



Politécnico  
de Viseu

Escola Superior  
de Educação  
de Viseu

PV - ESEV Ano

Autoconceito e Autoestima na Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Estudo de Caso

Tânia Carreira

## Autoconceito e Autoestima na Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Estudo de Caso

Tânia Carreira 7277

Novembro 2024



## Autoconceito e Autoestima na Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Estudo de Caso

Tónia Patrícia Marques Carreira

### Trabalho de Projeto

Mestrado em Educação Especial, Especialização Domínio Cognitivo e Motor

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Emília Martins  
Professora Doutora Rosina Fernandes

Novembro 2024

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE CIENTÍFICA

**Tânia Patrícia Marques Carreira n.º7277** do curso **Mestrado em Educação Especial, Especialização Domínio Cognitivo e Motor** declara sob compromisso de honra, que o trabalho de projeto é inédito e foi especialmente escrito para este efeito.

....., ..... de ..... de 20.....

O estudante, \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Manifesto a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta, para a concretização deste desafio, pois não seria possível realizar-se sem a colaboração de outras pessoas.

Às minhas orientadoras Professora Doutora Emília Martins e a Professora Doutora Rosina Fernandes, o meu agradecimento pelos seus conhecimentos, pela confiança, pela disponibilidade, pela prontidão e pela orientação que me foram dando ao longo da investigação.

À mãe da criança que sempre esteve disponível autorizando o estudo de caso, permitindo a aplicação dos diversos instrumentos, por toda a amabilidade demonstrada, assim como carinho e compreensão. À criança e aos outros técnicos que sempre me incentivaram de modo inconsciente.

Um agradecimento especial aos meus pais que me transmitiram todos os valores que prezo, que me ensinaram a tornar possível o que parece impossível, transmitindo-me calma, confiança e orgulho.

À minha grande amiga e companheira de tantas horas de trabalho Rita Carvalho pela disponibilidade prestada, pelas gargalhadas e pelas lágrimas partilhadas a qualquer hora e em qualquer lugar. Obrigada pela amizade, carinho e compreensão com que sempre pude contar.

Aos amigos e colegas pelo companheirismo e cooperação para a elaboração deste trabalho, sem eles não teria sido possível a realização deste trabalho.

A minha profunda gratidão a todos aqueles que entraram na minha vida, que com o seu apoio e colaboração me têm ajudado na minha vida pessoal, profissional e de estudante.

## RESUMO

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é um distúrbio comportamental mais comum em crianças em idade escolar, cuja prevalência aumentou significativamente na última década. Afeta significativamente o desempenho da criança em todas as áreas da vida, acompanhada por uma série de pensamentos negativos sobre si própria e sobre o que a rodeia. A maioria dos défices de autoconceito e autoestima das crianças está associada a dificuldades de aprendizagem, dificuldades no ambiente escolar. Numa perspetiva pedagógica, as crianças com PHDA têm frequentemente problemas de baixa autoestima, baixo desempenho académico, dificuldades sociais, familiares e financeiras. Deste modo, o diagnóstico e o tratamento precoce não visam apenas controlar os sintomas, mas principalmente evitar o seu impacto na vida do indivíduo.

Continuamente, ao longo deste trabalho, foi realizado um estudo que visa avaliar o impacto da PHDA no autoconceito e autoestima de um aluno. As perturbações a nível do comportamento são de difícil compreensão e diagnóstico, nem sempre consensual e consistente. Para complicar, existem diversas problemáticas comportamentais com sintomatologias semelhantes, sendo necessário direcionar esforços para o estudo e aprofundamento da temática. Muitas crianças agitadas, faladoras e inquietas são, por vezes, erradamente diagnosticadas com PHDA, podendo não apresentar a problemática e, ao invés, outras perturbações, ou características da personalidade.

Conclui-se que este estudo de caso evidencia a complexidade do diagnóstico da PHDA, dada a sobreposição de sintomas com outras perturbações comportamentais ou traços de personalidade. Destaca-se a importância de uma avaliação rigorosa, bem como o papel fundamental da autoestima e do autoconceito no desenvolvimento da criança. Salienta-se, ainda, a necessidade de apoio contínuo por parte da família, escola e comunidade, e de adaptações nos contextos onde a criança está inserida, face aos desafios associados à impulsividade, hiperatividade e baixa tolerância à frustração.

**Palavras-Chave:** Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, autoconceito, autoestima.

## ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a behavioral disorder that is most common in school-age children and has increased significantly in prevalence over the last decade. It significantly affects children's performance in all areas of life, accompanied by a series of negative thoughts about themselves and their surroundings. Most of the children's self-concept and self-esteem deficits are associated with learning difficulties and difficulties in the school environment. From a pedagogical perspective, children with ADHD often have problems with low self-esteem, poor academic performance, and social, family and financial difficulties. Therefore, early diagnosis and treatment are not only aimed at controlling the symptoms, but mainly at preventing their impact on the individual's life.

Continuity, throughout this work, a study was carried out that aimed to evaluate the impact of ADHD on a student's self-concept and self-esteem. Behavioral disorders are difficult to understand and diagnose, and are not always consensual or consistent. To complicate matters, there are several behavioral problems with similar symptoms, and efforts must be directed towards studying and deepening the subject. Many agitated, talkative and restless children are sometimes wrongly diagnosed with ADHD, when they may not present the problem and, instead, other disorders or personality characteristics.

In conclusion, this case study highlights the complexity of diagnosing ADHD, given the overlap of symptoms with other behavioral disorders or personality traits. It highlights the importance of a rigorous assessment, as well as the fundamental role of self-esteem and self-concept in the child's development. It also highlights the need for continuous support from the family, school and community, and for adaptations in the contexts where the child is inserted, given the challenges associated with impulsivity, hyperactivity and low tolerance to frustration.

**Keywords:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, self-concept, self-esteem.

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT .....	iv
ÍNDICE DE TABELAS.....	vii
TABELA DE SIGLAS .....	viii
INTRODUÇÃO .....	1
I. PARTE - REVISÃO DA LITERATURA .....	3
1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) .....	3
1.1. Evolução do conceito .....	3
2. Etiologia e sintomatologia.....	5
2.1. Diagnóstico.....	7
2.2. Implicações da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....	10
2.2.1. Na criança.....	10
2.2.2. No contexto familiar.....	10
2.2.3. No contexto escolar .....	11
2.2.4. No contexto social.....	15
3. Intervenção .....	15
4. Autoconceito e Autoestima na relação com a PHDA .....	18
4.1. Definição dos conceitos .....	18
4.2. Autoconceito e autoestima na PHDA.....	24
II. PARTE – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO.....	26
1. Formulação da questão de estudo.....	26
2. Formulação de objetivos/ questões específicas .....	26
3. Metodologia .....	26
3.1. Tipo de estudo .....	26
3.2. Participantes .....	28
3.3. Instrumentos de recolha de dados .....	28
3.4. Procedimentos de recolha.....	31
3.5. Técnicas de análise de dados.....	32
4. Apresentação e discussão dos resultados .....	33
CONCLUSÃO .....	44
BIBLIOGRAFIA.....	46

ANEXOS .....	52
Anexo A – Consentimento informado .....	53
Anexo B – Guião de Entrevista - Criança .....	55
Anexo C – Guião de Entrevista - Encarregado de Educação.....	57
Anexo D – Guião de Entrevista - Professora .....	61
Anexo E – Guião de Entrevista - Educadora do CATL.....	64

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização dos Entrevistados .....	28
<b>Tabela 2.</b> Sistema de Categorização e Codificação dos Dados das Entrevistas .....	35
<b>Tabela 3.</b> Resultados Kindl-Kid (autoperceção).....	43
<b>Tabela 4.</b> Resultados Kidl Kid & Kiddo (perceção da encarregada de educação).....	43

## **TABELA DE SIGLAS**

**ADD** – Attention Déficit Disorder

**APA** – Associação Americana de Psicologia;

**CATL** – Centro de Atividades de Tempos Livres

**DSM –IV – TR** - Manual de Doenças Mentais, 4ª edição

**DSM –V** - Manual de Doenças Mentais, 5ª edição

**HCS** – Hiperatividade Chil Syndrome

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PHDA** - Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

## INTRODUÇÃO

Socialmente, as crianças têm diferentes personalidades, diferentes condições sociais e diferentes características e competências. Neste sentido, cada criança é única, devendo-se compreender e respeitar as suas especificidades para o sucesso e bom relacionamento (Parker, 2003).

São cada vez mais comuns na infância sintomas de irritabilidade, impulsividade e desatenção, sendo referidas como crianças com défice de atenção. Portanto, crianças sinalizadas como muito agitadas são, com frequência, rotuladas de forma errónea, sem um diagnóstico sustentado, com Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção - PHDA (Rodrigues & Antunes, 2014). Neste contexto, cabe aos técnicos especializados na intervenção em défices comportamentais a elaboração do diagnóstico diferencial com outras perturbações com comportamentos similares aos da PHDA (Santos, 2013).

A colaboração das famílias é, também, essencial para minimizar ou controlar esta problemática, sendo fundamental a compreensão dos problemas de comportamento dos filhos, a utilização de estilos parentais apropriados e uma comunicação adequada (Santos, 2013).

Os efeitos da perturbação verificam-se a vários níveis. Importa perceber a nível pessoal, para a criança, o impacto da perturbação, especificamente no que concerne ao autoconceito e autoestima. A escolha deste tema deve-se a razões profissionais, no contexto de um Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL), onde nos deparamos com casos de crianças com esta perturbação. A escolha do caso, em concreto, deve-se ao facto de se tratar de uma criança que demonstra alguma falta de confiança, apesar de, em algumas atividades, ter muitas capacidades.

O trabalho encontra-se organizado em duas partes. A primeira parte é dedicada à revisão da literatura relacionada com a PHDA, a autoestima e o autoconceito e o seu impacto nos contextos pessoal, familiar, escolar e social. A segunda parte é direcionada para o estudo empírico desenvolvido. Desta forma, é apresentado um estudo de caso, com o objetivo de compreender o autoconceito e autoestima, bem como as capacidades e dificuldades nos contextos de vida diária, de uma criança com Perturbação Hiperatividade e Déficit de Atenção, autopercecionadas e percecionadas pela encarregada de educação,

educadora e professora. O sujeito de estudo é uma criança com 9 anos, do género masculino, diagnosticado com PHDA.

## **I. PARTE - REVISÃO DA LITERATURA**

### **1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)**

“A Hiperatividade ou Distúrbio de Défice de Atenção por Hiperatividade (DDAH) é um distúrbio comportamental, não uma doença” (Jones, 2000, p.30).

A Perturbação de Hiperatividade é uma perturbação neuro comportamental que surge na infância e prolonga-se até a idade adulta (Pinho et al., 2007). Normalmente associa-se ao Défice de Atenção, uma vez que este tem características idênticas às apresentadas pela Perturbação de Hiperatividade, tais como: falta de atenção, impulsividade, irrequietude, impaciência, facilidade de distração, falta de motivação, entre outros. Nos casos em que ambas as dimensões se encontram presentes (hiperatividade e desatenção), considera-se hoje, na literatura especializada na área, a designação de Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade, como previsto no DSM-V (2014).

Com efeito, segundo Costa (2010, p.25) “a característica principal da perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade mais severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento”. Na verdade, as pessoas diagnosticadas com PHDA apresentam sinais de um desenvolvimento inadequado em atenção, impulsividade e atividade motora. Esse desenvolvimento inadequado manifesta-se em relação à idade psicológica e cronológica.

Esta perturbação é mais frequente em crianças em idade escolar, prevendo-se que atinja entre 3 e 7% das crianças nesta fase (APA, 2002).

#### **1.1 Evolução do conceito**

O conceito de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), como o conhecemos hoje, sofreu algumas alterações ao longo dos anos, com mudanças na designação, incluindo Lesão Cerebral Mínima, Reação Hiperkinética da Infância, Distúrbio do Défice de Atenção ou Distúrbio de Hiperatividade com Défice de Atenção/Hiperatividade (Neto, 2006). Podemos dizer que não se trata de uma perturbação recente, destacando-se, na evolução do conceito, os seguintes períodos:

Segundo Weiner (1982) inicialmente estava relacionada com a disfunção cerebral

mínima, a partir da qual se inferia a existência de um sistema nervoso central de algum modo afetado. Para o autor, apesar dos danos orgânicos nunca terem sido demonstrados de forma inequívoca, é necessário reconhecer que algumas das crianças diagnosticadas manifestam comportamentos idênticos aos de sujeitos com lesões cerebrais comprovadas.

Posteriormente, evoluiu-se desta postura inferencial, para uma atitude concetual valorizadora, sobretudo, dos aspetos comportamentais do quadro clínico em análise, nomeadamente, o alto nível de atividade física dos sujeitos que origina a distração perante as tarefas. São estas duas características que justificam duas das designações: - *Hyperactivity Chil Syndrome* (HCS); - *Attention Déficit Disorder* (ADD). Tanto uma como outra se referem a padrões comportamentais inadequados, presentes em diagnósticos de disfunção cerebral mínima (designações à época), embora, ao contrário destes, não se identifique nenhuma síndrome subjacente à atividade excessiva e aos outros ciclos de atenção característicos das pessoas hiperativas (Weiner, 1982).

Do ponto de vista de Fonseca (1998, p.45), “aceita-se, de novo, que a hiperatividade constitui um elemento central do distúrbio hipercinético, juntamente com os problemas de atenção e impulsividade”. De acordo com Bautista (1997), Safer e Allen, em 1979, descreveram a hiperatividade como “atividade excessiva em situações que requerem inibição motora e que é persistente ou contínua ano após ano”.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), propôs uma nova secção para distúrbios comportamentais e emocionais, que listava os distúrbios de hiperatividade com os subtipos seguintes: distúrbios da atividade e da atenção e distúrbio hipercinético dissocial. Embora várias questões relacionadas com designação da PHDA tenham sido discutidas ao longo do tempo, a APA e a CID-10 são as únicas usadas atualmente. Para Fonseca (1998), as designações diferentes dos dois manuais visam atender aos mesmos critérios diagnósticos da doença.

Por fim, passaram a valorizar-se alguns défices de caráter cognitivo, nomeadamente as dificuldades relativas ao autocontrolo, à resolução de problemas e ao respeito pelas regras de conduta, designado por gestão do comportamento (Barkley, 2002).

Resumidamente, a PHDA é conhecida como Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, um conceito aceite pela comunidade científica e descrito pela APA

(2013).

## 2. Etiologia e sintomatologia

O surgimento desta perturbação, de certa forma, está relacionado com fatores familiares e/ou genéticos, pensando-se que tenha uma causa hereditária. Segundo Antunes (2011, p.30) “(...) sendo a PHDA uma disfunção de carácter genético é frequente um dos progenitores ter também um grau de impulsividade e baixa resistência à frustração (...)” O autor acrescenta que é “uma dificuldade na seleção dos estímulos relevantes, em manter a atenção orientada durante um período (...)”

A PHDA é a perturbação neuro comportamental com maior frequência na criança, cujas causas se devem a diferentes fatores. Esta complexidade resulta de uma grande variabilidade na expressão dos sintomas e na idade em que são reconhecidos, bem como na rigidez, comorbilidades (patologias associadas), evolução, e resposta ao tratamento (Neto, 2014). O autor refere ainda que 25% das crianças com PHDA têm um familiar próximo com o mesmo diagnóstico, o que aumenta o risco entre irmãos (30-40%).

Como afirma Costa (2010), os exames de neuroimagem apresentam uma alteração na estrutura cerebral de crianças com PHDA. Deste modo, como o lobo frontal é responsável pela ação reguladora do comportamento do ser humano, pois exerce uma ação reguladora do seu comportamento, podemos avaliar que o seu hipofuncionamento está relacionado com as alterações funcionais da PHDA.

Foram identificados, também, fatores ambientais sociofamiliares relacionados, frequentemente, à PHDA, como: contextos complexos de meios socioeconómicos baixos, de pais com baixo grau académico, prática de maus-tratos e relações negativas pais/filhos, embora nenhum destes fatores seja causa única e definitiva (Fonseca, 2017; Neto, 2014); perturbações psíquicas e abuso de substâncias nos prestadores de cuidados (Neto, 2014); ou ambiente familiar de *stress* (Cruz, 2008). Acrescem referências à hereditariedade, com Godman e Stevenson (citados por Cruz, 2008) a encontrarem uma concordância para o diagnóstico da hiperatividade em 51% nos gémeos monozigóticos e 33% nos pares dizigóticos numa avaliação entre 127 pares de gémeos monozigóticos e 111 pares de gémeos dizigóticos. Joseph et al. (2019) recorreram a estudos longitudinais para estudar

a associação entre pais (progenitor do sexo masculino) com historial de PHDA na infância, e a presença de sintomas de PHDA e de outros problemas comportamentais nos seus filhos. Os autores concluíram que crianças em idade pré-escolar, cujos pais foram diagnosticados com PHDA na infância, demonstraram um risco mais elevado para o desenvolvimento da patologia, Perturbação Desafiante de Oposição, e maiores dificuldades de regulação comportamental de um modo geral. Williamson e Johnston, (2016) referem que mães de crianças com PHDA parecem apresentar mais sintomas de PHDA, por comparação com os pais.

O DSM-V (2014) enquadra a PHDA nas perturbações do neurodesenvolvimento. Esta mudança de paradigma é salientada após muitos anos de pesquisa, onde se reuniram evidências sobre o caráter permanente da PHDA ao longo do desenvolvimento.

Com alguma frequência, as crianças/jovens com esta perturbação são apelidadas de problemáticos, irrequietos, distraídos, desmotivados, indisciplinados, irresponsáveis, agitados, malcriados, ou até pouco inteligentes, por terem dificuldade em ficar quietos, concentrados e atentos. Desta forma, a criança ou adulto com PHDA vê a sua vida e a dos que o rodeiam afetada, pois os seus comportamentos, mesmo quando controlados, têm consequências nas relações sociais.

Diversos estudos relatam estas constatações,

“(...) as crianças com Desordem por Défice de Atenção com Hiperatividade (DDAH) têm dificuldade em ficar sentadas e parecem estar sempre a mexer-se (...), a brincar com os objetos que estiverem mais à mão e normalmente transmitem a sensação de serem impulsionadas por motores que não é possível desligar (...)”. Estas crianças “são frequentemente descritas como sendo muito ativas e irrequietas desde tenra idade, metendo-se em todo o tipo de sarilhos (...)” (Sosin & Sosin, 2006, pp.43-44).

Como dizem os autores Rodrigues e Antunes (2014), esta perturbação pode afetar o desempenho na escola, no trabalho ou na vida social. Em alguns casos, porém, a

perturbação manifesta-se apenas num local, por exemplo, um aluno apresenta sintomas apenas na escola, ou um adulto com dificuldade de concentração durante uma reunião ou encontro com amigos

## 2.1 Diagnóstico

A PHDA é estudada há muitos anos e identificada em idades muito jovens (Pré-escola ou Jardim de Infância), mas apenas diagnosticada por volta dos 6 anos de idade, quando a criança entra na escola e lhe são exigidas competências que anteriormente não eram tão valorizadas, como a aprendizagem e a integração com os seus pares. Para que seja considerada como PHDA, os sintomas/caraterísticas devem prolongar-se por um período de 6 meses ou mais, para serem considerados válidos na classificação desta perturbação. No entanto, Rodrigues e Antunes (2014) sugerem ser possível identificar crianças em risco de desenvolver PHDA em idades tão precoces como 3 anos.

O diagnóstico revela-se algo complexo por lhe estarem associadas outras comorbilidades o que tem implicado uma revisão constante dos critérios ao longo dos anos, de forma a tornar mais claros os comportamentos identificativos e característicos desta perturbação. Verifica-se que existe uma maior prevalência entre os elementos do sexo masculino, embora nos femininos seja diagnosticada mais tarde, por não apresentarem logo os sintomas característicos (Moura, 2008).

Posteriormente, o Manual de Diagnóstico foi revisto outra vez e, em 1987, surgem novas designações para a PHDA, passando agora a ser designada por ADHD (Barkley, 2006).

Tendo por base a evolução histórica dos critérios de diagnóstico da PHDA, ainda na atualidade se verificam muitas dificuldades em definir e contextualizar esta perturbação, uma vez que é associada a outras perturbações ou outras síndromes, o que dificulta a realização de um diagnóstico único. Contudo, essa dificuldade não pode ser impeditiva da realização do diagnóstico da PHDA, surgindo a necessidade de o fazer de forma exaustiva, analisando todas as comorbilidades associadas.

O diagnóstico da PHDA deve começar pela eliminação de outras hipóteses de diagnóstico, como perturbações ou síndromes que possam apresentar comportamentos comuns. Neste sentido, Selikowitz (2010, p.147) esclarece que “o primeiro passo para o

tratamento da PHDA é a realização de um diagnóstico correto” para se “(...) conceber um plano de tratamento adequado.”

Presentemente, o diagnóstico da PHDA é clínico, isto é, apoia-se na leitura e interpretação de relatos e observações e não apenas nos dados obtidos através de instrumentos estandardizados, pois deve remeter para a exclusão de outros fatores que expliquem as dificuldades de concentração e basear-se na revelação do quotidiano da criança (Antunes, 2011).

Para que seja feito um correto diagnóstico de PHDA, os comportamentos observados devem ocorrer em vários ambientes, por exemplo, em casa e na escola e não deve haver indícios de incapacidade mental, ou seja, a sua inteligência deverá ser normativa e os sintomas/comportamentos já se devem manifestar, pelo menos, desde a infância. “O diagnóstico requer a avaliação individual do comportamento da criança em casa e na escola, não numa situação artificial (entenda-se, consultório) que pouco tem a ver com o seu quotidiano” (Antunes, 2011, p.149).

Alguns dos comportamentos observados na opinião de Sheryl Olson (2002) são:

- i) Desregulação da atenção;
- ii) Dificuldade de identificação e discriminação de estímulos;
- iii) Dificuldade em seguir instruções;
- iv) Dificuldade em completar tarefas;
- v) Dificuldade em brincar com os seus pares;
- vi) Dificuldade no controlo inibitório dos impulsos;
- vii) Comportamento disruptivo na escola e junto dos seus pares;
- viii) Dificuldade em esperar;
- ix) Desordens de conduta;
- x) Insucesso escolar;
- xi) Dificuldades específicas da aprendizagem;
- xii) Problemas de relacionamento interpessoal.

Um diagnóstico precoce e acertado implica a intervenção dos pais e dos professores,

dado estes observarem e conviverem com os comportamentos e dificuldades da criança em ambientes familiar e escolar. O olhar criterioso e apurado do pediatra, do neuropediatra ou do pedopsiquiatra em contexto de consultório, o qual se revela altamente artificial, não permite obter por parte do profissional de saúde uma perceção bem definida acerca da problemática que afeta a criança. Revela-se fundamental a consulta do processo clínico da criança e dos pais, para despistar qualquer anomalia genética, complicações na gravidez ou no parto ou outras problemáticas que possam estar a afetar os comportamentos e o desempenho académico da criança (Selikowitz, 2010). Complementarmente, o pediatra poderá também sujeitar a criança a testes e questionários, bem como os pais, para aferir o que realmente se está a passar e, também, eliminar possíveis interferências de outras síndromes.

Antunes (2011, p.157) menciona os riscos da hiperatividade ser diagnosticada tarde de mais ou de não ser, de todo, diagnosticada, que incluem: “baixa autoestima, fraca imagem de si próprio, desmotivação para o trabalho escolar, depressão”. Todos estes comportamentos associados à impulsividade poderão dar origem a comportamentos de risco.

Um método bastante utilizado no diagnóstico desta patologia tem em consideração cinco critérios: A - um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento; B - refere que vários dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade – impulsividade surgem antes dos 12 anos de idade; C - menciona que vários dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade – impulsividade estão presentes em 2 ou mais contextos (por exemplo, casa, escola ou trabalho, com amigos ou familiares entre outras atividades); D - existem provas evidentes de que os sintomas interferem, ou reduzem, a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional; E - menciona que os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação do humor, perturbação da ansiedade, perturbação dissociativa, perturbação de personalidade ou abstinência de substâncias) DSM-V (2014).

Importa ainda salientar, que sinais e sintomas como dificuldades de concentração e impulsividade, podem perdurar em cerca de 10-60% dos casos na idade adulta (Weiss et

al.,1985; Mannuzza et al.,1993), traduzindo-se normalmente em adultos pouco organizados, com dificuldades na planificação das suas atividades, dificuldades na leitura e escrita, bem como alguma impaciência. A causa permanece desconhecida, pensando-se resultar da interação complexa de fatores genéticos e fatores de risco biológicos e do meio envolvente (Conners, 2003, citado por Fernandes & António, 2004).

## **2.2. Implicações da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**

Costa (2010) afirma as características fulcrais da PHDA afetam o desempenho académico, a convivência a nível familiar e social, o ajustamento psicossocial e ainda a vida profissional. Barkley (citado por Serrano et al., 2015) partilha a mesma ideia e refere-se às crianças com PHDA como sérios candidatos a apresentarem problemas de ordem académica, social e comportamental, que poderão se manter na idade adulta.

### **2.2.1. Na criança**

As crianças com PHDA apresentam dificuldades em orientar-se e manter a atenção nas tarefas que lhes são incumbidas, dispersando-se facilmente com estímulos extrínsecos. Desta forma, mudam frequentemente de atividade à medida que o foco de interesse se modifica, acabando, muitas vezes, por não completar as tarefas Barkley (2006).

### **2.2.2. No contexto familiar**

A parentalidade traz consigo alguns desafios complexos, ininterruptos e em constante mudança, influenciados por fatores de ordem psicossocial, cultural, económica, entre outros. O aparecimento dos primeiros sintomas de PHDA e a confirmação do diagnóstico implicam mudanças na organização familiar, o que irá trazer alguns desafios para os pais, para além dos normativos. Nos últimos anos, a investigação sobre a associação entre a PHDA infantil e a prática da parentalidade tem evidenciado a importância da família no processo de socialização, principalmente na socialização primária, a qual poderá ser responsável por promover, impossibilitar ou modificar o desenvolvimento das crianças Barkley (2006).

Homem (2002) menciona que é através do seio familiar que a criança assimila os valores, ações e funções, progredindo de forma natural a transmissão de saberes, hábitos e tradições que compõem a sua “herança” cultural. Alarcão (2006) refere que, apesar de

se encontrarem em constante transformação, as relações familiares continuam a ter um papel decisivo em termos sociais, sendo no seu seio que se concretizam as aprendizagens mais significativas para a vida. No que diz respeito à relação entre as crianças/jovens e os seus pais/cuidadores, na opinião de Fonseca (2007), a PHDA desequilibra a harmonia familiar com a organização do dia-a-dia, composta por hábitos e estratégias pré-definidas para ultrapassar os desafios diários da criança. Considerando a quantidade de tempo que estas tarefas requerem, é frequente que os progenitores não consigam usufruir de um período somente vocacionado para a realização de atividades e programas significativos e de qualidade, com os filhos e com os seus conjugues (Fonseca, 2007).

No mesmo seguimento, Ullsperger et al. (2016) também referem que práticas disciplinares inconsistentes parecem agravar de forma indireta os sintomas de PHDA na criança, mas neste caso através do impacto que exercem na consciencialização da mesma. E ainda, que a fraca supervisão parental parece ser propícia a sintomas de hiperatividade-impulsividade, através do mesmo mecanismo temperamental, uma vez que estas práticas poderão exacerbar problemas já existentes.

### **2.2.3. No contexto escolar**

No que se refere a este contexto, na perspetiva de Weiner (1982), muitos dos problemas surgem devido a experiências vivenciadas anteriormente pelas crianças. Muitas vezes, estas crianças não são escolhidas pelos companheiros, ou mesmo rejeitadas, apenas se relacionando com colegas com aproveitamento escolar idêntico, o que pode levar a situações de marginalização, ou desinserção da turma de origem. As situações de insucesso podem repercutir-se, negativamente, na capacidade de iniciativa e na autoconfiança. Algumas destas crianças começam logo a desenvolver problemas emocionais à entrada na escola, quer atribuídos a experiências anteriores de aprendizagem negativas, quer a reações menos adequadas dos pais e outros adultos, relativamente ao seu lento desenvolvimento psicomotor e autocontrolo limitados (Weiner, 1982). Os próprios colegas aborrecem-nos por causa dos erros que cometem ou do seu comportamento individual. Para ultrapassar os relacionamentos que as marcam negativamente, estas crianças optam por comportamentos e atitudes exibicionistas ou de chamada de atenção, para assim conseguirem ganhar admiração dos outros, ainda que, frequentemente, com resultados de sentido oposto.

Sendo o contexto onde passam a maior parte do seu tempo e, por consequência, onde apresentam maiores dificuldades, a escola deve ser um agente educativo e um dos principais meios de intervenção com estas crianças. Assim, DuPaul e Eckert (1997), após uma revisão das diferentes formas de intervenção neste contexto, apresentaram uma proposta de classificação que permite dividir as estratégias de intervenção nos seguintes níveis: escolar/académico, comportamental e cognitivo-comportamental.

No que diz respeito a intervenção a nível escolar, esta baseia-se no conjunto de técnicas utilizadas com o objetivo de alterar/manipular o contexto, no sentido de dar importância às competências da criança com PHDA (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Entre as técnicas utilizadas, os autores destacam três categorias: i) a psicoeducação, que consiste em aumentar o nível de conhecimento dos professores acerca da perturbação em causa, neste caso, acerca da PHDA, para que possam responder adequadamente às diferentes necessidades que os alunos com esta perturbação apresentem; ii) a colaboração entre casa e escola, de forma a efetivar qualquer estratégia de intervenção ao nível académico, pelo que pais e professores devem comunicar de forma a definir objetivos realistas, dissipando culpas e trabalhando em conjunto para o bem-estar e sucesso destes alunos; iii) a organização do ambiente vivido na sala de aula. Relativamente a esta última, as estratégias utilizadas dizem respeito à organização do próprio espaço (sendo a técnica mais comum, a colocação dos alunos com PHDA mais próxima do professor), à definição de regras da sala, bem como à atribuição de tarefas para melhorar o comportamento e a integração. Como qualquer criança, também os alunos com PHDA deverão ter tarefas com um nível de exigência adequado às suas reais capacidades. O trabalho independente deve ser operacionalizado em diferentes passos de realização progressiva (DuPaul & Stoner, 2003; Wilkinson & Lagendijk, 2007). Outro aspeto importante é o *feedback* que, nos indivíduos com PHDA, deve ser imediato, mais frequente, mais específico, e de preferência de forma continuada, de maneira a melhorar o desempenho (DuPaul & Stoner, 2003; Wilkinson & Lagendijk, 2007). Ao nível das técnicas de ensino, deverá recorrer-se a diferentes estratégias de forma a promover a motivação destes alunos e evitar a saturação (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Estas estratégias, mais do que controlar o comportamento das crianças com PHDA, devem ser promovidas com o grande objetivo de as envolver nas atividades académicas (Lopes, 2004). A regra final e aplicável a todos os alunos é que, mais do que corrigir, o professor deve preocupar-se em prevenir (DuPaul

& Stoner, 2003), pelo que, mais do que ser reativo, o professor deverá ser proativo, sendo que, num primeiro momento, deve ser feito um levantamento dos problemas específicos, no sentido de adaptar as diferentes componentes da intervenção às necessidades existentes. DuPaul e Stoner (2003) propõem que se inicie o treino de competências e métodos de estudo, sobretudo no final do primeiro ciclo, início do segundo, período em que os trabalhos de casa e projetos a longo prazo começam a ser mais exigentes. Outro aspeto diz respeito às expectativas, já que, segundo Wilkinson e Lagendijk (2007), torna-se fundamental adequá-las, no sentido de facilitar o sucesso escolar destas crianças, sem comprometimento da sua autoestima. Só assim será possível ajudá-las a lidar com as dificuldades, prevenindo o desenvolvimento de outros problemas a nível comportamental ou emocional.

Quanto à intervenção ao nível comportamental, estas estratégias dizem respeito ao comportamento do professor em resposta a situações de PHDA. Neste sentido, trata-se de uma gestão efetiva de comportamentos através da aplicação de contingências (Wilkinson & Lagendijk, 2007), ou seja, da forma clássica de modificação do comportamento, procurando “controlar e moldar o comportamento através de mecanismos de influência exteriores” (Rebelo, 1997, p. 170). A este nível, são utilizados três tipos de consequências (Wilkinson & Lagendijk, 2007): reforço positivo, extinção e punição. A primeira é uma consequência que incentiva a continuação do comportamento que o antecede. DuPaul e Stoner (2003) realçam que estes reforços devem assumir sobretudo a forma de atividades e não tanto de recompensas físicas concretas. Os mesmos autores referem, ainda, que a utilização exclusiva de recompensas pode ser sentida como excessiva pela criança e desviar a sua atenção da tarefa em si. A extinção consiste em ignorar determinado comportamento de forma planeada, de maneira a reduzir a sua frequência (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Por último, a punição, que não é mais do que uma consequência negativa que pretende diminuir a frequência do comportamento a que se segue. Na intervenção na PHDA, é comum assumir a forma de custo de resposta ou de *time-out* (Rebelo, 1997). No que diz respeito à eficácia destas estratégias de intervenção, diferentes estudos parecem comprová-la (Wilkinson & Lagendijk, 2007), no entanto, o desafio persiste em conseguir integrar estes mesmos programas no funcionamento escolar regular. Torna-se, então, fundamental promover a autonomia de cada aluno, no sentido de que, no futuro, a criança seja capaz de autorregular o seu comportamento e assim

conservar os resultados a longo prazo.

Na intervenção ao nível cognitivo-comportamental, a mudança do comportamento seria conseguida através da progressiva mudança da forma como os indivíduos pensam, experimentam e interpretam as situações. No caso específico da hiperatividade, procura-se, através desta abordagem, desenvolver nas crianças as capacidades mentais atrás referidas e que são fundamentais para a inibição do comportamento (Barkley, 1998, 2000; Meichenbaum & Goodman, 1971, cit. por Rebelo, 1997; Ross, 1979, cit. por Rebelo, 1997; Wilkinson & Lagendijk, 2007; Young, 2007). Sendo assim, a abordagem cognitivo-comportamental aponta para a utilização de algumas técnicas fundamentais para a promoção da progressiva autorregulação por parte da criança hiperativa. São elas: i) a auto monitorização, com que pretende ensinar à criança a capacidade de observar e controlar os seus comportamentos, registando-os (Barkley, 1998, 2000; DuPaul & Stoner, 2003; Wilkinson & Lagendijk, 2007); ii) o autorreforço, que consiste em ensinar a criança a aplicar reforços a si própria. Este autorreforço pode tomar a forma de fichas ou cartões, ou de um incentivo verbal, em que a criança diz a si mesma que está a ir bem, para fugir ao aspeto mais material (Ross, 1979, cit. por Rebelo, 1997; Barkley, 1998, 2000; DuPaul & Stoner, 2003; Wilkinson & Lagendijk, 2007); iii) a autoinstrução, que também se destina ao desenvolvimento de uma autonomização do próprio indivíduo, com o objetivo de que seja o próprio a controlar o seu comportamento. Esta estratégia parte de uma demonstração por parte do educador, seguida de repetição por parte da criança, que progressivamente se vai autonomizando na realização da tarefa, autoinstruindo-se em como fazer, autoavaliando-se e autorreforçando-se (Meichenbaum & Goodman, 1971, cit. por Rebelo, 1997; Wilkinson & Lagendijk, 2007). Segundo DuPaul e Stoner (2003), o treino destas estratégias deveria ser uma constante na intervenção pedagógica a realizar ao longo do percurso escolar dos indivíduos com PHDA, sendo que as principais vantagens da sua utilização surgem em alunos mais velhos. No entanto, estas estratégias não tendem a apresentar resultados tão positivos como as estratégias puramente comportamentais anteriormente apresentadas (Pelham & Cronis, 1998); (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

#### **2.2.4. No contexto social**

Quanto à socialização, Silva (2014) refere que esta se constrói ao longo dos tempos, dependendo de variáveis internas e externas, contudo “as crianças com PDAH são menos hábeis na interpretação do comportamento dos outros” (p.142) e têm dificuldades em serem empáticas e recíprocas.

A autora refere ainda que as dificuldades de atenção (...) interferem com a capacidade de sintonizar a criança com o seu envolvimento” e, por isso, têm um impacto negativo no funcionamento social, sendo a criança vista como “mandona, intrusiva, inflexiva, controladora, que está sempre a «picar», explosiva, facilmente frustrada, desatenta durante os jogos e batoteira” (p.142).

A autora salienta também que a atenção social é deficitária, a consciência do socialmente correto é pouca e a execução do socialmente adequado ainda é maior, tendo dificuldade na regulação emocional, bem como na resolução de conflitos. Desta forma, para melhorar o prognóstico social, Silva (2014) refere que é importante que as crianças tenham mais apoio e atenção das figuras parentais, que lhes proporcionem mais convívios e oportunidades, que as suas ideias sejam valorizadas, que tenham dois ou três amigos verdadeiros e que sejam auxiliadas a desenvolver e manter amizades. Para tal, é fundamental conhecer a criança, conhecer os seus pontos fortes e menos fortes, ser consistente e verdadeiro, valorizar os desafios ultrapassados e fazê-la sentir-se amada. Em síntese, são várias as implicações de natureza escolar e social associadas a esta perturbação, pelo que a intervenção em múltiplos âmbitos se revela fundamental.

### **3. Intervenção**

Após o estabelecimento do diagnóstico clínico, sustentado em critérios comportamentais, por pessoas devidamente habilitadas, o indicado será desenvolver uma intervenção multimodal e a longo prazo, incluindo:

- i) Medidas psicoeducativas dirigidas a pais/cuidadores, professores e pessoal não docente, crianças/adolescentes, tendo como objetivos: ajudar a compreender os

sintomas da PHDA e as suas consequências; adquirir estratégias para lidar com as dificuldades dos filhos/alunos; melhorar a autoestima da criança/adolescente;

- ii) Treino parental (programas comportamentais/gestão comportamental) - intervenções comportamentais no contexto escolar e adoção de medidas de apoio ao abrigo do Decreto-lei 54/2018 (e.g., medidas universais, como acomodações curriculares; adaptações ao processo de avaliação);
- iii) Terapia cognitiva- comportamental com a criança/adolescente;
- iv) Tratamento farmacológico.

Segundo Azevedo (2013), a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência recomenda os programas comportamentais de intervenção parental como tratamento de primeira linha para a PHDA em idade pré-escolar. A medicação estimulante deve ser iniciada somente nos casos das crianças mais severamente sintomáticas e após resultados insatisfatórios com intervenção comportamental.

Barkley (2006, p. 135), agrupa às estratégias de intervenção em sala de aula, em oito categorias:

- 1. Diminuir a quantidade de trabalho de modo a ajustá-la à capacidade de atenção do aluno:
  - i) Estabelecer tempos de trabalho mais frequentes, mas mais curtos;
  - ii) Não enviar para casa o trabalho que não foi terminado na aula;
  - iii) Eliminar potenciais estímulos de distração (na sala, mesa).
- 2. Adaptar as práticas educativas:
  - i) Permitir algum comportamento agitado na área de trabalho;
  - ii) Ser animado, responsivo; estar aberto a novos métodos para abordar os conteúdos a lecionar;
  - iii) Não reforçar a rapidez na resposta;
  - iv) Reforçar o recurso à abordagem do “pensar em voz alta”;
  - v) Sentar o aluno perto do professor;
  - vi) Intercalar atividades menos/mais interessantes para o aluno;

- vii) Permitir pequenos intervalos ao longo das atividades;
  - viii) Agendar os conteúdos mais exigentes para a parte da manhã - recorrer ao computador sempre que possível.
3. Explicitar as regras a cumprir:
- i) Afixar posters com as regras a cumprir nos períodos de trabalho;
  - ii) Colocar cartões nas mesas de trabalho com as regras a cumprir no trabalho de secretária;
  - iii) Pedir ao aluno para repetir as regras antes de começar a próxima atividade;
  - iv) Pedir ao aluno para recorrer à autoinstrução durante as tarefas (cf. Rebelo, 1997, p. 175);
  - v) Pedir ao aluno para lembrar as regras aos colegas antes de trabalhar;
  - vi) Pedir ao aluno para estabelecer objetivos para os períodos de trabalho;
4. Aumentar a frequência e o poder dos reforços/recompensas e autorreforço (cf. Rebelo, 1997, pp. 168-176);
5. Aumentar a rapidez na emissão de consequências (não repetir ordens; evitar reações demoradas face ao mau comportamento do aluno);
6. Definir limites de tempo para o completamento das tarefas;
7. Desenvolver uma hierarquia de penalizações na sala de aula (ex.):
- i) Custo de resposta (perda de pontos nos programas token);
  - ii) Afastamento de reforço positivo (time-out) num canto da sala;
  - iii) Afastamento de reforço positivo (time-out) no gabinete da escola;
  - iv) Suspensão (ida para o gabinete da escola);
  - v) Agendamento de uma reunião com os pais/cuidadores.
8. Coordenar as consequências comportamentais entre escola e casa:
- i) Registos diários casa/escola;
  - ii) Gradualmente, mudar para semanais.

## 4. Autoconceito e Autoestima na relação com a PHDA

### 4.1. Definição dos conceitos

Segundo Harter (1996), existe uma forte ligação entre a autoestima, autoconceito, e a forma como optamos por investir o nosso tempo. Inclui-se aqui a escolha de desportos, o nível de perseverança e performance nos mesmos, as nossas escolhas de comportamentos de saúde (hábitos tabágicos e outros consumos) e hábitos alimentares.

Segundo Oerter (1989), citado por Simões (2001), o autoconceito está relacionado com os aspetos cognitivos do *self* e a autoestima com os seus aspetos afetivos. Em relação à componente afetiva do *self*, Vaz Serra (1988), citado por Simões (2001), defende que a autoestima é uma faceta do autoconceito, o que nos leva a interpretar o autoconceito como um *status* mais abrangente e relacionado com a perceção que o indivíduo tem de si próprio, com as bases subjacentes à avaliação que efetua sobre o seu respetivo comportamento.

De acordo com Weinberg e Gould (2001), o autoconceito abrange todos os aspetos que pensamos possuir, sendo por isso de extrema importância na vida consciente e é a medida mais importante do bem-estar psicológico. Já a autoestima é vista como um indicador de estabilidade emocional e do grau de ajustamento às exigências da vida (Sonstroem, 1997), sendo por consequência um indicador do bem-estar subjetivo e um elemento primário do bem-estar mental (Fox, 1998) e da qualidade de vida (Diener, 1984).

Rosenberg (1979) define autoestima como uma atitude que o indivíduo apresenta relativamente ao *self*. Mais tarde, aprofunda este conceito, fazendo referência que a autoestima pode ser considerada como autorrespeito, autoaceitação e autovalorização (Rosenberg, 1986). Burns defende que a autoestima ou autoavaliação, é o processo onde cada sujeito analisa a sua performance, as suas capacidades e atributos de acordo com os padrões e valores pessoais, que tem interiorizado através da sociedade e outros aspetos significativos. Para o mesmo autor, as atitudes designadas por autoestima são estabelecidas pelas perceções, pensamentos, avaliações, sentimentos e tendências comportamentais dirigidos para nós mesmos, para a nossa maneira de ser e de nos comportarmos, para as características do nosso corpo e do nosso carácter (Burns, 1982).

Chiapeta menciona que a autoestima é a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo, segundo atitudes que ele formou através das suas experiências. Todas as atitudes são

importantes na determinação do comportamento, mas as que a pessoa formou em relação a si mesma são as mais poderosas (1988, p.165).

Segundo Fontaine (1991), a autoestima influencia o modo como os indivíduos estão motivados, persistem, adquirem e atingem os níveis de sucesso desejados, nas mais diversas áreas de atividade. A autoestima, na visão de Baumeister (1994), é a dimensão avaliativa do autoconhecimento, referindo-se à forma como uma pessoa se autoavalia, ou seja, diz respeito à avaliação ou ao modo como o indivíduo se sente acerca da sua imagem. Bednar e Peterson (1995) definem autoestima como o “sentimento duradouro e afetivo de valor pessoal, baseado em auto percepções precisas” (p.19). Desta forma, podemos dizer que, segundo estes autores, a autoestima está ligada à forma como as pessoas interpretam os *feedbacks* dos outros, em detrimento do conteúdo dos próprios *feedbacks*.

Segundo Romero et al (2002), a autoestima surge nos primeiros anos de vida e desenvolve-se através de experiências de interação com o mundo que nos rodeia. A autoestima necessita de ser fortalecida através de processos, pois é uma grande necessidade humana, indispensável para um desenvolvimento normal e saudável (Branden, 1995). Durante algum tempo, a autoestima foi reconhecida como um importante contributo para o bem-estar mental (Sonstroem, 1984) e integral (Letícia Casique, 2004), é também associada a qualidades positivas como a estabilidade emocional, forma de lidar com o *stress*, felicidade e satisfação com a vida (Diener & Diener, 1995).

Segundo Fox (2000), a investigação da autoestima tem sido restritamente descritiva, e pode-se dividir em várias fases. Na fase considerada inicial, foi adotada a ideia simplista do *self* enquanto um construto unidimensional (Wylie, 1979). Na segunda fase, verificaram-se mais desenvolvimentos na pesquisa da autoestima, e foi nesta fase que surgiu o *self*-físico. Esta fase permaneceu descritiva do *self* ou do autoconceito como função da idade, etnia, grupo social, etc. perdendo-se os muitos processos da sua construção (Harter, 1996). A terceira fase é considerada a mais crítica, em que a autoestima pode ser definida, de uma forma vulgar, como o valor que um indivíduo dá a si próprio, quantidade de amor-próprio, julgamento sumário de como está o *self*, entre muitos outros.

Segundo Blascovich e Tomaka (1991, p.15), a autoestima é uma “avaliação sumária dos diferentes atributos do *self*”. A verdadeira autoestima baseia-se no encontro de

padrões definidos pessoalmente e o comportamento é internamente regulado. É influenciada por características demográficas, pelo corpo físico, pela dinâmica psicossocial, pelo ambiente social e cultural. Para uma melhor compreensão da autoestima, é necessário ter em conta a cultura dominante e o seu nível de interiorização dos valores e ideais pelo indivíduo.

De acordo com Burns (1979), a autoestima é um processo no qual cada indivíduo contempla a sua performance, tal como capacidades e qualidades com base nos seus padrões pessoais e valores, que foram influenciados pela sociedade a que este pertence e outras experiências.

A componente avaliativa é sempre mencionada em todas as definições, os seus resultados ou conclusões influenciam os indivíduos, indicando se possuem alta ou baixa autoestima.

A alta autoestima é relacionada com um grupo de qualidades positivas como: a) estabilidade emocional e ajuste às exigências da vida (Sonstroem, 1997); b) bem-estar subjetivo, felicidade, satisfação de vida, ajuste/adaptação social, independência, adaptabilidade, liderança e um nível elevado de objetivos alcançados na educação, no trabalho e desporto (Diener & Diener, 1995; Wylie, 1989); c) comportamentos saudáveis (Torres & Fernandez, 1995).

Os indivíduos com baixa autoestima, ao serem comparados com os indivíduos com alta autoestima, podem ser descritos como: a) neutros em vez de positivos em termos de autoestima, i.e., tem tendência a confirmar os aspetos negativos em vez dos positivos (Baumeister, 1993); b) possuem uma perspetiva menos clara do seu autoconceito e um autoconhecimento menos bem definido (Campbell, 1990; Campbell & Lavalley, 1993; Campbell e outros., 1996; Fox, 1997); c) os elementos ligados ao seu autoconceito são mais simples e em menor número, resultando assim em menos oportunidades para a autoafirmação quando estão sob ameaça (Spencer, Josephs & Steele, 1993); d) possuem grandes discrepâncias entre a competência percebida e a importância agregada aos domínios em causa (Harter, 1990); e) sustentação social condicionada às realizações (Harter, 1993, 1996, 1999); f) altamente protetores em relação aos poucos atributos positivos que pensam ter (Fox, 1997).

A baixa autoestima pode ser muitas vezes acompanhada de perturbações mentais como a depressão clínica, ansiedade (Baumeister, 1993; Watson, Suls, & Haig, 2002),

neuroses, noção de “não ter poder”, distúrbios alimentares (Polivy & Herman, 2002) e também tendências suicidas (Brow, 1993).

Na atualidade, as pessoas investem grande parte da sua energia mental e física para legitimar quem são ou então quem sentem que devem ser, é a chamada procura pela autoestima (Campbell, 1984). “Quem os indivíduos pensam que são, afeta a sua autoestima e guia o seu comportamento” (Fox 1997, p.25). Os psicólogos do desenvolvimento comprovaram a forma como as relações que se estabelecem com as figuras significativas são contextos de desenvolvimento e estão na base da organização do comportamento, das cognições e emoções. Relações positivas são bases que geram um sentido de segurança e de pertença e que permitem à criança construir uma imagem de si e do mundo positiva e agradável. Desde pequena, a criança desenvolve o sentido de “eu” que, com o tempo, se torna cada vez mais diferenciado. Neste processo, é decisiva a forma como a criança é vista e tratada pelas suas figuras significativas (inicialmente muito confinadas às figuras parentais mais próximas e, gradualmente, incluindo família mais alargada, amigos e escola). A perspetiva das crianças acerca de si próprias é reflexo das perspetivas transmitidas pelos outros na interação social (Fox, 2009).

As crianças que desenvolvem uma autoimagem positiva e sentido de competência e valor próprio são aquelas que ao longo da infância viveram relações calorosas e amor incondicional. Os seus familiares ou outros cuidadores/educadores/professores transmitiram-lhes que são valorizados por eles, ensinam-lhes a valorizarem-se a si próprios. Na linha de pensamento de Erickson (1972), este sentimento de competência é fundamentalmente construído até cerca dos 12 anos de idade, na senda de um processo que se inicia com o desenvolvimento de um sentimento de segurança e, progressivamente, de autonomia e de atitudes de iniciativa para atingir objetivos, em estreita relação com as figuras de referência da família e da escola. Estarão, então, lançadas as bases da identidade e da coerência interna de cada um, processo esse com significativo desenvolvimento ao longo da adolescência, a adaptação a situações sempre novas pressupondo adaptabilidade por parte dos sujeitos, enquanto singularidade no decurso da vida em geral, apesar das eventuais ruturas a partir das quais cada um se reconstrói. Desenvolver atitudes positivas para consigo é importante, mas as crianças necessitam de desenvolver também sentimentos de confiança em relação ao seu mundo. Neste processo, a qualidade e consistência dos cuidados e atitudes educativas é crucial oferecendo à

criança a noção de previsibilidade do contexto. Responsabilidade por parte do adulto, regras claras e justas fazendo parte do mundo social da criança são elementos importantes, não só para a compreensão social do mundo, mas também para o sentimento de controlo, de se sentir capaz de agir sobre o mundo, de o alterar e de fazer acontecer coisas. As causas internas ou externas a que as crianças atribuem o seu sucesso ou fracasso têm sido estudadas pela teoria da atribuição, assumindo-se que se as crianças sentem que a qualidade do seu desempenho é determinada por fatores controlados por si (por exemplo, o esforço dedicado a uma determinada tarefa). Perante uma situação de fracasso, responderão mais positivamente e esforçar-se-ão mais numa próxima tarefa, assumindo que o sucesso depende essencialmente de si. Se sentem que o seu desempenho é determinado por fatores que escapam ao seu controlo (por exemplo, falta de atenção ou autocontrolo) responderão mais negativamente perante o fracasso e desistirão facilmente, assumindo que, por muito que tentem, não serão capazes de ser bem-sucedidas. Torna-se claro que este “desânimo aprendido” é extremamente corrosivo para o desenvolvimento das crianças enquanto aprendizes. Este modelo de atribuição explica bem a forma como uma autoestima baixa pode resultar em baixa motivação que, por sua vez, conduzirá a baixo esforço e a um conseqüente desempenho pobre, confirmando a fraca perspectiva das crianças acerca de si próprias. Quebrar este círculo auto-profético requer que os adultos que trabalham com as crianças com PHDA mobilizem esforços que permitam aos alunos sentir-se em controlo, nomeadamente colocando desafios e exigindo responsabilidades razoáveis, estabelecendo regras consistentes e adequadas às capacidades das crianças, discutidas e negociadas com as crianças sempre que possível, procurando favorecer uma autoestima elevada e segurança emocional. Sendo clara a ligação entre desenvolvimento cerebral e desenvolvimento emocional e intelectual, Whitebread (1996) desenvolve o seu pensamento acrescentando que, para além de amor e segurança, as crianças necessitam de desafio intelectual e de valores. Se as crianças aprendem através de um processo de construção ativa de conhecimento, em interação social, um contexto de aprendizagem estimulante será o que fornece novas, ativas e significativas experiências, individuais e partilhadas, oportunidades de exploração, envolvimento das crianças na discussão e resolução de problemas, oportunidades de expressão e representação. Consideramos, como Laevers (2006), que logo nas primeiras etapas do processo educativo, e ao longo de todas as etapas educativas, importa promover o desenvolvimento de uma autoestima

positiva/saúde emocional, o desenvolvimento físico e motor, estimular o desenvolvimento do raciocínio e pensamento conceptual, o ímpeto exploratório e a atitude de compreensão do mundo físico e social, valorizar-se a competência social, a expressão e comunicação, a capacidade de auto-organização e iniciativa, a criatividade e, sobretudo, construir-se a atitude básica de ligação ao mundo, crucial ao desenvolvimento de um cidadão emancipado. Neste processo, o desenvolvimento de uma autoestima positiva ganha particular importância, ao constituir-se como dimensão básica para a plena realização de cada um, com estreita ligação com um sentido de segurança, de identidade, de pertença, de objetivos e de competência. Desenvolve-se, naturalmente, a partir de processos cognitivos e afetivos que permitem sentirmo-nos bem relativamente a características pessoais (sentirmo-nos amáveis, únicos, valiosos, merecedores de respeito e com sentido de controlo sobre a própria vida). É uma área de desenvolvimento indispensável ao bem-estar e saúde emocional na criança. Nestas condições, a criança experiencia segurança e conforto que lhe permitem ser ela própria e atuar espontaneamente numa variedade de situações, retirando prazer e alegria nas atividades e companhia dos outros; evidencia uma atitude recetiva em relação ao contexto envolvente, serenidade e vitalidade; adapta-se bem a novas situações e, em situações difíceis, compreende e expressa adequadamente os seus próprios sentimentos.

Uma criança com uma autoestima alta está motivada para realizar (Harter, 1990, citado por Papalia et al., 2011). Caso contrário, a criança poderá interpretar o seu fracasso como um indicador do seu valor pessoal, levando-a a pensar que é incapaz de fazer melhor. Por exemplo, se a criança repara que está a ter dificuldades na montagem de um puzzle, pode sentir-se envergonhada, acabando por desistir, ou indo escolher outro que já conheça. Isto demonstra que estas crianças não têm expectativas e, por isso mesmo, não chegam sequer a tentar. Por sua vez, o facto de não tentarem vai fortalecendo a ideia de que não conseguem e, conseqüentemente, fazê-las duvidar cada vez mais na possibilidade desta situação vir a ser ultrapassada. Todos estes sentimentos vão interferir na qualidade do seu desenvolvimento global, podendo a ideia de ser uma pessoa incapaz, acompanhá-la até à idade adulta (Papalia et al., 2011). É precisamente para evitar que situações destas aconteçam, que pais e professores devem dar prioridade aos *feedbacks* específicos e focalizados, baixando a frequência das críticas à criança enquanto pessoa (Burhans & Dwrck, 1995, cit. por Papalia et al., 2011). Vicente (2009, p20) refere algumas das

atitudes (aqui indicadas na primeira pessoa, retratando a perspetiva da criança) reveladoras de uma autoestima baixa na infância: - “Sou insegura, tenho medo de fazer as coisas; - Sou inadequada, não faço nada bem; - Estou sempre com dúvidas; - Estou sempre incerta do que sou e nunca sei o que fazer; - Nunca posso errar, ou faço tudo na perfeição, ou é melhor não fazer; - Acho que não sou capaz de fazer nada; - Preciso de agradar e ser reconhecida pelos outros. Acho que ninguém gosta de mim”. Em forma de conclusão podemos afirmar que o autoconceito constitui apenas e somente a perceção própria do Eu, enquanto a autoestima é um constructo avaliativo, que indica o valor que cada um atribui a essa mesma perceção, ou seja, às suas restrições e aos seus potenciais atributos.

Estes traços da personalidade resultam da interação entre o que somos, a imagem que temos de nós próprios e a imagem que os outros têm de nós (Gallar, 1998). Segundo Harter (1983), citado por Santos (2008), a autoestima é vista como a componente auto avaliativa do autoconceito.

#### **4.2.Autoconceito e autoestima na PHDA**

Se pensarmos que as crianças/jovens com PHDA estão com frequência a ser repreendidas/os, percebemos que esta maturidade emocional, indispensável para que o desenvolvimento se processe com normalidade, pode estar comprometida (Fonseca, 1998). Pimentel e Mónica (2010) analisaram o perfil de autoconceito e a autoestima em crianças e jovens com perturbação de hiperatividade e défice de atenção, concluindo pela variabilidade em função do género, idade, comorbilidade, intervenção e perceção dos pais.

Tendo por base o impacto que a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção poderá ter no desenvolvimento do autoconceito e da autoestima, no entanto a controvérsia mantém-se. Se por um lado, existem dados que apontam para o facto destas crianças e jovens terem um autoconceito positivo e uma boa autoestima, por outro, existem resultados que indicam o contrário. São também diversas as explicações para tais efeitos, entre elas, o resultado das experiências negativas que estes indivíduos vão vivenciando ao longo da vida, a existência de um autoconceito ilusório e a predominância do locus de controlo externo. As variáveis que parecem influenciar o desenvolvimento destas funções são tantas, quanto os resultados encontrados, como consequência dessa variabilidade, o

que, por sua vez, condiciona a obtenção de conclusões claras e generalizáveis à população com PHDA de uma forma geral – mais ainda quando ela própria é bastante heterogénea no que diz respeito ao seu fenótipo comportamental Pimentel e Mónica (2010).

## **II. PARTE – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO**

### **1. Formulação da questão de estudo**

Segundo Coutinho (2013), um estudo de caso envolve sempre uma questão de estudo, que constitui uma importante bússola na investigação, pois serve de guia para a revisão bibliográfica e delimita, organiza e centra a investigação no domínio correto.

Definiu-se como questão de estudo: compreender o autoconceito e autoestima, bem como as capacidades e dificuldades nos contextos de vida diária, de uma criança com Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção, autopercecionadas e percecionadas pela encarregada de educação, educadora e professora.

### **2. Formulação de objetivos/ questões específicas**

Neste estudo formulam-se os seguintes objetivos, para responder à questão mencionada anteriormente:

- i) Avaliar o autoconceito e a autoestima de uma criança com PHDA;
- ii) Identificar dificuldades e capacidades da criança nos seus contextos de vida, percecionadas pela própria, encarregada de educação, educadora e professora;
- iii) Conhecer as estratégias utilizadas pelos adultos (encarregado de educação, educadora e professora) para apoiar a criança nos seus contextos de vida e promover o seu autoconceito e autoestima;
- iv) Analisar as interações sociais da criança com PHDA com os pares e adultos em contexto escolar, percecionadas pela própria, encarregada de educação, educadora e professora.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Tipo de estudo**

Segundo Coutinho (2018) existem dois paradigmas: o paradigma positivista (na investigação são utilizados métodos e procedimentos próprios das ciências físico-naturais, com o objetivo de descobrir uma realidade única, utilizando uma metodologia quantitativa) e o paradigma construtivista (assumindo-se que a natureza do mundo social

é diferente do mundo natural, sobretudo em qualidade, em que se procura descobrir os significados e as interpretações atribuídas aos fenómenos, descobrindo-se múltiplas realidades e privilegiando a metodologia qualitativa).

No que se refere à metodologia utilizada no presente estudo, esta é qualitativa. Os objetivos da investigação qualitativa são descobrir, gerar e construir uma determinada realidade, isto é, compreendê-la, investigando um contexto mais específico, sendo adequada para problemas que requeiram uma compreensão em profundidade, podendo optar-se pelo estudo de caso, etnografia ou história de vida (Coutinho, 2018).

Segundo Meirinhos e Osório (2010), o estudo de caso é uma estratégia que permite estudar intensivamente um caso (um indivíduo, um grupo ou uma organização ou decisões, programas e mudanças organizacionais). Para Yin (2018), um estudo de caso é uma investigação empírica que estuda um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real (especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos), não se estudando apenas o fenómeno, mas também o seu contexto.

O estudo de caso permite o desenvolvimento, a produção, a contestação ou o desafio de teorias, possibilita a explicação de uma situação ou o estabelecimento de uma base de aplicação de soluções para situações, assim como proporciona a exploração ou a descrição de um objeto ou fenómeno (Yin, 2018). O mesmo autor afirma que tem como vantagem a sua aplicabilidade a situações humanas e a contextos contemporâneos de vida real.

Segundo Coutinho (2018), para assegurar o rigor científico de um estudo de caso é necessário cumprir determinados critérios, que foram garantidos nesta investigação: credibilidade (contrastando e triangulando fontes de informação distintas e atendendo a que a realidade é múltipla, dinâmica e construída pelos próprios indivíduos), generalizações naturalísticas (questionando a generalização e sustentando que cada situação é única, tal como cada pessoa é uma pessoa), dependência (encarando que as incongruências são importantes, ao permitirem interpretações do fenómeno que se traduzem na riqueza de significados e vendo a consistência como possibilidade de chegar aos mesmos resultados a partir de informações e perspetivas similares) e confirmabilidade (apelando a critérios intersubjetivos que permitam evitar viés/juízos pessoais).

### 3.2. Participantes

Neste estudo, participou um aluno com PHDA, a professora titular da turma, a encarregada de educação (mãe) e a educadora do Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL). O aluno foi selecionado intencionalmente, em função do seu quadro clínico (PHDA). A professora titular da turma, a encarregada de educação e a educadora do CATL foram determinados a partir da relação direta (escolar, familiar e profissional) que estabelecem com o aluno e em função dos objetivos deste estudo. Os dados de caracterização relativos aos cinco participantes encontram-se compilados na Tabela 1.

**Tabela 1.**

*Caracterização dos Entrevistados*

Entrevistado	Caracterização
Aluno	Sexo: Masculino Idade: 10 anos Ano de escolaridade: 4º ano
Professora Titular da Turma	Sexo: Feminino Idade: 50 anos Habilitações Literárias: Licenciatura em Educação Básica Tempo de serviço: 25 anos Funções que desempenha: Professora e Coordenadora da Escola
Encarregada de Educação	Sexo: Feminino Idade: 39 anos Habilitações Literárias: Licenciada em Optometria Profissão: Optometrista
Educadora CATL	Sexo: Feminino Idade: 37 anos Habilitações Literárias: Mestrado Área de Formação: Educação de Infância e 1º Ciclo

### 3.3. Instrumentos de recolha de dados

Na opinião de Meirinhos e Osório (2010), são vários os instrumentos que se podem utilizar num estudo de caso com vista à recolha de informação, nomeadamente, observação (participante ou não), questionário, fontes documentais, entrevista (individual e de grupo) e outros registos que as modernas tecnologias da informação e da comunicação permitem obter. O recurso a diferentes instrumentos tem a vantagem de

permitir o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, enquanto processo de triangulação de dados, que surge como uma estratégia de validação, ao tornar possível a combinação de informações para o mesmo fenómeno, aumentando assim a fiabilidade (Yin, 2018). Neste sentido, as técnicas selecionadas para a recolha de dados foram: a análise documental, a entrevista semiestruturada e o Questionário KINDL (Ferreira et al., 2001).

### *Análise documental*

Segundo Sousa (2005),

“a análise documental tem como objetivo dar forma conveniente e apresentar de outro modo a informação, facilitando a compreensão e a aquisição do máximo de informação com a maior pertinência. Permite passar de um documento primário (em bruto) para um documento secundário (sintetização do primeiro), produzindo resumos, sínteses, indexações, índices, entre outros” (p. 262).

Os documentos disponibilizados pela encarregada de educação dizem respeito a relatórios de avaliação psicológica e relatório de avaliação de Terapia da Fala. No processo individual do aluno, foi possível consultar as fichas informativas relativas ao rendimento escolar e às medidas educativas implementadas.

### *Entrevista*

Amado (2014) refere-se à entrevista como um dos mais poderosos meios para se compreender os seres humanos e para se obter informações nos mais diversos campos, afirmando que é um dos principais instrumentos de pesquisa de natureza qualitativa. Para Meirinhos e Osório (2010), a entrevista constitui-se como um ótimo instrumento para captar a diversidade de descrições e interpretações que as pessoas têm sobre a realidade. Nesse sentido, recorreu-se à entrevista semiestruturada, que “nem é inteiramente livre e aberta... nem orientada por um leque inflexível de perguntas estabelecidas à priori” (Pardal & Lopes, 2011, p.86-87) e em que não se verifica uma imposição rígida de questões, o que permite ao entrevistado pronunciar-se sobre o tema proposto, respeitando os seus quadros de referência e salientando o que para ele for mais relevante (Amado,

2014).

Para a realização deste estudo foram efetuadas quatro entrevistas (ao aluno, à professora titular da turma, à encarregada de educação e à educadora do CATL), após as quais foi realizada a análise de conteúdo das respostas.

A preparação das entrevistas compreendeu a execução de alguns requisitos metodológicos. Assim, os entrevistados foram previamente informados sobre o tema e os objetivos, foi garantida a confidencialidade e solicitada a autorização para o registo áudio da entrevista. Após definição dos objetivos, procedeu-se à construção de guiões, que constam nos anexos B, C, D e E. O objetivo geral foi compreender o autoconceito e autoestima, bem como as capacidades e dificuldades nos contextos de vida diária, de uma criança com Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção, autopercecionadas e percecionadas pela encarregada de educação, educadora e professora.

#### *Questionário KINDL*

O questionário KINDL é um instrumento de medição curto, psicometricamente válido e fiável, destinado a ser preenchido por crianças, adolescentes (disponível para ser utilizado em três grupos etários: 4 a 7 anos, 8 a 12 anos e 13 a 16 anos) e pelos respetivos pais.

Originalmente desenvolvido por Bullinger, em 1994, e posteriormente revisto por Ravens-Sieberer e Bullinger, em 1998, o Kindl é composto por 24 perguntas e tem demonstrado ser psicometricamente adaptado e flexível para estes grupos etários e para ser usado em indivíduos sãos ou doentes. Em Portugal, o questionário foi aferido por Ferreira et al. (2001), tendo sido esta a versão utilizada.

Mede seis dimensões de qualidade de vida em crianças e adolescentes, cada uma através de quatro perguntas. As dimensões avaliadas por este instrumento são: *bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, família, amigos e escola*.

Atendendo ao foco deste trabalho na autoestima, optou-se por este instrumento, que também permite explorar outras dimensões da vida da criança, atendendo à complexidade dos efeitos da perturbação em análise.

As subescalas destas seis dimensões podem também ser combinadas para obter um índice total. A pontuação final é obtida pela soma das pontuações parcelares,

transformadas para uma escala de 0 a 100, onde valores mais altos indicam melhor qualidade de vida.

Para além destas 24 perguntas, o questionário KINDL contém ainda uma subescala denominada Doença, para ser preenchida em caso de hospitalização prolongada. Esta escala é composta por uma pergunta filtro e por seis perguntas relativas ao impacto da doença.

Para além disso, o questionário inclui uma primeira parte com questões de natureza sociodemográfica (sexo, idade, ano de escolaridade e tipo de escola frequentada).

Há cinco versões, tendo em conta a idade do respondente e a fonte da informação: Kiddy - crianças dos 4 aos 7 anos (entrevista); Kid - crianças entre os 8 e os 12 anos; Kiddo - adolescentes dos 13 aos 16 anos, Kiddy para pais de crianças dos 4 aos 7 anos e Kid & Kiddo para pais de crianças e adolescentes dos 8 aos 16 anos.

No estudo de caso foi utilizada a versão portuguesa de Kidl Kid e Kidl Kid & Kiddo (Ferreira et al., 2001).

### **3.4.Procedimentos de recolha**

Esta investigação decorreu de janeiro a junho de 2024 e organizou-se em diferentes fases nomeadamente, revisão da literatura, formalização dos pedidos de autorização, consulta e recolha de informação proveniente das fontes documentais disponibilizadas, elaboração de instrumentos de recolha de dados, aplicação dos instrumentos, análise e tratamento dos dados, discussão dos resultados e redação do trabalho de investigação.

Seguiu-se a fase de formalização do pedido de autorização aos pais, tendo sido explicados os objetivos pormenorizados da investigação, bem como os procedimentos de pesquisa e os instrumentos que iriam ser utilizados. Também foram solicitados os registos de avaliação e outros relatórios sobre o desenvolvimento e aprendizagem da criança.

Obtidos os consentimentos, realizou-se a consulta e a recolha de informação proveniente das fontes documentais disponibilizadas.

Numa fase seguinte, relativa à elaboração dos instrumentos de recolha de dados, foram criados os guiões de entrevista, destinados ao aluno, à encarregada de educação, à professora titular da turma e à educadora do CATL. Estes guiões resultaram de um plano

prévio, no qual, numa ordem lógica foram definidas e registadas orientações para a recolha da informação essencial, dando-se, no entanto, a possibilidade de liberdade de resposta ao entrevistado.

Seguiu-se a fase de aplicação dos instrumentos (realização das entrevistas aos diferentes participantes da investigação, gravadas para facilitar a transcrição das mesmas e salvaguardar a quantidade e a qualidade da informação partilhada) e a fase de recolha da informação.

### **3.5. Técnicas de análise de dados**

De seguida, deu-se início à fase de tratamento dos dados. Para Amado (2014), a questão da análise de dados é central na investigação, referindo que não basta apenas recolher dados, sendo crucial saber analisá-los e interpretá-los e não sendo possível fazer uma coisa sem a outra. Deste modo, com o objetivo de identificar e sistematizar a informação veiculada pelas fontes documentais e pelos participantes foram utilizados os procedimentos de análise documental e de análise de conteúdo.

A consulta e a recolha de informação proveniente das fontes documentais disponibilizadas decorreram em abril de 2024. Santos (2012) define a utilidade da análise documental como uma forma de condensação das informações, para consulta e armazenamento.

As entrevistas decorreram em junho de 2024. Após a sua receção, os dados recolhidos foram tratados e analisados de acordo com as técnicas da análise de conteúdo. Santos (2012, p.387) conclui que “a análise de conteúdo é uma leitura profunda, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico, e objetiva a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspetos exteriores. Ademais, a técnica permite a compreensão, a utilização e a aplicação de um determinado conteúdo” (p. 387).

Bardin (2016) considera três momentos sucessivos na Análise de Conteúdo: i) pré-análise, que assenta na organização da informação recolhida, com vista à sua operacionalização e à sua sistematização, em função de regras como exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade; ii) exploração do material, que consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração; iii)

tratamento de resultados, baseada na inferência e na interpretação em função dos objetivos propostos.

#### **4. Apresentação e discussão dos resultados**

No presente estudo, foram consultados documentos relevantes para a compreensão do aluno. A mãe disponibilizou, para consulta e análise, Relatórios de avaliação psicológica, Relatório da Consulta de Pedopsiquiatria e Relatório da avaliação em Consulta de Terapia da Fala. Através da professora foi possível aceder ao processo individual do aluno e a documentos como Fichas Informativas do rendimento académico.

O aluno foi caracterizado e identificado no estudo com o nome fictício de João, visto que o critério de confidencialidade em associação com os fatores éticos e morais do investigador, de acordo com a atual legislação, de proteção de dados e identidade e individualidade do aluno, esteve sempre assegurado.

O João tem 10 anos e frequenta o 4.º ano de uma escola da zona centro/norte do país. Em 2020, foi diagnosticado com PHDA, apresentação combinada, gravidade moderada. Mantém terapêutica farmacológica e acompanhamento em consultas de Psicologia e de Pedopsiquiatria, com uma periodicidade quinzenal e de seis em seis meses, respetivamente.

Em termos familiares, o João está inserido num agregado familiar composto pela mãe e o padrasto, e num outro agregado composto pelo pai e avós paternos. O contacto com o pai é concretizado quinzenalmente, mas falam telefonicamente quase todos os dias. Segundo a mãe, o pai manifesta dificuldades em aceitar o quadro clínico do filho e apresenta um estilo parental mais permissivo. A mãe mostra-se muito colaborativa, quer no acompanhamento clínico, quer nas tomadas de decisão relativas ao percurso escolar do filho.

Com 7 anos, foi avaliado em Consulta de Psicologia, por iniciativa da mãe, por apresentar atividade motora excessiva, dificuldades de atenção, baixo rendimento escolar, dificuldades em cumprir regras, situações reforçadas pela professora titular e, também, referidas pela educadora que o acompanhou no pré-escolar. Após avaliação com diferentes testes, tais como Desenho da Família, Teste da Figura Humana de Goodenough, Teste das Aventuras do Pata Negra, Teste da Figura Complexa de Rey e Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - WISC III, a profissional concluiu que

o João apresentava um conjunto de sintomas, tais como, “fragilidade emocional”, “autodesvalorização”, “baixo autoconceito”, “frustração fácil”, “imaturidade”, “agitação psicomotora”, “dificuldades na gestão das emoções e comportamentos”, “desenvolvimento intelectual Médio Inferior”, “alterações ao nível da atenção, perceção e memória” e “precipitação e impulsividade”, tendo recomendado avaliação em Consulta de Pedopsiquiatria. Nesta consulta, foi confirmado o diagnóstico de PHDA e iniciou terapêutica farmacológica.

Após referenciação por parte da professora por apresentar “dificuldades em pronunciar algumas palavras”, foi avaliado em Consulta de Terapia da Fala, onde se concluiu a inexistência de alterações significativas ao nível da linguagem e da comunicação, ainda que se tenham verificado dificuldades ao nível da consciência fonética, omissão de letras/sílabas/palavras por a leitura ser muito rápida, da organização das frases e desrespeito pelas regras ortográficas.

Ainda no 2.º ano, foram tomadas medidas educativas ajustadas às suas características e necessidades. Segundo a informação presente no processo individual do aluno, o João usufrui, desde o 2.º ano, de Medidas de Apoio à Aprendizagem e à Inclusão, contempladas no Decreto-Lei 54/2018, de 6 de julho, mais concretamente Medidas Universais: a) diferenciação pedagógica, b) acomodações curriculares e e) intervenção com foco académico em pequenos grupos.

O seu rendimento escolar tem rondado o suficiente às disciplinas de Português, Matemática, Estudo do Meio, Inglês e Apoio ao Estudo e o bom a Expressões Artísticas e Físico-motoras. Como observações, foram sendo destacados a assiduidade e a pontualidade, o interesse pelas atividades, a autonomia, a postura adequada e respeito pelos colegas e professora, sendo, no entanto, referida instabilidade comportamental e hábitos e métodos de trabalho e de estudo desorganizados.

A Tabela 2 resume a informação resultante da análise de conteúdo das entrevistas.

Tabela 2  
*Sistema de Categorização e Codificação dos Dados das Entrevistas*

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
1. Funcionalidade do aluno	1.1. Capacidades	“Bondoso” (A, EE, E) “Meigo” (EE) “Por vezes cumpridor e colaborativo” (PT, E) “Ajuda em algumas tarefas” (EE)
	1.2. Dificuldades	“Irrequieto” (EE, PT, E) “Desobediente” (PT, EE e E) “Inseguro” (EE, E) “Distrai-se muito” (PT, EE e E) “Não obedece”, “Dificuldade em aceitar algumas regras” (PT, EE e E) “É impulsivo, faz as coisas sem pensar” (PT, EE e E) “Não se concentra” (PT e E) “Esquece-se muito das coisas” (PT, EE e E)
2. Interferência da PHDA	2.1. Relacionamento familiar	“Às vezes, fico sem paciência” (EE) “Muitas vezes já não sei o que fazer” (EE) “Ralho com ele” (EE) “Às vezes há discussões lá em casa” (EE) “O pai não aceita o diagnóstico” (PT)
	2.2. Relacionamento com adultos	“Boa relação com os adultos” (PT, EE e E) “Acha-se engraçadinho”, “o palhacinho” (PT e E) “Não gosta de ser repreendido” (PT, EE e E)

	2.3. Relacionamento com os pares	<p>“Boa relação com os pares” (PT, EE e E)</p> <p>“Faz amigos com facilidade” (EE e E)</p> <p>“Gosta de ser o engraçadinho e o centro das atenções e, às vezes, os outros cansam-se das piadas e gozam” (PT, EE e E)</p> <p>“É convidado para festas” (EE)</p>
	2.4. Rendimento escolar	<p>“Considera uma seca fazer os trabalhos” (EE e E)</p> <p>“Tem capacidades, mas não as sabe aproveitar” (PT, EE e E)</p> <p>“Se ele estivesse mais concentrado fazia as coisas bem” (PT, EE e E)</p>
3.Autoconceito e autoestima	3.1. Dimensão emocional	“Sou fixe” (A)
	3.2. Dimensão escolar	“Sou bom a educação física, porque gosto de atividade física” (A)
	3.3. Dimensão social	<p>“Sou bom a jogar a bola” (A)</p> <p>“Faço amigos com facilidade” (A, EE, E)</p>
	3.4. Dimensão familiar	“Sou bondoso, mas irrequieto” (A)
4.Estratégias de apoio	4.1. Acompanhamento em consultas de especialidade	<p>“Pela escola e pelo hospital, as consultas de Psicologia são muito espaçadas, por isso prefiro pagar no privado” (EE)</p> <p>“Vai à Pedopsiquiatria de meio em meio ano” (EE)</p>
	4.2. Medidas Educativas de Apoio à Aprendizagem e à Inclusão	<p>“Tem as medidas universais” (PT)</p> <p>“Ele está sentado à frente, mais perto de mim e do quadro” (PT)</p> <p>“Sempre que posso apoio-o” (PT)</p>
	4.3. Desenvolvimento de competências	<p>“Inseri-lo em grupos de trabalho mais pequenos” (PT e E)</p> <p>“Realçar as características positivas” (PT, EE e E)</p>
	4.4. Papel dos pais/ Encarregado de Educação	<p>“A mãe está interessada em ajudar o filho” (PT e E)</p> <p>“Ajudo-o a estudar e a fazer os trabalhos” (EE)</p>

5.Evolução	4.5. Facilitadores da implementação das estratégias	“Vou falando com a professora” (EE) “A psicóloga já falou comigo algumas vezes” (P) Colaboração família, aluno, professora, educadora CATL
	4.6. Barreiras na implementação das estratégias	Superproteção parental (PT e E) Avós (PT e E)
	5.1. Domínio cognitivo	“Não noto grandes diferenças na atenção” (E)
	5.2. Domínio comportamental	“Continua a ser muito irrequieto” (PT e E) “A medicação só funciona de manhã” (PT e E)
	5.3. Domínio emocional	“Continua a amuar e fica irritado quando é repreendido” (PT, EE e E)
	5.4. Domínio académico	“As notas podiam ser melhores” (PT, EE e E)
	5.5. Domínio social	“Interage com os pares e adultos com facilidade” (PT, EE e E)
	5.6. Domínio familiar	“Continua a ser muito desobediente” (EE)

De seguida, apresentam-se os resultados relativos aos resultados do questionário Kindl-Kid, autoperceção do aluno (Tabela 3) e perceção da encarregada de educação (Tabela 4).

Tabela 3  
*Resultados Kindl-Kid (autoperceção)*

Dimensão	Pontuação Direta (em 120 pontos Total)	Score transformado para escala de 100 pontos	%
Total	92	76,67	76,67
Bem-estar físico	18	15	90
Bem-estar emocional	10	8,33	50
Autoestima	17	14,17	85
Família	18	15	90
Amigos	16	13,33	80
Escola	13	10,83	65

Tendo por base o bem-estar e qualidade de vida da criança podemos constatar que a dimensão do bem-estar emocional e a dimensão escola apresentam valores mais baixos em termos percentuais, 50% e 65% respetivamente. Com valores intermédios aparecem dimensões como amigos com 80% e autoestima com 85%. Os valores mais elevados, com 90%, dizem respeito à dimensão do bem-estar físico e família.

Tabela 4  
*Resultados Kidl Kid & Kiddo (perceção da encarregada de educação)*

Dimensão	Pontuação Direta	Subscale score transformada	%
Total	84	70	70
Bem-estar físico	19	15,83	95
Bem-estar emocional	16	13,33	80
Autoestima	11	9,17	55
Família	13	10,83	65
Amigos	13	10,83	65
Escola	12	10	60

Verificou-se uma discrepância entre a perceção que a criança tem de si própria e a que a mãe tem dele. Para a criança, as dimensões com valores mais baixos dizem respeito ao bem-estar emocional e dimensão escola, enquanto a encarregada de educação aponta a dimensão da autoestima. No que diz respeito às dimensões com valor mais elevado ambos destacam o bem-estar físico.

Na sequência dos resultados obtidos através da análise documental, de conteúdo e da análise dos questionários, segue-se a discussão e a sua triangulação por objetivo.

*i) Identificar dificuldades e capacidades da criança nos seus contextos de vida, percecionadas pela própria, encarregado de educação, educadora e professora;*

Da reflexão sobre o perfil de funcionalidade, de acordo com os relatos das entrevistas e dos documentos presentes no seu processo individual (relatórios médicos e técnicos) é possível reiterar-se que o aluno apresenta um conjunto de dificuldades que são inerentes ao quadro de PHDA diagnosticada.

Deste modo, manifesta um padrão persistente de desatenção e hiperatividade/impulsividade, especificamente dificuldades ao nível da atenção, concentração, em organizar tarefas e atividades e relutância em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido, assim como agitação psicomotora, precipitação e impulsividade, apesar da terapêutica farmacológica, tal como referenciado no DSM-V (APA, 2014).

No que concerne ao apoio clínico, tem sido acompanhado em consultas de Pedopsiquiatria e Psicologia, cujo foco tem sido a avaliação da evolução e a intervenção ao nível dos quadros clínicos diagnosticados e no ajustamento da medicação prescrita, sempre que necessário.

Face aos apoios disponibilizados, não obstante as capacidades do aluno (comportamento adequado, estabilidade emocional, adaptação e recetividade a situações novas) e a evolução positiva nos domínios da aprendizagem, do relacionamento interpessoal e da autonomia, reforçada por todos os entrevistados, inclusivamente pelo aluno, os progressos académicos têm sido lentos e limitados e a imaturidade atitudinal e comportamental tem-se mantido, assim como alguns medos e receios relacionados com insegurança e baixo autoconceito. A encarregada de educação, a professora titular da turma e a educadora do CATL assinalaram dificuldades ao nível da obediência, aceitação de regras, impulsividade, esquecimentos recorrentes e distração fácil.

Como mencionado na literatura, as crianças com PHDA têm dificuldade em ficar sentadas e parecem estar sempre a mexer-se, a brincar com os objetos que estiverem mais à mão e normalmente transmitem a sensação de serem impulsionadas por motores que não é possível desligar (Sosin & Sosin, 2006). Ainda segundo estes autores, “estas crianças são

frequentemente descritas como sendo muito ativas e irrequietas desde tenra idade, metendo-se em todo o tipo de sarilhos” (Sosin & Sosin, 2006, pp. 43- 44).

*ii) Conhecer as estratégias utilizadas pelos adultos (encarregada de educação, educadora e professora) para apoiar a criança nos seus contextos de vida e promover o seu autoconceito e autoestima;*

Tendo por base os relatos das entrevistas realizadas à professora, encarregada de educação e educadora do CATL constatamos que a criança tem estratégias de apoio adaptadas às suas características começando pelo acompanhamento em consultas de especialidade (Psicologia e Pedopsiquiatria). Ao nível da aprendizagem, beneficia de medidas universais, tem um apoio mais direcionado por parte da professora e está sentado nos lugares da frente, o que vai ao encontro do que nos é referido por Wilkinson & Legendijk (2007), destacando-se a importância do desenvolvimento de uma intervenção multimodal e a longo prazo, onde se incluem medidas psicoeducativas dirigidas a pais/cuidadores, professores e pessoal não docente, crianças/adolescentes, com os objetivos de ajudar a compreender os sintomas da PHDA e as suas consequências; adquirir estratégias para lidar com as dificuldades dos filhos/alunos; melhorar a autoestima da criança/adolescente); treino parental (programas comportamentais/gestão comportamental), intervenções comportamentais no contexto escolar e adoção de medidas de apoio ao abrigo do Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho (e.g., medidas universais, como acomodações curriculares; adaptações ao processo de avaliação); terapia cognitivo-comportamental com a criança/adolescente e tratamento farmacológico. Segundo Azevedo (2013), a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência recomenda os programas comportamentais de intervenção parental como tratamento de primeira linha para a PHDA em idade pré-escolar. A medicação estimulante deve ser iniciada somente nos casos das crianças mais severamente sintomáticas e após um ensaio falhado com terapia comportamental.

No que diz respeito às estratégias de intervenção em sala de aula, Barkley (2006, p. 135) agrupa-as em oito categorias: i) diminuir a quantidade de trabalho de modo a ajustá-la à capacidade de atenção do aluno (estabelecer tempos de trabalho mais frequentes, mas mais curtos; não enviar para casa o trabalho que não foi terminado na aula; eliminar potenciais estímulos de distração); ii) adaptar as práticas educativas (permitir algum comportamento agitado na área de trabalho; ser animado, responsivo; estar aberto a novos métodos para

abordar os conteúdos a lecionar; não reforçar a rapidez na resposta; reforçar o recurso à abordagem do “pensar em voz alta”; sentar o aluno perto do professor; intercalar atividades menos/mais interessantes para o aluno; permitir pequenos intervalos ao longo das atividades; agendar os conteúdos mais exigentes para a parte da manhã; recorrer ao computador sempre que possível); iii) explicitar as regras a cumprir (afixar posters com as regras a cumprir nos períodos de trabalho; colocar cartões nas mesas de trabalho com as regras a cumprir no trabalho de secretária; pedir ao aluno para repetir as regras antes de começar a próxima atividade; pedir ao aluno para recorrer à autoinstrução durante as tarefas; pedir ao aluno para lembrar as regras aos colegas antes de trabalhar; pedir ao aluno para estabelecer objetivos para os períodos de trabalho; iv) aumentar a frequência e o poder dos reforços/recompensas e autorreforço; v) aumentar a rapidez na emissão de consequências (não repetir ordens; evitar reações demoradas face ao mau comportamento do aluno); vi) definir limites de tempo para o completamento das tarefas; vii) desenvolver uma hierarquia de penalizações na sala de aula (custo de resposta; perda de pontos nos programas token); time-out; suspensão; agendamento de uma reunião com os pais/cuidadores; viii) coordenar as consequências comportamentais entre escola e casa (registos diários casa/escola e, gradualmente, mudar para semanais).

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências, assim como mencionado pela professora, e que vai ao encontro do que é dito por alguns autores, esta baseia-se no conjunto de técnicas utilizadas com o objetivo de alterar/manipular o contexto, no sentido de dar importância às competências da criança com PHDA (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Entre as técnicas utilizadas, estes autores destacam três categorias: i) a psicoeducação (aumentar o nível de conhecimento dos professores acerca da perturbação em causa, neste caso, acerca da PHDA, para que possam responder adequadamente às diferentes necessidades que os alunos com esta perturbação apresentem; ii) a colaboração entre casa e escola, de forma a efetivar qualquer estratégia de intervenção ao nível académico, pelo que pais e professores devem comunicar de forma a definir objetivos realistas, dissipando culpas e trabalhando em conjunto para o bem-estar e sucesso destes alunos; iii) a organização do ambiente vivido na sala de aula.

*iii) Analisar as interações sociais da criança com PHDA com os pares e adultos em contexto escolar, percebidas pela própria, encarregada de educação, educadora e professora.*

O que foi mencionado nas entrevistas realizadas vai ao encontro do que é referido por Neto (2014), que aponta fatores familiares e socioculturais ligados a esta perturbação. O ambiente familiar conflituoso, pouco estruturado, o baixo nível sociocultural, as perturbações psíquicas e o abuso de substâncias nos prestadores de cuidados, podem propiciar o desenvolvimento de PHDA nas crianças. Cruz (2008) menciona também que os comportamentos que a criança hiperativa manifesta são consequência de um ambiente familiar de stress. Foi referido pela encarregada de educação que, por vezes, fica sem paciência, existem discussões e a professora referiu que o pai não aceita o diagnóstico da criança.

Ao nível social, foi relatado por todos os entrevistados que se relaciona bem com os adultos e os pares, contudo, em muitas situações, considera-se o engraçadinho o que vai ao encontro do que nos é dito pela literatura. Quanto à socialização, Silva (2014) refere que esta se constrói ao longo dos tempos, dependendo de variáveis internas e externas, contudo “as crianças com PHDA são menos hábeis na interpretação do comportamento dos outros” e têm dificuldades em serem empáticas e recíprocas (p.142). A autora salienta que “as dificuldades de atenção interferem com a capacidade de sintonizar a criança com o seu envolvimento” e que, por isso, têm um impacto negativo no funcionamento social, sendo a criança vista como “mandona, intrusiva, inflexiva, controladora, que está sempre a «picar», explosiva, facilmente frustrada, desatenta durante os jogos e batoteira” (p.142). A autora sublinha ainda que a atenção social é deficitária, a consciência do socialmente correto é pouca e a dificuldade em executar o socialmente adequado ainda é maior, têm dificuldade na regulação emocional, bem como na resolução de conflitos.

No que concerne ao rendimento escolar, o João diz ser “uma seca” fazer trabalhos de casa, distraíndo-se e perdendo os níveis de concentração. Segundo Weiner (1982) muitos dos problemas surgem devido a experiências vivenciadas anteriormente pelas crianças. Frequentemente, estas crianças não são escolhidas pelos companheiros, ou são mesmo rejeitadas, apenas se relacionando com colegas com aproveitamento escolar idêntico, o que pode levar a situações de marginalização (colocação em salas de apoio), ou desinserção da turma de origem. As situações de insucesso podem repercutir-se, negativamente, na

capacidade de iniciativa e na autoconfiança. Algumas destas crianças começam logo a desenvolver problemas emocionais à entrada na escola, quer atribuídas a experiências anteriores de aprendizagem negativas, quer a reações menos adequadas dos pais e outros adultos, relativamente ao seu lento desenvolvimento psicomotor e autocontrolo limitados.

## CONCLUSÃO

A concretização deste trabalho possibilitou um maior entendimento sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, bem como perceber o seu impacto na vida de alunos com estas características.

As crianças com PHDA, tal como todas as outras, podem ser crianças meigas, carinhosas, sensíveis, com espírito de justiça, bem-dispostas e brincalhonas, cuja interação com os seus pais resulta num reforço positivo. Porém, apresentam várias outras características, não tão desejáveis socialmente, que fazem parte dos critérios de diagnóstico da PHDA, nomeadamente a falta de atenção, a impulsividade e a hiperatividade. Além destas características, os participantes neste estudo descrevem ainda a criança como teimosa, desobediente e com baixa tolerância à frustração.

Por todas estas características de comportamento e temperamento, pela sua pouca autonomia, o grau de exigência de atenção e cuidados pedido a estes pais é muito elevado e a sua interferência nas rotinas da família é muito significativa, verificando-se uma necessidade acrescida de acompanhamento e orientação em todas as suas rotinas e chamadas de atenção frequentes.

Considerámos que as crianças e jovens com PHDA sofrem porque são incompreendidas e apesar de, na atualidade, falarmos do termo “escola inclusiva”, estamos ainda muito longe dessa realidade. Ainda existem muitos preconceitos, muitas barreiras a transpor e efetivamente, as escolas parecem não estar preparadas para acolher no seu seio crianças com a clássica designação de “necessidades educativas especiais” (NEE), na qual podemos incluir esta perturbação.

Os pais devem aprender a reagir aos limites dos seus filhos de maneira positiva e ativa. Aceitar o diagnóstico de PHDA significa aceitar a necessidade de fazer modificações no ambiente da criança. A rotina deve ser consistente e raramente variar. As regras devem ser dadas de maneira clara e concisa. Atividades ou situações em que já ocorreram problemas devem ser evitadas ou cuidadosamente planeadas (Bastos& Bueno, 2001)

É fundamental que os pais entendam que simplesmente punir os filhos, não irá reduzir os sintomas de PHDA. “O ser humano, ao nascer, não tem ainda uma ética definida. E somos nós, os pais que temos esta tarefa fundamental e espetacular - passar para as novas gerações esses conceitos tão importantes e que conferem ao homem a sua humanidade” (Zagury,

2002, p.42).

A perspetiva das crianças acerca de si próprias é reflexo das perspetivas transmitidas pelos outros na interação social. Desenvolver atitudes positivas para consigo é importante, mas as crianças ou os jovens necessitam de desenvolver também sentimentos de confiança em relação ao seu mundo. É extremamente importante e necessário o envolvimento dos vários ambientes da criança, como os pais no ambiente familiar, os professores no ambiente escolar, e a própria criança, com o seu esforço e empenho pessoal. É, portanto, impreterível que a criança esteja motivada e que tenha uma boa perceção de si, bem como das suas potencialidades.

O presente estudo de caso constitui um importante contributo para perceber que as perturbações a nível do comportamento são de difícil compreensão e de diagnóstico, nem sempre consensual e consistente. Para complexificar, existem diversas problemáticas comportamentais com sintomatologias semelhantes, como tal, é necessário direcionar esforços para o estudo e aprofundamento da temática. Sustentados nestes factos, nas várias abordagens anteriormente descritas e no caso estudado, constata-se que muitas crianças agitadas, faladoras e irrequietas são, por vezes, erradamente diagnosticadas com PHDA podendo não apresentar a problemática e, ao invés, outras perturbações, ou características da personalidade.

Este trabalho permitiu compreender melhor a importância da autoestima e autoconceito na vida das crianças com PHDA, destacando a importância do apoio familiar, escolar e social bem como a correta identificação das necessidades e potencialidades da criança. Pois apesar de a criança ser carinhosa, justa e sensível, enfrenta desafios relacionados com a impulsividade, hiperatividade e baixa tolerância à frustração, o que exige uma adaptação constante dos ambientes onde está inserida.

## BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2006). *(des) Equilíbrios Familiares*. Quarteto.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi.
- Antunes, N. L. (2011). *Mal-entendidos: da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do sono. As respostas que procura* (5.<sup>a</sup> Ed.). Verso de Kapa.
- Associação Portuguesa da Criança Hiperativa (2012). *Como diagnosticar*.  
[http://www.apdch.net/hiperactividade\\_como\\_diagnosticar.html](http://www.apdch.net/hiperactividade_como_diagnosticar.html)
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5.<sup>a</sup> ed.). Climepsi.
- Azevedo, A., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Homem, T. C., & Marques, B. (2010). The “Incredible Years Parent Training Programme” in families of preschoolers with disruptive behavior symptoms: Does it work? Preliminary data with a clinical Portuguese sample. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer, & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside Out - How interventions in child and family care work: An international source book* (pp. 147-150). Garant Publishers.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barkley, A. (2007). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain and Development*, 25, 77-83.
- Barkley, R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade*. Artmed Editora.
- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3.<sup>a</sup> ed.). Guilford Publications.
- Barrias, P. (2014). Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 115-136). LIDEL.
- Bautista, R. (1997). Uma escola para todos: integração escolar. In R. Bautista (Ed.), *Necessidades educativas especiais* (pp 21-35). Dinalivro.
- Branden, N. (1998). *O Poder da auto-estima*. Saraiva.
- Branden, N. (2000). *Como aprender a gostar de si mesmo*. Saraiva.
- Burns, R. B. (1982). *Self-concept: development and education*. Holt Rinehart and Wintson.
- Chiapeta, S. M. (1988). *Contribuição da educação física para a formação do autoconceito da criança* [Dissertação de mestrado, Universidade Gama Filho]. Repositório da

Universidade Gama Filho.

- Connor, J. M., Poyrazli, S., Ferrer-Wreder, L., & Grahame, K. M. (2004). The relation of age, gender, ethnicity and risk behaviors to self-esteem among students in nonmainstream schools, *Adolescence*, 39, 457- 473.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. Freeman.
- Costa, S. (2010). *Um Desafio de Inclusão para Professores: Alunos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* [Graduação em Pedagogia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/39548/000825089.pdf?sequence=1>
- Coutinho, C. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Almedina.
- Coutinho, C. (2015). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e Prática* (2.ª ed.). Almedina.
- Cruz, E. (2008). *Procedimentos de Avaliação e Intervenção em Crianças com Défice de Atenção com Hiperatividade*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, alterado pela Lei n.º 116/2019, de 13 de setembro - Estabelece o Regime Jurídico da Educação Inclusiva. <https://files.dre.pt/1s/2018/07/12900/0291802928.pdf>
- DuPaul, G. J., & Eckert, T. L. (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26, 5–27.
- DuPaul, G.J & Stoner. (2007). TDHA nas Escolas e Estratégias de Avaliação e Intervenção. São Paulo: M. Books. - DuPaul, G. J., & Eckert, T. L. (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26, 5-27.
- Ferreira, P., Almeida, A., Pisco, M., & Cavalheiro, L. (2006). Qualidade de vida de crianças e adolescentes. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do KINDL. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37 (4), 125-144. [https://www.researchgate.net/publication/260565525\\_Qualidade\\_de\\_vida\\_de\\_crianças\\_e\\_adolescentes\\_Adaptacao\\_cultural\\_e\\_validacao\\_da-versao-portuguesa\\_do\\_KINDL](https://www.researchgate.net/publication/260565525_Qualidade_de_vida_de_crianças_e_adolescentes_Adaptacao_cultural_e_validacao_da-versao-portuguesa_do_KINDL)

- Fonseca, A. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, 19, 7-41.
- Fonseca, A. Castro, Simões, Mário R., Rebelo, José A. (1998). Hiperactividade e Problemas de Atenção em Crianças e Adolescentes. *Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*, 19, 7-41.
- Fonseca, A., Ulenberg, C. & Pinto, S. (2007). *Perspectiva desenvolvimental sobre o Distúrbio de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Fonseca, C. (2017). Influência dos fatores sociofamiliares no desenvolvimento da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Científico da Universidade do Porto. <https://www.google.pt/search?q=influencia+dos+fatores+sociofamiliares+no+de+desenvolvimento+da+perturbação+de+hiperatividade+e+defice+de+atenção&dq=>
- Fontaine, A. (1991). Desenvolvimento do conceito de si próprio e realização escolar na adolescência. *Psychologica*, 5, 13-31.
- Garcia, I. (2001). *A Hiperactividade*. Quarteto.
- Garcia, I. (2001). *Hiperatividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. McGraw-Hill.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. University of Denver.
- Harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. New York: Guilford Press.
- Jones, M. (2000). *Hiperactividade: como ajudar seu filho*. Vega Books.
- Joseph, H. M., Kennedy, T. M., Gnagy, E. M., Perlman, S. B., Pelham, W. E., & Molina, B.S.G. (2019). Fathers with childhood ADHD, parenting, and their young children's behavior: offspring of the Pittsburgh ADHD longitudinal study (PALS). *Child Psychiatry & Human Development*, 50(1), 35-44. 10.1007/s10578-018-0819-3
- Korman, A. K. (1967). Self-esteem as a moderator of the relationship between selfperceived abilities and vocational choice. *Journal of Applied Psychology*, 51, 65-67. 10.1037/n0024237
- Kutscher, M. L. (2011). *Crianças com Síndromes Simultâneas – Um guia essencial para pais, professores e outros profissionais*. Porto Editora.

- Lino, T. A. (2005). Distúrbio do Défice de Atenção [Tese de Licenciatura, Universidade Autónoma de Lisboa]. Repositório científico da Universidade Autónoma de Lisboa. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0041.pdf>
- Lobo Antunes, N., Rodrigues, A., & Jesus, G. (2018). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. In N. Lobo Antunes et al., *Sentidos* (pp. 219-271). Lua de Papel.
- Lopes, J. (1998). *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula*. Universidade do Minho.
- Lopes, J. (1998). *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e Investigação*. SHO.
- Lopes, J. A. (Ed.) (2004). *A Hiperactividade*. Quarteto.
- Mäder, M.J. (1996). Avaliação Neuropsicológica: Aspectos Históricos e Situação Atual, *Psicologia: Ciência e Profissão*, 16(3), 12–18.
- Maia,L.,Correia,C., & Leite,R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica: Estudos de casos e instrumentos*. Lidel.
- Marsh, H. W., & Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on the structure of self-concept. In B.A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept* (pp. 56-73). Wiley.
- Martins, R.. (2008). A Criança Hiperactiva e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico-Terapêutico. *Diversidades*, 21,19-29.
- Merinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: revista de educação*, 2 (2), 49-65. <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/view/24/27>
- Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 83-88.
- Moura, O. (2008). Avaliação Psicológica de Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção. *Diversidades*, 21, 4-9.
- Neto, A. (2014). *Hiperatividade e défice de atenção*. Verso de Kapa.
- Neto, M. R. (2010). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: breve história do conceito. In M. R. Neto. *TDAH ao longo da vida* (pp. 13-21). Artmed.
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2015). PHDA: O que há de novo no DSM-5?. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 49 (2), 75-94. [https://doi.org/10.14195/1647-8614\\_49-2\\_4](https://doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_4)
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2011). *O Mundo da Criança*. McGrawHill.

- Parker, H. C. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade - Um guia para pais, educadores e professores*. Porto Editora.
- Pereira, F. (Coord.). (2018). *Para uma Educação Inclusiva: Manual de Apoio à Prática*. [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual\\_de\\_apoio\\_a\\_pratica.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual_de_apoio_a_pratica.pdf)
- Pinho, A., Mendes, L., & Pereira, M. (2007). *Perturbação hiperactiva com défice de atenção: Um problema negligenciado*. Universidade Lusíada. <http://www.profala.com/arthiper9>
- Ramalho, J. (2009). *Psicologia e Psicopatologia da Atenção*. APPACDM.
- Rebelo, J. A. (1997). Como ajudar alunos com hiperactividade nas escolas. *Psychologica*, 19, 165-199.
- Rodrigues A., & Antunes, N. (2014). *Mais Forte do que Eu*. Lua de Papel.
- Rouxinol, F. (2018). *Perturbação de hiperatividade com défice de atenção e as funções executivas*. [https://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php](https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php)
- Santos, F. M. (2012). Análise de Conteúdo: A visão de Laurence Bardin. *Revista Eletrónica de Educação*, 6 (1), 383-387. <https://doi.org/10.14244/%19827199291>
- Santos, P. J. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-28.
- Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (Vol. XIII). Psiquilíbrios.
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de atenção e hiperatividade*. Alfragide.
- Silva, C., Rosa, C., & Antunes, R. (2014). Problemas associados à PHDA: Socialização e dificuldades de aprendizagem. In A. S. Neto (Coord.), *Hiperatividade e Défice de Atenção* (1.ª Ed.) (pp.142 -167). Verso de Kapa.
- Silva, E.M.F., Almeida, J.L.M., Silva, M.A., & Menezes, R.M.C. (2019). *Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica em Casos de TDAH*. 1–19. [https://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?avaliacao-e-reabilitacaoneuropsicologica-em-casos-de-tdah&codigo=A1315&area=d5](https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?avaliacao-e-reabilitacaoneuropsicologica-em-casos-de-tdah&codigo=A1315&area=d5)
- Simões, M. (2001). *O interesse do auto-conceito em Educação*. Plátano Edições Técnicas.
- Sosin, D. e Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e*

*Hiperactividade*. Porto Editora.

- Ullsperger, J. M., Nigg, J. T., & Nikolas, M. A. (2016). Does child temperament play a role in the association between parenting practices and child attention deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(1), 167-178. 10.1007/s10802-015-9982-1
- Vicente, A. (2009). *Saúde infantil: dicas para identificar e aumentar a auto-estima das crianças*. Porto. <https://saudeinfantilfeira.blogspot.com/2009/06/dicas-para-identificar-e-aumentar-auto.html>
- Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations. A normative view. *Academy of Management Review*, 7(3), 418-428.
- Wilkinson, W. & Lagendijk, M. (2007). ADHD in the Classroom: Symptoms and Treatment. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove, & M. Gill (Eds), *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp. 427-442). John Wiley & Sons. [https://www.researchgate.net/publication/274007137\\_Handbook\\_of\\_Attention\\_Deficit\\_Hyperactivity\\_Disorder](https://www.researchgate.net/publication/274007137_Handbook_of_Attention_Deficit_Hyperactivity_Disorder)
- Williamson, D., & Johnston, C. (2016). Marital and coparenting relationships: associations with parent and child symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(8), 684-694. 10.1177/1087054712471717
- Yin, R. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. SAGE Publications.
- Yin, R. K. (2004). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (2.<sup>a</sup> ed.). Bookman.

# ANEXOS

## Anexo A – Consentimento informado

### Consentimento Informado

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo** – Autoconceito e Autoestima na Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Estudo de Caso.

**Enquadramento** - Trabalho realizado no âmbito do projeto final do Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação das Professoras Doutoras Emília Martins e Rosina Fernandes.

**Explicação do estudo**: A participação no estudo implica aplicação de uma escala de autoconhecimento, à criança em estudo, bem como realização de entrevistas à criança e elementos da família, da escola e Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL).

**Condições**: A participação neste estudo é de carácter voluntário e não acarreta prejuízos assistenciais ou outros, podendo desistir a qualquer momento.

**Confidencialidade e anonimato**: Os dados são para uso exclusivo do presente estudo e serão garantidos os princípios éticos da confidencialidade e anonimato.

Agradecemos a sua colaboração

Tânia Carreira

**Contactos**: Tânia Carreira, estudante, n.º de telemóvel, endereço de email: tania\_carreira@hotmail.com.

**Assinatura**: \_\_\_\_\_

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que vai desenvolver o estudo. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo, sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este fim e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.*

**Nome:**

---

**Assinatura:**

---

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Desta forma, permito/não, permito (riscar o que não interessa) a gravação e a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este fim e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.*

**Nome:**

---

**Assinatura:**

---

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Representante:**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**BI/CC nº:** \_\_\_\_\_ **Data ou Validade:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Grau de parentesco ou tipo de representação:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado:  
uma via para o investigador e outra para a pessoa que consente.**

## Anexo B – Guião de Entrevista - Criança

### Guião de Entrevista

**Entrevistado:** Criança  
**Entrevistador:** Tânia Carreira  
**Data:** a definir

**Local:** a definir  
**Duração:** a definir

Etapas	Objetivos	Conteúdo	Observações (anotações)
<b>Apresentação</b>		<p>Esta entrevista tem como finalidade recolher informação sobre ti e as tuas atividades na escola e fora dela.</p> <p>Os dados recolhidos são totalmente confidenciais e destinam-se exclusivamente à realização deste trabalho.</p> <p>Agradeço a tua disponibilidade e colaboração para participar neste projeto.</p>	
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Avaliar o autoconceito e a autoestima de uma criança com PHDA; (perguntas:4,8,9,10,11,12)</p> <p>Identificar dificuldades e capacidades da criança nos seus</p>	<p>1-Gostas de andar na escola? O que mais gostas na escola? E menos?</p> <p>2-Como te sentes normalmente na escola?</p> <p>3-Quais são as tuas principais dificuldades na escola? E em casa? E no CATL?</p> <p>4- O que fazes melhor na escola? E em casa? E no</p>	<p>2- Sozinho, triste, diferente, sem amigos, feliz, apoiado pelos amigos, apoiado pelos professores, apoiado pelos técnicos (psicólogo), cheio</p>

	<p>contextos de vida; (perguntas:1,2,3)</p> <p>Analisar as interações sociais da criança com PHDA com os pares e adultos em contexto inclusivo. (perguntas: 5,6,7)</p>	<p>CATL? Quais os teus passatempos preferidos?</p> <p>5-Tens amigos na tua turma?</p> <p>6- São mais rapazes ou raparigas?</p> <p>7-Tens amigos na escola? E fora da escola? São mais rapazes ou raparigas, da tua idade, mais novos ou mais velhos?</p> <p>8-Que ideia pensas que os teus amigos têm de ti? E a tua família?</p> <p>9-E o que tu pensas sobre ti?</p> <p>10-Achas que és capaz de fazer as coisas tão bem como os outros colegas?</p> <p>11-Os teus pais valorizam o teu esforço ( o que fazes)? Porque pensas isso?</p> <p>12- Gostas de ser como tu és?</p>	<p>de energia, com vontade de chorar, sorridente, revoltado, gozado, etc</p> <p>7- Por exemplo no CATL</p>
<p><b>Encerramento</b></p>		<p>Queres dizer mais alguma coisa?</p> <p>Obrigada pela tua colaboração</p>	

## Anexo C – Guião de Entrevista - Encarregado de Educação

### Guião de Entrevista

**Entrevistado:** Encarregado de Educação

**Entrevistador:** Tânia Carreira

**Data:** a definir

**Local:** a definir

**Duração:** a definir

Etapas	Objetivos	Conteúdo	Observações (anotações)
Apresentação		<p>Esta entrevista tem como finalidade recolher informação importante para o desenvolvimento do projeto final “Autoconceito e Autoestima na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção” que estou a desenvolver com o seu educando.</p> <p>Foi atribuído ao seu filho o nome fictício de X, para garantir a confidencialidade e a não identificação do seu educando e respetiva família, noutra contexto que não o desta entrevista.</p> <p>A entrevista encontra-se dividida em duas partes: a parte I permitirá obter informação sobre a criança e, agregado familiar e a parte II visa conhecer a opinião do entrevistado acerca das principais dificuldades e capacidades, do educando, percurso escolar, interações sociais e estratégias utilizadas para apoiar o educando em</p>	

		<p>contexto familiar.</p> <p>Os dados recolhidos são totalmente confidenciais e destinam-se exclusivamente à realização deste trabalho.</p> <p>Agradeço a sua disponibilidade e colaboração para participar neste projeto.</p>	
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Caraterizar sociodemograficamente a criança (<i>perguntas:1,2</i>)</p> <p>Avaliar o autoconceito e a autoestima de uma criança com PHDA; (<i>perguntas:4-d;6-c e g</i>)</p> <p>Identificar dificuldades e capacidades da criança nos seus contextos de vida; (<i>perguntas:3,4-a,b,c,e;6-b,f,g,h</i>)</p> <p>Conhecer as estratégias utilizadas pelos adultos para apoiar a criança nos seus contextos de vida e promover o seu autoconhecimento e a autoestima; (<i>perguntas:6-e, f,g,h</i>)</p>	<p>PARTE I</p> <p>1-Dados pessoais do aluno Nome, idade, género, naturalidade, concelho de residência;</p> <p>2-Caraterização da família Parentesco, idade, profissão, habilitações literárias, estado civil</p> <p>3-Nos primeiros anos de vida como caracteriza o desenvolvimento da criança?</p> <p>PARTE II</p> <p>4-Diagnóstico das áreas fortes e dificuldades</p> <p>a) Com que idade foi diagnosticada esta perturbação?</p> <p>b) Quando notaram que X apresentava dificuldades? Que dificuldades identificaram? O que fizeram?</p> <p>c) Que impacto tiveram essas dificuldades para ele e para a família?</p> <p>d) Considera que o seu educando tem um autoconceito negativo, ou seja, uma imagem de si próprio desvalorizada? Parece-lhe que o seu filho gosta de ser</p>	

	<p>Analisar as interações sociais e atitudes da criança com PHDA com os pares e adultos em contexto inclusivo. (<i>perguntas:5-a, b,c,d;6-a,h</i>)</p>	<p>como é?</p> <p>e) Quais julga serem as principais dificuldades do seu educando neste momento? E capacidades? Como ajuda o seu filho a lidar com as dificuldades? Costuma elogiar/valorizar as suas capacidades?</p> <p>5-Percurso Escolar</p> <p>a) O seu filho frequentou o jardim-de-infância? Como descreve a sua adaptação e o comportamento no jardim-de-infância?</p> <p>b) Como foi a adaptação ao 1º ciclo?</p> <p>c) Tem amigos na escola? E fora da escola? Convida-os para festa de anos ou para brincar em casa?</p> <p>d) Para si o seu educando está incluído na turma? Considera que a turma favoreceu a sua inclusão socioeducativa? Porque tem essa opinião?</p> <p>6-Funcionalidade em contexto familiar</p> <p>a) Na sua perspetiva como caracteriza o seu filho?</p> <p>b) Como descreve o comportamento do seu filho no contexto familiar (ajuda nas tarefas, arranja confusões, etc)?</p> <p>c) Que atividades mais gosta de fazer em casa?</p> <p>d) O seu filho demonstra interesse por coisas novas?</p> <p>e) Em casa, conversa com o seu filho sobre as atividades da escola?</p>	<p>e) Dificuldades na comunicação verbal; na comunicação escrita;</p>
--	--	---	---

		<p>f) Ajuda o seu filho nos trabalhos de casa?</p> <p>g) Valoriza o seu filho quando ele consegue realizar de forma satisfatória as suas tarefas escolares e outras? Como?</p> <p>h) Em relação à escola e ao CATL o que identifica como principais dificuldades e capacidades? E como caracteriza as relações do seu filho com os colegas nestes dois contextos? E com os adultos? Parece-lhe que são utilizadas estratégias adequadas nestes dois contextos para ajudar o seu filho? Caso contrário, porquê, em que medida?</p>	<p>autoconceito e autoestima, coordenação motora grossa (Correr, Saltar), na coordenação motora fina (pegar no lápis, escrever), na compreensão e expressão de emoções, problemas comportamentais, irresponsabilidade, ansiedade, capacidade reduzida para estabelecer amizades, etc</p>
<b>Encerramento</b>		<p>Pretende acrescentar algo?</p> <p>Obrigada pela sua colaboração</p>	

## Anexo D – Guião de Entrevista - Professora

### Guião de Entrevista

**Entrevistado:** Professora  
**Entrevistador:** Tânia Carreira  
**Data:** a definir

**Local:** a definir  
**Duração:** a definir

Etapas	Objetivos	Conteúdo	Observações (anotações)
Apresentação		<p>A presente entrevista insere-se no projeto final “Autoconceito e Autoestima na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: estudo caso”, que estou a realizar no âmbito do Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação das Professoras Doutoras Emília Martins e Rosina Fernandes.</p> <p>Para garantir a confidencialidade e o anonimato da criança e da família, atribuímos à criança deste estudo de caso, o nome fictício de X.</p> <p>Esta entrevista destina-se a recolher informação sobre o X e a sua inclusão na turma.</p> <p>Os dados recolhidos são totalmente confidenciais e destina-se exclusivamente à realização deste trabalho.</p>	

		Agradeço a sua disponibilidade e colaboração para participar neste projeto.	
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Identificar dificuldades e capacidades da criança nos seus contextos de vida; <i>(perguntas:1,3,7,8)</i></p> <p>Conhecer as estratégias utilizadas pelos adultos para apoiar a criança nos seus contextos de vida e promover a sua autoestima; <i>(perguntas:2,4,5)</i></p> <p>Analisar as interações sociais e atitudes da criança com PHDA com os pares e adultos em contexto inclusivo. <i>(pergunta:6)</i></p> <p>Avaliar o autoconceito e a autoestima de uma criança com PHDA; <i>(pergunta:9)</i></p>	<p>1-Enquanto professora titular de turma deste aluno do 1º ao 4º ano de escolaridade que dificuldades encontrou no X?</p> <p>2- O X beneficiava de algum apoio no âmbito da educação especial e/ou sessões de psicologia?</p> <p>3-Quais julga serem as principais dificuldades de X neste momento? E capacidades?</p> <p>4-Que estratégias diferenciadas implementava em contexto de sala de aula, em prol de um maior sucesso educativo e pleno do aluno?</p> <p>5-Quais as estratégias que utilizou para sensibilizar a turma para a inclusão de X? Parece-lhe que ele estava bem inserido na turma?</p> <p>6-Como caracteriza a relação do X com os adultos da escola? E com os pares? Ele tem amigos?</p> <p>7-Que impacto considera que tiveram essas dificuldades para ele e para a família?</p> <p>8-Como classifica a participação da família do X na vida escolar do seu educando?</p> <p>9- Considera que o X tem um autoconceito negativo, ou seja, uma imagem de si próprio desvalorizada? Parece-lhe que ele gosta de ser como é?</p>	

<b>Encerramento</b>		Considera mais alguma coisa relevante? Obrigada pela sua colaboração	
---------------------	--	---	--

## Anexo E – Guião de Entrevista - Educadora do CATL

### Guião de Entrevista

**Entrevistado:** Educadora do CATL

**Entrevistador:** Tânia Carreira

**Data:** a definir

**Local:** a definir

**Duração:** a definir

Etapas	Objetivos	Conteúdo	Observações (anotações)
Apresentação		<p>A presente entrevista insere-se no projeto final “Autoconceito e Autoestima na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: estudo caso”, que estou a realizar no âmbito do Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação das Professoras Doutoras Emília Martins e Rosina Fernandes.</p> <p>Para garantir a confidencialidade e o anonimato da criança e da família, atribuímos à criança deste estudo de caso, o nome fictício de X.</p> <p>Esta entrevista destina-se a recolher informação sobre o X e a sua inclusão na turma, que são essenciais para promover um autoconceito positivo no aluno.</p> <p>Os dados recolhidos são totalmente confidenciais e destina-se exclusivamente a realização deste</p>	

		trabalho. Agradeço a sua disponibilidade e colaboração para participar neste projeto.	
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Avaliar o autoconceito e a autoestima de uma criança com PHDA; (<i>perguntas,9</i>)</p> <p>Identificar dificuldades e capacidades da criança nos seus contextos de vida; (<i>perguntas:1,2,3,4,5,6,7,8</i>)</p> <p>Analisar as interações sociais e atitudes da criança com PHDA com os pares e adultos em contexto inclusivo. (<i>pergunta:5</i>)</p>	<p>1-Há quanto tempo a criança X frequenta o CATL?</p> <p>2- Quais julga serem as principais dificuldades de X neste momento? E capacidades?</p> <p>3- A criança X demonstra interesse nas tarefas escolares? E na realização de novas atividades?</p> <p>4-Como caracteriza a relação do X com os adultos do CATL? E com os pares? Ele tem amigos?</p> <p>5- Parece-lhe que ele está bem inserido no grupo de pares?</p> <p>6- Tem mais amigos da escola ou fora dela? Faz amizades facilmente?</p> <p>7-Que impacto considera que tiveram essas dificuldades para ele e para a família?</p> <p>8-Como classifica a participação da família do X na vida escolar do seu educando?</p> <p>9- Considera que o X tem um autoconceito negativo, ou seja, uma imagem de si próprio desvalorizada? Parece-lhe que ele gosta de ser como é?</p>	3-Trabalhos de casa
<b>Encerramento</b>		Obrigada pela sua colaboração	

