

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E ACONSELHAMENTO

A PSICOLOGIA CLÍNICA NO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE MAFRA
(Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia - Especialização em
Psicologia Clínica e do Aconselhamento)

Bruno Frederico Santos de Jesus Cordeiro Nº. 20141081

ORIENTADOR: Professora Doutora Ana Gomes

Universidade Autónoma de Lisboa

ORIENTADOR DA INSTITUIÇÃO: Dr.^a Vera Quelhas

*Serviço de Psicologia e Orientação do Agrupamento de
Escolas de Mafra*

Lisboa, Novembro de 2015

“Podemos escolher recuar em direção à segurança ou avançar em direção ao crescimento. A opção pelo crescimento tem que ser feita repetidas vezes. E o medo tem que ser superado a cada momento.”

(Abraham Maslow)

Dedicatória

Este trabalho é dedicado especialmente aos meus bisavós Gui Gui, José Pires e Maria Jesus (*in memoriam*) pessoas com as quais ainda tive o privilégio de conviver e que, à sua maneira, deixaram um pouco de si em mim. Apesar de já não estarem presentes fisicamente entre nós, nunca os deixei, ou deixarei, de sentir ao meu lado em todos os percursos que fiz, faço ou farei.

À minha mulher, que sempre arranjava uma palavra de incentivo quer nos momentos bons, quer nos menos bons. Durante estes 5 anos, fez este percurso a meu lado com uma paciência tremenda. Sem ti, seria tudo muito mais difícil.

À minha família, que sempre me apoiou ao longo destes anos e que sempre demonstrou uma enorme compreensão nos momentos de maior ausência da minha parte.

Aos meus pais, Jorge e Fátima, por terem tanta paciência comigo, por me acompanharem ao longo desta etapa sem nunca me deixarem de encorajar a seguir sempre em frente.

Aos meus avós, António e Olga, por se preocuparem tanto comigo e por me ajudarem em tudo o que era preciso.

À minha avó Carmo, que sempre me mostrou que, apesar de existirem adversidades, o importante é seguir em frente alegremente.

À minha irmã, que se encontra a percorrer o trajeto académico, no qual desejo apenas que dê o melhor de si, e que encontre forma de se superar constantemente.

A todos vós, dedico este meu trabalho. Deixam-me orgulhoso de pertencer a esta família, na qual, com muita gratidão, ocupo o meu lugar.

Este trabalho é meu, este trabalho é (maioritariamente) vosso.

Agradecimentos

Agradeço o apoio prestado pelos profissionais das escolas onde desenvolvi o meu trabalho pela disponibilidade demonstrada.

Agradeço à Dr.^a Vera Quelhas, pela paciência e profissionalismo demonstrado. Pessoa incansável que me ajudou a “crescer” enquanto pessoa e profissional.

Ao meu grande amigo José Duque, pela presença e encorajamento nos momentos mais desesperantes.

Finalmente, à minha orientadora Dr.^a Ana Gomes pela disponibilidade e auxílio na correção do meu relatório.

Resumo

As dificuldades de aprendizagem constituem a problemática que mais afeta a população em idade escolar. Destas dificuldades destacamos a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e o Défice Cognitivo.

O presente trabalho insere-se no decorrer de um estágio realizado no Agrupamento de Escolas do Oeste (AE).

A PHDA caracteriza-se pela hiperatividade, impulsividade e défice de atenção. Esta perturbação afeta várias áreas da vida de crianças e jovens em idade escolar. Estas crianças e jovens revelam défices ao nível da aprendizagem, problemas ao nível da capacidade de interação social e, problemas no cumprimento, quer de regras, quer de normas sociais. A PHDA para além de afetar a criança, afeta também as pessoas que a rodeiam, em particular a família.

Em termos de intervenção na PHDA, o mais recomendado é que se faça através de uma equipa multidisciplinar. Assim a intervenção será levada a cabo pelos pais, professores, médicos e outros técnicos.

As crianças com défice cognitivo têm mais tendência para o isolamento, revelando muitas dificuldades nos contactos sociais. Estas crianças necessitam um acompanhamento individualizado, até porque revelam também dificuldades ao nível da aprendizagem.

No presente estudo foram utilizados vários instrumentos de avaliação para aceder às várias áreas da vida das crianças e são apresentados dois casos clínicos.

Palavras-chave: dificuldade de aprendizagem, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, défice cognitivo

Abstract

Learning difficulties are the problems that most affects children of school age. In all these difficulties we find Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and Cognitive deficit.

This work is part of the course of a training in Agrupamento de Escolas do Oeste (AE).

The ADHD is characterized by hyperactivity, impulsivity and attention deficit. This disorder affects multiple life areas of children and young people at school age. These children and young people show deficits in learning, problems in terms of social interaction capacity and problems in meeting either rules or social norms. The ADHD as well as affect the child also affects people who surround it, in particular the family.

In terms of intervention in ADHD, the most recommended is to be done by a multidisciplinary team. Thus the intervention will be carried out by parents, teachers, doctors and other technicians.

Children with cognitive deficit are more likely to isolate, revealing many difficulties in social contacts. These children need individualized intervention, because also reveal difficulties with learning.

The present study used several questionnaires to meet the goals set.

The present study used several assessment tools to access various life areas of children and the work presents two clinical cases.

Keywords: learning disabilities, hyperactivity disorder and attention deficit, cognitive deficit

Índice

Introdução	9
I Parte - Enquadramento Teórico / Revisão de Literatura	11
1.1. Contextualização do local de estágio	11
1.2. Cronograma do Projeto de Estágio	12
1.3. O papel do psicólogo clínico na escola	13
1.4. Enquadramento Teórico	17
1.4.1. Dificuldades de Aprendizagem	17
1.4.1.1. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)	22
1.4.1.2. Défice Cognitivo	28
II Parte – Casos Clínicos	32
2.1. Caso Clínico 1	32
2.2. Apresentação do Caso	32
2.2.1. História Clínica	32
2.2.2. Avaliação Psicológica	33
2.2.3. Discussão Clínica	35
2.2.4. Reflexão do Caso	35
2.3. Caso Clínico 2	36
2.3.1. Apresentação do Caso	36
2.3.2. História Clínica	36
2.3.3. Avaliação Psicológica	37
2.3.4. Discussão Clínica	40
2.3.5. Reflexão do Caso	41
2.4. Descrição dos Instrumentos	42
2.4.1. Entrevista semiestruturada para crianças e adolescentes (SCICA)	42
2.4.2. Escala de Comportamento de crianças para Pais (CBCL)	42
2.4.3. Teacher Report Form (TRF)	42
2.4.4. Escala de Conners para Pais – Versão Revista (Forma Reduzida)	43
2.4.6. Escala de Inteligência de Weschler para Crianças (WISC-III)	44
2.4.7. Matrizes Progressivas Coloridas de Raven	45
2.4.8. Figura Complexa de Rey	45
2.4.9. Desenho da Família	45

2.4.10. Zelazowska	46
2.4.11. Toulouse-Piéron (TP)	46
2.4.12. Como eu sou	46
III Parte – Considerações finais	47
Referências	48

Introdução

Os problemas com a aprendizagem são muito abrangentes: perturbação, dificuldade ou fracasso escolar são alguns dos termos utilizados. Estes problemas referem-se a todas as dificuldades que as crianças enfrentam no sentido de acompanhar o ritmo de aprendizagem das crianças da mesma idade, independentemente do que provoca esse atraso (Golbert & Moojen, 2000).

Assim, as perturbações de aprendizagem manifestam-se com dificuldades significativas na aquisição e utilização da capacidade de escrita, fala, raciocínio e competências matemáticas (Ciasca, 2003).

Dependendo da causa, as dificuldades de aprendizagem podem ser divididas em dois grupos distintos: o das crianças que apresentam um nível intelectual de desenvolvimento significativamente inferior à média, apresentando um desempenho inferior ao das crianças com a mesma idade e; o das crianças que apresentam um nível intelectual adequado à idade cronológica, manifestando, porém, dificuldades em tarefas específicas, tais como a leitura (Dockrell & McShane, 2000). A dificuldade de leitura é, no grupo de dificuldades de aprendizagem, a mais preocupante já que prejudica o acesso a uma grande variedade de informações. O processo de leitura requer a decodificação de símbolos, bem como a sua compreensão, envolvendo um leque de capacidades, entre as quais a percepção e a memória (Dockrell & McShane, 2000).

Os problemas de aprendizagem podem ocorrer em sobreposição com outras deficiências, tais como o atraso mental ou problemas neurológicos, emocionais ou socioeconómicos, no entanto não resultam diretamente destas problemáticas (Ciasca, 2003).

As dificuldades de aprendizagem ocorrem mais no sexo masculino, existindo, para tal, algumas explicações: a anatómica, que defende que os homens possuem menos microgiros que as mulheres; a genética, que defende que existem alguns genes que são passados de pais para filhos e que influenciam a dificuldade de aprendizagem e; a especialização hemisférica, que defende que as raparigas possuem maior habilidade nas provas neuropsicológicas que requerem coordenação motora fina, bem como nas provas de carácter verbal e aquisição da linguagem. Por outro lado, uma outra explicação é o facto de os meninos tenderem a ser mais indisciplinados que as meninas, o que faz com que sejam mais frequentemente encaminhados para avaliação psicológica (Mattos, 2005).

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) causa várias dificuldades a nível da aprendizagem. Estudos feitos com crianças em idade escolar apontam para uma prevalência de PHDA na ordem dos 3 a 6% (Rohde, Busnello, Chachamovich, Vieira, Pinzon & Ketzer, 1998).

A PHDA tem um grande impacto negativo para a sociedade, já que acarreta custos económicos, *stress* para a família, prejuízo nas atividades escolares e impacto negativo na autoestima das crianças (Biedernan, Newcorn & Sprich, 1991).

Há vários critérios para ao diagnóstico de PHDA, porém existem alguns sintomas facilmente identificáveis em casa e na escola. A desatenção pode ser identificada atendendo aos seguintes sintomas: dificuldade de prestar atenção a detalhes; dificuldade de manter a atenção em tarefas ou em atividades de lazer; sensação de que não ouve quando se está a falar para ele; problemas em seguir instruções e em terminar tarefas, quer escolares, quer em casa; dificuldade em organizar atividade; evitamento no envolvimento de tarefas que requerem esforço mental constante; facilidade de distração por estímulos exteriores (APA, 1994). Por outro lado, os sintomas mais característicos da hiperatividade são: agitação dos membros superiores e inferiores; dificuldade em permanecer sentado durante o tempo que lhe é solicitado; marcha rápida ou corrida em situações inapropriadas e; dificuldade em brincar de forma silenciosa. Por fim, entre os sintomas que mais se destacam na impulsividade encontramos: a precipitação em dar uma resposta mesmo antes de a pergunta ser concluída; a dificuldade em aguardar pela sua vez e; a vontade de se envolver nos assuntos que não lhe dizem respeito (APA, 1994).

A apresentação clínica da PHDA pode variar conforme o estágio de desenvolvimento da criança (AACAP, 1997).

Relativamente ao tratamento, a PHDA pode ser controlada coordenando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas (Spencer, Biederman, Wilens, Harding, O'Donnell & Griffin, 1996).

O presente relatório enquadra-se na sistematização do trabalho de estágio, fazendo, portanto, num primeiro momento uma contextualização do local de estágio e do papel do psicólogo clínico na escola. Seguidamente, um enquadramento teórico às problemáticas que vão ser exploradas. Assim, começando pelas dificuldades de aprendizagem, numa perspetiva mais geral e depois, mais especificamente a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção e o Défice Cognitivo. Num segundo momento do relatório, acontece a exploração

dos casos clínicos, seguindo-se a descrição dos instrumentos utilizados na avaliação e, por fim, num último momento, a discussão dos resultados.

I Parte - Enquadramento Teórico / Revisão de Literatura

1.1. Contextualização do local de estágio

O trabalho foi desenvolvido num Agrupamento de Escolas do Oeste (AE) que surgiu a 17 de maio de 2004 e resulta da junção dos 5 Agrupamentos de Escolas da região. Neste momento, o AE inclui 10 estabelecimentos de ensino, com sede numa Escola Básica. Em 2014/2015 funcionam 21 salas de pré-escolar, cerca de 50 turmas no 1º ciclo e 46 nos 2º e 3º ciclos.

Relativamente ao corpo docente e não docente, o serviço é garantido por cerca de 200 professores e 90 funcionários (assistentes operacionais e assistentes técnicos).

Além destes currículos, o AE desenvolve, igualmente, Cursos de Educação e Formação de Jovens (CEF) e forma turmas de Percurso Curricular Alternativo (PCA) no sentido de combater o abandono escolar e a exclusão social. Funcionaram no ano letivo de 2012/2013 três cursos de CEF e quatro turmas de PCA. Além disso, também foram formadas 5 unidades que considerassem os alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE). Ou seja, 3 unidades de apoio especializado destinam-se a discentes com multideficiência e 2 unidades a alunos com Perturbação do Espectro de Autismo. Os projetos SER (Sensibilizar, Educar e Reintegrar) e o ProAct (Projeto de Autonomia, Cidadania e Inserção no Mercado de Trabalho) são uma referência nacional e internacional, e visam dar uma visão inclusiva do AE, face a estes alunos.

O AE é dirigido por órgãos de administração e gestão, constituídos pelo Conselho Geral, o Diretor, o Conselho Pedagógico e o Conselho Administrativo. Relativamente ao primeiro, encontra-se responsável por definir as linhas orientadoras do agrupamento e é formado pelo pessoal docente, pessoal não docente, pais e encarregados de educação, representantes da Câmara Municipal daquela região, um funcionário da Comissão da Proteção de Crianças e Jovens e um funcionário do Centro de Saúde.

No que diz respeito ao diretor, trata-se de um órgão de gestão pedagógica, cultural, administrativa, financeira e patrimonial do agrupamento, constituído por uma diretora, um subdiretor e três adjuntos.

O Conselho Pedagógico é formado por quinze funcionários, distribuídos pelas várias áreas de ensino (e.g., coordenação do 1º ciclo do ensino básico) e está responsável pela orientação educativa dos alunos e pela formação inicial e contínua dos docentes.

Finalmente, o Conselho Administrativo está encarregue dos conteúdos administrativo-financeiros do agrupamento e é formado por três funcionários.

Por outro lado, o AE encontra-se suportado pelo Projeto Educativo Municipal, resultante de um entendimento entre a Câmara Municipal, os Agrupamentos de Escolas e Escolas não Agrupadas, visando congregar esforços, no sentido de aproximar o poder local às escolas, e estas à comunidade, elaborando parcerias entre o ensino e o tecido empresarial. Trata-se de um projeto que articula as diferentes ofertas educativas, potenciando a integração dos recursos humanos e melhorando a qualidade de vida da comunidade, pois visa a integração de todos os agentes educativos (e.g., pais, professores, etc.).

1.2. Cronograma do Projeto de Estágio

O início do estágio passou, numa primeira fase, por uma entrevista na Câmara Municipal. Nessa entrevista foi-me dito que iria prestar serviço no Agrupamento de Escolas do Oeste.

Seguidamente estive presente numa reunião com a Drª Filipa (CM), Srª Diretora Maria Jesus Pires e a orientadora do estágio, Drª Vera Quelhas.

Durante os meses de Novembro, Dezembro e Janeiro houve um período de adaptação na instituição com observações em consultas de avaliação e entrevistas a pais. Desta forma foi exequível compreender o funcionamento da instituição e do exercício das funções do psicólogo clínico em contexto escolar.

Em Janeiro, após o período de adaptação, iniciei os acompanhamentos, entrevistas aos encarregados de educação e avaliações psicológicas de forma progressivamente independente.

De referir que o apoio era prestado aos alunos, mas existia sempre o levantamento de dados anamnésicos com os respetivos encarregados de educação e respetiva entrega de resultados.

Entre Janeiro e Fevereiro houve orientação vocacional e escolar onde a minha função passou pela introdução de dados para suporte informático, concretamente os resultados os testes IPP-R que os alunos do 9.º ano preencheram.

Ao longo do ano letivo foi elaborado um plano de formação para os Assistentes Operacionais com o tema “*Comunicação e Relações Interpessoais em Contexto Escolar*”. A formação foi dada a 2 grupos, em 2 dias diferentes.

O estágio iniciou no final de Novembro de 2014 terminando no final de Julho de 2015.

O estágio não tinha um horário fixo uma vez que tive de conciliar com o meu emprego, contudo atingia-se sempre a meta de 20 horas semanais de forma a conseguir cumprir com as 500 horas exigidas pelos regulamentos do estágio.

O cronograma será mostrado de seguida, apresentando as atividades efetuadas durante o estágio.

Tabela 1 – Calendarização das atividades a efetuar ao longo do estágio

Atividades / Meses	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Observação de Entrevistas a Pais								
Observação de Avaliações Psicológicas								
Realizar Avaliações Psicológicas								
Realizar Acompanhamentos Psicológicos								
Programa de Orientação Escolar e Vocacional								
Plano de Intervenção Prioritário - Indisciplina								

1.3. O papel do psicólogo clínico na escola

Nas últimas duas décadas em Portugal têm sido crescente a intervenção dos psicólogos em contextos escolares (Viana, 2005). Neste sentido, a Psicologia Escolar deriva da Psicologia Clínica, da Educação e da Educação Especial, num contexto de cerca de cem anos de desenvolvimento da Psicologia (Bardon, 1989). Trata-se, portanto, de uma área de intervenção advinda da Psicologia “mãe” com o objetivo de fomentar a aprendizagem como meio de transmissão cultural, e o processo educativo em geral (Martinez, 2003). No entanto,

inicialmente, o foco principal do psicólogo escolar centrava-se nos alunos do ensino “especial” (Reschly, 2008). Atualmente, este profissional intervém, igualmente, com alunos com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento (Viana, 2005).

Desta forma, uma das variáveis mais estudadas no contexto académico é a autoeficácia (Bandura, 1977). Trata-se das perceções dos alunos sobre a realização de determinada tarefa específica (e.g., calcular uma divisão). Ou seja, os preditores de um grau maior de esforço por parte dos estudantes resultam da avaliação que fazem das suas capacidades. Assim, crianças que se analisem como mais ineficazes, tendem a abandonar, desistir ou envolver-se menos nessas atividades (Gonçalves, 1990).

Além disso, outro ramo da investigação tentou compreender a razão da diferença de comportamento entre alunos com fracassos anteriores (e.g., Dweck & Light, 1980). Os autores concluíram que os estilos atribucionais condicionam o esforço das crianças na aprendizagem. Assim, se determinado aluno explicasse o pobre rendimento devido a fatores controláveis (e.g., estudo insuficiente), a probabilidade de ultrapassar este fracasso era maior do que um aluno que atribuísse os maus resultados a variáveis incontroláveis (e.g., inteligência baixa).

Para além da intervenção do psicólogo nestas variáveis psicológicas, os alunos com dificuldades de aprendizagem possuem poucos recursos de estudo. Trata-se de um aspeto importante da intervenção do psicólogo, pois, por vezes, são crianças que dedicam muito tempo à compreensão das matérias escolares, mas fazem-no de uma forma errónea. Neste sentido, Rosário, Núñez e González-Pienda (2006) desenvolveram um manual (destinado a alunos universitários mas pode ser aplicado a alunos de ciclos inferiores) onde aborda temas centrais como a procrastinação, melhorar apontamentos, estudar de diferentes formas consoante o estilo do exame (e.g., escolha múltipla vs perguntas de desenvolvimento, etc.), ansiedade face aos testes, entre outros, no sentido de melhorar o rendimento.

Também neste sentido, Rosário e colaboradores (2005) estudaram a relação entre autoeficácia, autorregulação e os trabalhos de casa. Os autores verificaram que alunos que se percecionam como mais autoeficazes, tendem a ter atitudes e comportamentos mais positivos face aos trabalhos de casa.

No entanto, a intervenção do psicólogo escolar não se confina às dificuldades de aprendizagem dos alunos, esta também é estendida à orientação profissional, pois existe

evidência que o trabalho realizado proporciona uma promoção, quer na resolução de problemas, quer no desenvolvimento vocacional das crianças (Brown & Lent, 2005).

Adicionalmente, Martínez (2010) preconiza outros campos de atuação como a orientação a alunos e pais, a formação e orientação de professores e a elaboração e coordenação de projetos educativos. Relativamente à primeira, trata-se de um apoio que visa a transposição dos obstáculos, gerando um bem-estar psicológico e emocional, envolvendo também os pais dos alunos em dificuldades, através do apoio de outros profissionais da escola.

A formação e a orientação de professores tem como objetivo central transmitir informações que apoiem na superação das dificuldades de cada aluno, enfatizando a complexidade e a particularidade dos processos subjetivos subjacentes à aprendizagem.

Finalmente, no que diz respeito aos projetos, tratam-se de abordagens que façam face a contextos adversos como a violência, drogas, gravidezes precoces, entre outros, ou que sejam elaborados de forma profilática, envolvendo, igualmente, outros agentes da escola.

No entanto, apesar do “esforço” da Psicologia Escolar, as escolas têm vindo a socorrer-se de quadros mais ligados à Psicologia Clínica, fundamentalmente por duas razões: o impacto que os baixos resultados tem na saúde mental de alguns alunos e a prevalência de psicopatologias na infância e na adolescência e o seu efeito no rendimento escolar. Quanto ao primeiro fator, são conhecidos os casos de crianças bastante estudiosas, mas cujos resultados não se coadunam com o seu comportamento. A revolta sentida por muitos alunos face a esta situação, desencadeia geralmente numa perceção de baixa autoestima, baixo autoconceito e índices elevados de depressão (Viana, 2005).

Por outro lado, os dados sugerem que muitas doenças mentais são diagnosticadas na infância e na adolescência (e.g. Roberts, Roberts, & Xing, 2007) e que uma percentagem elevada de crianças nas escolas sofre de doenças mentais, afetando o seu rendimento escolar (Hanchon, & Fernald, 2013). Neste caso, o recurso a profissionais que detêm competências psicoterapêuticas clínicas parecem favorecer estes estudantes.

Assim, a atuação deste profissional passa pela aplicação de testes psicológicos, tais como testes de QI e testes de personalidade, elaborando relatórios diagnósticos com orientações. Outro aspeto importante reside na psicoterapia direcionada aos alunos

considerados portadores de perturbações emocionais, de comportamento, ou mesmo de psicomotricidade (Freller, 2001).

Quando atua na escola, o psicólogo deve ter em atenção o risco do estigma, já que a escola é um contexto onde pode ser complicado assegurar a confidencialidade (Campos, 2007).

Assim, o psicólogo deve ter como foco da sua atuação os problemas de ajustamento e adaptação (Campos, 2007).

Os problemas no contexto escolar acabam por se centrar sobretudo nos alunos, sendo que ao psicólogo é solicitado que os trate, acabando com os problemas de adaptação (Freller, 2001).

Uma forma diferente de atuação será, em vez de centrar a sua atenção nos alunos, atuar nas relações que ocorrem no contexto escolar, tendo em conta o meio social onde está inserido (Campos, 2007).

Os problemas mais comuns nas escolas são os problemas de aprendizagem e os problemas de comportamento, tais como atitudes agressivas, apatia e dificuldades na leitura e na escrita (Souza, 2006).

Na escola, o psicólogo deverá:

- (1) Aplicar os seus conhecimentos psicológicos, relativamente ao processo ensino-aprendizagem. As intervenções psicopedagógicas deverão centrar-se no desenvolvimento do aluno, nas relações interpessoais e na integração da família na escola, e da escola na comunidade;
- (2) Analisar as relações existentes entre os elementos do sistema de ensino, e o impacto destas relações no processo de ensino para, desta forma, poder proceder a intervenções para colmatar as necessidades individuais (Andrada, 2005).

O psicólogo deverá ouvir os alunos, saber o que pensam. É igualmente importante ouvir os professores. Também a família do aluno com problemas, deve ser ouvida. O psicólogo deverá, depois, traçar estratégias de intervenção de forma a que a criança possa ser bem sucedida (Andrada, 2005).

É importante que o psicólogo procure compreender a origem das dificuldades escolares do aluno, pois só assim, poderá traçar estratégias educativas para que, com o acompanhamento do professor, se possa fazer frente ao problema (Souza, Tanamachi & Rocha, 2002).

A orientação dada aos pais relativamente ao problema do aluno, também faz parte do papel do psicólogo em contexto escolar. Para isso, o profissional deve ter atenção ao desenvolvimento integral do aluno (Souza et al., 2002).

O psicólogo pode também ter um papel importante na orientação sexual, fornecendo informações sobre a sexualidade humana, os sentimentos afetivos e os cuidados a ter. Assim, pode ajudar os alunos a adotarem um comportamento sexual responsável e positivamente significativo (Souza et al., 2002).

O psicólogo pode também envolver-se na elaboração de projetos educativos, por exemplo na prevenção da violência (Martinez, 2003).

Neste contexto, o psicólogo deve ter algumas características pessoais, tais como: sensibilidade face aos outros; habilidades comunicativas; capacidade de argumentação; coerência e; capacidade para negociar e gerir conflitos (Martinez, 2003).

1.4. Enquadramento Teórico

1.4.1. Dificuldades de Aprendizagem

As dificuldades de aprendizagem referem-se a um grupo variado de alterações que se caracterizam por perturbações significativas na aquisição da linguagem, quer oral, quer escrita, no raciocínio e competência matemáticas, podendo ser resultado de disfunção no sistema nervoso central ou de problemas a nível emocional (García, 1998). As dificuldades de aprendizagem estão, por norma, associadas com outros problemas, tais como a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, a ansiedade ou a depressão (Semrud-Clikeman, 2005). Por outro lado, podem causar uma diminuição da autoestima e um desajuste psicológico e social (Hendriksen, Keulers, Feron, Wassenberg, Jolles & Vles, 2007).

As dificuldades de aprendizagem estão associadas a um atraso na aquisição da linguagem que, por sua vez se referem a alterações no processo de desenvolvimento da expressão e receção da linguagem (oral ou escrita) (Landry, Smith & Swank, 2002).

A linguagem, cujo desenvolvimento se apoia numa estrutura anatomofuncional determinada a nível genético e num estímulo verbal que varia em função do ambiente, é uma função cortical superior (Castaño, 2003).

A linguagem pode ser entendida como um leque variado de símbolos, que assumem diferentes combinações de forma sistemática e orientada, com o intuito de armazenar e trocar informações (Nogueira, Fernández, Porfírio & Borges, 2000).

Antes de adquirir a capacidade de falar, a criança utiliza o olhar, as expressões e os gestos, como forma de comunicação (Landry et al., 2002).

As crianças começam a interiorizar os sons da sua língua nativa, mesmo antes de nascer e, aprendem a distingui-la de outras línguas (Nogueira et al., 2000; Cervera-Mérida & Ygual-Fernández, 2003).

Podem, então, considerar-se duas fases distintas no que concerne ao desenvolvimento da linguagem: a fase pré-linguística e a fase linguística. A primeira fase, que dura até aos 11 - 12 meses, consiste na vocalização de fonemas isolados. Por outro lado, a fase linguística acontece quando a criança começa a falar palavras isoladas, mas com significado. Após estas fases, a criança vai tornando a sua expressividade cada vez mais complexa (Nunes & Marrone, 2002).

A aquisição de linguagem desenvolve-se em quatro sistemas independentes: o pragmático, o fonológico, o semântico e o gramatical. O pragmático assenta na utilização da linguagem para comunicar em contexto social. O fonológico está relacionado com a perceção e produção de sons para formar palavras. O semântico refere-se ao respeito relativamente ao significado das palavras. Por fim, o gramatical compõe-se de regras sintáticas e morfológicas para fazer combinações de palavras de modo a formar frases compreensíveis (Cervera-Mérida & Ygual-Fernández, 2003).

O processo da linguagem compreende uma rede neuronal distribuída por várias regiões do cérebro (Castaño, 2003).

O hemisfério esquerdo é dominante para a linguagem em aproximadamente 90% das pessoas, por outro lado, cabe ao hemisfério direito contribuir para o processamento, nomeadamente no que concerne à pragmática (Geschwind & Galaburda, 1995; Westerveld, Sass, Chelune, Hermann, Barr & Loring, 2000).

As alterações da linguagem constituem o problema mais frequente ao nível do desenvolvimento, afetando aproximadamente 3 a 15% das crianças. As alterações da linguagem dividem-se em três grupos: atraso, dissociação e desvio (Caputte & Accardo, 1991).

Desta forma, as crianças com dificuldade de aprendizagem possuem características de aprendizagem e comportamentais diferentes das crianças que aprendem sem dificuldades (Moreira, Fonseca & Diniz, 2000).

As perturbações de aprendizagem acontecem quando existe uma discrepância significativa entre o rendimento individual nas provas de leitura, aritmética ou escrita e o rendimento que seria esperado para a idade, nível de escolaridade ou nível intelectual (APA, 2013). Desta forma, podem dividir-se em 3 tipos:

- (a) Com défice na leitura (Dislexia):
 - a. Precisão da leitura de palavras
 - b. Ritmo ou fluência da leitura
 - c. Compreensão da leitura
- (b) Com défice na expressão escrita
 - a. Precisão ortográfica
 - b. Precisão gramatical e da pontuação
 - c. Clareza ou organização da expressão escrita
- (c) Com défice na matemática (Discalculia):
 - a. Sentido numérico
 - b. Memorização de factos aritméticos
 - c. Cálculo preciso ou fluente
 - d. Raciocínio matemático preciso (APA, 2006).

A leitura é um processo no qual o indivíduo retira informação de símbolos escritos, sendo que para isso, necessita dominar o código escrito (Casas, 1998). Assim, necessitamos de duas competências distintas: as que nos permitem reconhecer e atribuir significado às palavras escritas, ou seja, a descodificação e, as que estão envolvidas nos processos de interpretação ou compreensão linguística (Artigas, 2000). Desta forma, estão envolvidos, na leitura, processos cognitivos com diferentes graus de automatização. Os processos automáticos são executados sem qualquer interferência noutras atividades cognitivas

desempenhadas em paralelo, já que não acedem a um nível de consciência. Por outro lado, os processos controlados, necessitam e consomem recursos atencionais (Citoler, 1996).

A descodificação das palavras escritas é de extrema importância para quem está a aprender a ler, já que um défice nesta área resulta na dificuldade de transformar a soletração em fala (Das, 1999).

Sendo que o objetivo da leitura é a compreensão, a leitura consiste em interpretar o código das letras impressas de forma a que estas tenham significado e, desta forma, compreender o texto (Villamor, 2009).

Existem quatro tipos de compreensão da leitura: a literal, referente ao reconhecimento e evocação de factos, tais como as ideias centrais do texto; a interpretativa, que implica a reconstrução do significado, ou seja, diferentes leitores podem apontar diferentes significados ao mesmo texto; a avaliativa, que integra opiniões e críticas acerca da intencionalidade do autor e; a apreciativa, referente à forma como o leitor vai ficar afetado pelo conteúdo do texto (Mercer, 1983; Casas, 1998).

A dislexia refere-se a uma dificuldade, sem causa aparente, de reconhecer as palavras (Citoler, 1996). A dislexia, caracteriza-se, desta forma, pela existência de um défice específico e significativo nas competências de leitura (Shuchardt, Maehler & Hasselhorn, 2008).

Em suma, a dislexia pode ser considerada uma incapacidade primária de leitura, que se traduz na dificuldade na identificação de letras e palavras, o que resulta na incapacidade de compreender os símbolos escritos (Casas, 1998).

Existem dois tipos de dislexia: a adquirida, que está presente nas pessoas que já tiveram as competências de leitura intactas, mas as perderam na sequência de algum tipo de lesão cerebral (Ellis, 1993) e; as evolutivas, que se referem às pessoas que manifestam dificuldades na aquisição inicial das competências de leitura (Citoler, 1996).

A capacidade de escrever é secundária à capacidade de falar. O ato de escrever e o ato de efetuar uma cópia são diferentes, já que para copiar, o processo consiste numa atividade visomotora, podendo estar ausentes os processos linguísticos simbólicos (Monedero, 1984).

Pode falar-se em duas formas distintas de aprender a ortografia: a aprendizagem passiva, que se baseia na prática do ato de ler e nos mecanismos de memória visual e; a aprendizagem através de uma atitude de alerta no ato da escrita (Vidal, 2000).

A disgrafia caracteriza-se por uma qualidade de escrita deficiente, sem que esta seja necessariamente explicada por um déficit intelectual ou neurológico (Monedero, 1984).

As dificuldades de escrita podem ser grafomotoras ou ortográficas (Vidal, 2000). Tal como na dislexia, também na disgrafia existe o tipo adquirido e o tipo evolutivo (Citoler, 1996).

Aprender matemática constitui-se num processo lento e construtivo, no qual os conhecimentos se vão integrando até ser atingida uma competência global (Citoler, 1996).

A discalculia traduz-se na dificuldade de adquirir e desenvolver competências numéricas e matemáticas (Citoler, 1996).

A dificuldade na aquisição de capacidades numéricas e matemáticas pode resultar na incompreensão do ato de contar e, desta forma, em dificuldades na sua utilização em tarefas simples de adição (Shuchardt et al., 2008). Pode ter ainda como consequência uma grande dificuldade na memorização de eventos aritméticos, nomeadamente a tabuada (Villamor, 2009).

A discalculia manifesta-se sobretudo na dificuldade de compreensão do número, no domínio das combinações numéricas básicas e na resolução de problemas, podendo afetar vários tipos de atividades:

- a) Linguísticas: afeta a compreensão e a utilização de nomenclatura matemática;
- b) Percetivas: afeta o reconhecimento de símbolos da matemática e da aritmética;
- c) Atencionais: afeta a memorização dos símbolos das operações;
- d) Matemáticas: afeta a capacidade para seguir os passos das operações matemáticas e a aprendizagem das tabelas de multiplicação (Citoler, 1996).

Assim, as dificuldades de linguagem e aprendizagem podem envolver vários fatores: fatores orgânicos, intelectuais e cognitivos e, emocionais. As dificuldades de aprendizagem podem acontecer em simultâneo com outras situações, tais como atraso mental, perturbação emocional e problemas sensoriomotores, podendo também ser exacerbadas por diferenças culturais e falta de instrução (Undheim, 2003; Polity, 2003).

Aos olhos do construtivismo, a aprendizagem é vista como construção, ação e tomada de consciência da coordenação das ações (Shaywitz, 1998).

A capacidade da leitura é avaliada de acordo com a competência de decodificação, fluência e compreensão da escrita (Capellini, Poleti, Renzo, Arruda, Pieroni, ... & Miurd, 2000). O processo de leitura tem duas fases: a análise visual, realizada através do processamento visuo-perceptivo do estímulo gráfico e; o processamento linguístico da leitura, no qual, pela via não-lexical, se faz uma conversão grafema-fonema e, por outro lado, pela via lexical, é feita a leitura global da palavra, acedendo ao seu significado (Gregóire & Piérart, 1997; Heim, Eulitz & Elbert, 2003).

Em suma, as causas da dificuldade de aprendizagem podem ser variadas, não obstante o grande número de estudos que apontam os fatores neurológicos como causa mais provável para o problema.

1.4.1.1. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)

A perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA) caracteriza-se por hiperatividade ou instabilidade psicomotora. A PHDA é mais frequente em crianças que em adultos e estudos sugerem que afeta cerca de 9,2 % de rapazes e 2,9 % de raparigas em idade escolar (Baren, 2002). É uma perturbação neuro comportamental cujos principais sintomas são a dificuldade de concentração e a impulsividade (Weiss, Hechtman, Milroy & Perlman, 1985). Estes sintomas podem mesmo manter-se na idade adulta, resultando em pessoas com baixo nível de organização, com dificuldade em planear e delinear atividades, com tendência à impaciência, baixa capacidade de memorização e algumas dificuldades na escrita e leitura (Mannuzza, Klein, Malloy & LaPadula, 2003).

É uma das perturbações mentais da infância que mais suscita a procura de atendimento médico e psicopedagógico (Cavendish, 2013).

A PHDA não tem etiologia conhecida embora se pense que resulta de uma combinação entre fatores genéticos, biológicos e ambientais (Connors, 2003).

Embora a PHDA não seja considerada hereditária, um quarto das crianças com esta perturbação são filhas de pais com a mesma perturbação, e cerca de 40% destas crianças têm irmãos também com PHDA, sendo que em gémeos idênticos, quando se manifesta num, a probabilidade de vir a manifestar-se no outro é de 90% (Hunt, Paquin & Payton, 2001).

Relativamente à genética, a PHDA tem sido associada à diminuição dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina (Gaultieri, 2011).

Quanto aos fatores biológicos, tem sido apontados como fatores de risco: fumar ou ingerir álcool durante a gravidez, prematuridade, peso baixo no nascimento, infecções no Sistema Nervoso Central e traumatismos cranianos (Cavendish, 2013).

No que concerne aos fatores ambientais, os principais riscos tem sido considerados: a exposição a metais como chumbo e mercúrio e existência de *stress* e ansiedade no seio familiar (Biederman, Faraone, Taylor, Sienna, Williamson & Fine, 2008).

O diagnóstico da PHDA é clínico e foca-se sobretudo na área comportamental. A Associação Americana de Psiquiatria (APA) estabeleceu critérios precisos de diagnóstico no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM). Assim, os sintomas centrais desta perturbação são a diminuição da capacidade de atenção, a hiperatividade e a impulsividade (American Academy of Pediatrics, 2000).

As crianças com PHDA têm uma diminuição ou mesmo ausência de autocontrolo. Assim, estas crianças são incapazes de controlar a atenção, a impulsividade e a atividade motora. As manifestações comportamentais incluem:

- a) Excesso de atividade: inquietação motora e agitação;
- b) Distração: problemas de concentração e dispersão na capacidade de atenção;
- c) Impulsividade: disposição para agir sem pensar (Williams & Miller, 2003).

Os sintomas mais visíveis da PHDA são da responsabilidade do cérebro, no entanto outras partes do corpo, tais como o pescoço, a coluna, o sistema imunitário, o sistema digestivo e o sistema urinário, podem estar envolvidas nesta perturbação. Assim, há crianças e adultos com PHDA que apresentam os seguintes sintomas:

- a) Problemas respiratórios (bronquite e asma);
- b) Má postura física;
- c) Marcha descoordenada;
- d) Tendência para quedas, tropeços e acidentes;
- e) Pouca destreza nos trabalhos manuais;
- f) Enurese (Findling & McNamara, 2004).

Desta forma, a criança com PHDA pode exibir mau rendimento escolar e problemas ao nível do ajustamento social e emocional. São, usualmente, crianças com altos níveis de desorganização, com pouca capacidade para o correto desempenho de tarefas de coordenação motora, com poucas competências sociais e com desempenho escolar instável. Todas estas

características aumentam o risco de baixa autoestima e isolamento social (Mannuzza et al., 2003). Também os comportamentos depressivos, a perturbação de oposição, perturbações de comportamento e tiques, são frequentes nestas crianças (Gottesman, 2003). Por todos estes motivos, existe um claro risco de, na adolescência, estas crianças desenvolverem dependência a drogas, comportamentos criminosos e comportamento antissocial (Baren, 2002).

As crianças com PHDA têm duas a três vezes mais probabilidades de fracassar na escola do que as crianças sem PHDA e inteligência equivalente (Barkley, 2008). Assim, as crianças com PHDA em idade escolar têm mais risco de reprovação, de evasão escolar, de baixo rendimento académico, de dificuldades a nível emocional e de problemas de relacionamento social (Carroll, Maughan, Goodman & Meltzer, 2005).

Os sintomas associados à PHDA tem início antes dos sete anos de idade, persistem por um período superior a seis meses, e estão presentes em pelo menos dois contextos distintos, como por exemplo, casa e escola (Biederman et al., 2008).

A hiperatividade e o défice de atenção podem ocorrer sobrepostos, no entanto, em algumas crianças, um destes sintomas é mais evidente relativamente ao outro (Hunt et al., 2001).

Segundo o DSM-V (2013) os critérios de diagnóstico para a PHDA são os que se seguem:

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade

1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram por pelo menos 6 meses num grau inconsistente que afeta direta e negativamente as atividades sociais e académicas / ocupacionais (Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade, ou incapacidade de compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), são requeridos pelo menos cinco sintomas).
 - a. Várias vezes não presta atenção a detalhes e erra por descuido no trabalho escolar, no trabalho, ou durante outras atividades.
 - b. Várias vezes apresenta dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
 - c. Várias vezes parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra.

- d. Várias vezes não segue instruções e não termina os trabalhos escolares ou as tarefas domésticas.
 - e. Várias vezes tem dificuldade na organização de tarefas e atividades.
 - f. Várias vezes evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante.
 - g. Várias vezes perde coisas necessárias para tarefas ou atividades.
 - h. Várias vezes distrai-se facilmente com estímulos externos.
 - i. Várias vezes esquece-se de atividades diárias.
2. Hiperatividade e impulsividade: seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram durante pelo menos 6 meses num grau inconsistente que afeta direta e negativamente as atividades sociais e acadêmicas / ocupacionais (Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade, ou incapacidade de compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), são requeridos pelo menos cinco sintomas).
- a. Frequentemente agita as mãos ou os pés ou mexe-se na cadeira.
 - b. Várias vezes não permanece sentado em situações em que era esperado que estivesse.
 - c. Várias vezes corre em situações em que é inadequado.
 - d. Várias vezes é incapaz de jogar ou participar calmamente em atividades de lazer.
 - e. Frequentemente age como se estivesse com pressa.
 - f. Várias vezes fala em demasia.
 - g. Várias vezes responde antes que terminem a pergunta.
 - h. Várias vezes tem dificuldades em esperar pela sua vez
 - i. Várias vezes interrompe os outros ou intromete-se.
- B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade presentes antes dos 12 anos de idade.
- C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade estão presentes em dois ou mais contextos.
- D. Há uma clara evidência de que os sintomas interferem, ou reduzem, a qualidade do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não se manifestam exclusivamente na esquizofrenia ou em outra perturbação psicótica, nem são melhor explicados por outra perturbação mental (American Psychiatric Association, 2013).

Existem assim, três subtipos de PHDA (APA, 2013):

- a) PHDA com comportamentos predominantes de inatenção;
- b) PHDA com comportamentos predominantes de hiperatividade e impulsividade;
- c) PHDA com comportamentos combinados de inatenção com hiperatividade e impulsividade;

Em comparação com os rapazes, as raparigas tendem a apresentar mais frequentemente o subtipo com predominância no défice atencional (Gottesman, 2003).

Cerca de metade das crianças, adolescentes ou adultos com PHDA têm outra perturbação associada, as mais comuns são:

- Comportamento desafiante;
- Doença bipolar;
- Depressão;
- Ansiedade;
- Dependência de álcool ou drogas;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Síndrome de Tourette (Findling & McNamara, 2004).

Os sintomas de desatenção predizem comprometimento em várias áreas da vida escolar (Wu & Gau, 2013). Por outro lado o comprometimento do desempenho global escolar durante a infância, mantém-se na adolescência (Wu & Gau, 2013).

Para o diagnóstico de PHDA deverá existir uma avaliação médica e uma avaliação psicológica. A primeira caracteriza-se pela história pessoal e familiar e por exames físicos. Por sua vez, a segunda deve focar-se nos comportamentos de atenção, de hiperatividade e de impulsividade (Hunt et al., 2001).

O diagnóstico precoce da PHDA, bem como um plano de intervenção eficaz, são fundamentais para um melhor prognóstico. Além do tratamento farmacológico, o apoio psicológico é fulcral, não só para a criança, como para a família (Gottesman, 2003).

Assim, o tratamento da PHDA deve ser multidisciplinar, incluindo acompanhamento médico, psicológico, pedagógico, apoio à família e tratamento com recurso a fármacos. Só é aconselhável o recurso à medicação após a criança ser avaliada por médicos especialistas, que, depois de estabelecerem o diagnóstico, devem orientar de forma psicoeducativa a toma da medicação (Williams & Miller, 2003).

Os medicamentos mais utilizados no tratamento da PHDA são os psicostimulantes, cujo efeito aumenta a atenção e concentração, diminuindo os níveis de agressividade e impulsividade, de forma a melhorar quer as relações interpessoais, quer o desempenho escolar. O efeito dos medicamentos é notado logo no início do tratamento. Estes devem ser tomados diariamente conforme a prescrição médica, sendo que é possível interromper o tratamento no período de férias escolares (Biederman, Kratochv, Spencer & Wozack, 2003).

Porém, o tratamento com recurso a fármacos não é suficiente, sendo necessário recorrer a outras formas de intervenção, quer a nível familiar, quer escolar (Findling & McNamara, 2004).

Os pais costumam ter dificuldades em lidar com uma criança com PHDA, por sua vez, esta angústia e exaustão, bem como a incapacidade de compreender a criança, pode provocar reações de agressividade, hostilidade e desafio, o que vai prejudicar as relações no seio familiar (Chang, Steiner, Dienes, Adleman & Ketter, 2003).

Assim, é fundamental que os pais compreendam a patologia da criança, de forma a adotar comportamentos adequados. É importante que os pais e educadores sigam algumas recomendações:

- devem manter o cumprimento de regras, mantendo sempre a calma e a assertividade;
- devem conseguir alterar as estratégias educativas, visando sempre adapta-las às necessidades específicas das crianças;
- devem ser capazes de baixar o nível de pressão sempre que a frustração se impuser;
- o discurso deve ser calmo, com frases curtas e de fácil compreensão;

- sempre que falam com a criança, devem olha-la nos olhos;
- devem ter a capacidade de escolher o que realmente vale a pena corrigir, deixando passar pequenas falhas;
- a criança deve ter sempre apoio no que necessite;
- devem mostrar interesse por tudo o que faz parte da vida da criança, quer das alegrias, quer dos medos;
- devem ter sentido de humor;
- devem compreender a criança e saber dar-lhe afetos (Chang et al., 2003).

1.4.1.2.Défice Cognitivo

O primeiro interesse em prestar cuidados médicos às pessoas com deficiência mental foi sugerido por Itard e Séguin nos séculos XVIII e XIX (Vieira & Pereira, 2003). Na primeira metade do século XX houve um grande desenvolvimento, a nível teórico, no que concerne à educação e aos cuidados a prestar às pessoas com deficiência mental. Os principais teóricos a contribuir para o desenvolvimento neste setor foram Freud, Piaget, Binet, Watson e Skinner (Vieira & Pereira, 2003).

As guerras mundiais travaram um pouco o desenvolvimento dos cuidados prestados às pessoas com deficiência mental, porém, na segunda metade do século XX, na Europa, as instituições evoluíram, permitindo uma educação integrada nas escolas. Foram criados também, os centros de educação especial e equipas de educação especial (Vieira & Pereira, 2003).

A inclusão das crianças com deficiência mental nas escolas regulares passou a ser uma prática corrente, porém com alguns problemas, nomeadamente a dificuldade de o professor lidar com a diversidade de alunos (Silva, 2004).

Assim, a inclusão passou a ser vista como essencial no contexto de ensino, não apenas para assegurar o sucesso das crianças com deficiência, mas sim, das crianças em geral (Bloemers, 2003). Desta forma, o processo de inclusão pode ser dividido em 3 níveis: a presença do aluno, a participação do aluno e, por fim, a aquisição de conhecimentos (Arends, 1995). Para que todo este processo seja bem-sucedido, é necessário garantir que os

professores têm as condições de trabalho adequadas e, é também crucial, identificar as barreiras que dificultam o sucesso escolar das crianças (Arends, 1995). Solicita-se então que o professor tenha um papel ativo, nomeadamente na adaptação dos métodos de ensino. Assim, o professor deve planificar as suas aulas, deixando, no entanto, um espaço para a criatividade e para o imprevisto sempre que considerar que a estratégia aplicada não está a ter bons resultados. Por sua vez, ao professor de educação especial cabe o papel que incentivar a autonomia da criança no processo de aprendizagem (Marchesi, 2001).

No processo de ensino, existe então uma interação entre o aluno, o professor e o conteúdo de aprendizagem. Assim, o professor deve ter o cuidado de planificar as suas aulas tendo em conta, sobretudo, os alunos com problemas de aprendizagem, já que são estes que apresentam dificuldades na organização dos conhecimentos, na ativação dos esquemas de aprendizagem, na comunicação com os professores e com os colegas e na atribuição de significado aos conteúdos a serem aprendidos (Silva, 2009).

A inclusão no contexto escolar é essencial, acima de tudo porque só em grupo, no contexto da turma, é possível criar interação entre os alunos, o que é essencial para o desenvolvimento de competências, quer académicas, quer sociais (Leitão, 2009).

Os problemas com a aprendizagem podem ser considerados elementos de vulnerabilidade relativamente ao desenvolvimento (Correia, 2007).

O sucesso no rendimento escolar deve ser conseguido entre os seis e os doze anos de idade, pois, quando nesta fase a criança só lida com o fracasso, existe um grande risco de afetação do desenvolvimento mental (Santa Maria & Linhares, 1999). Normalmente, as dificuldades de aprendizagem estão associadas a problemas comportamentais ou emocionais (Stevanato, Loureiro, Linhares & Marturano, 2003).

O desenvolvimento motor, ou a capacidade motora da pessoa, resulta da interação da pessoa com o meio ambiente e com a tarefa a executar (Gallahue & Ozmun, 2005). Ora este desenvolvimento motor é muito importante para o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem da criança, bem como para o desenvolvimento global (Rosa Neto, Poeta, Coquerel & Silva, 2004).

Assim, ao longo do desenvolvimento infantil vão acontecendo alterações nos padrões de movimento das crianças. Este desenvolvimento começa nos movimentos mais simples, partindo para padrões motores mais eficientes, os quais dependem da experiência motriz e da

oportunidade e encorajamento para a prática motora (Gallahue & Ozmun, 2003). A aprendizagem motora tem grande influência na aquisição das competências de aprendizagem cognitiva (Beresford, Queiroz & Nogueira, 2002).

O funcionamento cognitivo global é definido pelo quociente de inteligência (QI). O QI calcula-se a partir de testes psicológicos destinados a avaliar a inteligência. Assim, este é calculado fazendo o quociente entre a idade mental e a idade cronológica, multiplicando depois por 100. Pode considerar-se que existe déficit cognitivo, quando o resultado do cálculo do QI é muito inferior à média, ou seja ao segundo desvio padrão negativo do teste utilizado, que, na maioria dos testes é entre os 70 e os 75 (Silva, 2009).

As áreas habitualmente avaliadas são: a motricidade grosseira, como são as atividades de sentar, de andar e de correr; a motricidade fina, ou seja, a capacidade de pegar em objetos pequenos, de escrever e de utilizar uma tesoura; a socialização, no que se refere à interação social; a autonomia, como seja, conseguir abotoar os botões e escovar os dentes; a linguagem, ou seja, a capacidade de nomear objetos e compreender conceitos; a cognição verbal, como por exemplo a comparação de tamanhos e; a cognição não-verbal, como por exemplo a construção de quebra-cabeças sem instruções verbais. A partir do desempenho nestas áreas, pode traçar-se o perfil desenvolvimental, acedendo às áreas mais fortes e mais fracas do desenvolvimento psicomotor da criança (Leitão, 2009).

O déficit cognitivo pode ter causas orgânicas, como uma doença genética; causas psicossociais, como por exemplo uma privação de estimulação social ou linguística; ou pode ser por combinação das duas (Pacheco & Valencia, 1997).

As pessoas que sofrem de déficit cognitivo necessitam de: competência intelectual, a qual se desenvolve a partir da preservação do direito de vivenciar desafios de forma a desenvolver capacidades; autonomia, que se desenvolve compreendendo que se tem o direito de escolha, em conformidade quer com as necessidades, quer com as motivações e; que considere o seu papel no meio social, como tendo direito de se desenvolver como as restantes pessoas em ambientes que para além de não discriminar, valoriza as diferenças (Mantoan, 1998).

Há autores que defendem que para que as pessoas sejam capazes de tomar consciência dos problemas que têm que resolver, bem como da capacidade para enfrentar e superar os mesmos, necessitam de ser expostas a situações desafiadoras, pois só desta forma podem aprender a viver com o desequilíbrio cognitivo e emocional (Mantoan, 1998).

O défice cognitivo tem uma definição complicada, já que é extremamente heterogênea, quer em termos etiológicos, quer em termos do comportamento e das necessidades educativas (Albuquerque, 2000). Podemos considerar 4 tipos diferentes: défice intelectual, défice intelectual e défice no comportamento adaptativo, défice cognitivo e défice socialmente definido (Albuquerque, 2000).

Por outro lado, a ideia de idade mental e quociente intelectual associam a deficiência ao resultado de testes de inteligência, ou seja, baseando-se em procedimentos psicométricos (Albuquerque, 2000).

Numa outra perspetiva, o défice cognitivo pode ser entendido como funcionamento cognitivo abaixo da média, o qual se revela no desenvolvimento do indivíduo e prejudica quer a capacidade de aprendizagem, quer a capacidade de tomada de decisão, de manutenção do autocontrolo e de interação com os outros (Vieira & Pereira, 2003).

Desta forma, o défice cognitivo manifesta-se sobretudo quando o indivíduo apresenta uma eficácia comprometida nas situações de aprendizagem, de aquisição de competências e de resolução de problemas (Albuquerque, 2000).

Podem considerar-se dois modelos teóricos distintos: o desenvolvimentista e o deficitário. O modelo desenvolvimentista considera o défice cognitivo um mero atraso desenvolvimental. O modelo deficitário caracteriza o défice como défices qualitativos específicos (Albuquerque, 2000).

Em suma, o défice cognitivo compreende uma dimensão social, devendo ser entendida com referência a variáveis socioculturais (Albuquerque, 2000).

II Parte – Casos Clínicos

2.1. Caso Clínico 1

2.2. Apresentação do Caso

Nome: “J.”

Idade: 10 anos

Escolaridade: 3.º Ano de Escolaridade

Motivo da Avaliação: A aluna é seguida na especialidade de Neuropediatria, sendo que no relatório médico fazia referência que no caso de a aluna continuar a manifestar dificuldades na aprendizagem, deveria ser realizada uma avaliação cognitiva.

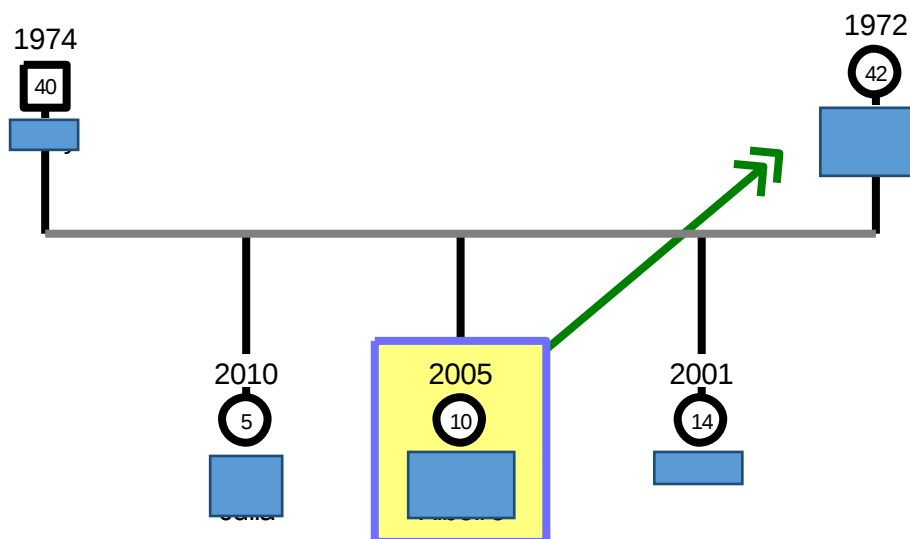
2.2.1. História Clínica

“J.” é uma menina com 10 anos de idade que vive com os pais e duas irmãs, frequentando atualmente o 3.º ano de escolaridade. Dos dados recolhidos em entrevista com a encarregada de educação, verifica-se que “J.” nasceu às 40 semanas de gestação, tendo sido um parto eutócico com recurso a forcéps, em situação de pré-eclâmpsia. A mãe refere que o desenvolvimento psicomotor decorreu dentro da normalidade. Do seu desenvolvimento há a destacar o facto de “J.” ter sofrido em 2013 um traumatismo craniano após uma queda em casa, sendo que neste episódio existiu perda de consciência e vômitos, tendo ocorrido fratura do crânio, sem défice neurológico aparente. Na sequência desta queda, e após exames, descobriu-se que “J.” tem uma má formação congénita ao nível do cérebro. A aluna nasceu com uma ausência parcial do septo pelúcido e com deformação no corpo caloso, situação que compromete as funções da atenção, memorização, nas funções cognitivas de nível superior e cálculo. A aluna é seguida na consulta de Neuropediatria do Hospital de Santa Maria pelo Dr. Tiago Proença devido à patologia acima descrita. “J.” está abrangida pelo decreto-lei 3/2008 por ter sido diagnosticada com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), estando medicada com Metilfenidato. Do processo da aluna consta um relatório de avaliação psicológica datado de Junho de 2013.

As dificuldades escolares da “J.” estão presentes desde a entrada para o 1.º ciclo, sendo que segundo a mãe a menina transitou para o 2.º ano com muitas dificuldades, inclusive sem

conseguir escrever muito bem o seu nome. Durante a entrevista com a encarregada de educação, a mesma referiu que a família irá agora no final do 2.º período regressar ao Brasil.

Figura 1 – Genograma “J.”



2.2.2. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica englobou a aplicação de provas formais e informais, sendo que nesse sentido realizou-se:

- *Entrevista semiestruturada com a mãe;*
- *Entrevista semiestruturada para crianças e adolescentes (SCICA);*
- *Escala de Comportamento de crianças para Pais (CBCL);*
- *Teacher Report Form (TRF);*
- *Escala de Connors para Pais – Versão Revista (Forma Reduzida);*
- *Escala de Inteligência de Weschler para Crianças (WISC-III);*
- *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM47);*
- *Figura Complexa de Rey;*
- *Desenho da Família; e*
- *Zelazowska.*

Segundo a mãe (Entrevista semiestruturada, CBCL), “J.” é uma criança que apresenta dificuldades ao nível da atenção e concentração, demorando muito tempo na realização das tarefas escolares e apresentando um trabalho escolar inferior ao esperado para a sua faixa

etária. A mãe refere ainda que se trata de uma menina tímida, reservada e que chora com relativa facilidade, sendo uma criança muito afável e prestável.

De acordo com a Professora, “J.” apresenta problemas ao nível da Atenção/Concentração (situação compatível com o diagnóstico de PHDA que possui), sendo uma aluna que se distrai com facilidade, tendo dificuldade em terminar as tarefas iniciadas, com um trabalho escolar inferior ao esperado para a sua faixa etária e com pouco cuidado ao nível da apresentação das tarefas que realiza. Descreve-a ainda como sendo uma criança dependente do adulto, com dificuldade em obedecer, reservada, que tem sempre presente o receio de errar e consequentemente não agradar aos adultos, verbalizando alguns sentimentos de inferioridade. Destaca como positivo a sua meiguice e persistência.

Na avaliação com a Wisc-III, prova que fornece informação sobre o funcionamento cognitivo, apresenta um perfil cognitivo homogêneo, com superioridade de desempenho nas tarefas face de realização face às tarefas verbais. Os resultados obtidos com a WISC-III constatarem que ao nível cognitivo, a aluna apresenta um Quociente de Inteligência muito inferior (QIEC= 67, percentil 1), QI Verbal inferior (QIV= 70, percentil 2) e um QI de Realização inferior (QIR= 73, percentil 4) em relação ao esperado para a sua faixa etária. Analisando os índices fatoriais que esta prova permite avaliar, pudemos constatar que os valores obtidos pela “J.” na Compreensão Verbal e a Organização Perceptiva são inferiores relativamente ao seu nível etário, estando a sua Velocidade de Processamento na média esperada para a sua faixa etária. À exceção das provas de Semelhanças e Pesquisa de Símbolos, todas as outras provas encontram-se com resultados abaixo do esperado para a sua faixa etária. Assim, “J.” revela dificuldades ao nível da expressão verbal, formação de conceitos, na procura de informação, ao nível da integração e uso de conhecimento cultural armazenado, na aplicação das aprendizagens escolares, ao nível da integração das normas sociais, tendo dificuldade em adaptar-se a novas situações memória a longo prazo, na representação mental de situações concretas e operações matemáticas, cálculo mental, organização e discriminação perceptiva, esquema corporal, na manutenção da atenção/concentração, bem como ao nível na capacidade de planeamento. Com base na prestação global da criança na WISC-III, a criança apresenta muitas dificuldades em tarefas que são necessárias e fundamentais na aprendizagem escolar.

Quanto à avaliação cognitiva não-verbal, com as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, prova isenta de influências culturais ou linguísticas, os resultados obtidos apontam

para competências na média superior (P75) esperada para a sua idade ao nível do pensamento lógico-abstrato e capacidade de integrar as partes no todo.

Ao nível da apreensão e representação gráfica de dados visuais, com a Figura Complexa de Rey, a criança manifesta dificuldades acentuadas (P10) ao nível da espacialidade, da estruturação da atividade percetiva, organização espacial, da atenção e concentração, bem como ao nível da memória visual.

Do ponto de vista emocional (Desenho da Família e Zelazowska), verifica-se que “J.” é uma criança que revela falta de confiança e insegurança, estando presente um receio em não ser bem-sucedida nas tarefas propostas, apresentando uma baixa auto-estima.

2.2.3. Discussão Clínica

A presente avaliação visa ser uma observação complementar da aluna. A análise e interpretação da informação recolhida a partir dos vários instrumentos utilizados no processo de avaliação, indicam que “J.” apresenta um funcionamento cognitivo Muito Inferior ao esperado para a sua faixa etária. Apresenta como maiores dificuldades ao nível da expressão verbal, formação de conceitos, na procura de informação, ao nível da integração e uso de conhecimento cultural armazenado, na aplicação das aprendizagens escolares, ao nível da integração das normas sociais, tendo dificuldade em adaptar-se a novas situações memória a longo prazo, na representação mental de situações concretas e operações matemáticas, cálculo mental, organização e discriminação percetiva, esquema corporal, na manutenção da atenção/concentração, bem como ao nível na capacidade de planeamento. Do ponto de vista emocional, verifica-se que estamos perante uma criança que apresenta uma baixa auto estima, verbalizando frequentemente sentimentos de insegurança, bem como uma grande necessidade em agradar e ser aceite pelos outros com os quais interage. Tanto em casa como na escola, é importante o elogio sempre que realize uma atividade de sucesso, de forma a criar na “J.” confiança. Desta forma, as dificuldades escolares que a aluna apresenta encontram-se intimamente relacionadas com capacidades cognitivas da criança, e que parecem ser decorrentes da patologia neurológica (ausência parcial do septo pelúcido e com deformação no corpo caloso) anteriormente explicitada.

2.2.4. Reflexão do Caso

A escolha do caso de “J.” para este relatório incidiu na especificidade da sua problemática, ou seja, ausência parcial do septo pelúcido.

Ao longo das sessões, J ia-se sentindo mais confortável e colaborante, evidenciando dessa forma uma postura que nos permitia criar uma relação no setting onde decorriam as sessões. “J.” é portadora de uma singularidade que me permitiu desenvolver uma pesquisa mais aprofundada sobre o impacto da sua condição biológica aquando do seu processo de aprendizagem.

“J.” iria partir para o Brasil no espaço de duas semanas o que não lhe permitiria ser observada em contexto hospitalar atempadamente. Assim, é de referir que, tudo o que “J.” iria levar relacionado com a sua condição e problemática, seria o relatório elaborado neste contexto de avaliação, o que lhe permitiria ser observada e seguida em contexto clínico no local de destino, de forma mais célere e eficiente.

Assim, este caso clínico permitiu-me entrar em contacto com alguém que, apesar da sua condição biológica não normativa, continua a tentar adaptar-se para acompanhar os seus pares.

2.3. Caso Clínico 2

2.3.1. Apresentação do Caso

Nome: “R.”

Idade: 7 anos

Escolaridade: 2.º Ano de Escolaridade

Motivo da Avaliação: Foi feito o pedido de avaliação psicológica por parte da professora titular de turma ao aluno, uma vez que este revela dificuldades em estar atento e concentrado nas tarefas. A professora refere ainda que o “R.” parece muitas das vezes alheado do meio circundante. O aluno não se empenha nas tarefas escolares aparentado ter lacunas na memorização.

2.3.2. História Clínica

“R.” é um menino com 7 anos de idade que habita com os pais e uma irmã. Frequenta neste ano letivo o 2.º ano escolar. Da informação recolhida em entrevista com a encarregada de educação, constata-se que “R.” nasceu às 37 semanas de gestação, tendo sido um parto eutócito com recurso a fórceps. A gravidez, apesar de desejada, foi “atribulada” tendo a mãe referido que “esteve deprimida”. Ao nascer, “R.” apresentou problemas respiratórios tendo ficado numa incubadora durante uma semana.

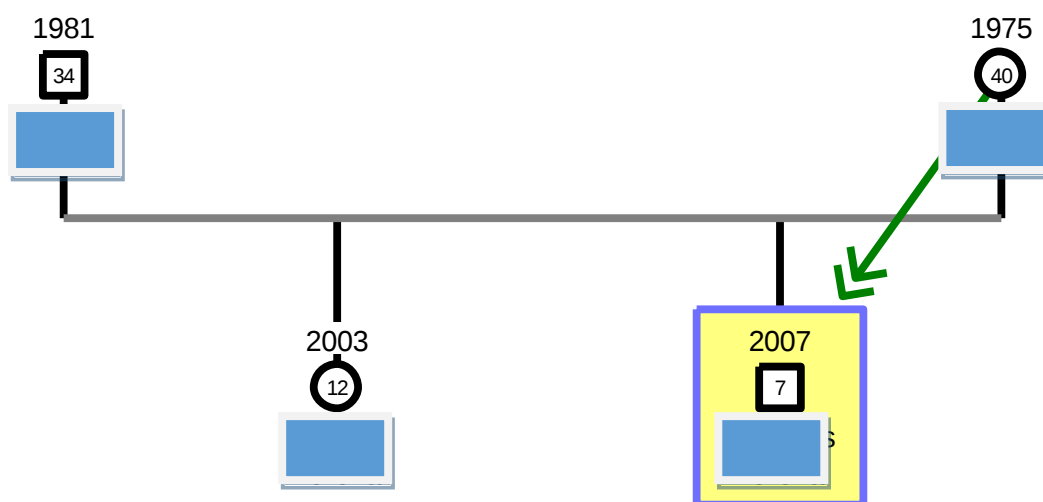
Quando ao desenvolvimento psicomotor, este decorreu dentro da normalidade. “R.” deu os primeiros passos entre os 12 e os 18 meses. Não há recordação da altura em que “R.” disse as primeiras palavras.

Quanto ao sono, este apresenta agitações, pelo que a mãe faz referência à existência de enurese noturna.

O aluno foi seguido desde a nascença por um serviço de pediatria e neurologia. Em 2014, “R.”, foi encaminhado pelo seu médico de família para o serviço de pediatria do Hospital de Torres Vedras sendo presentemente acompanhado num serviço de psicologia por questões ansiosas.

O motivo dos acompanhamentos não foram descritos pela progenitora.

Figura 2 – Genograma “R.”



2.3.3. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica englobou a aplicação de provas formais e informais, sendo que nesse sentido realizou-se:

- *Entrevista semi-estruturada com a mãe;*
- *Entrevista semi-estruturada para crianças e adolescentes (SCICA);*
- *Escala de Comportamento de crianças para Pais (CBCL);*
- *Como é que eu sou;*
- *Escala de Connors para Pais – Versão Revista (Forma Reduzida);*

- *Escala de Conners para Professores – Versão Revista (Forma Reduzida);*
- *Escala de Inteligência de Weschler para Crianças (WISC-III);*
- *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM47);*
- *Figura Complexa de Rey;*
- *Avaliação Informal da Leitura e Escrita;*
- *Toulouse-Piéron (TP);*
- *Teacher Report Form (TRF);*
- *Desenho da Família.*

Segundo a mãe (Entrevista semiestruturada e CBCL), o “R.” é uma criança teimosa, muito ansiosa, irrequieta, que chora, grita e discute, exige alguma atenção, é desobediente em casa e escola, exibicionista, ciumenta, gabarola e que apresenta mudanças de humor. O “R.” ainda é descrito como falador, aéreo, com o olhar disperso, batoteiro, temperamental, impulsivo, com um trabalho escolar fraco, desajeitado, fóbico e que apresenta dificuldades em permanecer concentrado, bastante nervoso. A mãe faz ainda referencia a queixas somática como dores de cabeça e vômitos.

Da aplicação da Escala de Conners para Pais, verifica-se que a escala de Problemas Cognitivos/Desatenção encontra-se acima do esperado para a sua faixa etária (Percentil 95-98). Ainda segundo os pais, o “R.” é uma criança que tem muitas dificuldades em fazer ou acabar os trabalhos de casa, estar concentrado em contexto de sala de aula, evita efetuar tarefas que exigem um esforço continuado, distrai-se com facilidade, é irrequieto, que se movimenta constantemente, irritável, atento por curtos períodos de tempo, desarrumado, desajeitado, distraído aquando a receção de instruções, prestando atenção apenas quando está interessado.

De acordo com a Professora (TRF), o “R.” apresenta problemas ao nível da atenção e aprendizagem, na relação com os pares (revelando algum isolamento social) ansiedade sendo bastante desajeitado. O “R.” é uma criança desconcentrada, desmotivada, desatenta e pouco ativa. O aluno é descrito como sendo tímido, reservado, pouco ativa, confusa, desajeitado, confuso, ficando frequentemente com o olhar fixo e alheado da realidade.

Relativamente à Escala Revista de Conners para Professores (Forma Reduzida), verifica-se que a escala de Problemas Cognitivos/Desatenção encontra-se acima do esperado para a sua faixa etária (Percentil 86-94). A professora refere que o aluno esquece-se dos conteúdos já

adquiridos, não demonstra interesse pelo trabalho escolar, apresenta uma atenção flutuante, não terminando as tarefas que inicia, com períodos de atenção curtos, infantil, que apresenta dificuldades em obedecer, aprender, irrequieto, tem uma performance escolar fraca com mau aproveitamento, nervoso, deprimido e que se sente embaraçado e inferiorizado. O “R.” apenas consegue manter a atenção quando o tópico é de seu interesse, corre excessivamente, não conseguindo permanecer sossegado,

Na avaliação com a WISC-III, prova que fornece informação sobre o funcionamento cognitivo, apresenta um perfil cognitivo homogêneo, com superioridade de desempenho nas tarefas de realização face às tarefas verbais. Os resultados obtidos com a WISC-III constatarem que a nível cognitivo, o aluno apresenta um Quociente de Inteligência Geral médio (QIEC= 101, percentil 53), QI Verbal médio (QIV= 100, percentil 50) e um QI de Realização médio (QIR= 103, percentil 58) em relação ao esperado para a sua faixa etária. Analisando os Índices Fatoriais que esta prova permite avaliar, pudemos constatar que os valores obtidos pelo João na Compreensão Verbal (QICV= 103), na Organização Perceptiva (QIOP= 106) e a sua Velocidade de Processamento (QIVP= 103) encontram-se na média, face ao esperado para a sua faixa etária. Todas as provas encontram-se no que é espectável para a sua faixa etária. Revelou maiores dificuldades nos testes de Labirintos, Compreensão, Aritmética, Memória de Dígitos e Composição de Objetos, o que revela alguma dificuldade na adaptação social e escolar, memorização (o esforço mnésico é sensível à fadiga), estruturação espacial, capacidade de planeamento e previsão e coordenação visuo-motora.

Revela capacidades nas provas de Semelhanças e Completamento de Gravuras, o que demonstra uma boa capacidade de abstração, conceptualização (capacidade de generalização, pensamento categórico, a partir de dados concretos), boa adaptação à realidade e discriminar características essenciais dos objetos.

Quanto à avaliação cognitiva não-verbal, com as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, prova isenta de influências culturais ou linguísticas, os resultados obtidos apontam para competências na média superior (P75) esperada para a sua idade ao nível do pensamento lógico-abstrato e capacidade de integrar as partes no todo. Os resultados obtidos nesta prova revelam-se congruentes com os resultados obtidos com a WISC III.

Ao nível da apreensão e representação gráfica de dados visuais, com a Figura Complexa de Rey, a criança manifesta muitas dificuldades (< P10) ao nível da espacialidade, da estruturação da atividade perceptiva, organização espacial, da atenção e concentração, bem

como ao nível da memória visual. Estes resultados revelam-se incongruentes com os resultados obtidos com a WISC III. No caso dos testes da WISC III, os exercícios exigiam o manuseamento de material concreto, já na Figura de Rey, os exercícios envolvem a reprodução de uma figura. Neste tipo de exercícios, o “R.” apresenta resultados na média para a sua faixa etária quando utiliza material concreto, contudo, quando esse material é não existente, as suas dificuldades são acrescidas.

Através de uma avaliação informal da Leitura e da Escrita, verificou-se que o “R.” apresenta uma velocidade de leitura na média do que seria esperado para a sua faixa etária (57 palavras por minuto). Ao nível da leitura oral o aluno respeita a pontuação seguindo com o dedo o texto a ser lido. Relativamente ao ditado, a caligrafia é pouco perceptível e demasiado pequena. O “R.” respeita a pontuação, contudo efetua alguns erros ortográficos.

Do ponto de vista emocional (Desenho da Família), verifica-se que o “R.” é uma criança que se revela ajustada, autocentrada, insegura e introvertida. De referir que o “R.” percebe o meio de uma forma mais racional em detrimento da fantasia, ou seja, com a entrada na escola, as crianças tendem a desenvolver o raciocínio e a compreender o meio que as rodeia de uma forma mais lógica.

2.3.4. Discussão Clínica

A presente avaliação visa ser uma observação complementar do aluno. A análise e interpretação da informação recolhida a partir dos vários instrumentos utilizados no processo de avaliação, indicam que o “R.” apresenta um funcionamento cognitivo geral na Média face ao esperado para a sua faixa etária. Revela lacunas na adaptação social e escolar, memorização (o esforço mnésico é sensível à fadiga), estruturação espacial, capacidade de planeamento e previsão e coordenação visuo-motora.

Do ponto de vista emocional, verifica-se que é uma criança ajustada, autocentrada, insegura e introvertida. O “R.” revela dificuldades ao nível da manutenção da atenção e concentração, sendo uma criança que se distrai com facilidade.

As características dos resultados dos testes e do comportamento do “R.”, são congruentes com um diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (Tipo Desatento) de acordo com o DSM-V, nomeadamente nos seguintes critérios:

- a) Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;

- b) Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- c) Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- d) Com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais;
- e) Com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- f) Com frequência evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exigem esforço mental constante;
- h) É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa.

Face ao anteriormente exposto, seria aconselhável o “R.” usufruir de avaliação em consulta de Neurologia e/ou Pedopsiquiatria e acompanhamento psicológico de forma a promover competências para uma melhor adaptação escolar, comportamental e emocional.

2.3.5. Reflexão do Caso

No caso de “R.”, foi-lhe diagnosticado défice de atenção e hiperatividade. Ao longo das sessões existiu um fácil estabelecimento de relação onde este se mostrou bastante colaborante.

“R.”, frequentemente, não me permitia acabar as instruções para os exercícios propostos, tentando adivinhar quais os procedimentos necessários para os fazer, sendo notória a impulsividade.

Neste caso, o acesso à informação, que constituiria uma mais-valia para a elaboração de hipóteses de diagnóstico, nem sempre eram acessíveis, e apesar de ser contactada e entrevistada a mãe de “R.”, esta também não facultou muita informação.

De referir também, que a escolha deste caso para elaborar um relatório foi, em parte definido pela minha orientadora externa, uma vez que este seria um tipo de caso clínico que aparece com alguma frequência e teria pertinência a sua avaliação e elaboração de diagnóstico.

Este caso torna-se igualmente particular pois “R.” já estaria a ser acompanhado noutro estabelecimento por motivos de ansiedade. Desta situação, eu apenas tomei conhecimento na entrega de resultados à encarregada de educação que afirmou “esquecer-se” de mencionar tal facto na entrevista inicial.

2.4. Descrição dos Instrumentos

2.4.1. Entrevista semiestruturada para crianças e adolescentes (SCICA)

A entrevista semiestruturada para crianças e adolescentes (SCICA) deve ser utilizada por entrevistadores experientes. É composta por instruções, um protocolo de questões, guias de observação e de autorrelato para avaliar o que a criança faz e diz durante a entrevista e, perfis para a pontuação.

Destina-se a crianças com idades compreendidas entre os seis e os dezoito anos.

As escalas que compõe a SCICA são: ansiedade; ansiedade/depressão; luto/depressão; linguagem/problemas motores; agressividade/quebras de comportamento; problemas de atenção; problemas de autocontrolo e; queixas somáticas (Achenbach & Edelbrock, 2001).

2.4.2. Escala de Comportamento de crianças para Pais (CBCL)

A Escala de Comportamento de crianças para pais (CBCL) é um questionário que se destina a pais ou cuidadores de crianças com idades entre seis e dezoito anos (Achenbach, 2001). Foi traduzido para português como “Lista de verificação comportamental para crianças ou adolescentes” (Santos & Silvaes, 2006).

O CBCL é composto por 138 itens que procuram responder a aspetos sociais e comportamentais das crianças. Assim, 20 itens destinam-se a avaliar a competência social da criança e, os restantes 118 itens destinam-se a avaliar os problemas de comportamento da mesma.

Nos itens do CBCL são descritos vários comportamentos desejáveis e disruptivos, sendo que, o participante deve indicar, para cada um, a frequência com que ocorrem. Desta forma, cada item tem três opções de resposta: “0” significa “não verdadeiro”, “1” para “um pouco verdadeiro” e, “2” significa “muito verdadeiro” ou “frequentemente verdadeiro” (Bordin, Mari & Caeiro, 1995).

2.4.3. Teacher Report Form (TRF)

O Teacher Report Form (TRF) é um instrumento que avalia problemas de comportamento e pode identificar oito síndromes. O TRF avalia também o desempenho

académico e o funcionamento adaptativo. Este instrumento pode ser preenchido por professores ou funcionários da escola que conheçam a criança no ambiente escolar há mais de dois meses. A criança deve ter idade compreendida entre seis e dezoito anos.

O TRF, usualmente, é utilizado em conjunto com outras medidas, tais como o CBCL para garantir uma melhor compreensão global do funcionamento da criança em ambientes diversificados.

O TRF avalia a ansiedade e o humor (sintomas de internalização); os sintomas de externalização e; a cognição e desenvolvimento.

É um questionário composto por 113 itens, com dois tipos diferentes de resposta: escala de likert (0: não verdadeiro; 1: de alguma forma ou em algum momento verdadeiro; 2: verdadeiro ou verdadeiro a maioria das vezes) e perguntas abertas. (Achenbach & Rescorla, 2001).

2.4.4. Escala de Conners para Pais – Versão Revista (Forma Reduzida)

A Escala de Conners Revista (forma reduzida) foi adaptada para a população portuguesa por Rodrigues (2003). Este instrumento destina-se aos pais, é constituído por 27 itens. Destina-se a avaliar crianças com idade compreendida entre seis e onze anos. A escala de Conners tem ligação direta ao DSM-IV-TR, sendo que permite estabelecer uma correspondência entre os resultados obtidos no questionário e os diferentes tipos de PHDA.

O instrumento é composto por quatro subescalas: oposição, problemas cognitivos, excesso de atividade motora e índice de PHDA.

A resposta aos itens deste questionário faz-se através de escalas de likert de quatro pontos (0: nada; 1: pouco; 2: bastante e 3: muito).

Relativamente à análise dos resultados, após o somatório da pontuação dos itens de cada uma das quatro subescalas, os problemas referentes a cada uma, serão tanto maiores, quanto mais elevados forem os resultados obtidos.

2.4.5. Escala de Conners para Professores – Versão Revista (Forma Reduzida)

Este instrumento destina-se a professores e é composto por 28 itens. Tal como a versão para pais, permite uma correspondência entre os resultados da escala e os tipos de PHDA.

Este instrumento é constituído por três subescalas: problemas ao nível do comportamento, hiperatividade e falta de atenção.

Os 28 itens têm quatro opções de resposta: 0: nunca, 1: um pouco, 2: frequentemente e, 3: muito frequentemente.

Os resultados traduzem-se no somatório dos itens de cada subescala, em que, quanto mais elevados, maior o respetivo problema.

2.4.6. Escala de Inteligência de Weschler para Crianças (WISC-III)

A Escala de Inteligência de Weschler para crianças (WISC-III) é composta por 13 subtestes que, individualmente, são preditores de dimensões de capacidade cognitiva e, em conjunto, resultam em escalas de QI e Índices Fatoriais. Assim, os subtestes da WISC-III organizam-se em conjuntos: subtestes verbais (informação, semelhanças, aritmética, vocabulário, compreensão e dígitos) e subtestes de execução (completamento de figuras, código, organização de figuras, cubos, montar objetos, procurar símbolos e labirintos) (Watkins, Kush & Glutting, 1997).

Os quatro índices fatoriais (compreensão verbal, organização percetual, resistência à distratibilidade e velocidade de processamento) fornecidos por esta escala permitem obter informações de interesse clínico e educacional. No índice compreensão verbal acedemos à capacidade de compreensão, bem como ao conhecimento verbal adquirido e o processo mental inerente à resposta às questões. O índice organização percetual foca-se na análise do raciocínio não-verbal, do raciocínio fluido, da atenção aos pormenores e da integração visomotora. A resistência à distratibilidade integra o domínio verbal e foca-se sobretudo na memória auditiva e no processamento sequencial. Por último, a velocidade de processamento centra-se na velocidade psicomotora e na velocidade mental, na resolução de problemas não-verbais, avaliando em simultâneo a capacidade de planeamento, organização e desenvolvimento de estratégias (Wechler, 2004).

A escala verbal avalia: a capacidade de lidar com símbolos abstratos, a qualidade de educação formal e estímulos ambientais e, a compreensão, memória e fluência verbal. Por outro lado, a escala de execução avalia: o nível e qualidade de contacto não-verbal do individuo com o meio envolvente, a capacidade de integrar estímulos percetuais e respostas motoras pertinentes, a capacidade de trabalhar em situações concretas, a capacidade de trabalhar com rapidez e, a capacidade de avaliar informações visoespaciais (Wechler, 2004).

2.4.7. Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

O teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR) tem como objetivo avaliar o desenvolvimento intelectual de crianças com idade compreendida entre os cinco e os onze anos. A escala é constituída por três séries de doze itens (A, Ab e B) (Raven, 1947).

As MPCR sinalizam com eficácia as crianças sobredotadas, bem como níveis de funcionamento intelectual deficitário. Assim, o teste das MPCR constitui uma boa medida discriminativa, que permite distinguir o desempenho entre crianças com diferentes níveis de realização cognitiva, tais como sobredotadas, com deficiência mental ligeira e com declínio cognitivo ligeiro (Simões, 2005).

2.4.8. Figura Complexa de Rey

O teste figura complexa de Rey avalia a percepção visual e a memória imediata. Este instrumento é composto por uma figura complexa geométrica e abstrata composta por várias partes.

O teste Figuras Complexas de Rey é um teste neuropsicológico com utilidade na prática clínica para analisar a memória visual, a capacidade visoespacial e funções de planeamento e execução de ações. Este teste avalia também a organização, o planeamento e a capacidade de resolução de problemas (Fernando, Chard, Butcher & McKay, 2003).

2.4.9. Desenho da Família

O desenho de família pode ser considerado uma interpretação que a pessoa faz da sua realidade, evidenciando aspetos não-verbais ou inconscientes (Van Kolck, 1966).

É considerado um bom instrumento para avaliar os conflitos familiares da criança.

Neste teste devem ser destacados sobretudo três aspetos: a composição da família; as valorizações e desvalorizações dos diferentes membros da família e; a situação em que o sujeito se situa perante os outros (Ortega, 1981).

2.4.10. Zelazowska

O questionário Zelazowska é composto por 39 itens (completamento de frases).

É um teste projetivo que tem como objetivo facultar um meio concreto, de forma a que as crianças possam projetar os conteúdos presentes no inconsciente. Assim, através do completamento de frases abertas é possível fazer uma descrição do funcionamento mental do indivíduo (Eisetein, 2005).

2.4.11. Toulouse-Piéron (TP)

O teste Toulouse-Piéron (TP) avalia as capacidades de velocidade atencional, exatidão atencional e resistência à fadiga atencional.

O teste TP é constituído por 40 linhas com 40 figuras a preto e branco. As figuras estão num pequeno quadrado e diferem entre si pela orientação do traço exterior. Em cada um dos quadrados o traço orienta-se na direção da Rosa dos Ventos, existindo, portanto, oito diferentes.

O teste consiste em barrar o maior número possível de sinais iguais aos dois que estão na parte superior da página. Tem a duração de dez minutos, e a cotação é feita contabilizando o total de acertos, omissões e erros (Esturillo, 2002).

2.4.12. Como eu sou

A escala de autoconceito Como Eu Sou, ou escala infantil Piers-Harris permite avaliar o autoconceito nas crianças. É constituída por 80 itens, com afirmações acerca de como as crianças se sentem em relação a si mesmas. Existem duas opções de resposta: “Sim” e “Não”.

O valor total do teste corresponde à soma das afirmações verdadeiras, dividindo-se o resultado em seis categorias: comportamento, status intelectual e académico, aparência física e atributos, ansiedade, popularidade, felicidade e satisfação (Okano, Loureiro, Linhares & Marturano, 2004).

Este teste remete para a perceção da criança relativamente a algumas questões. As frases incompletas apontam para situações do dia-a-dia e sentimentos relativamente a algumas questões (Esteves, 2013).

A avaliação deste teste é feita através da análise de conteúdo (Eisetein, 2005).

III Parte – Considerações finais

As dificuldades de aprendizagem são de difícil classificação e, geralmente são identificadas em função do baixo desempenho escolar (Siegel, 2003). Podem ser explicadas como perturbações de causa psiconeurológica inerentes à criança, ou jovem, durante o período escolar (Fonseca, 2001).

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção caracteriza-se, sobretudo, pela presença de três sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Para o correto diagnóstico desta perturbação, deve ser tida em conta a história de vida da criança, até porque a presença, de qualquer um destes sintomas, de forma isolada, pode dever-se a outro tipo de problemas ou podem ser desencadeados por questões psicossociais (Amaral & Guerreiro, 2001). Assim, as crianças com PHDA apresentam estes sintomas desde a idade pré-escolar e com uma duração de vários meses de sintomatologia intensa. Normalmente os sintomas de hiperatividade reduzem quando a criança entra na adolescência, mantendo-se os sintomas de desatenção e impulsividade (Collings, 2003). O tratamento da PHDA envolve intervenções psicossociais e psicofarmacológicas (Knipp, 2006).

O conceito e definições de défice cognitivo têm sofrido alterações. O défice cognitivo é considerado, não apenas, um traço associado à pessoa, mas sim o impacto funcional nas limitações e capacidades intelectuais e adaptativas (Morato & Santos, 2007). Assim, é importante ter em atenção três aspetos: as capacidades, os envolvimento e a funcionalidade (Morato & Santos, 2007). Apesar de os testes de inteligência continuarem a ser frequentemente utilizados para avaliar a capacidade intelectual, o comportamento adaptativo, que se centra no funcionamento e interação do indivíduo com o meio, passou a ser também muito valorizado (Santos & Morato, 2002). Desta forma, pode dizer-se que o défice cognitivo se caracteriza por limitações significativas no funcionamento da pessoa, ou seja, o funcionamento intelectual é significativamente inferior à média e existem limitações em pelo menos duas áreas do funcionamento adaptativo: comunicação, autonomia, atividades domésticas, socialização, autonomia relativamente à comunidade onde se insere, responsabilidade, saúde, segurança, capacidades académicas, lazer e trabalho (Santos & Morato, 2002).

Torna-se então central fazer uma avaliação eficaz do problema de aprendizagem da criança, para que possam ser traçados planos de intervenção adequados.

Referências

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (2001). Semi-structured clinical interview for children and adolescents (SCICA/6-18). Florida, USA: Aseba.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age forms & profiles*. Burlington, VT; University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the child behavior: checklist/6-18 and 2001 profile*. Burlington: University of Vermont.
- Agrupamento de Escolas de Mafra (2013). <http://www.aemafra.edu.pt/>
- Albuquerque, M. C. P. (2000). *A criança com deficiência mental ligeira*. Lisboa: SNRIPD.
- Amaral, A. H. & Guerreiro, M. M. (2001). Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade: proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59, 884-888.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention: deficit/ hyperactivity disorder. *Journal American Academy Adolescent Psychiatry*, 36, 85-121.
- American Academy of Pediatrics. (2000). Diagnosis and evaluation of the child with attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 105, 1158- 1170.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrada, E. G. C. (2005). Novos paradigmas na prática do psicólogo escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 196-199.
- Arends, R. (1995). *Aprender a ensinar*. Amadora: McGraw-Hill.
- Artigas, J. (2000). Disfunción cognitiva en la dislexia. *Revista Neurologia Clínica*, 1, 115-124.

- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bardon, J. I. (1989). *A Escola de Psicologia Aplicada a Educação*, R.S. Ed.
- Baren, M. (2002). ADHD in adolescents: Will you know it when you see it? *Journal of Contemporary Pediatrics*, 19, 124-143.
- Barkley, R. (2008). *Transtorno de deficit de atenção/hiperatividade (3. Ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Beresford, H., Queiroz, M. & Nogueira, A. B. (2002). Avaliação das relações cognitivas e motoras na aquisição institucional das habilidades para a aprendizagem da linguagem escrita. *Revista ensaio: avaliação política pública educacional*, 10, 493-502.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Taylor, A., Sienna, M., Williamson, S. & Fine, C. (2008). Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 37, 305-313.
- Biederman, J., Kratochv, C. J., Spencer, T. & Woznack, J. (2003). Determining and achieving therapeutic targets in ADHD. *Journal of Clinic Psychiatry*, 64, 265-276.
- Biedernan, J., Newcorn, J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Bloemers, W. (2003). *Perspectivas europeias sobre inclusão: aspectos sociais e educacionais*. Porto: Porto Editora.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J. & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist [CBCL] - Inventário de comportamento da infância e da adolescência: dados preliminares. *Revista ABP - APAL*, 17, 55-66.
- Brown, S., & Lent, R. (2005). *Career Development and Counseling. Putting Theory and Research to Work*. John Wiley & sons, Inc. New Jersey.
- Campos, H. (2007). *Formação em psicologia escolar: realidades e perspectivas*. São Paulo: Alínea.

- Capellini, A. S., Poleti, F. S., Renzo, Arruda, P. D., Pieroni, R., ... & Miurd, R. Y. (2000). Formação de interlocutores para a construção da linguagem escrita: manual de orientação a pais e professores de crianças com dificuldades escolares. *Temas sobre desenvolvimento*, 9, 33-39.
- Caputte, A. J. & Accardo, P. J. (1991). *Developmental and disabilities in infancy and childhood*. Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co.
- Carroll, J. M., Maughan, B., Goodman, R. & Meltzer, H. (2005). Literacy difficulties and psychiatric disorders: evidence for comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 524-532.
- Casas, A. M. (1998). *Dificultades en el aprendizaje de la lectura, escrita y cálculo*. Valencia: Promolibro.
- Castaño, J. (2003). Bases neurobiológicas del lenguaje y sus alteraciones. *Revista de Neurologia*, 36, 781-785.
- Cavendish, W. (2013). Identification of learning disabilities: implications of proposed DSM-5 criteria for school-based assessment. *Journal of Learning Disabilities*, 46, 52-57.
- Cervera-Mérida, J. F. & Ygual-Fernández, A. (2003). Intervención logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento del habla. *Revista Neurologia*, 36, 39-53.
- Chang, K., Steiner, H., Dienes, K., Adleman, N. & Ketter, T. (2003). Bipolar offspring: a window into bipolar disorder evolution. *Biological Psychiatry*, 53, 945-951.
- Ciasca, S. M. (2003). *Distúrbios de aprendizagem: propostas de avaliação interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Citoler, S. D. (1996). *Las dificultades de aprendizaje: un enfoque cognitivo*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Collings, R. D. (2003). Differences between ADHD inattentive and combined types on the CPT. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25, 177-189.
- Conners, C. K. (2003). Functional impairments in ADHD: the therapeutic target. *Contemporary Pediatric*, 1, 4-6.

- Correia, L. M. (2007). Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13, 155-172.
- Das, J. P. (1999). Aproximación neurocognitiva a la rehabilitación: el modelo PREP. *Educación, Desarrollo y Diversidad*, 1, 12-30.
- Dockrell, J. & Mcshane, J. (2000). *Crianças com dificuldades de aprendizagem: uma abordagem cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Dweck, C. S., & Light, B. C. (1980). Learned Helplessness and Intellectual Achievement. In J. Garber & M. E. P. Seligman (Eds.), *Human Helplessness: Theory and Applications*. New York: Academic Press.
- Eisetein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2, 6-7.
- Ellis, A. V. (1993). *Reading, writing and dyslexia: a cognitive analyses*. Hove, UK: LEA.
- Esteves, S. (2013). *Fluência na leitura – da avaliação à intervenção, guia pedagógico*. Lisboa: Psicosoma.
- Esturillo, R. (2002). Estudio exploratório de la prueba perceptiva y de atención Toulouse-Piéron en jugadores de fútbol. *Revista Digital*, 8, 46.
- Fernando, K., Chard, L., Butcher, M. & McKay, C. (2003). Standardization of the Rey Complex Figure Test in New Zealand children and adolescents. *New Zealand Journal of Psychology*, 32.
- Findling, R. L. & McNamara, N. K. (2004). Atypical antipsychotics in the treatment of children and adolescents: clinical applications. *Journal of Clinic Psychiatry*, 65, 30-44.
- Fonseca, V. (2001). *Cognição e aprendizagem: abordagem neuropsicológica e psicopedagógica*. Lisboa: Âcora Editora.
- Freller, C. C. (2001). *Histórias de indisciplina escolar: o trabalho de um psicólogo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gallahue, D. & Ozmun, J. C. (2003). *Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescents e adultos*. São Paulo: Phorte.
- Gallahue, D. L. & Ozmun, J. C. (2005). *Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescents e adultos*. São Paulo: Phorte Editora.

- García, J. N. (1998). *Manual de dificuldades de aprendizagem*. São Paulo: Artes Médicas.
- Gaultieri, C. T. (2011). The functional neuroanatomy of psychiatric treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 113-124.
- Geschwind, N. & Galaburda, A. M. (1995). Biological mechanisms, associations and pathology. *Archives of Neurology*, 42, 428-459.
- Golbert, C. & Moojen, S. (2000). *Dificuldades de Aprendizagem*. Porto Alegre: Mercado Aberto.
- Gonçalves, O. (1990). *Terapia Comportamental. Modelos Teóricos e Manuais Terapêuticos*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Gottesman, M. M. (2003). Helping parents make sense of ADHD diagnosis and treatment. *Journal of Pediatric Health Care*, 17, 149- 153.
- Gregóire, J. & Piérart, B. (1997). *Avaliação dos problemas de leitura: os novos modelos teóricos e suas implicações diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hanchon, T. A., & Fernald, L. N. (2013). The Provision of counseling services among school psychologists: An exploration of training, current practices, and perceptions. *Psychology in the Schools*, Vol. 50(7), 651-671.
- Heim, S., Eulitz, C. & Elbert, T. (2003). Altered hemispheric asymmetry of auditory P100m in dyslexia. *European Journal of Neuroscience*, 17, 1715-1722.
- Hendriksen, J. G. M., Keulers, E. H. H., Feron, F. J. M., Wassenberg, R., Jolles, J. & Vles, J. S. H. (2007). Subtypes of learning disabilities: neuropsychological and behavioural functioning of 495 children referred for multidisciplinary assessment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 517-524.
- Hunt, R. D., Paquin, A. & Payton, K. (2001). An update on assessment and treatment of complex attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatric Annals*, 30, 162-172.
- Knipp, D. K. (2006). Teens' perceptions about attention deficit/ hyperactivity disorder and medications. *Journal of School Nursing*, 22, 120-125.

- Landry, S. H., Smith, K. E. & Swank, P. R. (2002). Environmental effects on language development in normal and high-risk child population. *Seminars in Pediatric Neurology*, 9, 192-200.
- Leitão, F. A. R. (2009). *Valores educativos, cooperação e inclusão*. Salamanca: Luso-Española Ediciones.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (2003). Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565-576.
- Mantoan, M. T. E. (1998). *Compreendendo a deficiência mental: novos caminhos educacionais*. São Paulo: Scipione.
- Marchesi, A. (2001). *A prática das escolas inclusivas*. Porto: Porto Editora.
- Martínez, A. M. (2010). O que pode fazer o psicólogo na escola?. *Em Aberto*, 23 (83), 39-56.
- Martinez, M. A. (2003). *O compromisso social da psicologia: desafios para a formação dos psicólogos*. São Paulo: Cortez.
- Mattos, P. (2005). *No mundo da lua: perguntas e respostas sobre transtornos do deficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Lemos.
- Mercer, C. D. (1983). *Students with learning disabilities*. Columbus: Merrill Publishing.
- Monedero, C. (1984). *Dificultades de aprendizaje escolar: una perspectiva neuropsicológica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Morato, P. & Santos, S. (2007). *Dificuldade intelectual e desenvolvimental: a mudança de paradigma na conceção de deficiência mental*. Lisboa: Edições FMH.
- Moreira, N. R., Fonseca, V. & Diniz, A. (2000). A proficiência motora em crianças normais e com dificuldades de aprendizagem: estudo comparativo e correlacional com base no teste da proficiência motora de Bruininks-Oseretsky. *Revista de Educação Física*, 11, 11-26.
- Nogueira, S., Fernández, B., Porfírio, H. & Borges, L. (2000). A criança com atraso na linguagem. *Saúde Infantil*, 22, 5-16.
- Nunes, M. L. & Marrone, A. C. H. (2002). *Semiologia Neurológica*. Porto Alegre: Edipucrs.

- Okano, C. B., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M. & Marturano, E. M. (2004). Crianças com dificuldades escolares atendidas em programas de suporte psicopedagógico na escola: avaliação do autoconceito. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 121-128.
- Ortega, A. C. (1981). O desenho da família como técnica de investigação psicológica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33, 73-81.
- Pacheco, D. B. & Valencia, R. P. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Polity, E. (2003). Dificuldade de ensinagem: que história é essa? *Fonoaudiologia Atual*, 23, 60-68.
- Raven, J. C. (1947). *Coloured Progressive Matrices Sets A, Ab, B*. Oxford: Psychologists Press Ltd.
- Reschly, D. (2008). School psychology paradigm shift and beyond. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology V: Vol. 1* (p. 3 – 15). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 959 – 967.
- Rodrigues, A. N. (2003). *Tradução e adaptação da Escala de Conners para pais – versão revista (forma reduzida)*. Lisboa: Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana.
- Rohde, L. A., Busnello, E. A., Chachamovich, E., Vieira, G. M., Pinzon, V. & Ketzer, C. R. (1998). Transtorno de deficit de atenção/hiperatividade: revisando conhecimentos. *Revista ABP – APAL*, 20, 166-178.
- Rosa Neto, F., Poeta, L. S., Coquerel, P. R. S. & Silva, J. C. (2004). Avaliação motora em escolares com problemas na aprendizagem escolar: programa de psicomotricidade. *Temas sobre Desenvolvimento*, 13, 19-24.
- Rosário, P., Mourão, R. Soares, S., Chaleta, E., Grácio, L., Simões, F., Núñez, J. C., & González-Pienda, J. A. (2005). *Psicologia Em Estudo*, 10 (3), 343-351.
- Rosário, P., Núñez, J. C., & González-Pienda, J. A. (2006). Comprometer-se com o estudar na universidade: Cartas de Gervásio ao seu umbigo. Coimbra: Almedina.

- Santa Maria, M. R. & Linhares, M. B. M. (1999). Avaliação Cognitiva assistida de crianças com indicações de dificuldades de aprendizagem escolar e deficiência mental leve. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 12, 395-417.
- Santos, E. O. L. & Silveiras, E. F. M. (2006). Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 277-282.
- Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Semrud-Clikeman, M. (2005). Neuropsychological aspects for evaluating learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 38, 563-568.
- Shaywitz, S. E. (1998). Dyslexia. *New England Journal Medicine*, 338, 307-312.
- Shuchardt, K., Maehler, C. & Hasselhorn, M. (2008). Working memory deficits in children with specific learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 41, 514-523.
- Siegel, L. S. (2003). IQ-discrepancy definitions and the diagnosis of LD: introduction to the special issue. *Journal of Learning Disabilities*, 36, 02-04.
- Silva, M. O. E. (2004). *Refletir para (re)construir práticas*. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Silva, M. O. E. (2009). Da exclusão à inclusão: conceção e práticas. *Revista Lusófona da Educação*, 13, 135-153.
- Simões, M. R. (2005). Potencialidades e limites do uso de instrumentos no processo de avaliação psicológica. *Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 237-264.
- Souza, B. P. (2006). Orientação queixa escolar: considerando a dimensão social. *Revista Psicologia: ciência e profissão*, 2.
- Souza, M. P. R., Tanamachi, E. & Rocha, M. (2002). *Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spencer, T., Biederman, J., Harding, M., O'Donnell, D. & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 409-428.

- Stevanato, I. S., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M. & Marturano, E. M. (2003). Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. *Psicologia em Estudo*, 8, 67-76.
- Undheim, A. M. (2003). Dyslexia and psychological factors: a follow-up study of young Norwegian adults with a history of dyslexia in childhood. *Nord Journal of Psychiatry*, 57, 221-226.
- Van Kolck, O. (1981). *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Viana, F. (2005). Avaliação e intervenção em dificuldades de aprendizagem da leitura. In Maria do Céu Taveira (coord), *Psicologia Escolar: Uma proposta científico-pedagógica*. Quarteto: Coimbra.
- Vidal, J. G. (2001). *Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica*. Madrid: Editorial EOS.
- Vieira, F. & Pereira, M. (2003). *Se houvera quem me ensinara... a educação de pessoas com deficiência mental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Villamor, J. D. V. (2009). Origen y desarrollo del pensamiento numérico: una perspectiva multidisciplinar. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17, 555-604.
- Watkins, M. W., Kush, J. & Glutting, J. J. (1997). Discriminant and predictive validity of the WISC-III ACID profile among children with learning disabilities. *Psychology in the Schools*, 34, 309-319.
- Wechler, D. (2004). *The Wechler intelligence scale for children: fourth edition*. London: Pearson Assessment.
- Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T. & Perlman, T. (2005). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 24, 211-220.
- Westerveld, M., Sass, K. J., Chelune, G. J., Hermann, B. P., Barr, W. B. & Loring, D. W. (2000). Temporal lobectomy in children: cognitive outcome. *Neurosurgery*, 92, 24-30.

- Williams, T. P., Miller, B. D. (2003). Pharmacologic management of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 15, 483-490.
- Wu, S. & Gau, S. S. (2013). Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 505-515.