

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



EFEITO DO *METILFENIDATO* NO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO, EMOCIONAL  
E ESCOLAR EM CRIANÇAS COM IRREQUIETUDE MOTORA  
- ESTUDO EXPERIMENTAL DE TRÊS CASOS CLÍNICOS -

**Mariana de Fátima Valente Ramos**

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*

EFEITO DO *METILFENIDATO* NO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO, EMOCIONAL  
E ESCOLAR EM CRIANÇAS COM IRREQUIETUDE MOTORA  
- ESTUDO EXPERIMENTAL DE TRÊS CASOS CLÍNICOS -

**Mariana de Fátima Valente Ramos**

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Emílio Salgueiro

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES nº19673/2006 publicado  
em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006

**2008**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Emílio Salgueiro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES nº19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006

Agradecimentos:

Ao Prof. Doutor Emílio Salgueiro, que nos faz acreditar mesmo quando tudo são dúvidas.

À Dr.<sup>a</sup> Anabela Farias que gentilmente cedeu os casos para a realização deste estudo.

Às Famílias que fazem parte da amostra deste estudo, mas sobretudo, a estas Crianças com as  
quais muito aprendi.

## RESUMO

Este estudo exploratório teve como objectivo averiguar o efeito da medicação *Metilfenidato* no desenvolvimento cognitivo, emocional e escolar de três crianças com Irrequietude Motora (duas de sexo masculino e uma de sexo feminino, com idades entre os sete e os oito anos). A metodologia utilizada foi quantitativa/qualitativa, tendo a investigação decorrido em dois momentos, um antes da prescrição farmacológica (*Metilfenidato*) e outro no decorrer da toma da medicação, com um intervalo de tempo de seis meses.

Constatou-se que neste intervalo de tempo, a medicação não produziu efeitos significativos no desenvolvimento cognitivo, emocional e escolar das crianças, verificando-se que sob o efeito da medicação revelaram a nível cognitivo e dos resultados escolares um rendimento inferior ao obtido sem medicação. A *Irrequietude Motora* destas crianças aponta para uma génese emocional e relacional sendo que a toma da medicação não lhes permite elaborar as angústias e ansiedades suscitadas por tal génese, continuando a ser mobilizado o aparelho motor como forma de expressão do seu sofrimento psíquico.

*Palavras-chave:* Avaliação Psicológica; Escola; Família; Intervenção Farmacológica; Irrequietude Motora.

## ABSTRACT

This exploratory study had one purpose, to inquire the effect of the *Metilfenidato* medication in the cognitive, emotional and scholar development of three children with Motor Hyperactivity (two male and one female, with ages between seven and eight years). The used methodology was a quantitative/qualitative, are having two moments investigation (one prior and the other one during the medication) with a six month interval.

It became evident that in this time interval, the medication did not produced significant effects in the cognitive, emotional and scholar development of the children, verifying that under the effect of the medication they disclose an inferior level of cognitive and scholar development. The Motor Hyperactivity of these children's points to an emotional and relational genesis, and therefore the medication does not allow them to elaborate the distress and anxieties exited by such genesis, continuing the motor functions to be mobilized to express their suffering psychic.

*Key-words:* Psychological Evaluation; School; Family; Pharmacological Intervention; Motor Hyperactivity.

## I. ÍNDICE

1. Introdução.....	11
2. Método.....	12
3. Resultados.....	13
3.1 Caso João.....	14
3.1.1.Síntese Comparativa da Análise dos Resultados dos Dois Momentos da Recolha de Dados.....	15
3.1.1.A. Descrição, pela Mãe e pela Professora, da Problemática da Criança, Escala de Conners para Pais e para Professores e Rendimento Escolar da Criança.....	15
3.1.1.B. Observação Livre, Provas Grafo-Motoras/Projectivas, Provas de nível Intelectual e Prova Grafo- Perceptiva.....	15
3.2 Caso Miguel.....	17
3.2.1.Síntese Comparativa da Análise dos Resultados dos Dois Momentos da Recolha de Dados.....	18
3.2.1.A. Descrição, pela Mãe e pela Professora, da Problemática da Criança, Escala de Conners para Pais e para Professores e Rendimento Escolar da Criança.....	18
3.2.1.B. Observação Livre, Provas Grafo-Motoras/Projectivas, Provas de nível Intelectual e Prova Grafo- Perceptiva.....	18
3.3 Caso Maria.....	19
3.3.1.Síntese Comparativa da Análise dos Resultados dos Dois Momentos d Recolha de Dados.....	20
3.3.1.A. Descrição, pela Mãe e pela Professora, da Problemática da Criança, Escala de Conners para Pais e para Professores e Rendimento Escolar da Criança.....	20
3.3.1.B. Observação Livre, Provas Grafo-Motoras/Projectivas, Provas de nível Intelectual e Prova Grafo- Perceptiva.....	21
4. Discussão.....	22
5. Conclusão.....	23
6. Referências Bibliográficas.....	25

## 1. INTRODUÇÃO

A “Irrequietude Motora” é uma das problemáticas mais estudadas da infância, muito embora a investigação neste domínio se revista de inúmeras controvérsias, que vão desde a designação e definição do conceito até ao tipo de intervenção mais adequado.

Apesar do interesse crescente, a partir dos anos setenta, sobre a compreensão psicológica da criança irrequieta, ainda nos deparamos com diagnósticos de Irrequietude Motora feitos apenas com base na sintomatologia apresentada pela criança, sendo de imediato prescrito um tratamento farmacológico, para que essa sintomatologia possa desaparecer. A irrequietude, de acordo com Salgueiro (2001), representa um modo respeitável de uma criança reagir a circunstâncias pessoais e familiares precocemente sentidas como intoleráveis, e de que ela procura escapar, evadir-se, sair. Assim, a irrequietude, para ser entendida, não pode ser separada do resto da criança, também a criança, para ser compreendida, não pode ser separada da família onde foi concebida, cresceu e se tornou gente (Salgueiro, 2001). Numa matriz relacional insuficientemente contentora da criança, em regra a irrequietude motora surge precocemente (Berger, 2001; Claudon, 2001; Malarrive et Bourgeois, cit. por Claudon, 2001; Salgueiro 2001). Frequentemente surgem mães profundamente angustiadas e deprimidas e pais “apagados” em relação às mães, pouco eficazes ou mesmo demitidos nas suas intervenções (Salgueiro, 2001). Estas crianças manifestam através do movimento um desajuste precoce na relação mãe-bebé (Salgueiro, 1991), relações de objecto deficitárias (Claudon, 2001), crescem em ambientes de risco e em famílias disfuncionais (apesar da existência de diversos tipos de constelações familiares (Salgueiro, 2001)), sendo o ambiente familiar destas crianças fortemente ansiogénico (João dos Santos, cit. por Branco, 2000). A desatenção constante, a incapacidade de estar quieto, o insucesso escolar, as dificuldades relacionais e interpessoais, são sinais que alertam professores e pais, e que os levam a consultar o médico ou o psicólogo. A observação/avaliação psicológica assume um papel determinante e fundamental no diagnóstico da *Perturbação Défice de Atenção e Hiperactividade (PHDA)*. A PHDA, se não identificada correctamente e consequentemente não der origem a uma intervenção atempada e adequada, pode originar outras perturbações e desadaptações, por vezes mais graves que a PHDA (Rodrigues, 2005). Assim, qual o tipo de intervenção mais adequado? A ambiguidade do diagnóstico e a utilização fácil ou exclusiva do *Metilfenidato* a título de solução imediata suscita cada vez mais uma viva controvérsia, nas

famílias, no meio escolar e sobretudo nos meios de comunicação social. A administração de fármacos, sobretudo estimulantes, tem uma ampla tradição apoiada em resultados imediatos obtidos a nível comportamental (Lavigueur & Desjardins, 2000; Garcia, 2001; Pinto, 2000). Contudo, nos estudos realizados existem algumas dúvidas acerca da manutenção dos efeitos positivos sobre as condutas alteradas, uma vez retirada a medicação. Ao longo da nossa revisão de literatura sobre a Irrequietude Motora deparámo-nos com uma escassez de investigações sobre os efeitos da medicação a longo prazo e sobretudo uma escassez de investigações sobre o real sofrimento da criança. Toda a ênfase é comportamental. Assim, pareceu-nos de extrema importância compreender o efeito da medicação, *Metilfenidato*, no desenvolvimento cognitivo e emocional e nos resultados escolares, da criança com irrequietude motora. No nosso trabalho iremo-nos debruçar sobre as teorias psicodinâmicas (relação de objecto), por considerarmos ser as que melhor nos permitem reflectir sobre a génese deste sintoma/sofrimento.

## 2. MÉTODO

### Delineamento

Este estudo, enquadra-se na categoria de estudo exploratório, tendo sido utilizada uma metodologia quantitativa/qualitativa para melhor compreender os efeitos da medicação (*Metilfenidato*) no desenvolvimento cognitivo, emocional e escolar das crianças. A investigação decorreu em dois momentos, um antes da prescrição farmacológica e outro no decorrer da toma da medicação, num intervalo de tempo de seis meses. Intervalo de tempo mínimo, para realizar uma reavaliação psicológica e, porventura, observar alterações significativas no desenvolvimento e no comportamento das crianças.

### Amostra

A amostra é composta por um grupo de três crianças, duas do sexo masculino e uma do sexo feminino, com idades compreendidas entre os sete e os oito anos. Estas crianças foram enviadas pela Escola, para a Consulta de Desenvolvimento (Unidade de Neuropediatria e Desenvolvimento – Hospital Garcia de Orta), por apresentarem comportamentos

característicos da Irrequietude Motora (Défice de Atenção, Impulsividade e Excesso de Actividade Motora (*DSM-IV*, 1994)).

### Procedimento

Primeiro Momento da Recolha de Dados: Sinalização dos casos pela Psicóloga da Unidade de Neuropediatria e Desenvolvimento; Contacto Informal com os Pais, na Consulta de Psicologia, no qual foi explicado o objectivo do estudo e solicitado o preenchimento da Escala de Conners para Pais (Rodrigues, 2004); Contacto com a Professora de forma a solicitar a sua participação, o preenchimento da Escala de Conners para Professores (Rodrigues, 2004) e informação sobre o Rendimento Escolar da Criança; Observação/Avaliação Psicológica; Prescrição farmacológica (*Metilfenidato*) pelo Pediatra do Desenvolvimento tendo como base, o diagnóstico de Perturbação do Défice de Atenção e Hiperactividade. Segundo Momento da Recolha de Dados: aplicação de todos os instrumentos aplicados no primeiro momento, adoptando o mesmo procedimento. As três crianças encontravam-se a tomar uma dose diária de 30mg de *Metilfenidato*.

### Instrumentos

*Escala de Conners para Pais e Professores*, Versão Revista (Forma Reduzida) (Rodrigues, 2004); Provas *grafo-motoras/projectivas*: Desenho Livre (Coelho, 1993; Piccolo, 1987; Trinca, 1987), Desenho da Família (Corman, 1967) e Desenho do Auto-retrato (Coelho, 1993); Provas *de nível intelectual*: (Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Revista (WISC-R) e Desenho da Figura Humana (Pasquasy, 1967); Prova *grafo-perceptiva*: Bender-gestalt (Zazzo, 1968) e Informação do Rendimento Escolar.

## 3. RESULTADOS

A exposição dos dados, obtidos a partir da aplicação dos instrumentos, visa a sua análise e síntese compreensiva, bem como a síntese comparativa da análise dos resultados (dos dois momentos da recolha de dados) de cada uma das crianças da amostra. É importante referir que os dados expostos não pretendem fazer afirmações ou considerações fechadas

relativamente ao funcionamento cognitivo e dinâmica relacional das crianças da amostra. Estes resultados reflectem apenas uma parcela do mundo interno de cada criança, em relação a um momento específico da sua vida, referente ao pequeno período no qual se realizou o nosso contacto para a aplicação dos instrumentos. A ordem de apresentação, dos resultados de cada caso individual, reflecte a ordem pela qual foi realizada a observação/avaliação psicológica.

### 3.1. João (7 anos)

O João é um menino com um contacto imediato e captativo na relação connosco, revelando, no entanto, uma marcada imaturidade afectiva e relacional, dificuldades de separação das figuras parentais e uma marcada instabilidade psicomotora. O desenvolvimento estato-ponderal é adequado à sua idade. A primeira consulta foi realizada com os pais, sendo a mãe que assume o discurso. O João vive com os pais e com a irmã de onze anos de idade, referindo a mãe que “é uma guerra constante e se o reprendemos torna-se agressivo, quando era mais pequeno tinha que se lhe dar a atenção toda, senão ficava com ciúmes da irmã e isolava-se a um canto”. Os avós maternos divorciaram-se há cerca de dois anos, sendo uma situação complicada e difícil para a família. A gravidez, planeada e desejada, foi muito “agitada”, com ameaça de aborto, com diabetes gestacionais e um acidente de viação, que levou ao internamento da mãe (não sabendo a mãe precisar nem as semanas gestacionais nem o período de internamento). “O parto foi horrível, o João entrou em sofrimento, tinha um Apgar muito baixo e teve de ser de imediato reanimado”. O primeiro ano de vida foi marcado por fortes angústias, o perímetro cefálico do João não se desenvolvia. Por tudo isto, o João foi sempre uma “criança muito protegida”. O João foi amamentado muito pouco tempo, a alimentação sempre foi um problema, ainda hoje “é horrível para comer em casa, fica sozinho à mesa, quer que lhe dêem a comida à boca, mas na sala de estudos come muito bem”. O sono é agitado, mexe-se muito, dorme sozinho mas quando o pai não está dorme com a mãe. Os marcos de desenvolvimento foram adquiridos dentro da normalidade. Quando a autonomia foi adquirida “começou a correr mais do que a andar”, na comunicação verbal apresenta ainda trocas e erros articulatorios, “só houve uma verdadeira evolução quando foi para o infantário”. Nesta fase o João revela uma enurese nocturna de difícil controlo, de acordo com a mãe.

### *3.1.1. Síntese Comparativa da Análise dos Resultados do Dois Momentos da Recolha de Dados*

3.1.1.A. Descrição, pela Mãe e pela Professora, da Problemática da Criança, Escala de Connors para Pais e para Professores e Rendimento Escolar da Criança.

A Mãe descreve o João como “...muito irrequieto, muito falador, por vezes agressivo quando repreendido, amua a um canto ou esconde-se, não aceita um não, ..., forte tendência para fugir” ..., “tem medo do escuro, de estar sozinho, de andar de elevador...”, “nas aulas fala alto, faz de palhaço para ter graça, ...,” No segundo momento, o João “...apresenta muitas melhorias, uns dias está mais calmo, atento, concentrado e faz-se tudo com ele, existem outros dias que se sente que está mais agitado, então tem que se dar espaço para que primeiro liberte a pressão que tem”. A Mãe neste momento, encontrava-se de baixa médica por depressão, devido ao divórcio dos seus pais e por o seu pai estar a viver com uma nova companheira. Na Escala de Connors para Pais destacam-se, em ambos os momentos, com scores marcadamente atípicos a Escala de Excesso de Actividade Motora e o Índice de Défice de Atenção e Hiperactividade.

A Professora descreve o João como uma criança com dificuldades de atenção/concentração e com comportamentos conflituosos com os colegas. Sendo que, o excesso de actividade motora referido no primeiro lugar, dá lugar a momentos de grande impulsividade aquando a descrição da problemática da criança no segundo momento. Na Escala de Connors para Professores, no primeiro momento, destaca-se o score medianamente atípico no Índice de Défice de Atenção e Hiperactividade. Sendo que, no segundo momento este Índice, apresenta um score ligeiramente atípico. O Rendimento Escolar do João, no primeiro momento, encontrava-se dentro da média a Matemática e a Educação Musical e ligeiramente abaixo da média a Leitura, Caligrafia e a Ditado. No segundo momento, o seu desempenho é inferior, revelando um desempenho abaixo da média na Leitura e na Matemática e muito abaixo da média na Caligrafia, no Ditado e na Expressão Plástica.

3.1.1.B. Observação Livre (em situação de observação/avaliação psicológica), Provas Grafo-Motoras/Projectivas (Desenhos: Livre, Família e Auto-Retrato), Provas de nível Intelectual (Desenho da Figura Humana e WISC-R) e Prova Grafo-Perceptiva (Bender-gestalt).

O João apresentou sinais de ansiedade, sobretudo a nível verbal, com verbalizações constantes do seu quotidiano, de objecto que se encontravam na sala,...., Perante as provas revela dificuldades de atenção/concentração bem como a uma fraca capacidade de autonomia. Evidenciando assim, uma marcada imaturidade e uma baixa auto-confiança no seu desempenho. A sua instabilidade motora foi-se evidenciando com o passar do tempo da sessão. No segundo momento, esta instabilidade motora, deu lugar a uma lentificação na realização das provas, resultando numa atitude passiva e um fraco envolvimento na procura de uma boa prestação, contrastando com a motivação revelada no primeiro momento.

Nas provas Grafo-Motoras/Projectivas, mantiveram-se os mesmos conteúdos gráficos e os mesmos mecanismos de defesa. Os mecanismos de defesa revelados como o isolamento, são mecanismos de defesa de controle obsessivo, próprios da posição depressiva, neste caso podendo assumir uma reacção depressiva do João. Destaca-se ainda a imagem corporal deficitária (em todos os desenhos), a presença de uma angústia de separação/abandono, sentimentos de insegurança e falhas na capacidade de contenção por parte da figura materna – falhas nas relações precoces (Desenho Livre), sendo os vínculos libidinais mantidos com o Pai (Desenho da Família). No Desenho da Família, o João face a si mesmo revela sentimentos depreciativos (sentimentos depressivos), que contrasta com a imagem de si no Auto-Retrato afirmando-se em figuras humanas grandes, ainda que desproporcionais (imagem de si onnipotente), porventura devido ao receio de anulação e evitamento de sentimentos depressivos. No segundo momento está presente uma “falsa alegria”, inscrevendo-se no movimento maníaco-depressivo (Auto-Retrato).

O João apresenta um bom nível intelectual (Desenho da Figura Humana), sendo que no primeiro momento, revelou uma capacidade cognitiva global Superior e no segundo momento uma capacidade cognitiva Normal (WISC-R), com melhor desempenho nas provas verbais. Nas áreas instrumentais (Bender-gestalt), o João obteve resultados dentro da média esperada para a sua idade, ainda que no segundo momento o seu resultado fosse ligeiramente inferior.

*Em suma*, a medicação não produziu efeitos significativos no desenvolvimento cognitivo, emocional e escolar do João. Assim, parece-nos de pôr a hipótese da irrequietude motora deste menino, surgir como reacção à depressão materna, uma vez que há indícios de um desenvolvimento normal, levando-nos a pensar que o pai conseguiu assumir de forma organizada o papel também de figura materna. A depressão materna limitaria o seu papel de continente e a sua capacidade de contenção, emergindo a irrequietude motora do João.

Consideramos, desta forma constituir uma expressão sintomática reactiva a uma situação actual e/ou repetitiva que levou ao desenvolvimento de ansiedades não elaboráveis pela organização do funcionamento mental do João.

### 3.2. Miguel (8 Anos)

O Miguel é um menino bonito, harmonioso, com um contacto imediato, simpático e captativo na relação connosco, evidenciando uma ligeira ansiedade a nível verbal. O desenvolvimento estato-ponderal é adequado à sua idade. O Miguel vem à consulta apenas com a mãe. A mãe é uma mulher jovem, investida, com um contacto imediato mas depressivo, o pai saiu de casa quando o Miguel tinha um ano de idade, não tendo qualquer contacto nem com o pai nem com a família paterna. A mãe, da sua própria história clínica, destaca duas tentativas de suicídio, devido a uma grave depressão tendo estado internada. Aquando a recolha da anamnese, o Miguel vivia com a mãe, com o companheiro da mãe, com o qual “o Miguel inicialmente se dava muito bem, mas depois deixou de ter paciência para ele, dá-lhe muitas palmadas e ralha-lhe muito, não conseguindo deixar de lhe bater... tira-nos do sério”, sentindo-se a mãe “inútil e frustrada em lidar com o Miguel” e com a irmã de três anos de idade (fruto desta relação), “há um tempo para cá imita-a e está um pouco violento com ela”. No final da recolha da anamnese, a mãe refere que o Miguel vive com a avó materna durante a semana, uma vez que a mãe frequenta o ensino nocturno. Actualmente, o Miguel pergunta pelo pai, o porquê de não o ir ver (o que até então não acontecia), “se calhar se ele tivesse comigo brincava comigo...”. O Miguel foi fruto de uma gravidez desejada e planeada pela mãe, o pai ficou muito “assustado”, tendo sido uma gravidez “turbulenta”, com violência doméstica e a partir dos sete meses gestacionais “não conseguia dormir devido aos pontapés do bebé”. O parto foi muito “complicado e traumatizante... nasceu roxo, chorava muito e ninguém me ligava”. “O pai rejeitou-o quando ele nasceu, tinha ciúmes e era agressivo com o menino”. A alimentação correu bem até ao primeiro ano de vida, foi amamentado muito pouco tempo, depois tornou-se um problema, “nunca tem fome tem de se dar à boca”. Em relação ao sono sempre foi um sono agitado, “quando nasceu não dormia nem de noite nem de dia” e só adormecia com a mãe junto de si. Actualmente, tem muitas dificuldades em adormecer. Os marcos de desenvolvimento foram adquiridos dentro da normalidade.

### 3.2.1. *Síntese Comparativa da Análise dos Resultados dos Dois Momentos da Recolha de Dados*

3.2.1.A. Descrição, pela Mãe e pela Professora, da Problemática da Criança, Escala de Conners para Pais e para Professores e Rendimento Escolar da Criança.

A mãe descreve o Miguel como “...hiperactivo, faz muitas birras, é muito desobediente, não aceita um não, tornando-se muito violento,..., já se virou a mim para me bater e já bateu na avó,..., não se concentra em nada e por isso não progride na escola, não consegue estar sossegado, começa e não termina o que começou,..., tem muita dificuldade em manter os meus amigos...”. No segundo momento, a mãe refere estar a viver novamente em casa da sua mãe com os filhos, uma vez que se separou do companheiro. Face à problemática do Miguel, “...cada vez está pior e a medicação já não faz efeito, ..., está muito difícil!”. Na Escala de Conners para Pais, em ambos os momentos, destacam-se os scores marcadamente atípicos nas Escalas de Problemas Cognitivos/Desatenção e Excesso de Actividade Motora e no Índice de Atenção e Hiperactividade.

A Professora, na descrição da problemática da criança, destaca a marcada imaturidade a nível comportamental, as dificuldades de atenção/concentração e o ritmo de trabalho muito lento. Na Escala de Conners para Professores é de salientar que, no primeiro momento, apenas a Escala de Problemas Cognitivos/Desatenção apresentou um score mediantemente atípico e que, no segundo momento, esta Escala apresenta um score marcadamente atípico. O Índice de Défice de Atenção e Hiperactividade manteve-se com um score moderadamente atípico. Quanto ao Rendimento Escolar, o Miguel apresentou um desempenho escolar superior no primeiro momento, com a Caligrafia dentro da média e abaixo da média a Leitura, o Ditado e a Matemática. No segundo momento, o Miguel revela um desempenho abaixo da média na Leitura, na Matemática e na Caligrafia, estando o desempenho no Ditado muito abaixo da média esperada para a sua idade.

3.2.1.B. Observação Livre (em situação de observação/avaliação psicológica), Provas Grafo-Motoras/Projectivas (Desenhos: Livre, Família e Auto-Retrato), Provas de nível Intelectual (Desenho da Figura Humana e WISC-R) e Prova Grafo-Perceptiva (Bender-gestalt).

O Miguel revelou sinais de ansiedade, quer a nível verbal, quer a nível motor, dificuldades em lidar com a frustração, resultando em momentos de impulsividade, uma baixa auto-confiança no seu desempenho e um forte desejo de agradar e “ser aceite” pelo

examinador. A ligeira instabilidade psicomotora, revelada no primeiro momento, deu origem no segundo momento, a uma marcada instabilidade psicomotora.

Das provas Grafo-Motoras/Projectivas destaca-se o desejo de reencontro com o pai, sendo esta figura fortemente idealizada, a imagem corporal deficitária (em todos os desenhos), a figura humana parece ser construída sob a forma de puzzle (pouco coesa) em que a gestalt não é mantida e os mecanismos de defesa presentes inscrevem-se na posição depressiva, podendo assumir uma reacção depressiva (Desenho Livre). A instrução “Família” desencadeia no Miguel uma forte angústia, levando no segundo momento, à recusa em continuar o desenho. Face a si mesmo, surgem sentimentos depreciativos (sentimentos depressivos) (Desenho da Família) que no seu Auto-Retrato surgem sob a forma de representação de si completamente compensatória (projecção idealizada de si, um Eu Ideal), inscrevendo-se este facto num movimento maníaco-depressivo.

A nível intelectual o Miguel apresenta uma capacidade cognitiva global Normal (Desenho da Figura Humana e WISC-R), com melhor desempenho nas provas verbais. Também as suas capacidades nas áreas instrumentais (Bender-gestalt) encontram-se dentro da média esperada para a sua idade, ainda que no segundo momento, o seu desempenho tenha sido ligeiramente inferior.

*Em suma*, a medicação não produziu efeitos significativos no desenvolvimento cognitivo, emocional e escolar do Miguel. Assim, a Irrequietude Motora do Miguel parece-nos resultar da dificuldade/incapacidade em elaborar as angústias suscitadas pela ausência/abandono da figura paterna, das falhas nas relações precoces naquilo a que Winnicott designou de Holding e Handling, da fraca capacidade de apoio/contenção por parte da mãe e da instabilidade familiar. Como tal, a medicação não permitiu a elaboração de tais angústias, nem colmatar a ausência de contenção por parte da figura materna, nem promover a estabilidade familiar.

### 3.3. Maria (7 Anos)

A Maria é uma menina com um contacto fácil e simpático, ainda que revelador de uma marcada instabilidade quer a nível verbal e quer a nível motor, recorre frequentemente ao discurso espontâneo para nomear objectos e brinquedos presentes na sala com os quais tem um interesse particular. A Maria apresenta um desenvolvimento estato-ponderal adequado à sua idade. A primeira consulta foi realizada apenas com a mãe. Ambos os progenitores têm

filhos de anteriores relações, sendo que a Maria vive com os pais, com a irmã de três anos de idade e com a irmã de onze anos de idade (filha da anterior relação da mãe). A gravidez da Maria foi desejada e planeada, tendo decorrido sem complicações, mas bastante vigiada por a mãe sofrer de epilepsia. A mãe deste logo, estabelece comparações entre a gravidez da Maria e a gravidez da filha mais nova, referindo que esta última gravidez “foi mais complicada e o parto correu mal...a bebé nasceu com uma cardiopatia” e deste então que a mãe é seguida em psiquiatria por depressão. A Maria era muito “sossegadinha, só comia e dormia...não gostava era de colo...”, “ por volta dos dois anos e meio tornou-se o oposto, muito agressiva e irrequieta”, a alimentação passou a ser um problema e sono agitado com dificuldades em adormecer. Adquiriu autonomia cedo, “começou logo a correr e a pular”, a nível verbal apresentou algumas dificuldades até à entrada para o jardim-de-infância com quatro anos de idade (até então ficara com a mãe). Por vezes, ainda tem momentos de gaguez. O controle esfinteriano foi adquirido dentro da normalidade, no entanto, com cinco de idade surgiu a enurese noturna que persiste até hoje.

### *3.3.1. Síntese Comparativa da Análise dos Resultados dos Dois Momentos de Recolha de Dados*

3.3.1.A. Descrição, pela Mãe e pela Professora, da Problemática da Criança, Escala de Connors para Pais e para Professores e Rendimento Escolar da Criança.

A mãe descreve a Maria como “agressiva, impulsiva, instável e com sentimentos de onnipotência...é muito mandona, só ela é que sabe, não a podemos contrariar. Na escola, não pára sentada e só está concentrada quando quer. Recentemente, foi “convidada a sair” do ATL, ultimamente foge de lá e não cumpre as regras,..., tem muita dificuldade em fazer amigos, sendo frequentemente rejeitada pelos colegas nas brincadeiras”. No segundo momento, face à medicação a mãe considera que “...não se observam grandes mudanças no comportamento e as poucas mudanças ocorrem logo após a toma do medicamento”. No fim do dia continua com a mesma agitação e impulsividade”. Na Escala de Connors para Pais, destaca-se em ambos os momentos, o score marcadamente atípico no Índice de Déficit de Atenção e Hiperactividade. Contudo, o score marcadamente atípico revelado no primeiro momento, na Escala de Excesso de Actividade Motora, deu lugar a um score moderadamente atípico no segundo momento.

A Professora descreve a Maria como “muito inquieta e instável, muito faladora e quando chamada à atenção é bastante impulsiva”. Na Escala de Conners para Professores, destacam-se os scores marcadamente atípicos nas escalas de Comportamentos de Oposição e Excesso de Actividade Motora, que se mantiveram no segundo momento. Quanto ao Rendimento Escolar, a Maria revelou um desempenho inferior no segundo momento. No primeiro momento, todas as áreas académicas estavam dentro da média, no segundo momento, apresentou um desempenho abaixo da média na Caligrafia e no Ditado.

3.3.1.B. Observação Livre (em situação de observação/avaliação psicológica), Provas Grafo-Motoras/Projectivas (Desenhos: Livre, Família e Auto-Retrato), Provas de nível Intelectual (Desenho da Figura Humana e WISC-R) e Prova Grafo-Perceptiva (Bender-gestalt).

A Maria colabora na aplicação das provas com empenho e entusiasmo, procurando obter uma boa prestação. Contudo, face à frustração revela uma fraca capacidade no controlo dos impulsos e uma baixa auto-confiança. Revela ainda uma imaturidade afectiva e relacional bem como uma marcada instabilidade psicomotora, frequentemente levanta-se da cadeira, fala dos seus interesses e dos brinquedos que se encontram na sala, brinca com os lápis,....

Das Provas Grafo-Motoras/Projectivas é importante destacar que a relação mãe-filha parece ser fonte de conflito (Desenho Livre do primeiro momento), existindo uma forte rivalidade fraterna (Desenho da Família) e que esta menina se sente perdida aguardando que num movimento simples ou transferencial alguém a “salve” da sua desorganização/desorientação (Desenho Livre no segundo momento). Quanto aos mecanismos de defesa, estes inscrevem-se na posição depressiva (reação depressiva). A sua desorganização, também é evidente na confusão/indiferenciação sexual e geracional (Desenho da Família). Face a si mesma surge uma “Auto-Estima postiça”, reenviando para um movimento maníaco-depressivo (Desenho da Família), surgindo no seu Auto-Retrato um sentimento de culpabilidade face à sua instabilidade psicomotora e um forte desejo de contenção e procura de limites físicos. O que evidencia, a vivência de sentimentos de insegurança interna e sentimentos depressivos, estando presente mecanismos de defesa de controle obsessivo, porventura para evitar a perda do objecto. Em todos os desenhos a figura humana é deficitária e/ou desproporcional, reenviando para uma imagem corporal deficitária

Na prova de nível intelectual, WISC-R, a Maria apresenta no primeiro momento, uma capacidade cognitiva Muito Superior e no segundo momento, uma capacidade cognitiva Superior, com melhor desempenho nas provas verbais. No Desenho da Figura Humana

revelou um nível intelectual Muito Bom. As suas capacidades instrumentais (Bender-gestalt) encontram-se dentro da média esperada para a sua idade, ainda que no segundo momento o resultado obtido fosse ligeiramente inferior.

*Em suma*, a medicação não produziu efeitos significativos no desenvolvimento cognitivo, emocional e escolar da Maria. Assim, a Irrequietude Motora da Maria parece-nos não só resultar de falhas nas relações precoces como também da sua incapacidade em elaborar as angústias suscitadas pelo nascimento da irmã e porventura angústias de desamparo e de solidão. É como se este nascimento tivesse vindo, de algum modo, limitar o seu espaço/movimento de expressão, sendo a expressão motora uma forma de fuga aos conflitos internos.

#### 4. DISCUSSÃO

Da análise interpretativa dos dados recolhidos pelos instrumentos aplicados (Escala de Conners para Pais e Professores; Desenho Livre; Desenho da Família; Desenho do Auto-Retrato; Desenho da Figura Humana; WISC-R e Bender-gestalt) destacamos da nossa análise: as falhas nas relações precoces, no processo de separação-individação (Mahler, 1977) e os desajustes nos “diálogos ecopráticos” (Salgueiro, 1991); o forte desejo de apoio, limites e contenção e a presença de angústias de separação, abandono e desamparo manifestos por estas crianças. Sendo a necessidade de deambulação, de não estar quieto a forma de não se deixar invadir por tais angústias. Como refere Salgueiro (1987) há uma constante “passagem-ao-acto” por insuficiente “passagem-ao-pensamento”. Estas angústias e este forte desejo leva-nos a reflectir sobre a figura materna, a qual nos parece ser sentida pelas crianças como insuficientemente constante, previsível e tranquilizadora levando à formação de um núcleo de “insegurança/desconfiança básica” na personalidade da criança. A instabilidade terá origem numa insegurança básica, devido à forma de relação da criança com as figuras parentais e o comportamento instável seria uma reacção contra a ansiedade, surgindo de fundo depressivo (João dos Santos, 1988).

Tendo em conta a hipótese inicial, concluímos que de um modo geral o efeito da medicação é momentâneo, sendo que após este as crianças continuam a revelar uma marcada

Irrequietude Motora. A Irrequietude Motora das crianças da presente amostra, parece-nos assim de ser índole afectiva e relacional. Como tal, o tratamento farmacológico, sintomático por excelência, não provocou mudanças significativamente positivas num intervalo de tempo de seis meses, verificando-se no segundo momento da recolha de dados, resultados inferiores e uma maior baixa auto-confiança no seu desempenho. Salgueiro (2001) refere não ser um “Happy ending” porque a família não realizou a reflexão que seria indispensável, sobre ela própria e sobre o filho, conduzindo esta reflexão a um amadurecimento da família como um todo. A não reflexão e a não implicação da família em todo o processo, leva a que haja um bloqueio no desenvolvimento normal da criança, que expressa na sua necessidade de movimento o seu sofrimento psíquico.

Trabalhos futuros, de maiores dimensões amostrais são pois necessários para que sejam avaliados os reais efeitos da medicação a longo prazo. A valorização neste tipo de investigação recai no ressaltar da importância da modificação das intervenções terapêuticas que não considerem a Irrequietude Motora de índole afectiva e emocional. Este estudo vem reforçar a importância da intervenção junto da família, da escola e dos técnicos para que não se unam apenas contra uma sintomatologia mas sim numa reflexão sobre o sofrimento da criança e da sua família. Consideramos que a intervenção na Irrequietude Motora passa pela criação de redes de suporte entre escola-família-técnicos a caminhar sempre na direcção da compreensão da criança e do seu normal desenvolvimento.

## 5. CONCLUSÃO

É importante referir que, por se tratar de um estudo de carácter exploratório e com uma amostra reduzida, não se obtêm respostas generalizáveis com rigor científico, apenas para a amostra das três crianças que foram objecto de estudo deste trabalho. Partindo do objectivo inicial verificou-se que, apenas a intervenção farmacológica na Irrequietude Motora, num espaço de tempo de seis meses não produz diferenças significativas nem no desenvolvimento cognitivo e emocional, nem nos resultados escolares, uma vez que as crianças continuam a manifestar através da sua motricidade o seu sofrimento psíquico. Torna-se fundamental a implicação da Família em todo este processo visto as crianças da presente

amostra revelarem falhas nas relações precoces, figuras parentais pouco securizantes, ausentes ou incapazes de exercer o seu papel parental, bem como a sua Irrequietude Motora parece-nos constituir uma expressão sintomática reactiva. É urgente que pais, professores e técnicos façam uma reflexão sobre o real sofrimento da criança para que o tratamento farmacológico deixe de ser assumido como a única forma de intervenção nesta problemática. Pretendemos com este trabalho contribuir para a continuação do desenvolvimento de trabalhos que aprofundem a compreensão psicológica da criança com Irrequietude Motora.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Americana de Psiquiatria (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Berger, M. (2001). *A Criança Instável* (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Branco, M. (2000). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Claudon, P. (2001). Instabilité psychomotrice infantile et pathologie du lien. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 49, (200-210).
- Coelho, J. C. (1993). *Mecanismos de defesa no desenho infantil*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, não publicado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa
- Corman, L. (1967). *Le test du Dessin de Famille dans la pratique médico-pédagogique* (2ª Ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- García, I. M. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Editora McGraw-Hill de Portugal, Lisboa.
- Le Heuzey, M. (2005). *Le quotidien du médecin: Mise au point. Cahiers de FMC du 23 mai 2005 sur l'hyperactivité de l'enfant et de l'adolescent*. Consultado em Julho 22,2005, através da fonte [http://www.coridys.asso.fr./pages/base\\_doc/leheuzey.html](http://www.coridys.asso.fr./pages/base_doc/leheuzey.html)
- Mahler, M. (1977). *O Nascimento Psicológico da Criança – simbiose e individuação*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. (15-30)
- Pasquasy, R. (1967). *Test du dessin d'un bonhomme de Florence Goodenough. Manuel d'interprétation*. Bruxelles: Editest.
- Piccolo, E. (1987). Defesas nos testes gráficos. In Arzeno, M & Ocampo, M. (Eds.), *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projectivas* (10ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes Editora Lda, pp. 255-380.
- Pinto, C. (2002). A hiperactividade na criança. *Anamnesis*, Vol.11, N º113, pp.5-10.
- Rodrigues, A. N. (2004). *Contributos para a avaliação da criança com perturbação de hiperactividade e défice de atenção. Estudo das propriedades psicométricas e de standardização das escalas de Connors revistas, formas reduzidas para pais e professores, em crianças de idade escolar*. Dissertação apresentada com vista à

obtenção do grau de doutor da motricidade humana, na especialidade de educação especial e reabilitação (não publicado). Lisboa: F. M. H.

- Rodrigues, A. N. (2005). *Hiperactividade e Défice de Atenção – compreender e intervir na escola e na família* (não publicado). Lisboa: EICHO.
- Salgueiro, E. G. (1987). A “instabilidade” do João – notas sobre o nascimento psicológico, a evolução e o tratamento da inquietação motora numa criança. *Análise Psicológica*, 4, V, 1987, pp. 657-666
- Salgueiro, E. G. (1991). O desenvolvimento motor, o afecto e o pensamento na criança irrequieta. *Actas de Psicologia Clínica*, Especial Forum, 1992, pp.217-227.
- Salgueiro, E. (2001). “A hiperactividade na criança: doença ou mal-de-viver ?” (versão revista). *Nascer e Crescer* (Revista do Hospital de Crianças Maria Pia, Porto). Pp.210-215.
- Santos, J. (1987). *A Casa da Praia: O Psicanalista na Escola*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Trinca, W. (1987). O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática. In Rappart, C. (Ed.) *Investigação Clínica da Personalidade* (2ª Ed.). São Paulo: Editora Pedagógica Universitária Lda.
- Wechsler, D. (1993). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños - Revisada*. Madrid: TEA. (Original publicado em 1974).
- Zazzo, R. (1968). *Manual para o exame psicológico da criança*. São Paulo: Ed. Mestre Jou.