* correspondem ao grupo que mencionou apresentar a escolaridade obrigatória de 4 anos, tendo em conta a sua idade ( $M=20,00$ ).

## 6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

### 6.1. RELAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL *DECLÍNIO COGNITIVO* E A VARIÁVEL *IDADE*

Os resultados obtidos nesta investigação em relação à hipótese operacional 1, que postula que “*Os sujeitos com idade mais avançada apresentam declínio cognitivo superior quando comparados com os sujeitos mais novos da amostra*”, não apoiam estatisticamente a hipótese em causa ( $F(2,79)=2,69$ ;  $p=.074$ ), como se pode verificar pela tabela VIII.

Semelhantes resultados foram de igual forma, encontrados pelos estudos de Stern e cols., (1994 in Wilson & cols., 1999); Boller e cols., (1991 in Wilson & cols., 1999); Wolfe e cols., (1995 in Wilson & cols., 1999), que não detectaram a existência de qualquer relação entre o *declínio cognitivo* e a idade apresentada pelo sujeito. Também Guerreiro (1993 in Maia & Costa, 2004), não detectou a existência de correlação entre a variável idade e os resultados globais do *MMSE*, que medem o *declínio cognitivo* do sujeito.

Todavia ao contrário do que foi detectado nos estudos referidos acima e no realizado nesta investigação, muitos outros autores e estudos continuam a consolidar a relação entre idade e *declínio cognitivo*. De acordo com Ramos (2003), o principal factor de risco para a mortalidade continua a ser a própria idade. Quanto mais se vive, maior é a probabilidade de morrer. Também Hogan e Ebly (2000 in Marquis & cols., 2002) determinam que a idade, funcionamento cognitivo global, e o relato da família de perda de memória, são factores que estão associados com o *declínio cognitivo*.

Assim, a ocorrência de *declínio cognitivo* nas pessoas idosas está bem documentado, com estudos longitudinais e estudos baseados na população, que providenciam as mais claras evidências do facto do *declínio cognitivo* ocorrer nas pessoas idosas (Evans & cols., 1993 in Wilson & cols., 1999; Colsher & Wallace, 1991 in Wilson & cols., 1999).

Segundo Rapp, Parisi e Walsh (1988 in Spar & La Rue, 1998), o risco de alterações cognitivas é muito maior nos idosos do que nos jovens. Mais ainda referem que, aproximadamente 5% das pessoas com 65 anos ou mais, apresentam défices cognitivos relevantes, em comparação com a população mais jovem, com idades entre os 18 e 64 anos, cuja prevalência de *declínio cognitivo* é de 1%.

Pelo contrário, nos resultados recolhidos no nosso estudo, apesar de não serem estatisticamente significativos, verifica-se que é o grupo da faixa etária dos <65 anos que regista maior *declínio cognitivo* medido pelos menores valores médios do *MMSE* (M=12.36, DP=8.14). O segundo grupo de idades onde se verifica maior *declínio cognitivo* é o grupo dos mais idosos da nossa amostra, ou seja o grupo dos >75 anos (M=12.93, DP=9,14), o que está de acordo com o estudo de Weintraub e cols. (1994 in Spar & La Rue, 1998), em que a análise transversal de médicos mais novos e mais velhos, determinou que a variabilidade do desempenho cognitivo em indivíduos com idade igual ou superior aos 75 anos era mais do dobro dos indivíduos de 25 anos.

O grupo onde se verificou menor *declínio cognitivo* no nosso estudo foi no grupo dos >65 aos 75 anos (M=19.33, DP=8.83).

As diferenças entre os resultados obtidos por Rapp, Parisi e Walsh (1988 *in* Spar & La Rue, 1998) e os encontrados no nosso estudo podem assentar no desvio-padrão encontrado para o grupo dos mais idosos do grupo de idades considerados (DP >75 anos =9,14), o que revela o maior nível de dispersão de resultados para este grupo quando comparados com o nível de dispersão dos outros grupos de idades (DP <65 anos = 8.14; DP >65-75 anos = 8.83), apesar de ser o grupo dos mais idosos do estudo, em que foi recolhida a maior percentagem de sujeitos da amostra (69.5%).

Ainda que o *declínio cognitivo* não tenha sido associado aos sujeitos mais idosos da nossa amostra, mesmo de forma estatisticamente não significativa, vários estudos associam idade avançada a um *declínio cognitivo* mais rápido (OMS, 1992 *in* Wilson & cols., 1999; Evans & cols., 1993 *in* Wilson & cols., 1999; McLay, Maki & Lyketsos, 2003; Verhaeghen & Salthouse, 1997 *in* Metz & Miner, 1998; Salthouse, 1998 *in* Metz & Miner, 1998; Jones & cols., 1991 *in* Metz & Miner, 1998; Ventura & Bottino, 2002; Mulgrew & cols., 1999; Kukull & Ganguli, 2000 *in* Marquis & cols., 2002; Vingerhoets & cols., 2003).

Para além da relação entre *declínio cognitivo* e a idade, esta relação surge também entre aquela variável demográfica e formas mais específicas de *declínio cognitivo*.

De acordo com Marquis e cols. (2002) e, Vega e Bermejo (2002) a correlação entre a demência e o facto do sujeito apresentar uma idade avançada, é altamente significativa, com valores de  $p < .0000$  (Vega & Bermejo, 2002).

Shumaker e cols. (2003), num estudo longitudinal de 5.6 anos realizado com mulheres, detectaram que o risco de desenvolver uma possível demência em mulheres com idades entre os 70 e 74 anos quando comparadas com mulheres de faixas etárias inferiores aos 70 anos, é 3.54 vezes maior, enquanto que no intervalo de idades que oscila entre os 75 e 80 anos, esse valor aumenta para um risco de 12.22 vezes o verificado em faixas etárias até aos 70 anos ( $p < .001$ ).

Também no caso da doença de Alzheimer, a relação entre a idade e o *declínio cognitivo* tem sido examinada em estudos longitudinais, estudos baseados na população e estudos de amostras clínicas simples que têm produzido resultados mistos. Pessoas com Alzheimer com idades mais jovens foram associadas com um mais rápido *declínio cognitivo* em alguns estudos (Jacobs & cols., 1994 *in* Wilson & cols., 1999; Mortiner & cols., 1992 *in* Wilson & cols., 1999), enquanto que outros estudos encontraram a associação contrária (Huff & cols., 1987 *in* Wilson & cols., 1999; Bachman & cols., 1993 *in* Wilson & cols., 1999; Zhang & cols., 1990 *in* Wilson & cols., 1999), resultados mistos (Ortof & Crystal, 1989 *in*

Wilson & cols., 1999; Teri & cols., 1995 in Wilson & cols., 1999) ou nenhuma associação entre os factores enunciados (Stern & cols., 1994 in Wilson & cols., 1999; Boller & cols., 1991 in Wilson & cols., 1999; Wolfe & cols., 1995 in Wilson & cols., 1999)

Na população de Alzheimer utilizada no estudo de Wilson e cols. (1999), a idade não demonstrou ter relação com as alterações no funcionamento cognitivo e apenas de uma forma marginal, mostrou ter relação com os níveis iniciais da doença. Todavia neste estudo não foram avaliadas pessoas com menos de 65 anos e as questões que rodeiam a doença de Alzheimer antes desta idade não foram respondidas.

A idade também está relacionada com o aumento da prevalência da doença de Parkinson, em que o nível de patologia ou incapacidade apresentado é maior do que aquele que seria esperado, pois em comparação com grupos mais novos, com 60 anos ou menos, pessoas com Parkinson com mais de 60 anos, demonstraram piores resultados em quase todas as provas de medição da cognição, especialmente aquelas que possuíam uma vertente de memória/atenção (Vingerhoets & cols., 2003).

O interessante neste estudo é que, porque as classificações para o declínio já estão correlacionadas com a idade, através da utilização dos testes mas com populações normativas, estas diferenças indicam que o *declínio cognitivo* em pacientes com Parkinson é significativamente maior do que o esperado para um processo normal de envelhecimento (Vingerhoets & cols., 2003).

Assim, o efeito prejudicial da idade no *declínio cognitivo*, e especialmente na capacidade de memorização, na doença de Parkinson tem sido notado em vários estudos (Jagust & cols., 1992 in Vingerhoets & cols., 2003; Palazzini & cols., 1995 in Vingerhoets & cols., 2003), apesar de haver outros estudos que não detectaram a relação em causa (Caparros-Lefebvre, 1995 in Vingerhoets & cols., 2003; Bayles & cols., 1996 in Vingerhoets & cols., 2003).

No caso destes últimos estudos, a relação entre a idade e o *declínio cognitivo* não foi encontrada porque, segundo Vingerhoets e cols. (2003), o instrumento utilizado naqueles estudos para medição do *declínio cognitivo* foi o *MMSE*. Para os referidos autores, o *MMSE* poderá ser insensível para medir o *declínio cognitivo* na população com Parkinson, pelo que não avaliará o *declínio cognitivo* que é específico da doença de Parkinson (Vingerhoets & cols., 2003).

No nosso estudo foi utilizado o *MMSE*, porque se pretendia mensurar o *declínio cognitivo* da amostra de uma forma geral, e não o *declínio cognitivo* que é específico da

população com Parkinson, pelo que a limitação apontada pelos anteriores autores não justifica a não existência de correlação estatisticamente significativa entre idade e o *declínio cognitivo* no nosso estudo.

Apesar da associação entre idade avançada e o aumento do *declínio cognitivo* na doença de Parkinson, ter sido detectada pelas investigações já referidas, a associação referida não reflecte necessariamente, por si só, a doença de Parkinson. A associação entre idade avançada e o aumento do *declínio cognitivo* na doença de Parkinson, pode resultar também, do risco crescente que existe para a conexão entre doenças neurodegenerativas e a terceira/quarta idade (Vingerhoets & cols., 2003).

Numa meta-análise realizada por Verhaeghen e Salthouse (1997 *in* Metz & Miner, 1998), os dados revelaram que a idade também está relacionada com maior parte das medidas de declínio da memória, indicando de forma particular que o processamento e a memória primária de trabalho são importantes medidores da relação da idade com declínios em outros tipos de função cognitiva.

O referido estudo determinou que a relação entre a idade e o declínio acelera nas variáveis de velocidade da avaliação, raciocínio e memória episódica, apesar destas alterações produzirem poucas consequências práticas, porque a idade realiza adaptações e acomodações cognitivas operadas a todas as horas (Salthouse, 1998 *in* Metz & Miner, 1998).

No que diz respeito à caracterização da taxinomia da incapacidade em pessoas idosas, esta identifica que os sujeitos que apresentam incapacidade na realização das actividades da vida diária, são mais velhos do que aqueles que não apresentam disfunção na realização das actividades da vida diária (média de  $79.2 \pm 8.2$  anos e  $75.4 \pm 7.1$  anos, respectivamente) (Leveille & cols., 2004).

## 6.2. RELAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL *DECLÍNIO COGNITIVO* E A VARIÁVEL *DEPENDÊNCIAS*

Os resultados relativos à hipótese operacional 2: “*Os sujeitos da dependência da Santa Casa da Misericórdia da Barroca Grande apresentam declínio cognitivo inferior quando comparados com os sujeitos do Lar da Santa Casa da Misericórdia do Fundão*”, não é corroborada, uma vez que, as diferenças encontradas não têm significado estatístico ( $F(1,81)=,573$ ;  $p=.451$ ).

Ainda que não se tenham detectado diferenças estatisticamente significativas entre o *declínio cognitivo* das duas dependências consegue-se verificar pela análise da tabela IX, que a média do *MMSE* dos utentes da dependência do *Lar do Fundão* (M=14.10) é maior do que a média do *MMSE* dos utentes da *Centro Comunitário Barroca Grande* (M=12.36). Este resultado indica que os utentes da *Dependência do Lar do Fundão* têm, em média, menor *declínio cognitivo* do que os utentes da *Barroca Grande*, sendo para os sujeitos do *Lar do Fundão* que se verifica maior desvio padrão dos resultados (DP=9.45), com maior dispersão dos resultados obtidos, quando comparado com o desvio padrão dos resultados dos utentes da *Barroca Grande* (DP=8.48), com menor dispersão dos resultados para o *declínio cognitivo*.

Ao mesmo tempo que com este estudo se está a descrever o *declínio cognitivo* nas duas dependências avaliadas, determina-se a variação do *declínio cognitivo* em diferentes zonas através da localização diferente das duas dependências e a prevalência de idosos nessas mesmas dependências e indirectamente nessas localidades. Segundo Prince e cols. (2003), determinar a frequência das doenças entre regiões permite torna-las mais compreensíveis.

O processo de envelhecimento da população<sup>2</sup> não se verifica do mesmo modo em todas as regiões do mundo. Tendo em conta as regiões do mundo segundo o seu grau de desenvolvimento<sup>3</sup>, confirma-se que as regiões do mundo mais desenvolvidas iniciaram primeiro o fenómeno da transição demográfica, com a população jovem a evoluir com taxas negativas desde 1970, enquanto que os países menos desenvolvidos apresentam taxas de crescimento positivas, ainda que relativamente baixas (INE, 2002).

No que diz respeito à população idosa, nas regiões mais desenvolvidas, o ritmo de crescimento é 2.1% em 1960/70, 1.5% em 1990/2000 e em 2040/50 é de 0.3%, verificando-se uma tendência para atenuar (INE, 2002).

Pelo contrário nas zonas mundiais menos desenvolvidas, a taxa média de crescimento anual entre 1990 e 2000 atinge os 3.1%, continua a aumentar até 2040, sendo que em 2050

---

<sup>2</sup> O envelhecimento demográfico consiste no aumento da proporção de pessoas idosas na população total. Este aumento consegue-se em detrimento do crescimento da população jovem, e/ou em detrimento da população activa (considera-se que dos 0 aos 14 anos a população é jovem, dos 15 aos 65 anos considera-se a faixa etária com população activa ou potencialmente activa e com 65 anos ou mais como população idosa) (INE, 2002).

<sup>3</sup> Segundo a classificação das Nações Unidas, as regiões mais desenvolvidas incluem a Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão. Por sua vez as regiões menos desenvolvidas compreendem todas as regiões de África, Ásia (excepto o Japão), América Latina e Caraíbas, mais Melanesia, Micronésia e Polinésia (INE, 2002).

deve atenuar. Verifica-se assim, que cerca de 50 anos depois, as zonas menos desenvolvidas estão agora a verificar um aumento da população idosa a um ritmo elevado (INE, 2002).

Segundo a repartição por NUTS II (*Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos nível II*) e os *Censos Provisórios de 2001*, verifica-se que o Norte detinha a mais baixa percentagem de idosos do Continente. A zona do país com maior número de idosos pertencia ao Alentejo, depois ao Algarve e ao Centro, enquanto que a faixa litoral permanecia menos envelhecida. Relativamente às regiões autónomas, estas são as regiões do país que detêm o maior nível de fecundidade do país, pelo que apresentam os níveis de envelhecimento mais baixos do país (INE, 2002).

A nível mundial, as previsões da revista do *Fundo das Nações Unidas para as Actividades da População* (FNUAP) apontam para que 51% das pessoas da população idosa com mais de 60 anos, localizar-se-ão em zonas urbanas (FNUAP, 1999 in FMSM, 1999).

Também no nosso estudo a maior parte dos sujeitos da amostra, ( $n=60$ , 73.2%), foi recolhida no *Lar do Fundão*, situado numa zona urbana, enquanto que a menor percentagem de sujeitos da amostra ( $n=26.8$ , 22%), foi recolhida na *Centro Comunitário Barroca Grande*, uma zona com características rurais.

Estudos transversais realizados com idosos localizados em centros urbanos mostraram uma alta prevalência de incapacidades físicas e mentais geradoras de dependência no dia-a-dia. O seguimento longitudinal destas pessoas mostrou que estas limitações aumentavam significativamente o risco de morte nesta população (Ramos, 2003).

Ainda que tanto para os sujeitos da *Dependência do Lar do Fundão*, como para a *Centro Comunitário Barroca Grande* tenha sido detectado *declínio cognitivo* através dos resultados médios do *MMSE*, a relação referida por Ramos (2003) entre incapacidade mental e centros urbanos não foi verificada no nosso estudo, em que apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos, verifica-se maior *declínio cognitivo* nos utentes da *Centro Comunitário Barroca Grande*, zona rural, mensurado através da menor média de resultados do *MMSE* ( $M=12.36$ ), do que os sujeitos da *Dependência do Lar do Fundão* zona urbana, que apresentam menor *declínio cognitivo* mensurado através de maior média de resultados do *MMSE* ( $M=14.10$ ).

Apesar de ter sido objectivo verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o *Centro Comunitário Barroca Grande* e a dependência do *Lar do Fundão*, com base na diferente localização das mesmas, existem outras variáveis que estão a

influenciar esta variável e que poderão ser alvo de um estudo mais aprofundado a fim de compreender o *declínio cognitivo* de cada uma das dependências.

Uma das variáveis a estudar, num próximo estudo mais exaustivo, será a origem de cada um dos utentes das dependências, já que não obstante a grande probabilidade dos utentes de cada uma das dependências, ter vivido a maior parte da sua vida na localidade da dependência de que é utilitário, esta relação não é obrigatória. Os utentes podem ter vivido a maior parte da sua vida em zonas diferentes daquelas em que agora se localizam, podendo ter sido sujeitos a diferentes tipos de estimulação social e cultural, mediante o contexto urbano ou rural, em que viveram.

Outra variável que não foi considerada para o estudo das diferenças de *declínio cognitivo* entre as duas dependências analisados, foi o tipo de serviços que os utentes beneficiavam em cada uma das dependências. Enquanto que na *Dependência do Lar do Fundão*, os sujeitos beneficiavam principalmente da valência de lar, na *Centro Comunitário Barroca Grande*, os utentes beneficiam principalmente da valência de *Centro de Dia*.

A necessidade de utilizar diferentes tipos de valências infere, ainda que não obrigatoriamente, para diferentes níveis de dependência e/ou de *rede social* de cada um dos utentes.

Para compreender a importância da *rede social* para o impacto na saúde cita-se um estudo dos anos 50. A investigação de uma pequena povoação de 1600 habitantes, em Roseto na Pennsylvanian, demonstrou que a probabilidade de ocorrência de um enfarte naqueles habitantes era 40% inferior ao estabelecido para outras povoações, com as mesmas condições de saúde, alimentares e comportamentais.

Depois de várias análises realizadas, percebeu-se que as razões para tal facto, residiam nas características sociais daquela pequena comunidade italo-americana, na qual existia uma forte coesão social e uma profunda ética de igualdade. Estas características culturais foram interpretadas como protectoras de *stress*, e indirectamente protectoras de enfartes (Venturini, 1999).

O estatuto marital e familiar do sujeito, enquanto parte da *rede social*, apresenta um papel fundamental na manutenção da saúde mental. A família e os amigos constituem muitas vezes a principal rede de suporte dos indivíduos, nomeadamente dos idosos. Quando ocorrem separações e os idosos são separados da família, ou dos amigos por uma morte, mudança de casa, divórcio, partida de um ou mais filhos, ou então por uma doença, os idosos encontram-se, muitas vezes, sozinhos e sem recursos. Esta solidão pode aumentar a insegurança e

bloquear seriamente a capacidade de adaptação, pelo que é normal a adopção de comportamentos patológicos (Mailloux-Poirier, 1995).

Com a alteração da expectativa da esperança média de vida, cada vez mais longa, abrem-se possibilidades na previsão de novos comportamentos futuros, é possível manter ou alterar parceiros e relações domésticas várias vezes ao longo da vida do indivíduo. Surgem hipóteses sobre uma grande instabilidade entre as relações dos casais conjuntamente com as alterações demográficas, especialmente interligadas com uma maior esperança de vida (Da Conceição, 2002).

Em consequência da diferente proporção de mortalidade entre pessoas idosas, enquanto que os homens morrem, em média, antes que as suas esposas, as mulheres sobrevivem durante mais tempo e permanecem viúvas (Da Conceição, 2002).

Em Portugal, a maior parte dos idosos vive com o seu cônjuge. No período de tempo decorrido entre 1991 e 2001, a proporção de famílias compostas apenas por idosos aumentou cerca de 36% (INE, 2002). Este facto não significa que exista falta de suporte familiar, mas aponta para um esquema de intimidade e distância entre os membros da família, nos moldes que se verificam nos países mais desenvolvidos (Ramos, 1992 *in* Ramos, 2003; Ramos & cols., 1992 *in* Ramos, 2003).

O facto de em Portugal, os idosos viverem maioritariamente com o seu cônjuge é concordante com a maioria dos idosos dos países desenvolvidos, que vivem com o cônjuge, ou vivem sozinhos. Segundo o INE (2002), em Portugal, a grande maioria das famílias de idosos são constituídas por apenas um idoso, 50.5%, ou por dois idosos, 48.1%, enquanto que nos países sub-desenvolvidos, como é o Brasil, os idosos de São Paulo ainda vivem maioritariamente com a família, dividindo a casa com os seus filhos e netos.

O tipo de domicílio dos idosos do Brasil é chamado multigeracional e representa mais de 50% das situações avaliadas (Ramos, 2003). Os idosos do Brasil, assim como dos países latino-americanos, o que também se verificou no estudo da população de Roseto, na Pennsylvanian (Venturini, 1999), apresentam, em geral, um suporte familiar mais intenso do que os idosos na Europa, evidenciando um traço cultural, que de certa forma compensa o desnível sócio-económico.

No que diz respeito à percentagem de idosos portugueses que vivem só com o cônjuge esta é maior nos homens, já que fenómenos como a “*sobremortalidade masculina*” e o “*celibato definitivo feminino*” podem estar na origem de diferentes formas de vivência familiar entre os sexos (INE, 1999 *in* INE, 2002). Isto porque na formação de uma nova

família na população idosa, verifica-se que os casamentos de segunda ordem são mais frequentes entre os homens, assim como o tempo decorrido entre a dissolução do casamento anterior e a celebração de uma nova união é mais reduzido para aquele género sexual quando comparado com as mulheres (INE, 2002).

A *rede social*, refere-se assim “às relações sociais e mais precisamente às suas características morfológicas e transaccionais” (Corin, 1982 citado por Mailloux-Poirier, 1995, 94), que constitui um potente agente de saúde (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Venturini, 1999), acelera o processo de cura e aumenta a sobrevivência.

A presença de uma *rede social*, estável e confiante influencia desta forma o prognóstico da doença sobre a longevidade (Venturini, 1999), além de que ajuda o idoso a viver o máximo de tempo possível na sua casa, retardando-se desta forma a necessidade de institucionalização e o isolamento social (Mailloux-Poirier, 1995).

A *rede social* tem sido considerada um potente agente de saúde (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Venturini, 1999). Uma *rede social* pouco importante não activa as possibilidades de resposta em situações de crise, mas também não o faz, uma rede demasiado importante. Faz falta para a estabilidade emocional do sujeito uma forma forte e ramificada de relações.

Construir esta *rede social* é muito trabalhoso, custoso e complexo. No entanto, este forte sistema “imunitário” existe espontaneamente na realidade e tem um nome: capital social (Venturini, 1999).

O objectivo principal do sistema de saúde deverá então ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, para que este possa continuar na comunidade, durante o maior tempo possível, gozando ao máximo da sua independência (Ramos, 2003).

Todavia, a disponibilidade de suporte familiar para o idoso dependente deverá decair marcadamente em face da diminuição do tamanho da família, do aumento do número de pessoas que atingem idades crescentes e da crescente incorporação à força da mulher, principal cuidadora, no trabalho fora do domicílio (Ramos, 2003).

A falta ou instabilidade da *rede social* é determinante na necessidade de recorrer em diferentes graus a serviços de apoio ao idoso ou mesmo à sua institucionalização (Mailloux-Poirier, 1995). Face ao aumento das incapacidades físicas e psicológicas das pessoas idosas, e à diminuição de recursos fornecidos pelo meio, torna-se necessário encarar a possibilidade de internamento numa instituição (Mailloux-Poirier, 1995), que procuram adequar-se às necessidades dos idosos (Yamamoto & Diogo, 2002).

Existem várias instituições e serviços (rede de suporte formal<sup>4</sup>) cujos objectivos se prendem com a prestação de serviços às pessoas idosas, para que estas possam manter a sua autonomia, dignidade, bem-estar, possibilitando inclusivamente que elas possam permanecer na sua casa, perto da família e dos amigos (rede de suporte informal) (Mailloux-Poirier, 1995). É assim importante conhecer estes serviços e a forma como eles podem ser usados. Há serviços que fornecem cuidados de enfermagem, o que pode incluir higiene pessoal, serviços sociais, alimentação, *etc.*

Para idosos cujo grau de incapacidade é moderado, que se encontram inseridos na comunidade, com uma rede de suporte informal normal, mas que apresentam dificuldades em realizar tarefas específicas e pontuais, existem os serviços prestados pelos apoios domiciliários, que podem prestar assistência nas tarefas domésticas, como seja a limpeza de casa, a compra de alimentos e a preparação dos mesmos, a lavagem da roupa e o auxílio nas necessidades de saúde. Este tipo de serviço social é talvez o mais importante, já que permite ao idoso permanecer no seu *habitat* normal, beneficiando de ajuda específica e pontual, com custos económicos mais baixos em relação aos serviços institucionais, aproximadamente 16 vezes mais barato (Brito & Ramos, 2002).

Os serviços prestados por um *Centro de Dia*, podem ser administrados por um *Lar* ou por um *Centro de Serviços Comunitários*. Neste caso, as pessoas utitárias destes serviços, são pessoas que devido aos seus problemas físicos, psíquicos ou sociais, vêem comprometida a sua autonomia e manutenção em casa (Mailloux-Poirier, 1995), apesar de não apresentarem incapacidades severas (Brito & Ramos, 2002).

Os *Centros de Dia* apoiam as famílias no cuidado do idoso, já que assumem os cuidados dos mesmos, durante oito a dez horas por dia.

Através de diversas actividades desenvolvidas nestes centros, os idosos desenvolvem relações interpessoais entre os idosos e os próprios funcionários, realizam jogos, terapia ocupacional, exercício físico, passeios e outras actividades lúdicas. Estas actividades constituem uma importante forma de estímulo e socialização do indivíduo idoso, exigem pouco pessoal, apresentam poucos gastos económicos, para além de aliviarem a carga emocional dos familiares destes idosos.

---

<sup>4</sup> As redes de suporte diferem da *rede social*, já que as primeiras têm como objectivo a ajuda concreta às pessoas idosas. Na rede de suporte existe a rede de suporte formal, da qual fazem parte organizações governamentais e não governamentais, enquanto que da rede de suporte informal fazem parte o cônjuge, parentes, amigos e vizinhos (Branch & Jette, 1983 *in* Mailloux-Poirier, 1995).

Os *Centros de Dia* são assim um importante recurso para controlar e evitar que existam na comunidade, idosos solitários, deprimidos e dependentes (Brito & Ramos, 2002).

É este o tipo de serviço proporcionado preferencialmente pela *Centro Comunitário Barroca Grande*. No entanto, os resultados médios obtidos no *MMSE* reportam para este grupo, maior nível de *declínio cognitivo* ( $M=12.36$ ) do que para os indivíduos do *Lar do Fundão* ( $M=14.10$ ). De referir que é para os resultados médios do *MMSE* do grupo de utentes da barroca grande que apresenta menor desvio-padrão, ( $DP=8.48$ ), do que o desvio-padrão obtido para o grupo do *Lar do Fundão*,  $DP=9.45$ , o que revela maior consolidação dos resultados do primeiro grupo, assim como menor dispersão dos resultados obtidos.

Por sua vez, os lares recebem pessoas que apresentam elevados graus, quer de incapacidade física, quer psíquica (Mailloux-Poirier, 1995), vivem sozinhos e os familiares não podem providenciar os cuidados que são necessários para os manterem inseridos na família (Brito & Ramos, 2002).

Os serviços prestados incluem alimentação, dormida, serviços religiosos, para além de cuidados de enfermagem e assistência médica. Estes estabelecimentos são, em grande número, fundados por ordens religiosas ou de iniciativa filantrópica (na dependência do *Lar do Fundão*, algumas funcionárias eram freiras) constituindo a forma mais antiga e universal de prestação de cuidado à pessoa idosa, fora da família. No entanto, apresentam a desvantagem de poderem conduzir o idoso ao isolamento e à inactividade física proporcionados pela possibilidade de manejo técnico inadequado e dos elevados custos dos serviços de apoio (Mailloux-Poirier, 1995).

Como já referido no nosso estudo não foi detectado maior *declínio cognitivo* para os sujeitos do *Lar do Fundão*, quando comparados com os sujeitos da barroca grande, apesar de ser para os sujeitos do *Lar do Fundão* que se verifica maior nível de dispersão de resultados, com maior nível de heterogeneidade.

Nos países industrializados calcula-se que apenas 5% da população idosa esteja a residir em lares (Brito & Ramos, 2002), apesar de esta proporção poder aumentar tendo em conta o crescimento da população idosa que requer tais cuidados, que aumentam com a idade.

No nosso estudo, como se pode observar pela tabela III, foi na dependência do *Lar do Fundão* que foi recolhida a maior parte da percentagem da amostra, 73.1%, enquanto que na *Centro Comunitário Barroca Grande*, foram recolhidos 26.1% sujeitos da amostra.

As estimativas apontam para que, das pessoas que atingiram 60 anos em 1990, mais de metade das mulheres e um terço dos homens vão ser admitidos em tais em lares (Treas, 1995 *in* Spar & La Rue, 1998). Também no nosso estudo, como se pode verificar pela tabela IV, mais de metade das mulheres da amostra, (39% de 62.2% de indivíduos da amostra do sexo feminino), eram utilitárias da dependência de lar, enquanto que no caso dos homens a quase maioria de sujeitos da amostra, (34.1% de 37.8% de sujeitos da amostra do sexo masculino), eram utilitários da dependência de lar.

E tendo em conta que é a mulher a apresentar uma maior longevidade de vida, também é esta que está mais susceptível de ter que recorrer aos serviços proporcionados por uma instituição de apoio aos idosos, como é o lar (Spar & La Rue, 1998). Esta relação também se verifica no nosso estudo não só pela maior fatia de mulheres na amostra global, (62.2% contra 37.8% da amostra de sujeitos do sexo masculino), como também é esta a maior parte da amostra de sujeitos que constituem os utilitários da dependência de lar (39% de mulheres da amostra são utilitários do lar, enquanto que a percentagem de homens da amostra que beneficia dos serviços do lar é de 34.1%).

Ainda que as instituições de apoio aos idosos sejam opções importantes de atendimento a estes indivíduos, não se pode deixar de referenciar que existe uma proliferação deste tipo de serviços a pessoas idosas, cujos objectivos são meramente lucrativos, cobrando preços exorbitantes, e nas quais há um descuido pelos requisitos mínimos de funcionamento (Yamamoto & Diogo, 2002; Brito & Ramos, 2002).

Numa investigação realizada em 1990, na capital da província de Buenos Aires, La Plata, na Argentina, em 62 lares com 1158 idosos, cerca de 80% dos estabelecimentos analisados não apresentavam as condições mínimas para um funcionamento, 10% apresentam condições intermediárias, 3% não apresentavam as condições mínimas de segurança para os idosos e apenas 7% apresentavam as condições necessárias (Brito & Ramos, 2002). A não existência de recursos adequados nas instituições de apoio aos idosos favorece a diminuição da capacidade de autonomia e de autocuidado destes sujeitos (Yamamoto & Diogo, 2002).

Tendo em conta estes números e estas preocupações têm que se criar alianças com as famílias e outros suportes sociais para assegurar a continuidade dos cuidados e os recursos dos próprios idosos para que estes possam lidar com a doença e a interagirem eficazmente com o sistema nacional de saúde (Spar & La Rue, 1998).

### 6.3. RELAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL *DECLÍNIO COGNITIVO* E A VARIÁVEL *SEXO*

Tal como em Guerreiro (1993 *in* Maia & Costa, 2004), também neste estudo não foram detectadas correlações positivas e significativas entre a variável sexo e o *declínio cognitivo* medido pelo *MMSE* ( $F_{(1,81)}=2,201$ ;  $p=.142$ ), de acordo com o estudo efectuado para a hipótese 3: “*Os sujeitos do sexo masculino apresentam declínio cognitivo inferior quando comparados com os sujeitos do sexo feminino*”.

Apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas para o género sexual, verifica-se pelas médias de resultados obtidos no *MMSE*, que são os homens ( $M=15.55$ ) que apresentam menor *declínio cognitivo* quando comparados com as mulheres ( $M=12.47$ ). Esta associação também foi detectada por Veja e Bermejo (2002), que delimitou que eram as mulheres que apresentam maior probabilidade de apresentarem *declínio cognitivo*, na forma de demência. Esta associação no estudo referido foi explicada pelos baixos níveis de estimulação nas mulheres, característica do meio rural em que foi recolhida a amostra, tal como aparece como característica da amostra deste estudo, já que as diferenças entre a dependência 1 e 2 não são estatisticamente significativas.

Pelo contrário para Prince e cols. (2003), o diagnóstico de *declínio cognitivo*, na forma de demência, é mais associado aos homens do que às mulheres.

No seu estudo, Albert, Duffy e Naeser (1987 *in* Metz & Miner, 1998) apresentam resultados mistos quanto à relação entre *declínio cognitivo* e o género sexual masculino. No estudo transversal de saúde mental de homens adultos realizado por aqueles autores, a capacidade de abstracção e as competências de confrontação para nomeação parecem permanecer relativamente estáveis entre os 30 e 60 anos, e depois, declinam, enquanto por contraste, as tarefas que exigem a capacidade de memorização declinam entre os 32 e 52 anos, e depois permanecem relativamente estáveis.

Para a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens, também deverá ser considerado o factor da maior percentagem de sujeitos da amostra ser constituída por mulheres (62.2%,  $n=51$ ), em comparação com a percentagem de homens (37.8%,  $n=31$ ). A não homogeneização da diferença numérica entre homens e mulheres nesta amostra, justifica-se com o primeiro objectivo deste estudo, em que se pretende descrever o *declínio cognitivo* na amostra estudada, e também se justifica com o facto de na população global de idosos se verifica de forma similar esta diferença entre o número de homens e o número de mulheres (FMSM, 1999; FNUAP, 1999 *in* FMSM, 1999;

Nathanson, 1990 *in* Metz & Miner, 1998; Niven & Carroll, 1993 *in* Metz & Miner, 1998; Da Conceição, 2002; INE, 2002; Jagger & cols., 1993 *in* Ramos, 2003; NCHS, 1985 *in* Ramos, 2003; INEC, 2002 *in* Díaz, Díaz, Rojas & Novogrodsky, 2003).

Este procedimento é o defendido por Rayman & Bloom (1988 *in* Fontaine, 2000), em que o estudo da população idosa deve ser feita com base nas proporções observadas na população global, ou seja, uma *amostra por quotas*. Se se adoptasse o mesmo número de homens e mulheres inflacionar-se-ia o número de homens existente na população global, enviesando os resultados obtidos (Fontaine, 2000).

A diferença numérica entre homens e mulheres na população idosa está relacionada com a esperança de vida significativamente maior para as mulheres do que os homens, o que pode atingir valores entre os cinco e dez anos, conforme os países considerados, o que traduz um maior número de mulheres existentes na população idosa, comparativamente ao número de homens (Fontaine, 2000).

Todavia esta tendência pode ser alterada no futuro, já que a evolução social promoveu um aumento significativo de mortes por doenças entre as mulheres. Estas estão agora mais expostas do que antes aos factores de risco ocupacionais e ambientais, devido à progressiva incorporação na população economicamente activa e adaptação, cada vez maior, de hábitos que outrora eram tidos como próprios do homem, como era o fumar e beber (Ramos, 2003).

Apesar de não terem sido detectadas diferenças estatisticamente significativas entre o *declínio cognitivo* e a variável sexo, este é um dos factores mais fortemente relacionado com o aparecimento da doença de Alzheimer e do *declínio cognitivo* na população idosa (Kukull & Ganguli, 2000 *in* Marquis & cols., 2002).

Ainda que as mulheres beneficiem da aparente vantagem da longevidade, relatam maior número de doenças, sofrem de maior número de incapacidades e, em consequência das suas doenças, utilizam mais os serviços médicos, do que os homens o fazem. A esperança média de vida sem incapacidades nas mulheres é assim bastante mais reduzida do que a esperança média de vida sem incapacidades nos homens (Spar & La Rue, 1998; Verbrugge, 1985 *in* Metz & Miner, 1998; INE, 2002).

Uma das explicações que suporta o maior nível de incapacidade e número de doenças nas mulheres são as alterações hormonais a que estas estão sujeitas ao longo do seu ciclo de vida.

As alterações hormonais ocorridas na mulher durante acontecimentos reprodutivos, como são a gravidez e a menopausa, influenciam o risco que aquela apresenta para uma série

de doenças (Trichopoulos, MacMahon & Cole, 1972 *in* McLay, Maki & Lyketsos, 2003). Vários estudos realizados *in vitro* com animais, ou realizados através de ensaios clínicos e estudos populacionais têm investigado a acção das hormonas sexuais sobre a fisiologia cerebral (Seeman, 1997 *in* Romera & Leles, 2000; Halbreicht, 1997 *in* Romera & Leles, 2000). Alguns estudos (McLay, Maki & Lyketsos, 2003), indicam que o estrogénio influencia o risco de doenças do sistema nervoso, relacionadas com a idade.

Sabe-se que, por exemplo, o facto de dar à luz uma criança viva e a menopausa se instalar precocemente são variáveis que estão relacionadas com um declínio significativo nas cotações obtidas no *MMSE*, entanto que o uso de contraceptivos orais e de cirurgias que forçaram o aparecimento da menopausa, não demonstraram estar relacionadas com diferenças estatisticamente significativas na cotação no *MMSE* (McLay, Maki & Lyketsos, 2003).

Esta poderá ser outra das razões pelas quais, as mulheres do nosso estudo apresentaram maior *declínio cognitivo* medido pelo *MMSE* do que os homens.

De acordo com McEwen e Alves (1999 *in* McLay, Maki & Lyketsos, 2003), a menopausa está associada com diminuições nos níveis de estrogénio e progesterona, com alterações simultâneas nos receptores e na proporção da classe deste tipo de hormonas. Mesmo depois da menopausa, as diferenças nos níveis absolutos de estrogénio continuam (Trichopoulos, Brown & MacMahon, 1987 *in* McLay, Maki & Lyketsos, 2003).

As alterações hormonais ocorridas na gravidez e no nascimento são mais complexas do que as que ocorrem na menopausa. Um crescimento acentuado dos níveis de estrogénio ocorre durante a gravidez, seguido por um declínio depois do nascimento, que dura pelo menos um ano, para depois no aleitamento ocorrer outro decréscimo nos níveis daquela hormona (Petrakis & cols., 1987 *in* McLay, Maki & Lyketsos, 2003). Por sua vez, as mulheres que ainda não tiveram filhos produzem mais altos níveis de estrogénio, durante a fase folicular do ciclo menstrual, quando comparadas com mulheres que já deram à luz (Bernstein & cols., 1985 *in* McLay, Maki & Lyketsos, 2003; Petrakis & cols., 1987 *in* McLay, Maki & Lyketsos, 2003).

Como já referido, o efeito de não dar à luz parece ser um factor que provoca uma alta exposição ao estrogénio, o que pode fortalecer a explicação para os efeitos encontrados no *declínio cognitivo* (McLay, Maki & Lyketsos, 2003). O facto de uma mulher não ter tido nenhum filho e de ainda não ter entrado no período da menopausa está relacionado significativamente, com um menor *declínio cognitivo* (McLay, Maki & Lyketsos, 2003).

Em relação à progesterona, a presença de altos níveis antagonizam muito dos efeitos dos estrogénios durante a gravidez (Bernard & cols., 1988 *in* McLay, Maki & Lyketsos, 2003, Noci & cols., 1994 *in* McLay, Maki & Lyketsos, 2003).

Devido a estas alterações hormonais, as mulheres podem apresentar maiores níveis de risco de apresentar a doença de Alzheimer quando comparados com os homens (Birge, 1997 *in* Shumaker & cols., 2003), o que talvez esteja relacionado com os mais baixos níveis de estrogénio presentes na menopausa (Paganini-Hill & Henderson, 1994 *in* Shumaker & cols., 2003; Judd & cols., 1974 *in* Shumaker & cols., 2003).

Mulheres que após a entrada no período da menopausa receberam tratamento hormonal com estrogénio revelaram melhorias no estado afectivo (socialização, cuidado pessoal, actividades de lazer, menor prevalência de depressão) e no nível cognitivo (memória, verbalização, compreensão), menores possibilidades de serem acometidas por uma doença cerebrovascular (acidentes vasculares cerebrais), e uma menor prevalência na doença de Alzheimer, com uma diminuição de 30 a 60% no risco de desenvolvimento da mesma, retardando igualmente a prevalência de défices de memória, característicos da doença em causa, apesar da eficácia ser temporária (Brenner & cols., 1994 *in* Romera & Leles, 2000; Mortel & cols., 1995 *in* Romera & Leles, 2000; Morrison & cols., 1996 *in* Romera & Leles, 2000; Matthews & cols., 2001 *in* Romera & Leles, 2000; Soares & cols., 2001 *in* Romera & Leles, 2000; entre outros).

Estes benefícios apoiam a prescrição de terapia hormonal de reposição com estrogénio para mulheres que apresentem doenças que produzam declínio nas funções cognitivas (Romera & Leles, 2000).

Uma extensa pesquisa científica identificou os mecanismos pelos quais o estrogénio pode influenciar o envelhecimento do cérebro. Estes efeitos incluem a modulação da acetilcolina (Luine & cols., 1980 *in* McLay, Maki & Lyketsos, 2003) e englobam efeitos protectores do estrogénio no cérebro, que podem incluir a promoção de actividade colinérgica, redução da perda neuronal, estimulação do germinar dos axónios e da formação das dendrites da medula espinal, redução das alterações químicas no cérebro através do aumento do fluxo sanguíneo e redução dos níveis de colesterol (Brinton & cols., 2000 *in* Shumaker & cols., 2003; Chen & cols., 2002 *in* Shumaker & cols., 2003), e ainda, um efeito protector sobre a memória, efeito este, que aumentaria com a idade (Romera & Leles, 2000).

O suporte para a hipótese de que uma deficiência em estrogénio pode ser uma das causas do aparecimento de demência, surge com a associação positiva entre o estrogénio

exógeno e o desempenho cognitivo em mulheres idosas sem demência (Phillips & Sherwin, 1992 *in* Shumaker & cols., 2003; Maki, Rich & Rosenbaum, 2002 *in* Shumaker & cols., 2003). Em adição, estudos controlados (Henderson & cols., 1994 *in* Shumaker & cols., 2003; Waring & cols., 1999 *in* Shumaker, 2003), transversais (Steffens & cols., 1999 *in* Shumaker & cols., 2003), e estudos prospectivos (Kawas & cols., 1997 *in* Shumaker & cols., 2003; Baldereschi & cols., 1998 *in* Shumaker, 2003; Cauley & cols., 1990 *in* Shumaker & cols., 2003) referem um risco diminuto do aparecimento de demência em mulheres em menopausa que tomam estrogénio, quando comparadas com aquelas que não o tomam.

Todavia, em provas clínicas de mulheres com doença de Alzheimer que não possuem estrogénio, não são detectados benefícios protectores do estrogénio na performance cognitiva (Henderson & cols., 2000 *in* Shumaker & cols., 2003; Wang & cols., 2000 *in* Shumaker & cols., 2003).

Em duas meta-análises realizadas, em que se analisavam as reduções de risco que o estrogénio produzia na demência, os estudos reportaram uma redução de 29% (Yaffe & cols., 1998 *in* Shumaker & cols., 2003), e de 34% (Nelson & cols., 2002 *in* Shumaker & cols., 2003), ainda que vários estudos observacionais prospectivos não tenham encontrado nenhum efeito protector do estrogénio, quer na incidência da demência, quer em qualquer aspecto cognitivo (Matthews & cols., 1999 *in* Shumaker & cols., 2003; Cauley & cols., 1999 *in* Shumaker & cols., 2003; Barrett-Connor & Kritz-Silverstein, 1993 *in* Shumaker & cols., 2003, Brenner & cols., 1994 *in* Shumaker & cols., 2003).

Em relação à progesterona, os seus efeitos são menos compreendidos. Nos poucos estudos efectuados em sistema de cultura de células (Nilson & Brinton, 2002 *in* Schumaker & cols., 2003), experiências com ratos (Chelsler & Juraska, 2000 *in* Schumaker & cols., 2003) e em macacos (Herbison & cols., 1995 *in* Schumaker & cols., 2003), a combinação de estrogénio com progesterona converte os efeitos do estrogénio administrado sozinho.

O *Women's Health Initiative Memory Study* (WHIMS) (Shumaker & cols., 1998 *in* Shumaker & cols., 2003) examinou dois grupos aos quais foi administrada terapia hormonal. O estudo abrangeu mulheres saudáveis com mais de 65 anos, que tomam um suplemento hormonal de estrogénio (quer seja estrogénio isoladamente ou um complemento que inclua estrogénio e progesterona) e o seu efeito na diminuição das causas da demência (resultado primário) e no MCI (*mild cognitive impairment*) (resultado secundário).

O estudo da administração do complemento de estrogénio mais progesterona que estava planeado para 8.5 anos, foi parado depois de 5.6 anos, por causa do risco acrescentado no grupo de mulheres que sofreram intervenção, para desenvolverem doenças do coração, derrames cerebrais, embolia pulmonar e cancro da mama comparadas com o grupo de controlo, que utilizava um placebo. Os riscos detectados superavam os benefícios do complemento estrogénio mais progesterona, no caso de cancro do cólon e em fracturas de osteoporose (*Writing Group for the Women's Health Initiative, 2002 in Shumaker & cols., 2003*). Todavia, o estudo principal da *Women's Health Initiative* que envolvia apenas terapia com estrogénio, continuou para as mulheres que eram estéreis.

O WHIMS (*Shumaker & cols., 1998 in Shumaker & cols., 2003*) avaliou através do *MMSE*, o efeito da combinação estrogénio e progesterona, na incidência de demência e MCI em mulheres na menopausa, comparativamente com mulheres na mesma situação, mas que utilizavam um placebo. Os resultados detectaram que 61 mulheres das 4532 utilizadas na amostra, teriam uma demência provável, sendo que 66%, ou seja, 40 mulheres, pertenciam ao grupo a que era administrado o combinado hormonal e, 21 mulheres (34%) pertenciam ao grupo em que era administrado o placebo (*Shumaker & cols., 2003*).

Os resultados encontrados denunciam a probabilidade do grupo, que estava a ser medicado com o complemento hormonal, desenvolver um risco aumentado de demência provável em mulheres na menopausa que tenham 65 anos e mais. O risco de desenvolverem uma demência era duas vezes maior no grupo de mulheres que utilizou o complemento hormonal, em comparação com o grupo que utilizou o placebo (apesar deste risco ser relativamente baixo). O risco de desenvolvimento de demência aparece logo depois de um ano de administração, e as diferenças permanecem por mais de 5 anos. Numa análise adicional dos resultados obtidos, a influência dos riscos do complemento hormonal permanece nas mulheres que o tomaram (*Shumaker & cols., 2003*). Este risco resultaria na adição de 23 novos casos de demência por ano em cada 10 000 mulheres. Além disto, a terapia de estrogénio mais progesterona não previne o MCI nestas mulheres.

Estas descobertas apoiam a conclusão que os riscos da administração do complexo estrogénio mais progesterona, em mulheres em menopausa, superam os seus benefícios (*Shumaker & cols., 2003*).

Deve-se ter em consideração que os resultados obtidos foram para a combinação estrogénio mais medroxyprogesterone acetate, o que pode não ser ampliado a outras

combinações de estrogénio e progesterona, a outras doses ou maneiras de administração. Contudo, não existem evidências de que outras combinações hormonais de estrogénio e progesterona trariam resultados substancialmente diferentes.

Em conclusão a maior parte dos estudos apoiam o efeito protector do estrogénio, quer seja em experiências *in vitro*, quer sejam experiências vivas (Behl & cols., 1997 *in* Shumaker & cols., 2003; Román & Sánchez, 1998; McLay, Maki & Lyketsos, 2003). Nas descobertas recentes, os resultados da administração de estrogénio sozinho assume significado adicional por poder elucidar sobre o impacto da administração desta hormona administrada sozinha no estado cognitivo das mulheres na menopausa.

Outra limitação daquele estudo foi que a terapia administrada pela WHIMS foi restrita a mulheres com mais de 65 anos. Alguns autores sugerem que terapias hormonais que possam prevenir a demência, devem ser administradas, logo que se inicie a menopausa (Resnick & Henderson, 2002 *in* Shumaker & cols., 2003; Zandi & cols., 2002 *in* Shumaker & cols., 2003).

Apesar das descobertas realizadas, estas são complexas, e os dados sobre a relação enunciada e, o seu efeito nas mulheres é limitado (cf. Coker & Shumaker, 2003 *in* Shumaker & cols., 2003).

Também as perturbações emocionais são diferenciadas entre os homens e mulheres idosos. Algumas podem aumentar na velhice para algumas pessoas, por causa do seu comportamento ou de incapacidades provocadas por doenças crónicas. Para outros indivíduos, com o passar dos anos, pode diminuir o *stress* e melhorar a saúde mental do sujeito.

No que diz respeito aos homens, a literatura psicossocial sugere que as mudanças emocionais e cognitivas que ocorrem no homem idoso são poucas, e que algumas parecem beneficiar mais o homem, do que tornarem-se incapacidades para ele (Metz & Miner, 1998).

Todavia, se envelhecer é definido como patológico, ou seja, algo que tem de ser curado, então um homem pode resistir, mais do que aceitar, a progressão natural da vida (Metz & Miner, 1998).

No envelhecimento do homem, o seu corpo naturalmente amadurece, o seu espírito é também encorajado de uma forma natural, a suavizar, relaxar, a aceitar a progressão da vida e, até, eventualmente, aceitar a morte. Existe uma metamorfose ou uma sútil transformação no significado da vida para aqueles homens que aceitam a vida, apesar das vicissitudes que esta pode apresentar. Tal aceitação pessoal parece ser uma característica essencial no processo de

envelhecimento de uma forma saudável, o que progressivamente humaniza um homem, e lhe dá ternura e prudência pessoal (Metz & Miner, 1998).

Segundo Aldwin e os seus *cols.* (1989 *in* Metz & Miner, 1998), que examinaram mais de 2 000 homens, a relação dos indivíduos daquele sexo com a idade e saúde mental reflecte-se num gráfico com uma curvatura em forma de “U”. Enquanto que os sintomas físicos aumentam, na relação de um novo sintoma de três em três anos, no que refere ao estado psicológico dos sujeitos utilizados no estudo, parece que os factores psicológicos demonstram um comportamento essencialmente estável, já que novos sintomas, surgem de 28 em 28 anos (Aldwin & *cols.*, 1989 *in* Metz & Miner, 1998).

Outros estudos (Feinson & Thoits, 1986 *in* Metz & Miner, 1998; Gatz, Hurwicz & Weicker, 1986 *in* Metz & Miner, 1998) suportam a existência de poucas evidências no aumento de perturbações emocionais com o avançar da idade no homem.

Srole e Fisher (1986 *in* Metz & Miner, 1998), mediram sintomas psiquiátricos que resultam do declínio do funcionamento do papel social desempenhado pelo sujeito. As evidências suportam a conclusão de que as mudanças na saúde mental ocorridas nos homens podem ser atribuídas a factores psicossociais de risco, como são o estatuto de casado, o apoio social, os eventos de vida, tensão financeira, isolamento social, a qualidade da vizinhança (Roberts & *cols.*, 1997 a *in* Metz & Miner, 1998), problemas de saúde física crónicos e *declínio cognitivo* (Roberts & *cols.*, 1997 b *in* Metz & Miner, 1998).

Também no nosso estudo foi relatado *declínio cognitivo* para os homens, medido pelos resultados médios do *MMSE* (M=15.55). Ainda assim este é menos significativo do que o *declínio cognitivo* que foi detectado através do *MMSE* para as mulheres (M=12.47).

Investigações recentes descreveram que as alterações psicológicas ocorridas no envelhecimento dos homens estão relacionadas com as transformações fisiológicas que se dão nesta fase do ciclo vital. Alguns dos resultados encontrados parecem ser indicativos dos estados afectivos negativos que podem levar a pensar que o envelhecimento leva a uma perda de bem-estar e ao aumento dos sintomas depressivos. Outras alterações sugerem que uma redefinição mais positiva toma lugar no homem idoso, como sejam um aumento da flexibilidade, atitudes mais melódicas, uma expansão do significado de intimidade, e um crescimento do espírito e da integração (Metz & Miner, 1998).

No caso dos homens, as consequências das doenças no estado psicológico, social, neurológico, vascular e factores gerais de saúde parecem ser mais importantes para o bem-estar psicossocial do que os efeitos de um envelhecimento normal (Metz & Miner, 1998). O

mental e o emocional estão associados com o aumento da sensação de bem-estar, enquanto que o impacto negativo da perda de trabalho e de saúde no bem-estar podem comprometer a saúde mental do sujeito (BarTur, Levy-Shiff & Burns, 1998 *in* Metz & Miner, 1998).

Em resumo, parecem existir poucos dados que relatem um aumento de problemas nos homens com o avançar da idade, ou uma disfunção particular no bem-estar, apesar de existirem geralmente alterações em certos processos cognitivos (Metz & Miner, 1998).

Para explicar esta falta de provas consistentes Srole e Fisher (1986 *in* Metz & Miner, 1998, 250) propuseram que pode existir um “*desvio da amplificação das teorias do stress no desenvolvimento dos adultos*”, onde alguns desenvolvem uma vulnerabilidade psicossocial ao longo de toda a vida que se verifica no processo de *copping* perante situações stressantes, enquanto outros indivíduos, talvez a maioria, permanecem relativamente estáveis e resilientes por toda a vida. Os indivíduos que repetidamente lutam para arcar com os problemas, ou que sucumbem a eles, terão presumivelmente, cada vez mais, uma saúde mental pobre, à medida que envelhecem; enquanto que os outros, em crescente resiliência, podem desenvolver uma saúde mental de melhor qualidade, reflectindo, talvez, aquilo que se chama a prudência da experiência.

#### 6.4. RELAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL *DECLÍNIO COGNITIVO* E A VARIÁVEL *ESCOLARIDADE*

A maior parte dos testes psicológicos utilizados estão associados ao nível de escolaridade do sujeito avaliado, isto porque inúmeros testes de inteligência medem os conhecimentos ensinados na escola. Assim, para estudar o envelhecimento, é essencial controlar o nível de escolarização dos sujeitos, de forma a não atribuir à idade, resultados que devem ser atribuídos ao nível de estudos dos sujeitos (Fontaine, 2000).

Tendo em conta os dados do *Inquérito ao Emprego de 2001*, determinaram-se os níveis de escolaridade da população idosa portuguesa, com base nas categorias da *International Standard Classification of Education (ISCED)* utilizada pelas Nações Unidas<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> O nível 0 corresponde à educação pré-escolar, sendo que a não frequência escolar também se enquadra neste nível. O nível 1 corresponde ao 1º e 2º ciclos do ensino básico; o nível 2 ao 3º ciclo; o 3º nível ao ensino secundário; o nível 4 não tem correspondência com sistema educativo nacional (é um ensino pós-secundário, mas não corresponde ao ensino universitário; o nível 5 corresponde ao ensino superior que engloba quer o bacharelato, a licenciatura, pós-licenciatura e mestrado; e o 6º nível corresponde ao grau de doutoramento (INE, 2002).

Os resultados obtidos demonstram que mais de metade da população portuguesa (55.1%), com 65 anos e mais, não apresentavam qualquer nível de escolaridade. Esta proporção era maior no caso das mulheres do que no caso dos homens (64.7% nas mulheres contra 41.3% nos homens) (INE, 2002).

No nosso estudo, como se pode observar pela tabela V que descreve a escolaridade dos sujeitos da amostra segundo os pontos de corte do *MMSE*, a segunda maior percentagem de sujeitos da amostra, 34.1%, é analfabeta, enquanto que na tabela VI que descreve os sujeitos segundo a escolaridade em categorias, com uma descrição mais real da escolaridade dos sujeitos, é a classe dos analfabetos que reúne o maior número de sujeitos da amostra ( $n=28$ , 34.1%).

Em segundo lugar surge o primeiro nível do ISCED cuja proporção engloba 37% dos indivíduos idosos, com um peso relativo superior nos homens (48% contra 29.3% nas mulheres). No nosso estudo pela análise da tabela VI que representa a distribuição da escolaridade da amostra em categorias, são os níveis <4º ano, 4º ano e entre 5 e 7 anos de escolaridade, correspondentes ao 1º nível do ISCED que reúne o maior número e percentagem de sujeitos, com 40.2% da amostra, 33 sujeitos. Esta proporção corresponde ao mesmo número de sujeitos da amostra auferidos para a escolaridade corte do *MMSE* de 1 a 11 anos de escolaridade, o que significa que para a amostra do nosso estudo o máximo para o ponto corte do *MMSE* de escolaridade entre 1 a 11 anos de escolaridade, são 7 anos de escolaridade.

Os níveis 2 a 6 englobam apenas 7.9% da população idosa, 3.4% dos quais detêm o nível 2, enquanto que 2.5% detêm o 5º e 6º nível do ISCED (INE, 2002). Os sujeitos da nossa amostra cuja escolaridade corresponde ao 5º nível do ISCED, são 3 (3.7% da amostra) tanto na distribuição da amostra pela escolaridade pontos corte do *MMSE*, correspondente ao ponto de corte mais de 11 anos de escolaridade, como na distribuição da escolaridade por categorias, que corresponde ao nível de estudos superiores. Como se pode observar pela tabela VI, com a distribuição da escolaridade da amostra por categorias, não foram avaliados sujeitos com habilitações ao nível do 3º ciclo e do secundário.

Ainda que os estudos analisados não o referiram, no nosso estudo foram avaliados pelo *MMSE*, 18 sujeitos, 22% da amostra, para os quais não foi possível determinar o nível de escolaridade, pelo que constituem *missing values*. Analisando a tabela XII, com o estudo da

ANOVA para o *declínio cognitivo e escolaridade por categorias*, verifica-se que é para estes sujeitos em que se destaca a menor média do *MMSE*,  $M=4.94$ , o que representa o maior *declínio cognitivo* do grupo de sujeitos analisados. Desta forma, são os sujeitos que não conseguiram referenciar a escolaridade obtida ou a ausência desta, que apresentam maior *declínio cognitivo* da nossa amostra.

Perante os resultados analisados conclui-se que, no geral, a população idosa apresenta baixos níveis de escolaridade, e dentro desta, segundo o INE (2002) são as mulheres que registam níveis de escolaridade inferiores ao dos homens.

Compreender a relação entre a educação e o declínio no funcionamento cognitivo é particularmente importante desde que o nível académico foi um dos factores associados à prevalência da demência do tipo de Alzheimer (Albert, 1995) e à prevalência da demência devido a múltiplos enfartes (Farmer & cols., 1995).

Também no nosso estudo foi detectada relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o *declínio cognitivo*. Segundo o nosso estudo, os dados suportam de forma estatisticamente significativa a hipótese operacional 4 em que “os sujeitos com nível de escolaridade mais elevado apresentam *declínio cognitivo* inferior quando comparados com os sujeitos com menor nível de escolarização” ( $F(2,63)=5,039$ ;  $p=.009$ )

Esta relação torna-se estatisticamente mais significativa, quando em vez do nível de escolaridade com base nos pontos corte do *MMSE*, que é uma classificação mais generalista, se considera a classificação realizada com base nos níveis de educação oficiais ( $F(2,76)=13,877$ ;  $p=.000$ ), mais próximos da realidade do sujeito.

Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro a vários estudos que relacionam maiores níveis de escolaridade com menor *declínio cognitivo*, assim como menores níveis de escolaridade a maior *declínio cognitivo*.

Segundo Albert (1995), mais anos de escolaridade estão de uma forma consistente associados a menores declínios na função cognitiva. No nosso estudo, os sujeitos que apresentam menor *declínio cognitivo* medido pelos resultados médios do *MMSE* eram os sujeitos que apresentavam de 1 a 11 anos de escolaridade, de acordo com os pontos corte do *MMSE* ( $M=19.06$ ).

O facto de não ter sido para os sujeitos que apresentam maior nível de escolaridade, segundo os pontos corte do *MMSE*, ou seja o grupo dos mais de 11 anos de escolaridade, pode

estar relacionado com o reduzido número de sujeitos avaliados que referiram ter aquele nível de escolaridade ( $n=3$ , 3.7%).

No que diz respeito à distribuição da amostra por escolaridade por categorias, foi também no grupo do 4º ano de escolaridade, (o grupo com mais número de sujeitos da amostra), em que foi detectado menor *declínio cognitivo*, medido pelos maiores valores médios de resultados do *MMSE* ( $M=20.00$ ) (de referir que o grupo dos 5 anos de escolaridade ao ensino superior foi excluído pelo total de sujeitos nestas categorias recolher apenas 5 sujeitos da amostra).

Para Albert (1995), a relação entre maiores níveis de escolaridade e menores declínios na função cognitiva é independente da idade, do sexo, língua do entrevistador, país de nascença, rendimentos e ocupação do sujeito avaliado. É especialmente notório que estes dois últimos factores não estejam relacionados com a relação entre a educação e os declínios, já que se esperava que estivessem associados com o nível de escolaridade do sujeito.

Pelo contrário, um baixo nível de educação está associado ao *declínio cognitivo* (McLay, Maki & Lyketsos, 2003). No nosso estudo, foi no grupo dos analfabetos que foi detectado o maior *declínio cognitivo* pelos resultados médios inferiores do *MMSE* ( $M=12,89$ ) tanto na distribuição da escolaridade por categorias como pelos pontos corte do *MMSE*.

Numa amostra de 54 gémeos, aqueles que demonstravam um *declínio cognitivo* mais rápido foi o grupo de gémeos com menos anos de escolaridade, quando comparados com o grupo de 32 gémeos que apresentavam um nível de escolaridade mais elevado (Farmer & cols., 1995).

Mesmo com amostras de etnias minoritárias, a relação entre baixos níveis de escolaridade e *declínio cognitivo* é detectável. Num estudo transversal de Mulgrew e cols. (1999) que pretendia determinar a distribuição do funcionamento cognitivo, medido pelo *MMSE*, de uma amostra de hispânicos e de sujeitos não hispânicos brancos de uma população rural, no sul do Colorado, os resultados encontrados foram ao encontro de outros estudos, que mostraram que indivíduos mais velhos e com níveis inferiores de educação, tendiam a ter cotações mais baixas no *MMSE*, quando comparados com sujeitos mais novos e que apresentavam maiores níveis de escolaridade (Crum & cols., 1993 in Mulgrew & cols., 1999; Escobar & cols., 1986 in Mulgrew & cols., 1999; Freidl & cols., 1996 in Mulgrew & cols., 1999; George & cols., 1991 in Mulgrew & cols., 1999; Jacquim-Gadda & cols., 1997 in Mulgrew & cols., 1999; Zhang & cols., 1990 in Mulgrew & cols., 1999).

Neste estudo, verificou-se assim a importância das variáveis idade e nível de escolaridade para determinar o *declínio cognitivo* (Mulgrew & cols., 1999).

Quando se relacionam as cotações do *MMSE*, anos de escolaridade e a probabilidade de apresentação de *declínio cognitivo*, entre aqueles cuja cotação foi acima dos 23 pontos (cotação que indica uma boa performance cognitiva), poucos anos de escolaridade predizem *declínio cognitivo*, não só nos sujeitos com mais de 65 anos, mas também naqueles que têm menos de 65 anos (Farmer & cols., 1995).

Nos sujeitos cuja cotação foi igual ou menor que 23 pontos, o nível de escolaridade não foi detectado como factor que predizia de forma significativa o *declínio cognitivo* (Farmer & cols., 1995). O contrário foi detectado no nosso estudo em que a média do *MMSE* para todas as categorias de escolaridade foi inferior a 23, e esta foi correlacionada de forma estatisticamente significativa com o *declínio cognitivo* do sujeito.

O baixo nível de escolaridade está também associado ao diagnóstico de demência (Albert, 1995; Prince & cols., 2003), nomeadamente demência do tipo de Alzheimer (Bonaiuto & cols., 1990 in Farmer & cols., 1995; Sulkava & cols., 1985 in Farmer & cols., 1995; Albert, 1995) e com a demência vascular (Gorelick & cols., 1993 in Farmer & cols., 1995).

Existem várias explicações para a associação entre demência e a escolaridade. Mais do que associada apenas aos sintomas da demência, a escolaridade do sujeito parece efectuar um efeito protector de um modo geral no funcionamento cognitivo (Albert, 1995).

Uma das interpretações indica que um baixo nível de escolaridade pode ser um factor de risco que sublinha o processo patológico da demência, possivelmente através da sua associação com outros factores de risco como sejam ocupações perigosas, comportamentos de saúde, tais como uso de álcool e de tabaco, *stress* ou privação nutricional na infância (Mortimer, 1988 in Farmer & cols., 1995; Friedland, 1993 in Farmer & cols., 1995). Estes factores ambientais de risco podem produzir uma vulnerabilidade geral no cérebro que aumenta a probabilidade de desenvolver doenças (Albert, 1995).

A educação, ou as variáveis que lhe estão subjacentes, podem também providenciar uma reserva, na capacidade cerebral, que protegem contra as manifestações clínicas de qualquer tipo de dano adquirido pelo cérebro (Farmer & cols., 1995), por exemplo, através do aumento do número de sinapses e da vascularização cerebral (Diamond & cols., 1985 in Albert, 1995; Greenough & cols., 1985 in Albert, 1995). Experiências com animais sugerem que um ambiente complexo estimula o crescimento dendrítico e aumenta o crescimento cerebral, e que esta associação se mantém ao longo da fase de adulto (Mortimer, 1988 in

Farmer & cols., 1995; Greenough & Green, 1981 *in* Farmer & cols., 1995). Nos humanos, as dendrites continuam a crescer até à velhice (Buell & Coleman, 1979 *in* Farmer & cols., 1995).

A reserva cerebral é esgotada até um certo limiar antes que a demência se manifeste clinicamente, o que, neste sentido, protege contra a emergência das características da demência (Stern & cols., 1992 *in* Farmer & cols., 1995; Katzman, 1993 *in* Farmer & cols., 1995). Deste modo, de acordo com a hipótese da “*reserva cerebral*”, este efeito não altera a vulnerabilidade do sujeito perante a doença, mas atrasa o aparecimento dos sintomas clínicos, através da detenção do ponto no qual, um número suficiente de anormalidades é acumulado para causar o surgimento de sintomas clínicos (Albert, 1995). Assim, a educação, as suas covariações, ou ambas podem providenciar igualmente uma reserva que compensa as alterações neuropatológicas da demência do tipo de Alzheimer e atrasa o começo das manifestações clínicas (Staz & cols., 1993 *in* Farmer & cols., 1995).

É importante enfatizar que a associação entre o *declínio cognitivo* e educação, e a associação entre *declínio cognitivo* e demência pode não ser uma consequência directa dos anos de escolaridade. Pode existir um terceiro factor que influencie esta relação, e que não esteja a ser analisado, como sejam as características inatas à variável educação, capacidade intelectual, perseverança, estimulação precoce na infância, ou factores associados com alto estatuto socioeconómico podem ser candidatos a constituírem este terceiro factor (Farmer & cols., 1995).

Apesar da escolarização ser obtida em períodos relativamente jovens na vida de um sujeito, o efeito directo da mesma na estrutura do cérebro não ocorre apenas naquela fase da vida, mas pode continuar ao longo da vida, através da instalação de hábitos de estimulação mental que produzem alterações químicas e estruturais no cérebro. Desta maneira, o efeito da escolarização no funcionamento cerebral será mediado pelos hábitos que se mantiverem ao longo da vida (Albert, 1995).

## **7. CONCLUSÃO**

Dos vários estudos populacionais realizados, nomeadamente os censos e as previsões estipuladas, demonstram de uma forma inegável, o envelhecimento crescente da população a nível mundial, mais especificamente nos países considerados industrializados. Portugal não escapa à regra (INE, 2002). Também o presente estudo demonstrou, tal como Maia e Costa

(2004), a elevada proporção da faixa etária idosa, nomeadamente aqueles que são considerados os mais idosos no universo da amostra estudada.

Para além do facto da população idosa constituir cada vez mais, a maior fatia da nossa sociedade, esta é também a proporção donde brota o maior leque de fragilidades. Dos idosos emergem altas percentagens de analfabetização, como também apresentam características de precariedade social, que por vezes, atinge o limiar da pobreza (FMSM, 1999; INE, 2002; Ramos, 2003).

A acrescentar a todos os factores supramencionados, e apesar de poder existir envelhecimento sem doença (Moragas, 1998), a própria evolução determina uma degeneração de todo o funcionamento do indivíduo (Warren, 1996), que mesmo não sendo por si só limitativo da condição do idoso (Ramos & cols., 1993 in Ramos, 2003), interfere com o seu funcionamento normal e anterior.

O declínio das funções cognitivas insere-se na panóplia de doenças a que o idoso é frequentemente acometido, e que decorre, em consequência do processo de envelhecimento (Luders & Storani, 1998 in Ruipérez & Llorente, 1998; Romera & Leles, 2000).

A nível mental, a demência, considerada como o *declínio cognitivo* por excelência (Romera & Leles, 2000), é o determinante mais forte no desenvolvimento de disfunção funcional, ou seja, no desenvolvimento de incapacidade funcional do sujeito (Aguero-Torres & cols., 1998 in Thomas, 2001).

A este nível o processo de avaliação geriátrica global, e específica, é um elemento essencial para a formulação de um plano de tratamento eficaz (Robledo, 1996), de forma a se poder conhecer melhor os nossos idosos e quais as suas capacidades e incapacidades, estabelecendo processos de reabilitação que lhe potenciem qualidade de vida.

Uma vez que pacientes com alterações do estado mental, de forma aguda ou crónica, são casos comuns na prática clínica que, com o aumento da expectativa de vida devem tornar-se ainda mais frequentes, o reconhecimento rápido de tais alterações é fundamental para dar prosseguimento ao diagnóstico (Caramelli & Nitrini, 2000), dentro de uma perspectiva de reestruturação programática realmente sincronizada com a saúde e o bem-estar da população de idosos (Ramos, 2003).

O *Mini-Mental State Examination* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 in Mulgrew & cols., 1999), constitui ao nível da avaliação das funções cognitivas, o mais amplo e breve instrumento para medir a cognição (Spar & La Rue, 1998; Ventura & Bottino, 2002; Tang-

Wai & cols., 2003; Caramelli & Nitrini, 2000; Ramos, 2003), que permite avaliar clinicamente e em pesquisas científicas, a demência e o *declínio cognitivo* e requer apenas 5 a 10 minutos (Robert, 1995), pelo que pode facilmente ser incluído no protocolo clínico de atendimento ao idoso ao nível primário de cuidados de saúde (Ramos, 2003).

Em consequência da incapacidade funcional apresentada pelo indivíduo idoso, que lhe provoca um grau variado de dependência, por vezes, a institucionalização surge como uma resposta, não só às necessidades do idoso, como da sua própria família, que se confronta com a impotência de poder prestar todos os cuidados que o idoso necessita, de forma a que este possa manter a sua autonomia, dignidade, bem-estar, permanecendo na sua casa, perto da família e dos amigos (rede de suporte informal) (Mailloux-Porier, 1995).

Mas para que os idosos não sejam “despejados” nas instituições, ou, para que quando as famílias ainda conseguem manter o idoso consigo, o processo de envelhecimento não seja a espera pela morte, interessa identificar os factores que predizem uma melhor performance no envelhecimento, de forma a poder auxiliar no desenvolvimento de intervenções que possam fomentar um envelhecimento que decorra de uma forma mais bem sucedida (Seeman & cols., 1995 in Yamashita, Iijima & Kobayashi, 1999). Assim, as pessoas podem aumentar as suas oportunidades de ter uma boa saúde mental e física durante toda a sua vida de acordo com a maneira como cuidam de si.

Tendo em conta que o envelhecimento cognitivo satisfatório é considerado uma parte muito importante do envelhecimento óptimo (Teri, McCurry & Logdson, 1997 in Redolat & Carrasco, 1998), vários trabalhos procuram identificar as variáveis que podem promover tanto a saúde do indivíduo, como um funcionamento cognitivo adequado durante o envelhecimento. Os factores que parecem potenciar um envelhecimento mais satisfatório a nível cognitivo, estão relacionados em parte com a capacidade do Sistema Nervoso para manter a plasticidade ao longo da vida. A plasticidade relaciona-se com a enorme flexibilidade que se encontra nos mamíferos, especialmente no homem, e que explica a grande capacidade adaptável dos organismos.

A nível cognitivo, estudos longitudinais sobre as alterações da inteligência ao longo da vida sugerem que o envelhecimento mantém uma considerável plasticidade: em sujeitos com idade avançada permanece uma certa capacidade para os câmbios plásticos que têm lugar no sistema nervoso e que estão ligados com a aprendizagem (Chapell, 1996 in Redolat & Carrasco, 1998).

Como foi demonstrado neste estudo, mais anos de escolaridade estão de uma forma consistente associados a menores declínios na função cognitiva (Albert, 1995).

Atendendo que a escolaridade foi obtida na infância, e que os efeitos se mantêm na velhice dos sujeitos, mais do que associada apenas aos sintomas do *declínio cognitivo*, a escolaridade do sujeito parece efectuar um efeito protector, de um modo geral, no funcionamento cognitivo, através da instalação de hábitos de estimulação mental que produzem alterações químicas e estruturais no cérebro. Desta maneira, o efeito da escolarização no funcionamento cerebral será mediado pelos hábitos que se mantiverem ao longo da vida (Albert, 1995).

Segundo Brody (1996 *in* FMSM, 1999) desenvolver actividades que estimulam a mente, como ler, fazer um curso, viajar e para alguns realizar mesmo jogos de estratégias como são o jogo de xadrez ou resolver quebra-cabeças, podem ter muita eficácia para ajudar a manter agilidade mental.

Desta forma, uma das perspectivas a desenvolver é o treino cognitivo que se baseia na alteração das atitudes e outras habilidades cognitivas (Baltes & Willis, 1982 *in* Montorio & Carrobles, 2000; Schaie & Willis, 1986 *in* Montorio & Carrobles, 2000). De uma maneira geral, estes trabalhos pretendem demonstrar que é possível modificar o rendimento das pessoas idosas nas tarefas cognitivas; desenvolver procedimentos para o seu treino; identificar aspectos que podem ser modificados; e, por fim, demonstrar que é possível compensar o declive no funcionamento intelectual.

#### **IV ANÁLISE CRÍTICA DESTE RELATÓRIO FINAL**

Depois de uma formação de licenciatura baseada essencialmente na aquisição de conceitos teóricos, é de fundamental importância o deparar com a realidade, não só para um conhecimento mais completo da teoria, mas sobretudo para perceber aspectos que o conhecimento teórico nem sempre aborda, porque a natureza da matéria (história de vida com diferentes particularidades, quadro clínico multifacetado, estratégias de *coping* múltiplas...) com que se trabalha é diferente de sujeito para sujeito.

O primeiro contacto clínico é um contacto especial. E a primeira experiência clínica é uma condição ainda mais especial (Aguirre, 2000).

No início do estágio curricular, aquando o primeiro momento de contacto com a realidade profissional, manifesta-se um ávido desejo pelo contacto directo com pacientes, uma necessidade de aplicação dos conhecimentos adquiridos durante cinco anos de licenciatura, uma carência de auto e hetero-avaliação da capacidade individual enquanto profissionais de psicologia.

Todavia, esta curiosidade positiva e saudável é muitas vezes substituída, na hora “h”, por uma ansiedade, difícil de não se deixar transparecer, mas impossível de deixar de sentir.

Como Aguirre (2000) refere, numa primeira vez é difícil conciliar a continência com a obtenção de informações. Mas é a primeira vez que proporciona a segunda vez. Apesar da primeira vez ser mais difícil de ser apreendida e também de ser aprendida. Além disso, segundo a mesma autora, é natural que numa primeira vez, não seja possível um domínio total da situação. O estagiário necessita de mais tempo, mais dados, utiliza mais esforço e tem mais dificuldades do que o profissional que tem experiência.

O suporte teórico, ainda que não perceptível para os olhos dos leigos e que toda a acção do psicólogo deve ter, exerce aqui um importante papel. Quanto mais claro e explícito for o enquadramento teórico, melhor estarão garantidas as condições de trabalho (Aguirre, 2000).

Apesar da rede de apoio que constitui um quadro teórico, a variabilidade individual constitui o principal desafio de intervenção psicológica. Por exemplo, o plano da sessão, estruturado previamente, não corresponde na grande maioria das vezes ao que acontece na sessão. Há uma precisão de ajustamento constante entre os objectivos pretendidos com o processo de intervenção psicológica, quer seja ele de avaliação, de intervenção, ou mesmo de investigação, e aquilo que se nos apresenta na realidade.

Nem sempre a sequência ou ordem planeada para a sessão é passível de ser concretizada. A necessidade de adaptação ao paciente que se nos apresenta, às suas características idiossincráticas e ao seu quadro clínico, é fundamental para que o processo psicológico seja realmente proveitoso, e que se aproxime o máximo possível do que o sujeito é, e do que requer de nós.

A situação anterior é particularmente saliente no caso das crianças. Segundo Grandesso (2000b *in* Costa & Dias, 2005), cada sessão com uma criança é uma experiência única. Ainda que o terapeuta possa ter muitos objectivos e planos, não deve haver expectativas. O que é importante é que exista um ambiente de segurança e respeito das capacidades e sentimentos da criança.

É também essa espontaneidade e imprevisibilidade do comportamento da criança, na sua comunicação verbal e não-verbal, que proporciona o estabelecimento da relação terapêutica entre a criança e o técnico, assim como a evolução da criança no processo terapêutico tende a ser, de forma natural, mais rápida, excepto quando a colaboração com o *Sistema Família*, ou outros, é imprescindível, mas inexistente (Costa e Dias, 2005).

O terapeuta deve ter uma atenção constante à linguagem própria da criança, nomeadamente aos conteúdos não verbais desenvolvidos; deve ter disponibilidade para entrar no mundo lúdico e de fantasia da criança, sair do mundo adulto intelectualizado e estruturado, diferença muitas vezes reforçada pela desigualdade entre estatura física entre o terapeuta e a criança; o terapeuta deve conectar-se com o nível cognitivo da criança no seu momento de desenvolvimento. Esta aproximação é necessária para que a criança se sinta compreendida, confie e progrida na relação e processo terapêutico (Costa e Dias, 2005).

É fundamental que a criança confie no terapeuta (Axline, 1980b *in* Costa & Dias, 2005), para isso é necessário que o terapeuta saiba quando deve permanecer em silêncio e quando deve fazer uso da palavra (Oaklander, 1980 *in* Costa e Dias, 2005). O terapeuta deve seguir a criança na procura da sua verdade, pondo ao dispor os seus recursos pessoais, técnicos e metodológicos (Bermúdez, 1997 *in* Costa & Dias, 2005).

Epston (1997 *in* Costa & Dias, 2005) acrescenta que a tarefa do terapeuta com a criança é assisti-la na produção de conhecimento, das suas próprias soluções e não tentar impor-lhe a visão do adulto.

O psicoterapeuta quando intervém com a criança deve ter o cuidado de não ser evasivo, para que aquela não seja bloqueada pela sua intromissão. É importante estar atento às indicações da criança, para que o terapeuta a possa seguir (Axline, 1980 *in* Costa & Dias,

2005). Isto não significa que o terapeuta seja passivo, mas deve ser leve, delicado e ter habilidade de não ser invasor (Oaklander, 1980 *in* Costa & Dias, 2005).

Estes exemplos ilustram o facto do modelo aprendido não ser aplicado da mesma forma na prática. Com a experiência há uma necessidade de flexibilizar a sua prática, adequando as suas características pessoais e profissionais ao caso em questão (Aguirre, 2000).

Esta experiência adquire-se à custa da constante actualização, quer em termos de avaliação, diagnósticos ou intervenções. A actualização científica é uma das chaves para o sucesso profissional, não só pelas constantes investigações que emergem das diversas sub-áreas, com dados novos, como pela preparação exigida para cada novo caso.

O anúncio de um novo caso a acompanhar, mediante as queixas apresentadas, requer um estudo, não só para se investigar as características das queixas apresentadas, mas também para investigar qual a melhor forma de proceder. Mesmo depois de cinco anos de formação há um medo de não saber fazer.

As dúvidas iniciais giram em torno das dúvidas do seu próprio desempenho. Medo de não saber fazer, de fazer algo errado que comprometa o paciente, de descobrir que a profissão escolhida não é a sua vocação, de ser criticado pelo supervisor (Aguirre, 2000).

A ansiedade sentida perante um acontecimento novo, seja sob a forma de medo ou preocupação, indica interesse. É a condição necessária para impulsionar o estagiário a preparar-se para o evento. O mais comum é que ao princípio as dúvidas originem mais medo do que a realidade exige (Aguirre, 2000).

Nos primeiros momentos de prática, a supervisão reflecte-se como um importante *feedback* do trabalho desenvolvido, como uma importante cábula a quem se pode recorrer nos momentos de maior insegurança, uma partilha que diminui a ansiedade e aumenta a compreensão do caso que se apresenta. O principiante da psicologia deve recorrer sempre a esta ajuda para que possa desenvolver-se profissionalmente de forma cada vez mais autónoma e confiante no seu trabalho e nas suas aptidões, apesar de dever manter sempre uma atitude de humildade para a integração de novas investigações e para a opinião dos profissionais com mais experiência.

As maiores dificuldades sentidas durante o estágio e no caso concreto dos casos acompanhados prendiam-se com a modificação de aspectos importantes da família das crianças em causa, que muitas vezes contribuíam para a manutenção do comportamento disfuncional apresentado, dificultando desta forma a modificação dos próprios comportamentos nas crianças. Por exemplo, no caso de P. ainda que se tenha alertado a

família da criança, através da mãe, da importância de não proceder a verbalizações depreciativas sobre o filho, e a mãe tenha mostrado ter compreendido a situação, é difícil analisar até que ponto se deu a alteração do comportamento em questão no contexto casa.

Muitas vezes os pais não querem e/ou não compreendem a importância da intervenção terapêutica. Muita da resistência que os pais apresentam na colaboração no processo terapêutico é decorrente da ideia que eles serão apontados como culpados do comportamento disfuncional da criança, ou que este comportamento denuncia a própria disfuncionalidade familiar (Costa & Dias, 2005). Outras vezes, a família não apresenta *insight* sobre a problemática da criança, não reconhece o comportamento como problemático.

Porque a maior parte dos casos trabalhados foram despontados a partir de pedidos do meio escolar para crianças e adolescentes, ainda que os pais fornecessem o seu consentimento informado para a intervenção psicológica, nem sempre foi fácil conseguir estabelecer uma relação terapêutica com os pais ou responsáveis. Embora muitos pais cresçam muito com o processo terapêutico dos filhos, outros dificultam esse mesmo. Este aspecto deixa o profissional solitário, impotente e frustrado, já que a criança está condicionada e dependente dos pais para continuar ou suspender o processo (Costa & Dias, 2005).

A qualidade de envolvimento dos pais no processo terapêutico dos filhos reflecte-se na qualidade da intervenção realizada. Não é que o processo terapêutico só com a criança não possa avançar, mas as hipóteses de sucesso que contam com a colaboração dos pais ou responsáveis aumentam esse sucesso (Costa & Dias, 2005).

Os obstáculos mencionados no envolvimento dos pais no processo terapêutico de crianças e jovens acrescem aos que são características deste tipo de população. A avaliação e intervenção com crianças e jovens estão dependentes de características próprias desta faixa etária, como seja o seu estado de desenvolvimento, com os respectivos conflitos desenvolvimentais, nem sempre apresentam as aptidões necessárias que lhes permitam adquirir o *insight* necessário sobre o seu quadro idiossincrático, nem reflectir na importância da intervenção para alteração de alguns comportamentos ou cognições menos funcionais. Este aspecto influencia a motivação e envolvimento que o sujeito enquanto criança ou adolescente apresenta perante o processo terapêutico, o que condiciona a qualidade dessa mesma intervenção.

Apesar destas limitações, o trabalho com crianças e adolescentes é algo muito valioso, pois possibilita uma acção precoce e preventiva de comportamentos disfuncionais, que se não forem alvo de intervenção poderão apresentar formas mais cristalizadas e enraizadas no

padrão de comportamento futuro do sujeito já adultos, e desta forma mais difíceis de alterar (Costa & Dias, 2005).

De facto, os obstáculos e dificuldades no processo psicológico são inevitáveis e permitem não só compreender o que se passa com o paciente, mas também possibilitam a reflexão do psicólogo (Aguirre, 2000). A solução para os obstáculos e dificuldades colocadas passa, como já se referiu, pela actualização e busca constante do melhor procedimento a utilizar, tendo em conta aquele caso preciso.

Existe por vezes uma tentativa idealizada e errada de tentar mudar o comportamento disfuncional de um dia para o outro. O trabalho de intervenção psicológica é, na maior parte das vezes, lento, repetitivo e por vezes pautado por retrocessos e insucessos, que nem sempre corresponde às expectativas do paciente e do terapeuta. Apesar das dificuldades e obstáculos, ao analisar a evolução dos casos, podem-se perceber alterações, ainda que subtis, que contribuem para alteração progressiva do comportamento disfuncional apresentado.

É difícil a admissão que o nosso trabalho contribuiu de alguma forma para o desenvolvimento de posturas mais adequadas. Por isso, muitas vezes, ficamos surpreendidos com a manifestação de gratidão dos pacientes, ou dos seus familiares, que no entanto se revelam extremamente recompensadoras para o nosso trabalho, isto porque estamos mais preocupados num bom desempenho com o paciente, do que o reconhecimento desse mesmo empenho (Aguirre, 2000).

## V - CONCLUSÃO

Finaliza-se assim este *Relatório Final* de equivalência ao 2º ciclo de estudos, *grau de Mestre*, na área de Psicologia. Pensamos que comprovamos as aptidões e competências requeridas pelo *Regulamento do Grau de Mestre em Psicologia da Universidade da Beira Interior* (s/d), a que nos propusemos na Introdução, nomeadamente ao demonstrar competências de *Avaliação, Intervenção e Investigação Psicológicas*.

Tal como Morgado (2004) refere no seu parecer sobre a *Implementação do Processo de Bolonha na área da Psicologia e das Ciências de Educação*, parece-nos que aquelas áreas são fundamentais para o exercício independente da prática de um profissional de Psicologia, que ao mesmo tempo constituem o ponto de partida para essa prática, com necessidade de potenciar e melhorar cada uma daquelas áreas de actuação.

Cada um dos casos que se nos apresentam, e que apresentamos neste *Relatório Final*, quer sejam de *Avaliação*, quer sejam de *Intervenção Psicológica*, constituem novas oportunidades de enriquecimento e de melhoramento das técnicas e métodos utilizados, com uma necessidade constante de actualização através das novas pesquisas, métodos e técnicas, mas também de nós próprios aumentarmos esse conhecimento com as nossas reflexões e experiências, com a nossa investigação.

A *Investigação* como instrumento de trabalho do psicólogo e de requisito de equivalência ao 2º ciclo, aspira ao desenvolvimento de uma “*atitude de investigação*” no exercício profissional, que possibilite maior rigor e contextualização na análise dos problemas, assim como das possibilidades de mudança, para além da selecção dos melhores métodos de acordo com a especificidade da situação que se nos coloca, e por fim, uma maior capacitação para a necessária avaliação da intervenção realizada (Morgado, 2004).

De acordo com Canário (2007, pág. 183): “*Aquilo que o profissional faz não é determinado, principalmente, por aquilo que ele sabe, mas sim por aquilo que ele é. Isto significa que ele precisa de investir toda sua personalidade e tem que fazer apelo a todos os seus recursos cognitivos e afectivos, para poder ter um bom desempenho profissional. Isso obriga-o, permanentemente, a recontextualizar e a fazer apelo a saberes anteriores, mas recriando-os. É neste processo que também se situa a noção do Profissional Reflexivo*”, daí a importância de incluir um capítulo de *Análise Crítica* neste trabalho e em qualquer outro.

Com o exposto neste trabalho pensamos provar as competências requeridas para a prática independente profissional, exigência do 2º ciclo, de um profissional de Psicologia. Tentamos ilustrar o que um Psicólogo faz na sua prática profissional independente, ou seja: *“procura analisar e avaliar procedimentos, conhecer como se constroem conhecimentos e se estabelecem relações sociais e afectivas, tendo como objectivo proceder a intervenções que levem os sujeitos a obter satisfação pessoal, para se sentirem adaptados ao meio em que vivem, ou a introduzir transformações nos contextos de existência”* (Morgado, 2004, pág. 2).

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aguirre, A. (2000). A primeira experiência clínica do aluno: ansiedades e fantasias presentes no atendimento e na supervisão. *Psicologia: Teorias e Práticas*, 2 (1), 3-31.
- Albert, M. (1995). How does education affect cognitive function? *Ann Epidemiol*, 5, (1), 76-78.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Investigação*. Coimbra: Associação de Psicólogos Portugueses (APPORT).
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição). Lisboa. Climepsi Editores.
- Arbinaga, F. (2002). La mujer mayor institucionalizada versus no institucionalizada: aproximación al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacción con la vida. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 64, 26-33.
- Argollo, N. (2003) Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperactividade: Aspectos Neuropsicológicos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7 (2), 197-201.
- Brito, F., & Ramos, L. (2002). Serviços de Atenção à Saúde do Idoso. In Netto, M. *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em visão globalizada* (304-401). São Paulo: Edições Atheneu.
- Brito, A.; Zanetta, D.; Mendonça, R.; Barison, S.; Andrade, V. (2005). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):143-149.
- Canário, R. (2007). *Aprendizagens e quotidianos profissionais: Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência.
- Capilla-González, A.; Pazo, P.; Campo, P.; Maestú, F.; Fernández, A.; Fernández-González, S.; Ortiz, T. (2005). Nuevas aportaciones a la neurobiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde la magnetoencefalografía. *Rev. Neurol*, 40 (Supl 1): S43-S47.
- Cardo, E. & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Rev. Neurol*. 46 (6): 365-372.
- Caramelli, P., & Nitrini, R. (2000). Como avaliar de forma breve e objectiva o estado mental de um paciente? *Rev Ass Med Brasil*, 46(4), 301-302.

- Da Conceição, M. (2002). Life Course, Households and Institutions: Brazil and Mexico. *Journal of Comparative Family Studies*, 33(3), 317-344
- Díaz, V, Díaz, I., Rojas, G., & Novogrodsky, R. (2003). Evaluación geriátrica en la atención primaria. *Revista Méd Chile*, 131, 895-901.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gargallo, B. (1998). *Programa de Intervenção Educativa para Aumentar a Atenção e a Reflexividade*. Lisboa. Cegoc-Tea.
- Gianakopoulos, P. (2003). Información sobre el Encuentro Regional Europeo del IPA: Cognición, Conducta y Performance Social en la vejez. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 6, (2), 165-167.
- Gómez-Betancur, L.; Pineda, D.; Aguirre-Acevedo, D. (2005). Conciencia fonológica en niños con trastorno de la atención sin dificultades en el aprendizaje. *Rev. Neurol.* 2005; 40 (10): 581-586.
- Farmer, M., Kittner, S., Rae, D., Bartko, J, & Regier, D.(1995). Education and Change in Cognitive Function: The Epidemiologic Catchment Area Study. *Ann Epidemiol*, 5(1),1-7.
- Federación Mundial de Salud Mental. (1999). La salud mental y el envejecimiento. *Revista Psiquiatría Pública*, 11 (5-6), 43-49.
- Flashman, L. (2004). Cognitive and neurologic impairments in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin N Am.* 27 (2004) xiii–xv.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Formosinho, J. & Araújo, S. (2002). Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e Pesquisa*, v. 28, n.2, p. 87-103.
- Hutz, C. & Silva, D. (2002). Avaliação Psicológica com Crianças e Adolescentes em Situação de Risco. *Avaliação Psicológica*, 1, pp. 73-79.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socio-Económica Recente das Pessoas Idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 185-208.
- Johnston, C. & Jassy, J. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: links to parent-child interactions. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. May; 16(2): 74-9.

- Klassen, A.; Miller, A.; Fine, F. (2004). Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Rev. Neurol.* 35 (3): 201-205.
- Laks, J., Batista, E., Guilherme, E., Contino, A., Faria, M., Figueira, I., & Engelhardt, E. (2003). O Mini Exame do Estado Mental em Idosos de uma Comunidade. *Arq Neuropsiquiatr*, 61 (3-B), 782-785.
- Leveille, S., Fried, L., McMullen, W., & Guralnik, J. (2004). Advancing the Taxonomy of Disability in Older Adults. *The Journal of Gerontology*, 59(1), 86-93.
- Lueckenotte, A. (2002). *Avaliação em Gerontologia* (3ª edição). Rio de Janeiro: Reichamann & Afonso Editores.
- Maia, L., & Costa, J. (2004). Análisis de los resultados de 92 ancianos ingresados en instituciones de salud en el Mini Mental State Examination Test (versión portuguesa) a través de la TCT y del Modelo de Rasch. *Revista Psiquiatria Clínica*. (aceite para publicação) 1 (26).
- Mailloux-Poirier, D. (1995). Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento. In Berger, L. & Mailloux-Poirier (coord.). *Pessoas idosas – Uma abordagem geral : O processo de enfermagem por necessidades* (87-97). Lisboa: Lusodidacta.
- Manga, D. & Fournier, C. (1997). *Neuropsicología clínica infantil- estudio de casos en edad escolar*. Madrid: Editorial Universitas.
- Marquis, S., Moore, M., Howieson, D., Sexton, G., Payami, H., Kaye, J. & Camicioli, R. (2002). Independent Predictors of Cognitive Decline in Healthy Elderly Persons. *Archives of Neurology*, 59 (4), 601-606.
- Martín, M. (1999). Trastornos psiquiátricos en el anciano. *ANALES Sis San Navarra*, 22 (Supl.1), 95-108.
- McLay, R., Maki, P., & Lyketsos, C. (2003). Nulliparity and late menopause are associated with decreased cognitive decline. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15(2), 161-167.
- Metz, M., & Miner, M. (1998). Psychosexual and psychosocial aspects of male aging and sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(3), 245-259.
- Mondin, E. (2005). Interações afetivas na família e na pré-escola. *Estudos de Psicologia* 10(1), 131-138.
- Montiel-Nava, C.; Peña, J.; Espina-Mariñes, G; Ferrer-Hernández, M.; Gargallo-Rubio, A.; Puertas-Sánchez, S.; Cardozo-Durán, J. (2002). Estudio piloto de metilfenidato y

- entrenamiento a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Rev. Neurol.* 35 (3): 201-205.
- Montorio, I., & Carrobbles, J. (2000). Comportamiento y Salud. Promoción de la Salud. In Montorio, I., & Izal, M. (Edit.) *Intervención psicológica en la vejez – Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud* (15-41). Madrid: Editorial Síntesis.
- Moragas, R. (1998). *Gerontologia Social – Envejecimento y Calid de Vida* (2ª edição). Barcelona: Edições Herder.
- Morgado, L. (coord.) (2004). Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional: Grupos por Área de Conhecimento: Psicologia e Ciências da Educação. visitado no site da Federação Académica do Porto com o endereço [www.fap.pt/file/fapbolonharelnacionais/Bolonha\\_Psicologia\\_e\\_Ciencias\\_Educação\\_1.pdf](http://www.fap.pt/file/fapbolonharelnacionais/Bolonha_Psicologia_e_Ciencias_Educação_1.pdf). em 14/04/2008.
- Mulgrew, C., Morgenstern, N., Shetterly, S., Baxter, J., Barón, A., & Hamman, R. (1999). Cognitive Functioning and Impairment Among Rural Elderly Hispanics and Non-Hispanic Whites as Assessed by the Mini-Mental State Examination. *The Journals of Gerontology*, 54B (4), 223-230.
- Pereira, H.; Araújo, A.; Mattos, P. (2005). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*,5 (4): 391-402.
- Prince, M., Acosta, D., Chiu, H., Scazufca, M., & Varghese, M. (2003). Dementia diagnoses in developing countries: a cross-cultural validation study. *The Lancet*,361, 909-917.
- Ramos, L. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano : Projecto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*,19(3),793-798.
- Ramos, R., Estrada, M., & Álvarez, M. (1998) Análisis de los costos en la Atención Geriátrica. *Revista Cubana Enfermer*, 14 (3), 155-160.
- Rebolat, R., & Carrasco, M. (1998). Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? *Anales de Psicología*, 14(1), 45-53.
- Robert, L. (1995). *O envelhecimento*. Lisboa: Edições Instituto Piaget.
- Robledo, L. (1996) Presentación dos Clásicos en Salud Pública. *Salud Pública de México*, 38 (6), 523-532.
- Román, F., & Sánchez, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*, 14(1), 27-43.

- Romera, M.; Leles, C. (2000). Desempenho de funções cognitivas em mulheres usuárias de terapia de reposição hormonal. *Revista da Sociedade de Psicologia e do Triângulo Mineiro*, 3(5), 7-30.
- Rosas, F. & Cionek, M. (2006). O Impacto da Violência Doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem. *Conhecimento Interativo*, PR, v. 2, n. 1, p. 10-15.
- Roselló, B.; Pitarch, I.; Abad, L. (2002). Evolución de las alteraciones conductuales en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tras la intervención farmacológica. *Rev. Neurol.* 34 (Supl 1): S82-S90.
- Rosenberg, R. (2002). Time and Memory. *Archives of Neurology*, 59 (11), 1699-1700.
- Ruipérez, I., & Llorente, P. (1998). O Idoso com demência. In Ruipérez, I., & Llorente, P. *Guias Práticos de Enfermagem – Geriatria* (252-267). Rio de Janeiro: McGraw Hill.
- Salvo, C.; Silvaes, E.; Toni, P. (2005). Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 187-195.
- Schulz, K.; Fan, J.; Tang, C.; Newcorn, J.; Buchsbaum, M.; Cheung, A; Halperin, J. (2004). Response Inhibition in Adolescents Diagnosed With Attention *Déficit* Hyperactivity Disorder During Childhood: An Event-Related fMRI Study. *Am J Psychiatry* 161:1650-1657.
- Shillingford, A.; Glanzman, M.; Ittenbach, R.; Clancy, R., Gaynor, J., Wernovsky, G. (2008). Inattention, hyperactivity, and school performance in a population of school-age children with complex congenital heart disease. *Pediatrics*. Apr;121(4):e759-67.
- Shumaker, S., Legault, C., Rapp, S., Thal, L., Wallace, R., Ockene, J., Hendrix, S., & Jones, B. (2003). Estrogen Plus Progestin and the Incidence of Dementia and Mild Cognitive Impairment in Postmenopausal Women – The Women’s Health Initiative Memory Study: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 289 (20), 2651-2662.
- Spar, J., & La Rue, A. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tang-Wai, D., Knopman, D., Genas, Y., Edland, S., Smith, G., Ivnik, R., Tangalos, E., Boeve, B., & Peterson, R. (2003). Comparison of the Short Test of Mental Status and the Mini-Mental State Examination in Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology*, 60 (12), 1777-1781.
- Thomas, V. (2001). Excess Functional Disability among Demend Subjects? *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 12(3), 206-210.

- Tonelotto, J. (2001) A Utilidade do WISC na detecção de problemas de atenção em escolares. *Psicologia Escolar e Educacional*, 5 (2), 31-37.
- Universidade da Beira Interior (s/d). *Regulamento do Grau de Mestre em Psicologia da Universidade da Beira Interior*. Impressão Interna.
- Vega, S., & Bermejo, P. (2002). Prevalência de demencia en mayores de 60 años en el medio rural: estudio puerta a puerta. *Medicina General*, 48, 794-805.
- Ventura, M., & Bottino, C. (2002). Avaliação Cognitiva em Pacientes Idosos. In Netto, M. (Coord.), *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em visão globalizada* (175-189). São Paulo: Atheneu.
- Venturini, E. (1999). Rehabilitar la ciudad : La des-institucionalización y el protagonismo de los usuarios y ciudadanos. *Psiquiatría Pública*, 11 (5-6), 157-168.
- Vingerhoets, G., Verleden, S., Santens, P., Miatton, M., & De Reuck, J. (2003). Predictors of cognitive impairment in advanced Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 74(6), 793-796.
- Warren, M. (1996). El cuidado del anciano crónicamente enfermo. *Salud pública de México*, 38 (6).
- Wechsler, D. (2003). *Manual da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças –III*. Lisboa: Cegoc-Tea.
- Weiner, I. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa. Edições Fundação Calouste Gulbenkian.
- Wilson, R., Beckett, L., Bennet, D., Albert, M., & Evans, D. (1999). Change in Cognitive Function in Older Persons From a Community Population: Relation to Age and Alzheimer Disease. *Archives of Neurology*, 56(10),1274-1279.
- Yamashita, K., Iijima, K., & Kobayashi, S. (1999). Relationship among Activities of Daily Living, Apathy, and Subjective Well-Being in Elderly People Living Alone in a Rural Town. *Gerontology*, 45 (5), 279-282.
- Yamamoto, A., & Diogo, M. (2002). Caracterização das instituições asilares no município de Campinas quanto à área física. *RevPaul Enf*, 21, (3); 213-219.