escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE

SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Literacia em Saúde Mental sobre a PHDA: conceções e práticas dos enfermeiros, dos pais e dos educadores

Ana Teresa Mamede Soares

Coimbra, fevereiro de 2018

escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Literacia em Saúde Mental sobre a PHDA: conceções e práticas dos enfermeiros, dos pais e dos educadores

Ana Teresa Mamede Soares

Orientador: Professor, Amorim Rosa, ESEnfC

Co-Orientador: Professor Doutor, Luís Loureiro, ESEnfC

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, fevereiro de 2018

“Dificuldades preparam pessoas comuns

para destinos extraordinários”

C. S. Lewis

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Amorim Rosa pela sua orientação, disponibilidade e incentivo.

Aos pais, enfermeiros, professores do 1º ciclo do ensino básico e educadores de infância que aceitaram participar neste estudo, pelo seu interesse, motivação e empenho que permitiram a partilha de ideias, conhecimentos e estratégias, bem como a discussão de um tema que ainda consideram tabu.

Aos meus filhos: ao Rafael e ao Xavier, que dentro da sua compreensão, permitiram a minha ausência e, à Bianca, que durante quase 39 semanas foi minha companheira de viagem e, nos últimos dois meses me foi dividindo com este trabalho.

Ao Renato, pela sua compreensão, apoio, paciência, ajuda e carinho constantes, por compensar as minhas ausências junto dos nossos filhos.

Aos meus familiares, pela paciência e compreensão pelas ausências, bem como pelo apoio.

A todos os amigos e colegas que incentivaram, apoiaram, manifestaram interesse e acreditaram na concretização deste percurso com sucesso.

SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

LS – Literacia em Saúde

LSM – Literacia em Saúde Mental

PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

OMS – Organização Mundial de Saúde

RESUMO

O diagnóstico/tratamento de perturbações mentais nas crianças são cada vez mais prevalentes, sendo, provavelmente, a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) a mais conhecida mas existindo muitos falsos conceitos sobre ela.

Os enfermeiros contactam com as crianças desde o nascimento, acompanhando-as ao longo do seu crescimento, podem assim desempenhar um papel crucial na deteção de alterações comportamentais. Apesar de reconhecerem algumas caraterísticas da PHDA, sentem dificuldade em prestar ajuda/aconselhamento aos pais. Os pais afirmam sentir "vergonha e embaraço", tendo dificuldades em lidar com os filhos, aspetos que interferem com a qualidade de vida de toda a família. É na escola que a maioria dos sintomas da PHDA se manifesta, desempenhando os educadores/professores um papel crucial na deteção precoce e referenciação junto dos pais. Porém, provavelmente devido a baixos níveis de literacia em saúde mental (LSM) nos educadores, estas crianças são normalmente rotuladas como "mal comportadas" e repreendidas.

Este estudo tem por objetivo explorar os níveis de LSM dos enfermeiros, dos pais e dos educadores/professores, acerca da PHDA, bem como identificar possíveis diferenças ao nível dos conhecimentos e das conceções sobre a doença. Realizou-se uma investigação de natureza qualitativa, tratando-se de um estudo exploratório-descritivo de nível I. Foram realizados três focus group, com um total de 18 participantes, sendo discutida uma vinheta clínica. As entrevistas foram transcritas e sujeitas a análise qualitativa de conteúdo com o programa Nvivo8.

Os resultados demonstram que as maiores diferenças ao nível da LSM sobre a PHDA são no reconhecimento do diagnóstico, nos tipos de tratamento e na adoção de estratégias diferenciadas. Conclui-se que, apesar dos grupos estudados apresentarem LSM sobre PHDA, os tratamentos não farmacológicos e o apoio familiar ainda se encontram descurados nas suas intervenções, pelo que é pertinente promover programas de aumento da LSM na PHDA nestes grupos, de forma a capacitá-los para ajudar estas crianças.

Palavras-chave: PHDA; Literacia em Saúde Mental; Enfermagem; Pais; Educadores

ABSTRACT

The diagnosis/treatment of mental disorders in children are increasingly prevalent, probably the most known is Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), but there are many false concepts about it.

Nurses connect with children from birth, accompanying them in their growth and thus can play a crucial role in detecting behavioral changes. Although they recognize some of the characteristics of the ADHD, they find it difficult to provide help/advice to parents. The parents of these children claim to feel "shame and embarrassment", having difficulties in dealing with their children, aspects that interfere with the quality of life of the whole family. It's at school that most of the symptoms of ADHD are manifested, with educators/teachers playing a crucial role in early detection and referral to parents. However, probably due to low levels of mental health literacy (MHL) in educators, which also makes that these children are labeled as "poorly behaved" and reprimanded.

This study aims to explore the levels of MHL of nurses, parents and educators/teachers about ADHD, as well as to identify possible differences in knowledge and conceptions about the disease. An investigation of a qualitative nature was carried out, being an exploratory-descriptive study of level I. Three focus group were realized, with a total of 18 participants, being discussed a clinical vignette. The interviews were transcribed and subjected to qualitative content analysis with the Nvivo8 program.

The results demonstrate that the greatest differences in MHL on ADHD are in the recognition of diagnosis, in the types of treatment and in the adoption of differentiated strategies. It is concluded that, although the groups studied present MHL on ADHD, non-pharmacological treatments and family support are still neglected in their interventions, so it is pertinent to promote MHL increase programs in ADHD in these groups, in order to empower them to help these children.

Keywords: ADHD; Mental Health Literacy; Nursing; Parents; Educators

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 21

1.PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO - CONCEITO 21

1.1.CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO 21

1.2.CAUSAS DA PHDA 24

1.3.FORMAS DE TRATAMENTO 25

1.4.IMPLICAÇÕES DA PHDA 26

1.4.1. O papel dos pais 27

1.4.2. O papel dos educadores/professores 28

1.4.3. O papel dos enfermeiros 29

2. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL – LSM 31

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO 35

1.DESENHO DE INVESTIGAÇÃO 35

1.1.VINHETAS CLÍNICAS 35

1.2.FOCUS GROUP 36

2. PROCEDIMENTO 39

3.PARTICIPANTES 42

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 45

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 65

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM 75

BIBLIOGRAFIA 79

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – VINHETA CLÍNICA

APÊNDICE 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIOS SOCIODEMOGRÁFICOS

APÊNDICE 4 – GUIÃO DO FOCUS GROUP

INTRODUÇÃO

Atualmente, a saúde mental dos indivíduos encontra-se ameaçada pelo stress e correrias diárias impostos pela sociedade. Vivemos numa sociedade apressada, sem tempo para ajustes ou diferenças, na qual se espera que todos assumam o seu papel, e que não está preparada para as diferentes necessidades de cada um, de tal forma que em idades cada vez mais precoces são detetadas perturbações mentais. A sociedade não está preparada para que as crianças possam estar mais tempo em casa, para que partilhem mais tempo com os pais. Não está preparada para que as crianças possam ser crianças e, assim, qualquer criança que não se comporte de acordo com a normalidade é logo rotulada como tendo problemas.

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência e a Organização Mundial de Saúde (OMS) - Região Europeia, citadas por Saraiva e Cerejeira (2014), uma em cada cinco crianças e adolescentes têm problemas de saúde mental. A maioria dos problemas associados a esta faixa etária (dos 0 aos 18 anos) reporta-se a problemas de comportamento, isto é, "presença persistente de uma variedade de comportamentos desadequados que violam as normas da sociedade" (Saraiva & Cerejeira, 2014, p. 478).

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é talvez a mais conhecida das perturbações do comportamento, traduzindo-se por um aumento da atividade motora, falta de atenção e impulsividade (Daneshparvar et al., 2016; Ibukun, Oluyemi, Abidemi, Suraj & Ola, 2015; Usami et al., 2013).

As crianças têm cada vez menos tempo para brincarem e expressarem as suas emoções, estando ocupadas por períodos cada vez maiores na escola, a estudar ou em atividades extracurriculares. Não é permitido às crianças tempo para gastarem a sua energia, para libertarem a sua tensão e para lidarem com as suas frustrações. E, com este aumento das exigências (por parte da sociedade) observou-se um acréscimo de diagnósticos de PHDA (Brosco & Bona, 2016).

Saraiva e Cerejeira (2014) e Usami e seus colaboradores (2013), nos seus trabalhos, salientam que as crianças diagnosticadas com PHDA se deparam com dificuldades em

diversas áreas, nomeadamente a gestão de emoções, as relações familiares, as relações afetivas, o rendimento e o desempenho escolares. Os pais destas crianças afirmam ter dificuldades em lidar com elas e com as adversidades do dia-a-dia, devido à sintomatologia apresentada, o que interfere com a qualidade de vida de toda a família (Usami et al., 2013).

É na escola, fora do ambiente familiar, que as crianças estabelecem as suas primeiras relações afetivas e onde a maioria dos sintomas da PHDA se manifesta, sendo os pares capazes de identificar alterações de comportamento, a partir da idade do pré-escolar (Swords, Hennessy, & Heary, 2011). A escola constitui um ambiente propenso à deteção destes sintomas e os professores desempenham um papel crucial na sua deteção precoce e na referenciação das crianças (Ibukun et al., 2015).

Os enfermeiros, no desempenho das suas funções, acompanham as famílias e as crianças desde o nascimento, promovendo a sua saúde ao longo das várias etapas do ciclo vital. Deste modo podem desempenhar um papel crucial na deteção de alterações comportamentais (Antai-Otong & Zimmerman, 2016). São eles que observam o desenvolvimento das crianças e a sua interação familiar e social, dada a sua formação e os diferentes contextos de atuação, são os profissionais de eleição para reconhecer as caraterísticas da PHDA e para desenvolver estratégias de acompanhamento dos pais, crianças e educadores/professores (Foley, 2011).

A compreensão da doença e as suas implicações na vida diária assumem-se como primordiais para que as pessoas reconheçam o problema. Só assim a pessoa com PHDA poderá aceder a ajuda profissional adequada e, para tal, é necessário que os indivíduos que contactam diretamente com pessoas diagnosticadas com PHDA tenham um papel ativo na desmistificação desta problemática, sobretudo nas questões do estigma associado. É indispensável que possuam literacia em saúde mental (LSM), definida por Jorm e seus colaboradores como "o conhecimento e as crenças sobre as perturbações mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão ou prevenção" (Jorm, Jacomb, Christensen, Roggers, & Pollit, 1997).

Nos últimos anos a prevalência de doença mental tem aumentado em Portugal, sendo crucial aumentar os níveis de LSM da população portuguesa (Morgado & Botelho, 2014). Neste sentido, realizou-se o presente estudo, com o objetivo de explorar os níveis de LSM dos enfermeiros, dos pais e dos educadores/professores, acerca da PHDA, bem

como identificar possíveis diferenças ao nível dos conhecimentos e das conceções sobre a doença.

A presente dissertação, para além desta introdução, encontra-se dividida em cinco capítulos: enquadramento teórico, metodologia, apresentação e análise dos resultados, discussão e conclusões.

No primeiro capítulo são abordadas as temáticas centrais deste trabalho, nomeadamente o conceito, aspetos clínicos, formas de tratamento e implicações da PHDA, e o conceito de LSM.

No segundo capítulo é apresentada a metodologia de investigação que integra o desenho do estudo; o procedimento que incorpora a construção do guião, a constituição dos focus group e a sua realização, bem como o tratamento e análise dos dados; e a caraterização dos participantes.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos através da realização dos focus group, no quarto capítulo realiza-se a discussão dos resultados, e, finalmente, no quinto capítulo realiza-se uma síntese das principais conclusões, limitações e implicações para a prática dos enfermeiros.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo são abordados os temas centrais deste estudo.

1. PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO – CONCEITO

Das perturbações do comportamento na infância e adolescência, provavelmente a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é a mais conhecida, define-se como um aumento da atividade motora, falta de atenção e impulsividade (Daneshparvar et al., 2016; Ibukun et al., 2015; Usami et al., 2013).

Estudos recentes referem que 3 a 7% das crianças que frequentam a escola e 2 a 4% da população adulta têm PHDA, sendo ainda relatado que 10,1% da população mundial apresenta PHDA. Dada a sua expressão na população, a PHDA assume-se como um problema de saúde relevante na sociedade (Daneshparvar et al., 2016).

Atualmente considerada como uma perturbação do neurodesenvolvimento, a PHDA tem como idade média do diagnóstico os oito anos (Dias et al., 2013; Saraiva & Cerejeira, 2014). Esta perturbação é mais comum em rapazes do que em raparigas (3:1) e em meios sociais mais desfavorecidos (Daneshparvar et al., 2016; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Alguns dos sintomas da PHDA desaparecem ou atenuam-se ao longo do tempo, estando presentes em 50 a 80% dos adolescentes e em 15 a 65% dos adultos diagnosticados em criança (Daneshparvar et al., 2016; Dias et al., 2013).

1.1. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Saraiva e Cerejeira (2014) apoiando-se na DSM-V referem que, para se efetuar um correto diagnóstico da PHDA, é necessária a existência de 2 critérios, sendo que a presença de sintomas do critério A é obrigatória.

Segundo a DSM-V (APA, 2013) os critérios de diagnóstico da PHDA são:

- **Critério A:** padrão constante de desatenção (critério A1) e/ou hiperatividade/impulsividade (critério A2) que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento. Este padrão é caracterizado por:

* Desatenção (critério A1) - é necessária a presença de seis (ou mais) dos seguintes sintomas, que persistem por pelo menos seis meses num grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo nas atividades sociais e académicas/profissionais:

"a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).

b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).

c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).

d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).

e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em organizar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; má gestão do tempo; dificuldade em cumprir prazos).

f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).

g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).

h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).” (DSM-V, 2013, p. 59)

* Hiperatividade e Impulsividade (critério A2) – também é necessária a presença de seis (ou mais) dos seguintes sintomas, que persistem por pelo menos seis meses num grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo nas atividades sociais e académicas/profissionais:

“a. Frequentemente remexe ou bate as mãos ou os pés ou contorce-se na cadeira.

b. Frequentemente levanta-se da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).

c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode-se limitar a sensações de inquietude.)

d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.

e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado" (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).

f. Frequentemente fala demais.

g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).

h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p.ex., aguardar em uma fila).

i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).” (DSM-V, 2013, p.60)

Em pessoas com idade superior a 17 anos, basta a presença de pelo menos 5 sintomas a nível da componente Desatenção ou da componente Hiperatividade e Impulsividade;

- **Critério B:** vários sintomas de desatenção ou de hiperatividade-impulsividade surgem antes dos 12 anos;

- **Critério C:** vários sintomas de desatenção ou de hiperatividade-impulsividade estão presentes em 2 ou mais contextos (escola, casa, trabalho, atividades, com amigos ou familiares);

- **Critério D:** existem provas evidentes de que os sintomas interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento social, académico ou laboral;

- **Critério E:** os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental.

Moura (2016) e Saraiva e Cerejeira (2014) referem que existem 3 subtipos de PHDA:

1- Combinada: presença de sintomas de Desatenção e de Hiperatividade e Impulsividade;

2- Predominantemente Desatenção (mais frequente em idade escolar);

3- Predominantemente Hiperatividade-Impulsividade (mais frequente em idade pré-escolar).

1.2. CAUSAS DA PHDA

Sendo a PHDA uma perturbação de etiologia multifatorial, a literatura faz referência a um conjunto de fatores envolvidos no seu aparecimento. Salientam-se:

- fatores genéticos - estudos recentes tentam isolar genes que se supõe contribuírem para o risco de desenvolver a perturbação (Daneshparvar et al., 2016; Dias et al., 2013; Saraiva & Cerejeira, 2014);

- fatores neuroquímicos - alterações ao nível dos neurotransmissores – nomeadamente dopamina (Dias et al., 2013; Saraiva & Cerejeira, 2014);

- fatores neuroanatómicos - alterações na área pré-frontal (Rodríguez, González-Castro, Cueli, Areces, & González-Pienda, 2016; Saraiva & Cerejeira, 2014);

- fatores pré e perinatais - exposição a toxinas durante a gravidez; tipo de parto; prematuridade (Daneshparvar et al., 2016);

- fatores dietéticos - abuso de aditivos e açúcares (Daneshparvar et al., 2016; Saraiva & Cerejeira, 2014);

- fatores sociofamiliares e hereditariedade – verifica-se que as taxas de prevalência são mais elevadas quando um dos pais tem a doença, bem como as taxas de concordância entre irmãos e entre gémeos monozigóticos (Daneshparvar et al., 2016; Dias et al., 2013; Saraiva & Cerejeira, 2014).

A ideia mais vigente é a de que a PHDA é uma perturbação neurobiológica crônica, de origem genética, causada por alterações no desenvolvimento de algumas áreas cerebrais, nomeadamente na região pré-frontal e os principais neurotransmissores envolvidos no transtorno são afetados por hipofuncionamento das suas funções e diminuição da irrigação sanguínea nessa região (Thomas, Rostain, Corso, Babcock, & Madhoo, 2015).

1.3. FORMAS DE TRATAMENTO

Saraiva e Cerejeira (2014) referem que o tratamento desta perturbação se baseia em dois pilares: uma abordagem educacional e psicossocial à criança, família e escola (tem como objetivo esclarecer sobre a doença e quais as estratégias para lidar com ela, recorrendo-se a intervenções psicoterapêuticas e cognitivo comportamentais, programas de treino parental e programas de treino de competências sociais) e uma abordagem farmacológica, baseada na utilização de psicoestimulantes (como o metilfenidato).

A utilização do mindfulness associado ao treino parental, tal como o recurso a programas psicoeducativos para pais e crianças, e o treino comportamental são estratégias que ganham reconhecimento e uma alternativa cada vez mais viável ao tratamento farmacológico (Anderson & Guthery, 2015; Antai-Otong & Zimmerman, 2016)

O equilíbrio entre estas duas componentes terapêuticas é variável, observando-se diferentes esquemas terapêuticos consoante a zona geográfica onde é realizado o tratamento da PHDA.

Usami et al. (2013) referem que, no Japão, apenas se utiliza a farmacoterapia após se ter realizado psicoterapia, terapia comportamental e treino parental. O mesmo se pode observar na Austrália. Nos últimos anos têm sido realizados estudos em que o tratamento não farmacológico é utilizado.

Em Portugal, a realidade é muito diferente, observando-se que a abordagem mais utilizada é a farmacoterapia. A Direção Geral da Saúde (DGS), através do documento "Saúde Mental em Números, 2015", referente ao ano de 2014, vem confirmar este facto. Na página 66 desse documento observa-se que, no que diz respeito ao metilfenidato, existe um grande consumo de doses diárias, nas diferentes faixas etárias: dos 0 aos 4 anos cerca de 2900 doses diárias; dos 5 aos 9 anos cerca de 1.261.933 doses diárias; dos 10 aos 14 anos cerca de 3.873.751 doses diárias e dos 15 aos 19 anos cerca de 1.695.022 doses. São números muito significativos e que nos permitem constatar que, no nosso país, existe uma grande percentagem de crianças com PDHA, medicadas com metilfenidato.

Apesar da expansão da vertente farmacológica em Portugal, é importante salientar que, embora a utilização de psicoestimulantes seja importante para reduzir os sintomas da PHDA, os seus efeitos secundários a longo prazo estão pouco estudados. A sua ação incide ao nível das funções cognitivas e executivas e, assim, paralelamente ao efeito terapêutico desejado, observa-se que afetam principalmente a memória e que as crianças ficam emocionalmente apáticas (Van der Donk, Hiemstra-Beernink, Tjeenk-Kalff, Van der Leij & Lindawer, 2013), para além de apresentarem perda de apetite, insónia, labilidade emocional, irritabilidade, taquicardia e cefaleias (Antai-Otong & Zimmerman, 2016) .

1.4.IMPLICAÇÕES DA PHDA

A PHDA tem um impacto negativo na sociedade a vários níveis, nomeadamente pelo aumento do encargo financeiro, stress familiar, diminuição do rendimento escolar, fracassos vocacionais, comportamentos antissociais, problemas legais e abuso de

substâncias, situações particularmente exacerbadas quando o diagnóstico e tratamento são tardios (Dias et al., 2013; Tamayo-Orrego et al., 2015).

Todos os intervenientes na vida da criança (e.g. pais, familiares, pares, educadores/professores) acabam por sentir as consequências que o diagnóstico de PHDA acarreta. Todavia, é a criança que vivencia na primeira pessoa as dificuldades daí resultantes, seja na gestão de emoções, nas relações familiares e afetivas ou nas alterações no rendimento e desempenho escolares (Dias et al., 2013; Saraiva & Cerejeira, 2014; Usami et al., 2013). A criança não compreende o seu problema, não tem maturidade e isso, associado à presença constante do estigma, são os fatores que mais condicionam a vida destas crianças e daqueles que as rodeiam.

Na revisão da literatura sobre PHDA, verificou-se em vários trabalhos que os pais, os educadores/professores e os enfermeiros são os atores fulcrais no dia-a-dia das crianças com esta perturbação e, por isso, assumem uma relevância acrescida para o diagnóstico e tratamento da PHDA, tornando-se imprescindível saber qual o papel que cada um desempenha na dinâmica destas crianças.

1.4.1.O papel dos pais

Os pais apresentam dificuldades no reconhecimento e aceitação do diagnóstico da PHDA (Mikami, Chong, Saporito, & Jiwon, 2015). A presença constante do estigma bem como algum sentimento de culpa fazem com que a procura de ajuda profissional seja muitas vezes adiada, o que também é influenciado pelo facto de normalmente apresentarem baixos níveis de LSM relativamente à PHDA. Este baixo nível contribui para que não estejam tão despertos para as alterações da doença e, muitas vezes, só quando os educadores/professores os avisam é que tomam real consciência da realidade, sentindo necessidade de procurar conhecimento que os tranquilize e oriente (Foley, 2011).

Habitualmente os pais não possuem estratégias adequadas para lidar com o comportamento dos seus filhos, o que interfere com a dinâmica e qualidade de vida de toda a família (Foley, 2011). Este fator, associado à falta de apoio que sentem por parte da família e da própria sociedade, induz sentimentos de culpa pelo comportamento dos filhos e contribui para a internalização do estigma e do julgamento social existentes, originando sentimentos de "vergonha e embaraço" (Mikami et al., 2015, p. 2). Estes

autores identificaram ainda as crenças vigentes na sociedade relativas à causa da PHDA, identificando três situações distintas: o tipo de educação dado pelos pais, a falta de disciplina parental ou a crença de que a PHDA simplesmente não existe (esta última corroborada por McLeod, Fettes, Jensen, Pescosolido, & Martin, 2007), resultados que validam a pressão sentida pelos pais no sentido de ser sua a culpa pela PHDA da criança. Neste sentido, já em 2007, McLeod e colaboradores afirmavam que deveriam existir esforços sociais e educacionais para fornecer informação adequada sobre a PHDA à sociedade, no sentido de desmistificar o estigma. Os pais sentem que necessitam de ajuda mas, face à pressão social existente, escondem o seu problema (e a possibilidade de serem ajudados pelos profissionais).

Por sua vez Anderson e Guthery (2015), referem que deveriam existir programas de treino parental que englobassem estratégias comportamentais, psicossociais e outras formas de tratamento não farmacológico. Defendem que o uso destas estratégias reduziria o stress parental e facilitaria o relacionamento familiar, aumentando a qualidade de vida de todos. Foley (2011) salienta ainda a importância de que estes programas possam ser também realizados aos familiares e professores, contribuindo assim para aumentar a rede de suporte dos pais e crianças com PHDA.

1.4.2.O papel dos educadores/professores

É na escola que as crianças passam a maior parte do seu dia, sendo este o local onde muitas vezes os primeiros sinais de PHDA são identificados e referenciados. Infelizmente, hoje os professores passam mais tempo com as crianças do que os próprios pais, dado o ritmo acelerado imposto pela sociedade e, assim, poderá ser mais fácil esta deteção no meio escolar.

McLeod et al. (2007), no seu trabalho, identificaram que os professores e os auxiliares educativos estão informados sobre a PHDA. Todavia, existe um défice entre a informação transmitida aos profissionais e os conhecimentos que estes apresentam, prevalecendo as interpretações erradas sobre a PHDA (Ibukun et al., 2015).

Atualmente verifica-se um aumento do número de crianças diagnosticadas com PHDA, o que poderá ser encarado como um potenciador para os professores procurarem formação específica (Antai-Otong & Zimmerman, 2016), aumentando dessa forma os seus conhecimentos sobre a perturbação e consequentemente, aumentando a sua LSM.

Brosco e Bona (2016) salientam que o sistema de ensino continua desajustado, pois são as crianças que têm de se adaptar, independentemente das suas particularidades ou preferências. Cada vez mais cedo são exigidos os trabalhos ditos escolares, existindo alguns locais onde na pré-escola já ensinam a ler.

Antai-Otong e Zimmerman (2016), reconhecem ainda que os professores têm um papel importante no reconhecimento e na assistência às crianças com PHDA, acrescentando que as recomendações internacionais referem que os professores devem fazer formação acrescida e definir estratégias em conjunto com os pais.

1.4.3.O papel dos enfermeiros

Os enfermeiros assumem-se como os profissionais de excelência para o acompanhamento das crianças e pais, bem como para conceber e implementar estratégias de educação para a saúde na sociedade. Pela sua formação e contexto de atuação, têm um papel crucial na deteção de problemas nas crianças, bem como no seu encaminhamento (Antai-Otong & Zimmerman, 2016). AlAzzam, Suliman e ALBashtawy (2017), referem ainda que os enfermeiros têm uma posição importante no reconhecimento precoce dos sinais de PHDA e, se trabalharem na comunidade ou contexto escolar, a relevância deste papel aumenta, pelo envolvimento acrescido com a criança.

Em alguns países existem os enfermeiros escolares, sendo estes que assumem, na comunidade escolar, a integração da criança com PHDA, a gestão da medicação e a educação/formação de professores, funcionários e pares, contribuindo desta forma para o combate ao estigma social (AlAzzam et al., 2017; Foley, 2011). Em Portugal, este papel de educador deverá ser assumido pelos enfermeiros que, a nível dos cuidados de saúde primários, se ocupam da saúde escolar, conforme preconizado no Programa Nacional de Saúde Escolar (Direcção-Geral da Saúde & Divisão de Saúde Escolar, 2006). Deverá existir uma preocupação crescente dos enfermeiros para oferecer informação, educação e apoio aos pais, às crianças e à comunidade em geral (AlAzzam et al., 2017).

Antai-Otong e Zimmerman (2016), no seu estudo, ressalvam a importância do papel dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria (EESMP), os quais devem estar informados e preparados para trabalhar com crianças com PHDA. Devem deter

informação sobre os vários tipos de tratamento, principalmente a nível das intervenções psicoeducativas, o que vai de encontro às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

2.LITERACIA EM SAÚDE MENTAL – LSM

O conceito de literacia em saúde (LS) surgiu pela primeira vez em 1974 com Simonds, que a definiu como "a medida em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informação básica em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriadas" (Selden, Zom, Ratzan & Parker, 2000, p.6 citados por Loureiro et al., 2014). É um conceito que desde essa altura foi sofrendo algumas variações na definição, mas que esteve sempre focado na necessidade dos indivíduos obterem informação específica sobre a saúde. Antunes (2014, p. 124) refere que só, mais de 20 anos depois, em 1998 é que a OMS definiu literacia em saúde, traduzindo-a como "o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade que o indivíduo tem para obter, interpretar e compreender a informação básica de saúde e serviços de uma forma que seja promotora da saúde." No entanto, já um ano antes, em 1997, Jorm e seus colaboradores criaram o conceito de literacia em saúde mental (LSM), definindo-o como "o conhecimento e as crenças sobre as perturbações mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão ou prevenção" (Jorm, et al., 1997, referido por Jorm, 2014, p.27), que advém da aplicação do conceito de LS especificamente à área da saúde mental.

No seu conjunto, os resultados dos estudos vão de encontro à definição de LS definida e promovida pela OMS: uma ferramenta de capacitação para as pessoas participarem ativamente nos seus cuidados de saúde (Antunes, 2014; Wei, McGrath, Hayden & Kutcher, 2015).

Continuando a desenvolver trabalhos sobre esta temática, em 2000 Jorm, aprofundou a sua definição de LSM, acabando por a definir com cinco componentes: conhecimento sobre como prevenir as perturbações mentais; reconhecimento de quando uma perturbação se está desenvolver; conhecimento sobre as opções de procura de ajuda e tratamentos disponíveis; conhecimento sobre estratégias efetivas de autoajuda para os problemas menos graves; competências para prestar a primeira ajuda a outras pessoas que estão a desenvolver uma perturbação mental ou que estão numa situação de crise (Jorm, 2011).

O mesmo autor em 2014 salienta que a LSM é mais do que possuir conhecimento sobre os problemas de saúde mental, traduzindo-se na utilização desse conhecimento e agir em conformidade com ele, a fim de melhorar a saúde mental do próprio ou dos outros.

Para uma correta LSM todas as suas componentes têm de estar em equilíbrio, sendo necessário que os indivíduos as mobilizem de forma adequada, apesar de que, como se pode verificar pela análise da literatura realizada, existam fatores que induzem uma maior propensão para valorizar ou negligenciar as diferentes componentes.

A componente **Conhecimento sobre como prevenir as perturbações mentais,** traduzida no conjunto de estratégias e conhecimentos que os indivíduos possuem e que podem adotar, é provavelmente das mais negligenciadas (Jorm, 2014), porque os fatores de risco da doença mental em que o indivíduo pode intervir, são sobretudo sociais e por esse motivo, mais difíceis de modificar (Moore et al., 2007 citados por Jorm, 2014). A adoção de estilos de vida mais saudáveis poderá não ser suficiente para promover a saúde mental.

Loureiro, Sequeira, Rosa e Gomes (2014) referem que a componente **Reconhecimento de quando uma perturbação se está desenvolver** surge como um facilitador da procura de ajuda pois, só ao identificar que tem um problema, o indivíduo irá procurar ajuda. Existem muitas pessoas com problemas de saúde mental que não procuram ou atrasam a procura de ajuda, mas quando o problema é reconhecido e a procura de ajuda é efetuada precocemente, aumenta-se substancialmente os resultados em saúde dos indivíduos e o sucesso dos tratamentos. Para que tal ocorra é necessário reduzir as barreiras à procura de ajuda. Por vezes, a primeira barreira a vencer é mesmo a dificuldade no reconhecimento dos sintomas manifestados, como indicadores de doença mental (Jorm, 2014).

A componente **conhecimento sobre as opções de ajuda e tratamentos disponíveis** surge como um impulsionador na procura de ajuda, pois se uma pessoa com uma perturbação mental estiver informada e conhecer quais os profissionais existentes, bem como qual a forma de acesso a eles, poderá procurar ajuda mais precocemente (Jorm, 2014).

No que se refere à componente **conhecimento sobre estratégias efetivas de autoajuda para os problemas menos graves**, estas estratégias de autoajuda são mais bem aceites e preferidas à procura de ajuda formal ou tratamentos com profissionais de saúde.

Todavia, por vezes estas estratégias de autoajuda poderão ser mal adaptativas (e.g. uso de álcool), reforçando a importância da necessidade de esclarecimento e conhecimento sobre as estratégias que podem ser prejudiciais e aquelas que podem ser benéficas (Jorm, 2014), bem como da sua divulgação pela população, de modo a potenciar a promoção da saúde mental.

As **competências para prestar a primeira ajuda a outras pessoas que estão a desenvolver uma perturbação mental ou que estão numa situação de crise**, surgem como o objetivo último da LSM, pois só com conhecimentos é que a população poderá adquirir competências para prestar ajuda de forma mais adequada e atempada. Jorm, (2014) refere que as pessoas estão mais predispostas a recorrer a um profissional se forem sugeridas e incentivadas a isso por outros.

A prevalência da doença mental em Portugal tem aumentado nos últimos anos. Contudo, o aumento dos níveis de LSM da população portuguesa não acompanhou este aumento (Morgado & Botelho, 2014), verificando-se um défice preocupante no conhecimento da população em geral. Por este motivo, corremos o risco de ter uma população sub-diagnosticada a nível da doença mental, uma vez que a compreensão da doença mental e as suas implicações na vida diária são fatores primordiais para a procura e oferta de ajuda.

Em Portugal, vários estudos, como por exemplo o estudo realizado por Loureiro, Mateus e Mendes (2009) (citados por Morgado & Botelho, 2014) corroboram a importância desta compreensão, referindo que os maiores obstáculos à procura de ajuda profissional são a conceção das doenças como motivo de estigma, discriminação social ou fraqueza pessoal. As suas conclusões corroboram os resultados de estudos internacionais (e.g. Gong & Furnham, 2014), que também afirmam que as maiores barreiras na procura de ajuda em saúde mental são o estigma e a vergonha, bem como os problemas na identificação dos sintomas. Wei e colaboradores (2015) afirmam que a redução do estigma associado à doença mental a nível individual, comunitário e institucional é potenciada por um melhor conhecimento sobre os transtornos mentais e a saúde mental e uma melhor consciencialização de como procurar ajuda e tratamento, acrescentando ainda que esta redução promove a identificação precoce e atempada de transtornos mentais.

Os estudos enaltecem que os comportamentos de procura e oferta de ajuda são um ponto fulcral para a intervenção junto das pessoas com perturbações mentais, os quais derivam diretamente de uma correta LSM, pelo que é imprescindível aumentar os níveis de LSM na população. Esta situação assume ainda maior relevância no caso da PHDA, uma vez que, apesar de ser a perturbação mais prevalente (e mais diagnosticada) na infância (Saraiva & Cerejeira, 2014), os estudos relativos a LSM sobre PHDA são escassos, o que parece indicar uma lacuna sobre esta temática. Para além disso, nos estudos relativos à PHDA, observou-se que quer os pais, quer os educadores/professores, quer os enfermeiros desempenham um papel primordial junto das crianças com PHDA, pelo que emerge a necessidade de conhecer os níveis de LSM destes grupos, possibilitando assim uma melhor caracterização da realidade existente.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo são expostos de forma sequencial os passos metodológicos adotados para a realização do estudo. Assim, serão apresentados: o desenho do estudo; o procedimento que incorpora a construção do guião, a constituição dos focus group e a sua realização, bem como o tratamento e análise dos dados; e a caraterização dos participantes.

1.DESENHO DO ESTUDO

De forma a reunir o máximo de informação relativa às conceções e práticas dos participantes sobre a PHDA, optou-se por realizar uma investigação de natureza qualitativa, tratando-se de um estudo exploratório-descritivo de nível I (Fortin, 1999).

A PHDA é uma problemática sensível e ainda pouco discutida, por esse motivo, mas também pela sensibilidade da abordagem, utilizou-se o método de focus group para recolha de informação (Flick, 2009), com recurso à leitura e análise de uma vinheta clínica que ancorou as questões relativas às diferentes dimensões da LSM (Fortin, 1999).

Foi escolhida esta metodologia por ser particularmente adequada quando se pretende aprofundar informação sobre um conceito, um problema ou experiências (Krueger & Casey, 2009), mas também para explorar as perceções e vivências de cada um dos participantes (Morgan, 1996).

1.1. VINHETAS CLÍNICAS

Vinhetas clínicas podem ser descritas como histórias sobre pessoas e situações que fazem alusão a pontos importantes no estudo de perceções, crenças e atitudes (Hughes, 1998). A sua utilização tem sido cada vez maior em diversos tipos de estudos, na medida em que favorecem a produção de medidas de opinião (do sujeito entrevistado) mais válidas e mais confiáveis, em comparação com as questões "simples" e abstratas, mais típicas dos questionários de opinião (Alexander & Becker, 1978; Fortin, 1999).

As vinhetas podem ser construídas a partir de uma variedade de fontes, incluindo resultados de estudos anteriores (Carlson, 1996), em colaboração com outros profissionais que trabalham no terreno (Kalafat & Gagliano, 1996), ou com base em histórias sobre casos reais (Rahaman, 1996).

Apesar de existirem algumas discussões em torno do uso de vinhetas, particularmente em que medida o seu uso espelha a realidade social, alguns autores (e.g. Barter & Renold, 2000; Hughes, 1998), usando os resultados da sua própria investigação e recorrendo também a outros estudos realizados, têm refletido criticamente sobre esta metodologia, concluindo que a técnica pode ser uma ferramenta de investigação importante e valiosa.

Em estudos de investigação como este, que aborda um tema sensível, a utilização de vinhetas poderá ser vantajosa. Os participantes podem não se sentir à vontade para discutir as suas experiências pessoais e podem esconder a verdade sobre as suas próprias ações ou crenças. Ao colocar o foco numa terceira pessoa, a vinheta possibilita uma maior abertura do participante (Gourlay et al., 2014).

O uso de vinhetas, através da normalização da situação, também pode incentivar os participantes a revelar as suas experiências pessoais, permitindo a criação de um ambiente em que estes se sintam confortáveis para o fazer (Barter & Renold, 2000; Hughes, 1998). Por outro lado, o uso de vinhetas é também um fator facilitador da comunicação entre investigador e participantes (Ibukun et al., 2015).

Neste estudo, recorreu-se a uma vinheta clínica (apêndice 1) construída e utilizada por Swords e colaboradores (2011). Previamente à sua utilização, a vinheta foi traduzida para português por uma professora de inglês.
A vinheta utilizada descreve um conjunto de sinais e sintomas que o "João" (personagem descrita na vinheta) apresenta e que traduzem critérios de diagnóstico para a PHDA.

1.2.FOCUS GROUP

Os focus group são meios poderosos para compreender as atitudes, sentimentos, crenças e experiências dos participantes em contexto de grupo (Olanyan, 2007), sendo facilitadores na exploração e discussão de temas problemáticos ou sensíveis, permitindo

a obtenção de dados resultantes da interação grupal, que de outra forma seriam menos acessíveis (Flick, 2005; Morse, 2007).

O focus group enfatiza a observação e o registo das experiências e reações dos participantes, dados que não seriam possíveis de captar utilizando outros métodos (Galego & Gomes, 2005 citados por Rosa, Loureiro & Sequeira, 2014).

A grande vantagem deste método é que permite criar espaço para a dinâmica de grupo, possibilitando que os participantes se expressem numa discussão flexível, utilizando as suas próprias palavras e de acordo com as suas prioridades (Rosa, Loureiro & Sequeira, 2014). Serve assim como técnica de pesquisa exploratória para o levantamento de dados preliminares (Galego & Gomes, 2005 citados por Rosa, Loureiro & Sequeira, 2014), permitindo, através do impacto da interação grupal, realçar a qualidade e a genuinidade dos dados colhidos (Morse, 2007).

Os grupos deverão ter entre 5 e 12 elementos e a sua constituição deve basear-se em caraterísticas específicas dos indivíduos participantes (Flick, 2009), sendo estas relacionadas com a temática da investigação (Morse, 2007).

Para a realização deste estudo foram criados três focus group, um constituído por 5 pais de crianças diagnosticadas com PHDA, outro constituído por 6 enfermeiros, e ainda um terceiro constituído por 7 educadores/professores.

Seguiram-se os seguintes **critérios de inclusão:**

- Grupo dos pais: terem filhos diagnosticados com PHDA.
- Grupo dos enfermeiros: possuírem experiência profissional mínima de dois anos; integrar enfermeiros generalistas, EESMP que não trabalhassem na área de especialidade e enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria (EESIP).
- Grupo dos Educadores de Infância e Professores do 1º ciclo do ensino básico: possuírem experiência mínima de dois anos; integrar participantes com experiência profissional no sistema de ensino público e privado.

Os participantes, selecionados de forma intencional (Flick, 2009), constituíram grupos que, pela sua heterogeneidade, permitiram garantir o máximo de opiniões possíveis sobre a problemática em estudo.

No grupo de enfermeiros, considerou-se pertinente englobar, para além dos generalistas, EESMP que não trabalhassem na área de especialidade, bem como EESIP. Esta decisão

teve como objetivo a constituição de um grupo dentro do qual pudessem emergir opiniões divergentes, que permitissem fomentar e aprofundar a discussão grupal e perceber se o nível e área específica de formação especializada originam conceções e práticas diferenciadas na abordagem da PHDA.

Relativamente ao grupo dos educadores/professores considerou-se importante incluir também educadores de infância. Estes profissionais contactam com as crianças desde o berçário até à idade pré-escolar, deste modo, considerou-se que a sua participação seria uma mais-valia para identificar e perceber em que medida o seu nível de LSM sobre PHDA lhes permite um reconhecimento precoce de eventuais situações e o consequente encaminhamento para recursos de ajuda profissional adequados. Quanto aos professores do 1º ciclo do ensino básico, a sua integração como participantes do focus group resulta do facto de se reconhecer que é na idade escolar que a maioria dos sintomas da PHDA se manifesta, sendo os professores fundamentais para o reconhecimento do problema e intervenção atempada.

O convite para a participação no estudo foi dirigido a 10 pais, 15 enfermeiros, 8 educadoras de infância e 8 professores do 1º ciclo do ensino básico. Inicialmente todos se mostraram muito interessados em participar, considerando a temática em estudo muito interessante e importante. Contudo, quando foram informados de que a técnica a utilizar seria o focus group, o que implicaria a realização de uma entrevista de grupo e a consequente necessidade de "exposição", foram muitas as recusas, alegando motivos como 'vergonha', 'estigma' e 'medo de ser avaliado/julgado'. Estes motivos surgiram de forma transversal, independentemente do grupo de inclusão no estudo.

Por esta razão, o processo de recrutamento demorou vários meses, sendo muito difícil conseguir um número de participantes que permitisse a constituição dos grupos, bem como gerir as suas disponibilidades, de forma a realizar as entrevistas. Mesmo após a superação desta dificuldade, e apesar de se garantir o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos, houve desistências no próprio dia da realização de cada focus group, sendo alegados os mesmos motivos.

2.PROCEDIMENTO

Após a constituição dos focus group foram realizadas as três sessões nos dias 21, 26 e 28 de julho de 2017, tendo uma duração de cerca de 60 minutos cada.

Previamente ao início das sessões, todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado (apêndice 2), no qual autorizaram a audiogravação da discussão grupal, sendo-lhes garantida a confidencialidade dos dados obtidos.

Antes do início de cada sessão, para além da assinatura do consentimento informado foi ainda solicitado aos participantes o preenchimento de um pequeno questionário sociodemográfico (apêndice 3). Este questionário, para além de questões de caraterização sociodemográfica, incluía questões de resposta fechada ou resposta rápida, diferentes em cada grupo, e relacionadas com aspetos específicos (e.g. experiência com a situação, identificação de alterações comportamentais, estratégias utilizadas, etc.).

O questionário utilizado para os participantes do grupo de enfermeiros e educadores/professores era igual e incluía questões de caraterização (género, idade, estado civil e experiência profissional) e questões específicas de resposta rápida e de resposta fechada: "Alguma vez trabalhou com crianças com alterações do comportamento?" e "Alguma vez trabalhou com alguma criança com PHDA - Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção?". As questões de resposta rápida eram: "Quais eram essas alterações do comportamento?" e "Que estratégias utiliza para trabalhar com essas crianças?".

O questionário aplicado aos pais, para além das variáveis de caraterização, era composto pelas seguintes perguntas de resposta rápida: "Que idade tem o seu/seus filho(s)?", "Considera que algum dos seus filhos apresenta alterações do comportamento? Quais?", "Com que idade se iniciaram essas alterações do comportamento?", "Como é que se apercebeu dessas alterações?", "Algum dos seus filhos faz medicação para a PHDA? Se sim, qual?", "Com que idade o seu filho foi diagnosticado com PDHA?" e "Quem fez o diagnóstico?".

Cada sessão foi iniciada com a informação sobre os objetivos do estudo, dos limites de confidencialidade, e com a informação de que, em qualquer momento, os participantes

poderiam retirar-se. Posteriormente foram definidas as regras de participação, para que a gravação ficasse o mais percetível possível.

Os participantes apresentaram-se e, de seguida, foi introduzido o tema e colocadas as questões iniciais, posteriormente foi lida a vinheta clínica e procedeu-se à discussão da mesma, através da utilização de um guião (apêndice 4) com questões pré-formuladas e pistas de exploração para promover e guiar a discussão sobre as perceções dos enfermeiros, dos pais e dos educadores/professores sobre a etiologia, diagnóstico, tratamento e estratégias para lidar com crianças com PHDA, permitindo a comparação e diferenciação de opiniões entre e dentro dos grupos.

Todas as sessões foram finalizadas com a questão "Existe algo mais que queiram acrescentar?", dando oportunidade aos participantes de abordarem algum assunto ou questão considerada pertinente, antes do encerramento da sessão.

As sessões foram moderadas pela investigadora.

O guião utilizado como orientador da moderação dos focus group foi construído com base numa revisão da literatura atual integrando os temas chave a serem explorados, sendo constituído por questões gerais e por questões mais específicas/pistas de exploração que, pelo seu pormenor, estimulavam a interação grupal e a partilha de opiniões e permitiam aprofundar as questões ou melhorar a sua explanação. A sua elaboração foi feita de forma a abarcar todas as componentes da LSM, sendo criadas quatro dimensões – crenças acerca da doença mental, reconhecimento da PHDA, comportamentos de procura de ajuda para a PHDA (facilitadores, barreiras e recursos de ajuda) e Comportamentos de oferta de ajuda para a PHDA (confiança para ajudar e formas de ajuda) – introduzidas por questões gerais.

Inicialmente, para introduzir o tema e de forma a envolver os participantes, colocaram-se duas questões gerais: "Que pensamentos, palavras ou imagens associam à doença mental?" e "Que fatores poderão contribuir para ter uma doença mental?". Estas questões tinham como objetivo envolver os participantes no tema, permitindo também avaliar componentes mais gerais da LSM dos participantes.

De seguida, procedeu-se à leitura da vinheta clínica, o que permitiu introduzir a dimensão 'Reconhecimento da PHDA', através da análise e discussão do seu conteúdo. Realizaram-se cinco questões gerais:

- Na vossa opinião o João tem algum problema? Qual?;
- Qualquer pessoa pode ter este problema? É exclusivo das crianças?;

- Quais são as causas?;
- Quais as consequências?:
- Tem tratamento? Qual? E cura?.

A investigadora utilizou sempre a palavra problema, no sentido de não direcionar a opinião dos participantes, caso mencionasse as palavras "doença, perturbação ou mesmo PHDA".

Para avaliar a dimensão "Comportamentos de procura de ajuda para a PHDA", utilizaram-se três componentes: 'Facilitadores' (na procura de ajuda) sendo explorados através da questão geral "Numa situação semelhante à retratada na vinheta, quais são os principais fatores que poderão facilitar a procura de ajuda profissional por parte dos pais?"; 'Barreiras' (à procura de ajuda), utilizando-se a questão "Na mesma situação, quais os fatores que podem constituir um impedimento para a procura de ajuda profissional por parte dos pais?" e, por fim, os 'Recursos de Ajuda', através da seguinte questão geral "Na mesma situação, qual a ajuda que os pais deveriam procurar? Com quem deveriam falar sobre isso?".

Por fim, foi abordada a dimensão "Comportamentos de oferta de ajuda para a PHDA", onde se inseriram as seguintes componentes: 'Confiança para oferecer ajuda', recorrendo-se à questão "Em que medida se sentem confiantes para ajudar uma pessoa que tenha um problema semelhante ao retratado na vinheta?"; e 'Comportamento de ajuda', colocando-se como questão "O que fariam se, num determinado momento, quisessem ajudar um amigo/familiar/aluno/utente com um problema semelhante ao retratado na vinheta?".

Nos focus group dos enfermeiros e dos educadores/professores foi ainda realizada uma questão final: "Se num determinado momento tivessem um aluno/utente, com um comportamento semelhante ao retratado na vinheta, o que fariam?", por forma a perceber se tinham interiorizado os comportamentos de procura e oferta de ajuda.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo feita a sua análise qualitativa de conteúdo recorrendo ao programa Nvivo 8.

O método de análise incluiu categorias pré-definidas aquando da elaboração do guião, bem como outras que surgiram durante a realização das entrevistas.

3.PARTICIPANTES

Realizaram-se três focus group integrando um total de 18 participantes, sendo 5 pais de crianças com PHDA (grupo I); 6 enfermeiros (2 EESMP que não trabalhavam na área de especialidade, 1 EESIP, 1 enfermeiro generalista que trabalhava nos cuidados de saúde primários e 2 enfermeiros generalistas que trabalhavam em meio hospitalar) (Grupo II); e 7 educadores/professores (5 professores do 1º ciclo do ensino básico e 2 educadoras de infância, todos com experiências quer no sistema de ensino público, quer no privado) (Grupo III).

- Pais:

No grupo dos pais, as idades dos participantes variam entre os 33 e os 63 anos, sendo a média de 43,6 anos e o desvio padrão de 11,91. Relativamente ao género, três participantes (60%) são do género feminino e dois (40%) são do género masculino.

Relativamente ao estado civil, quatro dos participantes (80%) são casados e um (20%) vive em união de facto.

Os pais têm habilitações literárias entre o 3º ciclo e o mestrado, tendo a maioria o ensino secundário.

As alterações do comportamento que os pais reconheceram nos seus filhos são: *'impulsividade'*, *'irrequietude'*, *'acelerado'*, *'movimentos impróprios'*, *'monossílabos desajustados do contexto*', *'défice de atenção'* e '*estar no mundo da lua'*. Afirmaram que estas alterações se iniciaram entre os 2,5 anos e os 8 anos, sendo a média os 4,9 anos (idade pré-escolar).

Quando questionados "Como é que se apercebeu dessas alterações?" a maioria das respostas foram *"no dia-a-dia"*, sendo ainda referido *"pelo feedback das educadoras e professor(a)"*, *"distrações constantes"* e *"necessidade de ter um adulto sempre próximo"*.

Referem que os seus filhos foram diagnosticados com PHDA entre os 7 e os 10 anos (idade escolar), sendo a idade média 8,4 anos.

Este diagnóstico foi feito por pedopsiquiatras em 80% da amostra e 20% por pediatras.

Quanto ao tipo de tratamento utilizado 80% dos pais referiu que os filhos estão medicados com metilfenidato em doses que oscilam entre os 30 e 36 mg/dia. Apenas

uma criança não realizava tratamento farmacológico, sendo o pai um defensor do tratamento complementar (treino comportamental, psicoeducação, acompanhamento psicológico, uso de estratégias adaptadas e diferenciadas).

- Enfermeiros:

No grupo dos enfermeiros as idades variam entre 30 e 38 anos, sendo a média 34,16 anos e o desvio padrão 2,79. Todos os elementos eram do género feminino (100%). Relativamente ao estado civil cinco (83,33%) eram casadas e uma (16,67%) vivia em união de facto.

Quanto ao número de anos de serviço estes oscilavam entre 8 e 15 anos, sendo a média de 11,83. Relativamente às habilitações literárias quatro (66,67%) eram licenciadas e duas (33,33%) eram mestres.

No que se refere à questão "Alguma vez trabalhou com crianças com alterações do comportamento?", três participantes (50%) responderam que sim e as outras três (50%) responderam que não.

As participantes que já tinham trabalhado com crianças com alterações do comportamento, mencionaram que tinham trabalhado com crianças com: hiperatividade, autismo, trissomia 21, deficiência mental, irrequietude, "crianças sem regras".

As estratégias que este grupo mencionou utilizar para trabalhar com as crianças com as alterações de comportamento supracitadas foram: *"conhecer os gostos e preferências das crianças"*, *"tentar perceber o que se passava"*, *"relação personalizada"*, *"afeto e toque"*, *"estabelecimento de regras"*, *"utilização de palavras-chave"*, *"ocupação e reorientação da energia"*, *"atenção dirigida"* e *"jogos"*.

Apenas um elemento (16,67%) deste grupo afirmou já ter trabalhado com crianças com PHDA.

- Educadores/professores:

Neste grupo as idades variam entre os 27 e os 40 anos, sendo a média de 35,57 anos e o desvio padrão de 4,28. Cinco elementos (71,43%) eram do género feminino e dois (28,57%) do género masculino. Relativamente ao estado civil seis (85,71%) eram casados e um (14,23%) divorciado.

Quanto ao número de anos de serviço estes oscilavam entre 4 e 15 anos, sendo a média de 9,86. Todos os participantes eram licenciados (100%).

No que se refere à questão "Alguma vez trabalhou com crianças com alterações do comportamento?", seis participantes (85,71%) responderam que sim e apenas um (14,23%) que não.

As alterações do comportamento mencionadas pelos participantes foram: deficiência visual, paralisia cerebral, atraso geral no desenvolvimento, autismo, síndrome de Asperger, PHDA, síndrome de Klinefelter.

As estratégias que este grupo mencionou utilizar para trabalhar com as crianças com as alterações de comportamento supracitadas foram: *"pedagogia diferenciada"*, *"reforço positivo"*, *"estratégias diferenciadas e individualizadas"*, *"adaptações curriculares"*, *"estabelecimento de regras"*, *"elogio"* e *"posicionamento na sala de aula junto do professor"*.

Cerca de três elementos (42,86%) deste grupo afirmaram já ter trabalhado com crianças com PHDA.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo será feita a apresentação e análise dos resultados mais relevantes.

Após a realização dos três focus group emergiram das narrativas dos participantes categorias de primeira geração e de segunda geração, que se analisam seguidamente.

- Reconhecimento da doença mental

Relativamente à categoria 'Reconhecimento da doença mental', verificou-se que os participantes reconhecem a maioria dos sinais e dos sintomas associados à doença mental. O que é ilustrado pelos relatos seguintes: *"(…) o isolamento na depressão ou… uma doença mental já mais avançada, mais incapacitante, como a demência (E6)*"; "*a euforia… ou comportamentos bizarros (E4)"*; *"uma pessoa acelerada, muito ansiosa (P1)"*; outro participante acrescentou: *"O primeiro pensamento que me surge é associado às crises de histerismo, à depressão (P5)"* ou ainda *"A mim o que me vem logo à ideia é a postura… a posição das mãos, o olhar, a fisionomia, o caminhar. Uma pessoa que tenha uma doença mental percebe-se logo… pelo olhar vago. A maneira de estar é diferente (PP6)".*

Todavia, no grupo dos pais, verificam-se algumas dificuldades de diferenciação entre doença mental e deficiência intelectual como pode verificar-se na narrativa seguinte: *"(…) aqueles doentes com aquelas caraterísticas… mongoloides... aqueles traços… (P2)".* Também no grupo dos educadores/professores estas dificuldades são evidentes, sendo referidos como exemplos de pessoas com doença mental *"(…) um menino com paralisia cerebral (PP1)"*, ou *"(…) tenho uma prima com trissomia 21 e, portanto, cresci numa parte da minha vida a acompanhá-la (PP3)"*. Os exemplos apresentados, para além de revelarem falta de conhecimento específico relativamente a esta temática, denotam um défice global ao nível da literacia em saúde mental.

Pelas narrativas expostas, observou-se que os principais sinais e sintomas relatados são *'comportamentos desajustados'* ou mesmo '*bizarros', 'tristeza', 'euforia', 'ansiedade'*, bem como *'a perda do eu'*.

No grupo dos enfermeiros verifica-se um conjunto de referências que remetem para aspetos mais relacionados com a perda da integridade do "Eu". A este propósito refere o participante (E2): *"A perda do "Eu", a perda da personalidade, do que eu sou, a não caraterização do eu"*. No mesmo sentido, refere o participante (E4) *"(...) um olhar diferente, estranho"*.

Nos grupos dos pais e dos educadores/professores, as narrativas remetem para aspetos mais comportamentais, mais visíveis, como ilustra a seguinte expressão: *"Eu acho que existe todo um conjunto de sintomas que se notam. Comportamentos desajustados, fora do contexto, não é? (...) fora do que a maior parte das pessoas ditas normais faz (P5)"* ou ainda *"Por vezes isolam-se ou têm comportamentos erráticos, como nos surtos (P1)"*, outro participante acrescenta *"Na minha opinião uma pessoa com uma doença mental adota uma postura diferente… tem um olhar vago…(PP6)"*, sendo reforçado por *"o olhar, a fisionomia, o caminhar. Uma pessoa que tenha uma doença mental percebe-se logo… A maneira de estar é diferente (PP7)."*

No que se refere às causas para desenvolver uma doença mental, todos os grupos mencionam a importância dos determinantes genéticos, bem como do contexto familiar e social, conforme podemos verificar nas narrativas seguintes: *"(...) logo na gravidez pode haver um fator genético… por exemplo uma má formação, logo aí poderá surgir um problema associado. A família, o contexto familiar… uma pessoa inserida num ambiente familiar acaba por absorver os problemas existentes e poderá ficar com alguns problemas (PP6)"*; *"É um conjunto. Aí acho que é um conjunto. Situação familiar, a situação no trabalho, o facto de ter ou não ter filhos… E depois também há a parte genética, não é?(P1)."* De salientar que, no grupo dos enfermeiros, a tónica é colocada nos fatores sociais e na sua importância como desencadeantes ou potenciadores do desenvolvimento de doenças do foro mental. Esta perceção é ilustrada de forma clara na narrativa seguinte: *"(...) nos dias de hoje em primeiro lugar… a nossa agitação intensa… a ausência de descanso… (E2)"*, o que é complementado pela opinião de outro participante*: "Cada vez controlamos menos o meio externo…o cansaço e o stress… cada vez gerimos menos as nossas emoções relativamente ao meio externo, não temos tempo sequer para isso, não nos damos tempo para isso (E5)"*, sendo ainda referido que *"Desgostos… acontecimentos traumáticos podem fazer uma pessoa entrar num estado mental em que depois não consegue regressar ao seu normal (E6)"* ou ainda *"A experiência de vida se não for positiva, se as pessoas não*

conseguirem ultrapassar as adversidades, de uma forma normal, natural, sendo perseverantes, persistentes, resilientes… vão certamente, no contexto em que vivemos hoje e, volto aos contextos... vai desenvolver certamente uma doença mental (E3)".

Em todos os focus group foi mencionado o estigma associado à doença mental. A generalidade dos participantes considera ser mais fácil padecer de uma doença física do que de uma doença mental, como podemos verificar no excerto seguinte: *"(...) o desconhecimento da população em relação à doença mental, ou o que é que… que implicações é que terá na vida de uma pessoa… o que é que a pessoa pode ou não fazer… a pessoa é logo rotulada… mais pelo estereótipo que nós criamos a nível social, não porque o diagnóstico em si possa ser visível, mas pelo estereótipo social (E2)".*

Outro participante acrescentou ainda que *"A maioria das doenças físicas é autolimitada no tempo, por exemplo um braço partido, uma infeção, ou depois de compensada, tipo uma doença cardíaca, vai exigindo um pequeno controle, um pequeno ajuste de medicação (P2)", "Nas doenças físicas toma-se um comprimido ou faz-se uma cirurgia e elas passam… nas mentais… por vezes duram toda a vida (E1)"* por outro lado, a doença mental não é assim entendida, como realçam os relatos seguintes: *"Uma doença mental é diferente de uma física… por vezes é muito difícil parar com a sintomatologia, às vezes só se consegue reduzi-la. Algumas doenças mentais não têm cura e vão exigindo um controle apertado, tipo a esquizofrenia (PP2)"* e *"São as duas doenças, mas há diferenças… muitas diferenças. Uma doença mental pode trazer ou não consequências, mas não quer dizer que seja ou não melhor, mas por vezes destrói muito mais a vida e a qualidade de vida de uma pessoa do que uma doença física (P1)"* em suma, *"Existem diferenças, acredito que as doenças físicas são mais fáceis de tratar, curar e até mesmo de viver com (E4)".*

A maioria da população não compreende a doença mental, não tem informação específica sobre esta área e, por esse motivo as doenças físicas, mesmo que incapacitantes, são mais bem aceites socialmente.

- Reconhecimento da PHDA

A leitura da vinheta clínica introduziu a discussão sobre a componente 'Reconhecimento da PHDA'. A análise dos resultados remete para a existência de

quatro categorias de segunda geração: ‘diagnóstico’, ‘sintomas’, ‘causas’ e ‘reconhecimento das implicações da PHDA’.

- Diagnóstico

Após a leitura da vinheta clínica, os participantes do grupo dos enfermeiros e do grupo dos educadores/professores manifestaram dúvidas quanto ao facto da situação retratada na vinheta representar ou não um problema de saúde mental. A informação fornecida pela vinheta foi considerada escassa e focada apenas nos comportamentos manifestados, não considerando o contexto da criança. Para além disso, consideraram necessário analisar outros itens para se chegar a uma conclusão, nomeadamente o contexto familiar e escolar, bem como o despiste de doenças físicas. Nos relatos seguintes são evidentes algumas destas dúvidas*: “Na minha opinião depende de todo o contexto… depende da educação que o João teve, depende se tem ou não alguma doença física associada (E4)”.* Outro participante acrescentou: *“Na minha opinião pode ou não ter um problema, depende… pode ser uma criança que tenha mais energia e que tenha mais dificuldade, pode também haver aqui uma falta de regras por parte da criança, o professor pode não estar a conseguir incutir-lhe as regras (PP6).”*

Contudo, no grupo dos pais a realidade foi outra, a maioria identificou a existência de um problema, afirmando que o menino da vinheta tem um *‘problema dos dias de hoje’* ou mesmo uma *‘doença’*, talvez por identificarem na descrição apresentada na vinheta, o comportamento habitual dos seus filhos. Nas narrativas seguintes podemos observar este facto de forma clara: “*O problema dele não é físico… se fosse físico ele estava sentadinho, sossegadinho e caladinho, portanto será uma ‘doença’ ou um problema mental (P4)”*. Outro pai, contrapondo, afirma: *“Doença? Acha que o João tem uma doença? Não parece uma palavra demasiado forte? E o ser criança? Não faz parte o ser irrequieto e distraído? O João, quando muito, poderá ter um problema… na nossa sociedade de estereótipos, do perfeito… do socialmente aceite, tem um problema porque a sociedade não o compreende (P5).”* Este relato foi o ponto de partida para que outros pais também afirmassem que era a sociedade que ditava a presença ou não de um problema: *“Na nossa sociedade atual tem… tem um problema… se fosse há uns anos atrás, eu revendo-me na minha infância, atrás diria que não, mas atualmente tem um problema. Nos dias de hoje… tem uma doença, para a nossa sociedade, como não encaixa… tem uma doença… já não pode ser só criança… (P1)”*.

Assumindo a existência de um problema, todos os participantes reconheceram que seria de origem mental como ilustram as seguintes narrativas: *"Tem a ver com a parte cognitiva, o cérebro do João não funciona como deveria (PP6)",* bem como com a *"produção dos neurotransmissores (P5)".* Os enfermeiros identificavam ainda a existência de uma dificuldade *"(...) de gasto energético, quer que físico e mental, porque estas crianças normalmente têm um conjunto pensamentos muito rápido e por isso são estimuladas pelos pensamentos (E2)".*

- Sinais e sintomas

De um modo geral todos os participantes identificaram alguns dos sinais e sintomas mais significativos da PDHA, nomeadamente a *"(...) a hiperatividade porque não está parado, não consegue estar sentado continuamente (...) falta de atenção, porque não consegue ter a capacidade, sequer, de fazer as coisas básicas que lhe pedem, nomeadamente somas ou outros trabalhos (E2)"; "(...) impulsividade, distração, falta de concentração e dificuldades na aprendizagem (P5)".* Pais e enfermeiros referiram que muitos destes sintomas se deviam a uma não correta orientação da criança, quer a nível físico, quer a nível mental, podendo ser contornados ou minimizados se adotadas outras estratégias em casa, ou mesmo a nível do ensino pois, como refere um dos participantes, *"Seria muito interessante a integração de mais jogos ao ar livre, de uma aprendizagem mais dinâmica, não circunscrita às quatro paredes de uma sala (P1)".* A este propósito, uma enfermeira refere também que seria importante *"(...) aproximarmo-nos mais... por exemplo do sistema de educação finlandês (E2)".*

Os educadores/professores, apesar de defenderem esta ideia, referem que o nosso sistema de ensino não está adaptado, principalmente a nível burocrático, expondo que *"A nível legal nós também precisamos de documentos para nos salvaguardar... (PP4)"* e que sem a confirmação escrita do diagnóstico *"(...) não podemos colocar as crianças ao abrigo dos decretos-lei, para os alunos poderem usufruir de determinados apoios, como o ensino especial (PP4)".* Afirmaram ainda que *"Essa metodologia é muito interessante, mas exige muito trabalho e planeamento da nossa parte, teríamos de nos reinventar para cumprir os programas (PP2)".*

- Causas

As principais causas apontadas para o desenvolvimento da PHDA foram: *'contexto familiar e social', 'genética'* e *'ambiente escolar'*. Estes fatores surgem de forma

transversal a todos os focus group podendo ser verificados nas narrativas seguintes: *"Tem uma forte componente genética e sem dúvida que o contexto familiar é determinante. A criança sentir-se apoiada, ter regras, sentir-se amada… ter atenção (E3)"*, bem como *"(…) o ambiente familiar é o grande catalisador desta perturbação… a falta de atenção… a falta de tempo útil com os pais, o passar 10h por dia na escola e em atividades extracurriculares… as crianças são muito estimuladas e não são ensinadas a lidar com tantos estímulos (PP4)"* e *"Existem várias causas e uma delas poderá ser física e então a criança não ser capaz de a verbalizar e, por isso mesmo, não ser capaz de lidar com essa causa. Outra poderá ser uma causa social, não ter sido ensinado, por exemplo, quais são as regras sociais do estar sentado, não ter sido ensinado a concentrar-se ou até lidar com emoções que ele poderá estar a vivenciar dentro da sala de aula (E1)"* outro participante ainda acrescentou: "*Eu acho que tem a ver com o meio onde as pessoas vivem, com este ritmo acelerado em que nós vivemos (PP3)."*

Sem dúvida que o grupo dos pais foi o que mais debateu esta temática, foi onde surgiram mais incertezas, sendo a narrativa que melhor ilustra essas dúvidas a seguinte: *"Não sei…já pensei que fosse genético… já li que pode ser, a nível nervoso, as terminações nervosas… Umas vezes acho que é genético, outras vezes acho que tem a ver após nascimento... Depende do meu estado de espírito. É quando eu me quero convencer do positivo ou quando estou para o lado negativo. Já li muito sobre isso…já me questionei se quando estava grávida… não teria tido comportamentos que tivessem levado a que o meu filho fosse assim! Já me pus a pensar se não seriam as vacinas… não foi coisa que não me passasse pela cabeça, apesar de ser enfermeira. E já me pus a pensar que não é… que não é problema nenhum, que a sociedade é que está errada e que as crianças sempre foram assim. E que… e que assim como há uns gordos e outros magros, uns são mais… mexidos e outros são menos mexidos. Pronto, já me passou tudo pela cabeça! Se calhar a última parte é a minha maneira de conviver melhor com o assunto (P1)"*, o que é corroborado pela narrativa de outro pai que afirma *"Pesquiso tantas vezes sobre as causas… mas ainda não encontrei nenhuma que me esclareça… a que considero válida é a genética ou a do funcionamento cerebral… porque aí… sei que não há nada que eu pudesse fazer (P5)".*

Nestes relatos depreende-se a necessidade dos pais terem uma causa que não dependa diretamente deles, algo que justifique que a culpa não é sua.

- Reconhecimento das implicações da PHDA

Na categoria 'Reconhecimento das implicações da PHDA' a análise dos resultados permitiu identificar um conjunto de fatores que poderão ser agrupados em duas categorias: 'consequências para a criança' e 'consequências para outras pessoas envolvidas na relação' (e.g. pais, professores, pares e familiares).

No focus group dos educadores/professores as narrativas centram-se e reforçam a ideia de que as principais consequências são para a criança, tal como ilustra a seguinte expressão: *"vai viver uma luta diariamente, vai-se sentir incompreendida. Pois só as pessoas que lidarem com o João e que o quiserem realmente ajudar é que o vão tentar compreender, porque os colegas, os professores e os próprios pais na maioria das vezes não o vão conseguir compreender. E se o João tiver um irmão que não é como o João… então o problema é do João (PP6)*".

Por outro lado, os enfermeiros focaram-se mais na dimensão da relação social, emergindo narrativas centradas na forma como estas crianças são ou serão rotuladas pelos outros*: "o menino malcomportado ou aquele que não aprende nada (…) 'um cabeça no ar' (E3)"*, ficando a sua aprendizagem comprometida e *"sendo penalizado, quer pelos colegas, quer pelas pessoas que lidam com ele (E2)"*, o que foi corroborado no grupo do pais, pois, como refere um dos participantes, *"(…) provavelmente seria posto de parte por alguns colegas, gozado por outros… ou seja, socialmente não terá uma vida fácil (P3)".*

Todos os participantes admitem que a PHDA é uma doença crónica, no sentido em que é para toda a vida. A este propósito afirma um dos professores/educadores: *"(…) acompanha-os para o resto da vida, no entanto, numa fase adulta, a pessoa aprende de alguma forma a controlar e a não ser tão… impulsiva (PP4)"*. Outro participante reforça a importância do apoio familiar e social: *"É o ensinar a saber ser e a saber estar em contexto de família, em contexto escolar (PP2)".* No mesmo sentido, também uma enfermeira considera premente munir estas crianças de ferramentas que as ajudem a crescer e a aprender a lidar com o seu problema, ferramentas que as capacitem a ter uma vida o mais normal possível. Refere este participante: *"(…) nós muitas vezes não os ensinamos, queremos é que estejam paradinhos, porque temos a nossa vida para fazer (…) e as crianças não têm de estar paradas, nos dias de hoje, cada vez há mais hiperatividade, se calhar já existia anteriormente só que nós ocupávamos muita da*

energia da criança no dia-a-dia, nas brincadeiras de rua, hoje não, nós exigimos brincadeiras das crianças que são estimulantes do cérebro, mas que não são estimulantes do corpo… (E2)"

Também os pais reconhecem que, para minimizar o impacto do problema, é importante que as pessoas façam uma aprendizagem sobre a forma como poderão gerir e aprender a viver com ele. Refere um pai: *"Todos nós conhecemos pessoas mais mexidas ou mais distraídas. Provavelmente, quando eram crianças, até eram semelhantes ao João mas, conforme foram crescendo e amadurecendo, foram aprendendo a controlar essas caraterísticas. Conheço alguns casos… até trabalho com uma colega assim, muito agitada… mas que faz uma vida perfeitamente normal (P5)"*.

- Estigma e aceitação do problema

As questões relacionadas com o estigma emergem como uma das preocupações centrais em todos os focus group, sobretudo no dos pais, que consideram difícil reconhecer e aceitar que os seus filhos têm um problema.

A experiência dos educadores/professores foca-se na dificuldade que os pais têm em dar o primeiro passo na procura de ajuda, o que muitas vezes só acontece após a referenciação na escola e, mesmo assim, como se verifica nas narrativas seguintes, muitos pais continuam a negar a doença: *"(…) porque o meu filho não pode ter, porque eu próprio vou arranjar uma desculpa. Eu vou justificar ao professor que ele é assim por causa disto ou daquilo, ou seja, desenrasque-se. Isto é o que eu sinto (PP3)"* e *"os filhos não podem ter nada, têm de ser perfeitos porque, se não, é uma vergonha (PP5)."*

Tal facto, talvez ocorra porque os pais sentem *'vergonha'*, porque se sentem *'julgados e rotulados'*, apresentando *'um sentimento de culpa'* que é agravado pela falta de conhecimento dos seus pares e familiares sobre a PHDA.

Os enfermeiros reforçam o papel social na manutenção do estigma e discriminação sentidos pelos pais, uma vez que nos seus relatos afirmam que a *"A sociedade não perdoa e culpabiliza os pais (E3)".*

Relativamente a esta categoria, os pais mencionam que a partir do momento em se consciencializam que o filho tem um problema, *'sentem que falharam'*, *'sentem culpa'*, *'que estão sozinhos'*, o que mais os magoa é os seus filhos serem chamados de *'mal-*

educados' e quando esse tipo de rótulo tem origem na própria família, sentem-se ainda mais impotentes e desamparados, pois, como refere uma mãe, é difícil que *"(...) a tua família perceba que o teu filho não está a ser mal-educado por ti, não é? As pessoas estão tão formatadas que não percebem a diferença entre ser mal-educado e ter um problema… Eu cheguei a desejar que os filhos…do meu irmão e do meu cunhado tivessem o mesmo. Cheguei a desejá-lo… cheguei a desejá-lo, não tenho vergonha de o dizer (P1)".* No mesmo sentido, outro pai refere que, de um modo geral, os pais apenas informam a família acerca do problema quando têm mesmo de o fazer: *"(...) existe uma altura em que temos de falar com a família. Começam a haver conflitos… ninguém percebe o nosso filho, acham que está a ser incorreto… que não temos mão nele… e acabamos por ter de ter uma conversa. Explicar-lhes que, simplesmente, tem muita energia e, por isso, é um bocadinho mais desastrado e impulsivo. E, o mais triste é que, mesmo assim… não percebem"*. E acrescenta: *"Continuamos a ser nós que estamos a falhar, como pais. Não é que seja dito mas… está lá. Simplesmente deixam de abordar o assunto mas… conseguimos ver nas expressões deles. Alguns… acho que tentam compreender… mas como é diferente… não passaram por isso… é difícil (P5)"*. Desta narrativa, emerge um conjunto de enunciados que permitem compreender o sentimento de impotência dos pais para gerir as atitudes estigmatizantes, inclusivamente dentro da própria família. Apesar de desejarem que os apoiem, os pais sentem-se sozinhos, devido à falta de informação existente, e mesmo quando têm essa informação, a família e os amigos não revelam disponibilidade para a ouvir ou aceitar. Os pais para além do estigma que sentem, incorporam também o estigma dos filhos, tentando protegê-los ao máximo.

Alguns pais acrescentam que a existência de grupos de apoio seria uma mais-valia, pois aí sentiriam que *'não são os únicos'* e que *'não estão sozinhos'*. Seria um contexto privilegiado para a partilha de experiências e estratégias. Nas narrativas seguintes podemos compreender esta importância*: "A partilha é essencial… perceber que não somos os únicos… que não falhámos como pais… que outras pessoas com outras caraterísticas têm o mesmo problema (P1)". "A partilha pode ajudar a perceber melhor o problema… a troca de experiências pode facilitar o lidar com a situação (P2)".* Em sequência, foi assumido por todos os pais que a partilha e discussão resultantes da realização do focus group foram de extrema importância, considerando que, neste dia, tiveram um grupo de apoio.

Os enfermeiros e os educadores/professores também partilham desta opinião, como se torna evidente na narrativa seguinte: *"(…) falar com alguém com um problema semelhante seria uma mais-valia mas, acima de tudo, falar com alguém com um problema semelhante e que aceitasse esse problema, porque uma coisa é nós falarmos com alguém que tem um filho assim e não aceita ainda, lida com as coisas, mas lá no fundo não aceitou. Outra coisa é estarmos a falar com pais que aceitaram o problema, porque aí eles vão perceber que não são os únicos e vão tirar ideias, vão tentar encontrar um apoio, porque falam com pessoas que estão a passar pelo mesmo (PP6)".*

- Comportamentos de procura de ajuda para a PHDA

Na dimensão 'comportamentos de procura de ajuda para a PHDA' foram exploradas cinco categorias: 'facilitadores', 'barreiras', 'profissionais de saúde de eleição', 'caraterísticas dos profissionais de saúde' e 'tratamento'.

- Facilitadores

Nesta categoria são analisados os fatores que os participantes consideram facilitadores da procura de ajuda profissional por parte dos pais.

Da análise das narrativas emerge a importância da referenciação pelos educadores/professores, mas, como refere um enfermeiro, *"(…) uma referenciação em que os pais sintam um apoio e não um julgamento, em que sintam que querem ajudar o seu filho (E3)".*

Os educadores/professores assumem-se como um facilitador na procura de ajuda, como podemos observar através da narrativa de um dos participantes: *"O professor é o principal alerta, porque nós no fundo, acabamos por passar mais tempo de qualidade com os filhos, porque os pais quando estão com os filhos têm de fazer o jantar, dar banho, fazer isto e aquilo… portanto, tempo de qualidade… nós é que nos apercebemos de que há ali alguma coisa (PP4)"*. Outro participante acrescenta a importância do seu papel na informação aos pais: *"(…) aquilo que se passa na sala de aula, para os alertar e, a partir daí, eles poderem procurar ajuda (PP2)"*.

Os pais reconhecem que os professores têm esse importante papel mas, como emerge do enunciado seguinte, em algumas situações, os professores e educadores poderão não ser aceites pelos pais como fontes de ajuda credíveis: *"Primeiro devemos tentar perceber*

com o professor, o que o que é que se passa com o nosso filho e tentar perceber se o problema é mesmo do nosso filho ou se está aqui mais alguma coisa por trás disto (P4)".

Os pais precisam de sentir que os querem ajudar, que se importam com os seus filhos, como é claro na narrativa seguinte: *"Acima de tudo, que não exista uma abordagem de a criança ter um problema que precisa de tratamento. É extremamente importante que não se tente logo rotular a criança, por uma série de motivos: os pais sentirem-se frustrados por não o terem visto; os pais sentirem que têm um filho doente/estragado; a criança não se sinta diferente; as pessoas mudarem a sua atitude por causa do rótulo (P1)"* outro pai ainda acrescentou *"Penso que o mais importante é a existência de um alerta de que a criança precisa de algo mais… para que ela possa atingir ao máximo as suas possibilidades, terá de ter um conjunto de apoios e estratégias próprias. Reforçar que a criança não é burra, não é mal educada…(P5)."*

Se os pais não se sentem apoiados pelos educadores/professores, questionam a validade das suas intervenções o que é corroborado pela experiência de uma mãe *"Já me aconteceu… no ano passado…a professora estava lá mas não se importava… estava era sempre a reclamar, sempre a reclamar com o meu filho porque ele não fazia o que ela queria, às vezes, é mesmo isso que acontece… a professora estava sempre a descartar, apesar de saber que ele tinha PHDA, só me dizia que tinha de aumentar a medicação (P2)".*

- Barreiras

Neste estudo, o estigma, expresso em aspetos como a vergonha, a culpa e o medo do diagnóstico, surge ao longo das narrativas como a barreira mais importante na procura de ajuda profissional para o problema.

No grupo dos pais sobressai o estigma e a sua importância, sobretudo aquando da procura de ajuda profissional. Os pais, apesar de sentirem vergonha, preocupam-se, entre outros aspetos, com a *'perceção de diferença'*, como se evidencia no relato de um dos pais: *"(…) a nossa criança ser vista como diferente, se se souber… mais importante do que o que poderão pensar de nós, pais, se procurarmos ajuda, é o que poderá mudar para a criança se se souber (P5)"*; com o *'julgamento social'* que assume, mais uma vez, um papel muito importante, o que provavelmente atrasa a procura de ajuda profissional, pois, como relata outro participante*, "(…) temos medo do diagnóstico, por*

isso é tão difícil aceitar que o nosso filho poderá ter um problema (P1)"; e ainda, a consciencialização de que a procura de ajuda constitui um falhanço do papel parental, pois *"(…) assume-se que se falhou enquanto pais (P4)".*

Por outro lado, os educadores/professores acreditam que para além das barreiras mencionadas, o atraso na procura de ajuda se deve aos pais terem *"(…) medo de enfrentar a realidade (PP5)"*, principalmente porque *"(…) comparam muito os seus filhos com os dos outros…à procura de justificações (PP1)"* e, porque assumem que *"o meu filho não tem nenhum problema. (PP2)", "pior, o meu filho não pode ter nenhum problema (PP3)".* Todavia, um professor ressalva que por vezes o comportamento das crianças é diferente em casa e na escola, como ilustra a narrativa seguinte: *"É assim, muitas vezes as crianças e digo isto da minha experiência, aquilo que os meninos são em casa, nem sempre é aquilo que eles são na escola... Às vezes portam-se muito mal em casa e na escola os pais nem acreditam quando nós dizemos que eles são brilhantes. Outras vezes eles em casa, dizem os pais, ou são mesmo "anjinhos" e depois na escola… (PP4)"*, esta diferença de comportamento também pode ser vista como uma barreira, pois os pais duvidam daquilo que os professores lhes dizem, porque não identificam essa informação.

No grupo dos pais também foi reconhecido que o atraso na procura se poderá dever *'à falta de informação'* como se observa na narrativa seguinte: *"Eu passo tão pouco tempo com o meu filho, que numa fase inicial não reparei em nada de estranho. Foi com o alerta da professora que prestei mais atenção… ele não parava quieto e estava sempre distraído… mas eu não percebia muito bem o que se passava… no início pensei que eram chamadas de atenção (P4)"*, outro pai acrescentou *"Se não estamos despertos muitas vezes não identificamos sequer as coisas, se não chegar ao ponto de achar que é importante, desvalorizamos (P3)",*

Nesta linha de pensamento, das narrativas dos enfermeiros emergiu o relato seguinte: *"o atraso na procura de ajuda, por vezes deve-se à negligência, no aspeto de que não acho importante, não é assim tão mau e então vamos perdoando tudo o que acontece nos dias de hoje… porque eles fazem birras e nós vamos deixando passar, porque eles são mais mexidos, porque são, e qual é o mal e vamos deixar passar e… somos também um bocadinho levianos às vezes na avaliação que fazemos as nossas crianças… tudo é permitido e tudo parece regular e pode ser, desde que, devidamente orientado (E2)".*

- Profissionais de saúde de eleição

Nesta categoria foi explorada a importância atribuída aos diferentes profissionais de saúde aquando da procura de ajuda.

Os enfermeiros referem que os profissionais de saúde que deveriam ser procurados em primeiro lugar, deveriam ser *"enfermeiro e médico de família"*, visto que, como refere um participante, *"(...) o enfermeiro de família e o médico de família têm uma responsabilidade muito acrescida nisto, nomeadamente nas consultas pré-escolares (E3)".* Outro enfermeiro acrescenta que estes profissionais têm uma importante função de referenciação, devendo fazer o encaminhamento para a especialidade de *"pedopsiquiatria"*, o que se observa pelo relato seguinte: *"Na minha perspetiva, o enfermeiro de família, o médico de família e por fim, o pedopsiquiatra não para que ele prescreva, mas para que ele identifique na realidade qual é o défice de atenção e o aumento energético que a criança tem de hiperatividade e como é que se pode reorganizar (E2)".*

Os pais têm uma perspetiva semelhante sobre as principais fontes de ajuda profissional a utilizar, conforme se verifica pelo seguinte excerto *"Idealmente, passaríamos pelo centro de saúde, que nos referenciaria para uma consulta de especialidade (P5)".*

Na contramão, os educadores/professores assumem logo a necessidade e importância de uma procura mais especializada, mencionando o *"pedopsiquiatra"* e o *"psicólogo"* como os recursos de ajuda mais adequados. A este propósito refere um participante: *"Teriam de ser um psicólogo especializado na área clínica e um médico especializado na área de pedopsiquiatria… estas pessoas provavelmente serão as mais capazes para fornecer estratégias (PP6)".*

Salienta-se ainda que uma parte significativa dos participantes refere que o enfermeiro responsável pela saúde escolar deveria ter um papel mais ativo, como ilustrado na narrativa seguinte: *"a saúde escolar tem uma responsabilidade muito grande a este nível, não pode passar só por ensinar a lavar os dentes, tem de passar também por acompanhar a saúde mental, os afetos e as escolhas… (E3)".*

- Caraterísticas dos profissionais de saúde

Nesta categoria são apresentadas algumas das caraterísticas dos profissionais de saúde que foram consideradas nas narrativas e que poderão facilitar ou inibir os

comportamentos de procura de ajuda. Emergiram duas subcategorias: 'características facilitadoras' e 'características dificultadoras'.

Não se verificaram diferenças significativas nos resultados dos três focus group, sendo referido transversalmente que as caraterísticas facilitadoras dos profissionais de saúde são *"empatia", "profissionalismo", "disponibilidade", "não julgamento"* e *"formação na área"*. Estas caraterísticas estão claramente implícitas na narrativa seguinte: *"Uma atitude aberta… mostrar interesse… dar espaço para contarmos os nossos receios, as nossas dúvidas… mostrar abertura e profissionalismo (…) e não diagnosticar logo nada, só de ouvir. Antes de mais, que tentasse identificar a singularidade da criança e as suas necessidades… que ouvisse os nossos receios, dúvidas e preocupações… que observasse a criança e interagisse com ela… e, depois sim, avançasse (ou não) com uma decisão (P5)".*

Como caraterísticas dificultadoras foram apontadas o *"julgamento"*, a *"falta de empatia"*, a *"falta de formação"* e a *"prepotência"*. Como refere um dos participantes do focus group de enfermeiros, é dificultador da construção de uma relação/relação de ajuda o profissional de saúde *"(…) não ouvir os pais e não tentar perceber a situação… a criança. Apesar de, supostamente, os profissionais deverem estar informados e preocupados, existem muitos que fazem logo o diagnóstico. Só de observar uns minutos. Sem realmente falar com ninguém, pois ele é que sabe (E5*)". Se os pais sentirem que *"Alguém os julga e desvaloriza a situação (E6)"* que *"não demonstra empatia e disponibilidade (P1)"* vão afastar-se, vão sentir vergonha e recusar a ajuda. Se para além disso o profissional apresentar *"Uma atitude de superioridade, se for arrogante não vai cativar os pais, aliás vai fazê-los sentir-se pior. Os pais quando vão procurar ajuda vão desesperados e se encontram este tipo de profissional, que não conhece a criança, nem a circunstância daquela situação da vida dos pais, uma pessoa que não tem a noção de como é que é família e que estrutura e estratégias ela tem… e que ainda por cima, lhes diz que o filho que tem um comportamento diferente, uma doença... é tocar no tesouro deles, por mais até que eles já o tenham reconhecido (PP6)".*

Outro aspeto que também dificulta a procura de ajuda por parte dos pais é a falta de formação, pois como um pai referiu *"No outro extremo temos a insegurança. Ninguém quer uma atitude prepotente mas a dúvida… ir lá com o nosso filho e sentir que também não sabem o que fazer… sabem como é, certo? Quando finalmente damos o passo… à procura de ajuda e… não encontramos o que procuramos (P5)".*

Quando os pais se deparam com estas barreiras, com estes entraves ao acompanhamento formal podem desistir.

- Tratamento

Relativamente às formas de tratamento da PHDA o mais conhecido, por ser o mais referido pelos participantes, é o farmacológico. Contudo, foram referidos outros, nomeadamente *'acompanhamento psicológico', 'treino comportamental', 'adoção de estratégias educacionais adaptadas e mais dinâmicas'*.

Os enfermeiros referem que o tratamento mais utilizado é a medicação, mas são unânimes, quando afirmam que, este não deverá ser o tratamento de eleição, consideram que se deverá dar primazia a outras terapias e estratégias. Como refere um dos participantes, estas estratégias devem basear-se num *"(…) processo de identificação dos gostos e das necessidades da criança. Acho que se devia sim, reocupar e reorganizar o tempo da criança. Realizar um treino comportamental, o treino parental, sessões de psicologia (E2)".* Todavia reconhecem também que: *"(…) é mais fácil dar um comprimido, demora menos tempo, exige menos compromisso, menos disponibilidade (E3)".* Defendem ainda que o empoderamento e a capacitação dos pais para lidar com o problema poderá ser facilitada se *"(…) realmente os pais se disponibilizarem para arranjarem estratégias que lhes permitam ajudar os filhos a lidar com o seu problema de energia e de falta de concentração. A medicação, deverá ser o último recurso, mas sei que existem situações em que é mesmo necessária a medicação (E4)".*

Os professores rejeitam a existência de um tratamento eficaz, como pode verificar-se pelo relato seguinte: *"(…) um tratamento eficaz não existe… (PP4)"* mas reconhecem a importância do tratamento farmacológico, sobretudo no seu contexto específico, afirmando que não defendem a utilização da medicação a 100%, *"(…) mas que ela ajuda, ajuda, permitindo principalmente que as aulas decorram sem grandes intercorrências (PP7)".* Esta opinião é contraposta por uma participante educadora de infância que afirma: *"(…) temos os fármacos, que pelo ponto de vista da sociedade é o melhor tratamento… porque visualmente resolve-se o problema, mas não se resolve nada, porque a criança vai ser sempre assim. Por isso, para mim, esse deverá ser o último recurso. Considero que o tratamento de eleição passa pela adoção de estratégias que o ajudem a ter outro tipo de comportamento, fazendo atividades mais*

do interesse dele, ocupando-o mais... É necessário, tal como foi dito, um treino… mas um treino para todos os intervenientes na vida da criança (PP6)".

No grupo dos pais a grande maioria utiliza apenas o tratamento farmacológico, mas alude também à existência de outros tratamentos, conforme se pode perceber pelo relato seguinte: *"(…) terapia, ir ao psicólogo... E alimentação… em França, anda aí uma teoria sobre as alimentações, a restrição de açúcares (P1)".*

Neste grupo surgiram posições antagónicas quanto ao uso de medicação. No grupo, apenas um pai não dava medicação ao seu filho, afirmando que *"Considero que a medicação deve ser o último recurso… não há um comprimido para se ser criança. Eu nunca disse que era fácil… muitas vezes é extenuante. Enquanto eu e a mãe pudermos e conseguirmos… vai continuar a ser ele, sem medicação (P5)".* Este testemunho, fortemente impregnado de uma carga emotiva, precipitou a narrativa de outra participante que defendeu o uso do tratamento farmacológico, referindo: *"Sem dúvida que a medicação ajuda e, que não somos tão chamados à escola… aliás, foi graças a um comprimido que o meu casamento se manteve… depois de o meu filho começar a tomar medicação, deixei de discutir com o meu marido sobre o comportamento do meu filho… mas eu não dou a medicação nas férias, nas férias… deixo o meu filho ser… ele… (P1)"*, o que foi contraposto por outro pai ao afirmar *"Mas sem a medicação é muito difícil de sossegá-lo… (P4)".*

Esta discussão em torno do tratamento farmacológico suscitou no grupo dúvidas relacionadas com os efeitos secundários da medicação, bem como dos verdadeiros motivos pelos quais se administra a medicação sendo a *"pressão social"* e uma *"convivência mais pacífica"* os motivos mais apontados. Serviu ainda para confirmar a importância da união dos pais, enquanto casal, no reconhecimento e tratamento desta perturbação pois, pelos relatos da participante (P1), pode inferir-se que esta aceitou o diagnóstico do filho, mas o seu marido não. Esta mãe conhece outras terapias, mas não se sente apoiada para as utilizar. Relativamente ao participante (P5), tanto ele como a esposa estão em consonância, consertando estratégias para manter um equilíbrio, ainda que instável, sem recurso a tratamento farmacológico, preferindo optar por outras formas de gestão da situação, ficando a dúvida sobre a aceitação do diagnóstico do filho.

Relativamente aos custos do tratamento, todos os participantes afirmaram que o farmacológico, pontualmente é acessível mas, como o tratamento é contínuo e para a vida, acaba por ter algum peso no orçamento familiar. Os outros tipos de tratamento são considerados mais dispendiosos. Como refere uma participante, *"Recorrendo à ajuda de psicólogos, torna-se muito dispendioso. Ou os pais têm posses, ou então têm de se ficar só pela medicação (PP2)".*

- Comportamentos de oferta de ajuda para a PHDA

Nesta dimensão surgiram duas categorias: 'confiança para ajudar' e 'formas de ajuda'.

- Confiança para ajudar

O nível de confiança expresso pelos participantes relativamente à sua capacidade para ajudar os outros revelou-se diferente em função da composição dos focus group e, também, conforme a relação com a pessoa a ajudar.

A grande maioria dos enfermeiros afirma sentir confiança para ajudar pessoas com este tipo de problema, demonstrando empatia e disponibilidade. Refere um dos participantes: *"Numa fase inicial tentaria ajudar a desmistificar as dúvidas e procurava encaminhar para ajuda especializada, mas mantendo sempre a minha porta aberta… mostrando disponibilidade (E3)"*, todavia outro participante afirma que *"não sinto confiança nenhuma porque nunca lidei com este tipo de doença, nunca trabalhei nesta área, mas esforçar-me-ia por demonstrar disponibilidade e encaminharia para ajuda especializada (E5)".*

No entanto, se a ajuda a prestar for a familiares ou a amigos, os enfermeiros referem não se sentir tão à vontade. Este facto emerge claramente da narrativa de um dos participantes: *"Quando é familiares a história é outra, porque existem emoções ligadas, não é… pensando que não, acho que era mais fácil, conseguir ajudar uma pessoa que eu não conhecesse do que propriamente um familiar (E1)"*. Outro participante acrescenta: *"Sem dúvida que com familiares ou pessoas conhecidas é mais difícil, pois podemos ser mal interpretados, podemos não nos sentir tão à vontade… mas ajudaria… mas primeiro questionava se a minha ajuda era bem vinda… e depois, a pouco e pouco, tentaria desmistificar a doença, ajudar na procura de estratégias e no encaminhamento para alguém mais especializado na área (E4)".*

De um modo geral os pais referiram não se sentir confiantes para ajudar desconhecidos, optando pelo encaminhamento imediato para ajuda médica. No entanto, um dos participantes afirma que, se as pessoas estivessem dispostas a ouvir, *"(…) posso dar conselhos do que eu faço com o meu filho mas aconselho sempre… ajuda médica. Porque todos os casos podem ser diferentes (P1)"*. Por outro lado, se a ajuda a prestar for a familiares ou amigos, na generalidade referem sentir-se mais confiantes e dispostos a dar o apoio que sentem que não tiveram. Nessa situação, um dos participantes refere: *"Tentaria, primeiro que tudo, que compreendesse que não está sozinho. Que está a ser um bom pai. Que não fez nada de errado (P5)".* Outro participante elabora e acrescenta: *"Tentaria ajudar com a minha experiência…tentaria dar alguns conselhos e encaminharia para alguém especializado (P3)".*

Os educadores/professores afirmam que não se sentem muito confiantes para prestar ajuda, devido à desconfiança de que são alvo, por se depararem com estas situações no seu dia-a-dia. Contudo, de um modo geral, preocupam-se com o bem-estar da criança, como podemos verificar pela narrativa de uma das participantes: *"(…) daria o meu melhor, porque o mais importante é o bem estar da criança, da pessoa (PP2)"*. Porém, se a ajuda a prestar for a um amigo ou familiar, sentem-se mais confiantes, assumindo que *"Um amigo ou familiar é diferente… aí procurava apoiá-lo de alguma forma, tentava conversar com a família do amigo, com a minha família… tentava encaminhar essa pessoa para ajuda especializada (PP1)"; "Procurava até desmistificar um bocadinho a situação perante um familiar ou amigo, baseando-me na minha experiência enquanto professora, em casos semelhantes, com os quais já lidei. Procurava dizer que era normal ir pedir ajuda. Se fosse necessário ia à consulta com ele. O imprescindível é apoiar (PP2)".* Pode-se inferir que com pessoas conhecidas, sentem a sua experiência valorizada e que não são alvo de desconfiança.

- Formas de ajuda

Os enfermeiros e os pais partilham as mesmas ideias quanto às formas de ajuda, mencionando *'empatia', 'apoio', 'disponibilidade'* e *'procura de estratégias eficazes'*.

No grupo dos enfermeiros foi ainda referida a importância da abordagem durante a oferta de ajuda como se verifica na narrativa: *"Em primeiro lugar, perguntava-lhe se podia ajudar, se posso entrar na vida deles. Em vez de começar a dizer 'eu sei que tem um problema' dizia 'eu estou aqui, se precisarem de ajuda estão à vontade'. Com uma*

criança começa 'queres brincar comigo, posso brincar contigo' tentava eu entrar no mundo dela…(E2)", outra enfermeira referiu a importância da escuta ativa *"Eu ouvia-o, eu acho que estas pessoas precisam de ser ouvidas… precisam de mais atenção do que as outras, precisam que nós saibamos o que eles querem (E6)"*, sendo ainda valorizada a adoção das estratégias já utilizadas pela família: *"Perguntava os hábitos e como é que eles controlavam aquilo, para perceber se os pais estavam a dar cobertura em demasiado, ou aso a que as coisas acontecessem. E, sim, orientaria para avaliação da hiperatividade, porque eu posso não a dominar mas sei que há profissionais que a dominam. Continuo a achar que, caso esta criança tivesse entregue a um educador, a um professor, acho que se deve falar com ele sobre esta circunstância, dar diretrizes… as estratégias que são tomadas em casa, serem as mesmas na escola (E3)"*, em suma, as estratégias que os enfermeiros utilizam têm todas o mesmo objetivo "*Demonstrar empatia e aceitar a pessoa porque ela não é menos, nem mais do que os outros… tem outras necessidades, outras expectativas para o seu dia-a-dia e… se calhar, nós temos de tentar colmatá-las. E compreendê-lo e percebê-lo, não fazendo como sendo uma pessoa diferente, fazendo como ele é e aceitando-o (E5)".*

Os relatos dos pais assentam na partilha de experiências como se observa nas narrativas: *"Dava a conhecer o meu caso. Como é que aconteceu comigo, o que é que eu fiz e diria para a pessoa fazer o mesmo (P1)"; "Partilhava algumas das minhas estratégias, dava dicas, conselhos, demonstrava apoio (P4)"* ou ainda *"Demonstrava empatia e partilhava a minha experiência (P5)".*

Os educadores/professores acrescentam que para além de *"(…) dar todo o meu apoio aos pais, ia tentar falar com eles. E depois era tentar aceitar e ajudá-los a aceitar… (PP6)"*, salientam que seria importante a criança não se sentir negligenciada *"Falar com a criança sobre a sua situação, bem como perceber o que é que a criança gostava de fazer para tentar compensar estas lacunas, e basear a minha ação em negociar com ele, vendo quais as estratégias mais eficazes e partilhando-as com a família (PP7)".*

Caso tivessem um aluno com características de PHDA utilizariam *"(…) estratégias diferenciadas na sala de aula – sentá-lo à frente, atenção mais dirigida, estratégias mais dinâmicas (PP3)"; "basear a aprendizagem em jogos, com base na negociação (PP5)"; "Procurava desgastar-lhe a energia ao longo do dia, se fosse preciso, a meio da aula dizia-lhe para ir correr um bocado no pátio… dava-lhe instruções mais diretivas e curtas… (PP1)".* De uma forma geral, consideram que *"A ajuda começa no*

alerta e encaminhamento dos pais, seguindo-se a criação de estratégias a utilizar em conjunto com a família e específicas a adotar na sala de aula… o resto depende da sensibilidade, disponibilidade e empenho do professor (PP4)".

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos os resultados que se revelaram mais relevantes da análise do estudo.

De uma forma geral, todos os participantes reconheceram os principais sintomas e causas para se desenvolver uma doença mental. Este é um achado interessante, uma vez que a literatura nos diz que a maioria da população apresenta baixos níveis de LSM (Gong & Furnham, 2014; Jorm, 2014; Rosa, Loureiro & Sousa, 2014). E, se nos focarmos na componente da LSM "Reconhecimento de quando uma perturbação se está a desenvolver", este nível poderá ser ainda mais baixo uma vez que a maioria das pessoas não reconhece os sintomas manifestados como indicadores da presença de uma doença mental (Jorm, 2014). Tal resultado poderá dever-se às habilitações literárias dos participantes, que oscilavam entre o 3º ciclo e mestrado, sendo que os entrevistados que tinham o 3º ciclo trabalhavam na área da saúde e, por esse motivo, poderiam estar mais informados.

Todavia, nos focus group dos pais e dos educadores/professores verificou-se que os termos "doença mental" e "deficiência intelectual", eram utilizados como sinónimos. Rosa, Loureiro e Sousa (2014) referem que esta confusão conceptual poderá dever-se ao facto de existir uma escassa clareza semântica e concepual nos termos associados à saúde mental, utilizando-se de forma indiscriminada os diferentes termos (e.g. problemas de saúde mental, perturbação mental, doença mental). As pessoas com formação na área (os enfermeiros) contornam facilmente esta falta de conhecimentos, porém a restante população não. Este facto comprova a necessidade e urgência de fornecer informação adequada aos indivíduos, com vista a promover e a aumentar os seus níveis de LSM e, assim, reduzir os entraves para a procura de ajuda (Morgado & Botelho, 2014).

Como causas apontadas para o desenvolvimento de uma doença mental foram referidos os aspetos relacionados como o contexto familiar e social, bem como alguma predisposição genética, salientando-se ainda o stress diário como catalisador para o aparecimento da doença mental. Gonçalves (2016) e Saraiva e Cerejeira (2014) referem

que nos últimos anos os contextos, principalmente o social, têm assumido importância no aumento da prevalência das doenças mentais. Isto deve-se, provavelmente, aos baixos níveis de LSM da população, que têm como consequência o atraso na procura de ajuda precoce (Jorm, 2014). Estes resultados mostram que é urgente capacitar as pessoas com informação adequada, para que possam adotar estilos de vida mais saudáveis e, assim, promoverem e aumentarem a sua saúde mental.

Os resultados relativos ao reconhecimento da sintomatologia associada às doenças mentais mostram-nos que os enfermeiros estão mais despertos para sintomas relacionados com o estado mental, o que provavelmente é devido à sua formação na área da saúde. Por outro lado, os restantes participantes valorizam mais os aspetos visíveis, os comportamentais, o que se poderá dever ao estigma associado às doenças mentais bem como a questões culturais (Gong & Furnham, 2014; Jorm, 2014; Loureiro el al., 2014).

É importante salientar que o estigma associado às doenças mentais foi reconhecido por todos os participantes como uma barreira na procura e oferta de ajuda, observando-se que mesmo numa sociedade mais moderna e inundada de conhecimento, o estigma permanece enraizado culturalmente e a doença mental continua a ser vista como algo discriminatório (Loureiro, Sequeira, Rosa, & Gomes, 2014), situação que fomenta os comportamentos preconceituosos em torno da doença mental (Rosa, Loureiro & Sequeira, 2014). Uma das causas para isto é o baixo nível de LSM que a população apresenta e, assim, aumentando os níveis de LSM, poder-se-á reduzir o estigma e capacitar os indivíduos para lidar com os seus próprios problemas ou com os problemas dos que os rodeiam, e incentivar a procurar ajuda adequada e o ganho de confiança para ajudar (Wei et al., 2015). Dos resultados deste estudo, depreende-se ainda que o estigma associado às doenças mentais é o responsável pela melhor aceitação das doenças físicas.

Outro achado importante, foi que aquando da análise inicial da vinheta clínica, quer o grupo dos enfermeiros quer o dos educadores/professores, defendem que para que seja feito um diagnóstico correto a informação apresentada é escassa, apesar de reconhecerem os sintomas da PHDA. Segundo eles, a vinheta apenas refere comportamentos, não tendo em conta contextos ou possíveis problemas orgânicos, pelo que ressalvam a importância de se avaliar a criança e o seu contexto para que se realize um correto diagnóstico. Antai-Otong e Zimmerman (2016) no seu trabalho defendem que os enfermeiros deverão ser capazes de fazer um correto reconhecimento da PHDA,

bem como de providenciar acompanhamento adequado. Mas, no que se refere aos educadores/professores, a literatura contrapõe os resultados encontrados pois refere que a maioria destes profissionais, apesar de terem a informação, não têm o conhecimento adequado, e por isso, o comportamento compatível com PHDA é logo assumido como a presença da doença (Ibukun et al., 2015; McLeod et al., 2007). Assim sendo, é provável que este achado se deva à grande maioria dos constituintes destes grupos já terem lidado com crianças com PHDA e outras perturbações do comportamento, o que promoveu o aumento da sua LSM.

Por outro lado, a maioria dos pais, apenas com a leitura da vinheta, assumiu a existência da PHDA, provavelmente porque identificou na vinheta os comportamentos manifestados pelos seus filhos. Todavia, este reconhecimento não inviabiliza a dificuldade que os pais têm em aceitar o diagnóstico, sendo referido por eles que a sociedade tem um papel catalisador para que este diagnóstico seja feito. Defendem que a sociedade não aceita que uma criança seja diferente do que é assumido como normal, que exige que todos têm de ter o mesmo comportamento e, ao não acontecer isso, rotula as crianças como tendo um problema. Esta posição também é defendida nos trabalhos de Brosco e Bona (2016), que afirmam que o número de diagnósticos de PHDA está a aumentar devido à sociedade querer que as crianças se comportem quase como pequenos adultos, aumentando cada vez mais o tempo curricular e reduzindo as oportunidades para que possam ser apenas crianças.

Os participantes referem como causas da PHDA o contexto familiar e social, bem como a componente genética, resultados corroborados pelos do estudo de Dias et al., (2013). Também foi salientado o aumento da relevância do funcionamento cerebral, já descrito por Thomas e seus colaboradores (2015), bem como as alterações na produção de neurotransmissores, também já identificadas.

É de salientar que o grupo dos pais foi o que mais manifestou a necessidade de perceber a causa desta perturbação, pois precisam de ter uma origem que não dependa deles, que não lhes aumente o sentimento de culpa, de sensação de falha no papel parental. Estas preocupações, provavelmente, estão relacionadas com o facto dos pais de crianças com PHDA se focarem em aspetos como o estigma e o julgamento social. Mikami e colaboradores (2015, p.2.) salientam a importância destes aspetos, bem como a "vergonha" e o "embaraço", contribuindo todos estes fatores para um atraso na procura de ajuda e para a negação/reconhecimento de que o seu filho tem um problema. Este

sentimento de culpa e sensação de falhanço são aumentados quando os pais não sentem apoio das famílias e dos amigos, sentindo que estão a ser julgados e que ninguém os compreende, o que os leva a esconder a sua realidade e os seus problemas. Ao não haver partilha, os pais acabam por se isolar vivendo o problema sozinhos (Usami et al., 2013). É a constatação, mais uma vez, da importância de reduzir as barreiras para que haja uma procura de ajuda mais precoce, tal como defende Jorm, (2014).

Na ausência de apoio por parte da família, a existência de grupos de apoio seria uma mais-valia para capacitar os pais para lidarem melhor com a PHDA, grupos que poderiam ser criados por enfermeiros. Vários estudos internacionais (Ahmann, Saviet, & Tuttle, 2017; Antai-Otong & Zimmerman, 2016; Foley, 2011; Park & Jeon, 2017) comprovam que o desenvolvimento de estratégias por enfermeiros possibilita o aumento de apoio social, reduz o stress parental e melhora a sua aquisição de competências para lidar com a perturbação, ajudando ainda na adoção de estratégias de coping eficazes, contribuindo para a qualidade de vida familiar. Assim, depreende-se que os enfermeiros têm uma posição privilegiada na construção, acompanhamento e manutenção destes grupos, promovendo e aumentando os níveis de LSM sobre a PHDA nos pais, crianças, educadores/professores, familiares e, porque não, à população em geral.

Os resultados obtidos demonstram que esta perturbação se manterá ao longo da vida, existindo (segundo os participantes) um amadurecimento das crianças com o crescimento. Elas *"aprendem a viver com ela"*, a lidar com as suas consequências, o que se relaciona de forma consistente com outros resultados de investigação (e.g. Thomas et al., 2015). Assim, é premente ensinar a lidar com o problema, ou seja, deverá haver um esforço por parte de todos os intervenientes para capacitar a criança, dando-lhe confiança e não a estigmatizando. A criança deverá, acima de tudo, sentir-se compreendida para ter uma vivência saudável, o que vai ao encontro do que defendem Dias et al., (2013); Saraiva e Cerejeira (2014) e Usami et al., (2013) quando afirmam que estas crianças ao terem dificuldades em diversas áreas, necessitam de um acompanhamento próximo e permanente.

Outro resultado a salientar é que todos os participantes reconhecem que as consequências da PHDA não são só para as crianças, mas sim para todos os intervenientes na sua vida. Os pais têm de aceitar o diagnóstico e, posteriormente, desenvolver estratégias que lhes permitam cuidar dos filhos. Usami et al., (2013) salientam a importância de acompanhar os pais, fornecendo-lhe um treino parental que

englobe terapia comportamental, social e psicoterapia. Esta posição é também apoiada pelos resultados de Paidipati e Deatrick (2015), que reforçam ainda a necessidade da família ser integrada no tratamento da PHDA. Porém, neste estudo, considera-se importante salvaguardar que as crianças são as que mais sentem as consequências (familiares, sociais e mesmo pessoais) pois, muitas vezes, não percebem o que se passa, faltando-lhes maturidade (e o apoio necessário) para que compreendam a sua situação.

A literatura refere-nos que as crianças com PHDA apresentam maiores dificuldades na aprendizagem, sendo mais propensas a desenvolverem dislexia ou problemas na fala, situação que diminui a sua autoestima e contribui para um afastamento dos pares e fraco apoio social, (Beckman, Janson, & von Kobyletzki, 2016; Saraiva & Cerejeira, 2014), bem como a prevalência do estigma pessoal e social (Mikami et al., 2015). Estes dados vão de encontro às preocupações manifestadas pelos enfermeiros participantes, que se focaram sobretudo nas consequências a nível social. Para além dos enfermeiros, verifica-se que os educadores/professores têm um papel de destaque na minimização das consequências sociais, pois no contexto escolar, local onde as crianças passam a maioria do seu tempo, estes profissionais devem desenvolver estratégias integradoras da criança na turma e entre os pares (Lawrence, Estrada, & McCormick, 2017).

Neste trabalho, os educadores/professores foram reconhecidos como facilitadores na procura de ajuda pois, habitualmente, são eles que identificam as alterações comportamentais, alertam os pais sobre as mesmas e, muito importante, salientam a importância da procura de ajuda. Este dado é sustentado pelos resultados do estudo de Ibukun et al., (2015), que salienta a importância do papel do professor nesse reconhecimento e referenciação. De salientar ainda que um pai referiu que, quando existem experiências menos positivas, a primeira abordagem dos educadores/professores poderá ser vista com desconfiança, ou até mesmo desvalorizada, o que é corroborado pelo estudo de Thomas et al., (2015).

Deste modo, é importante que pais e educadores/professores criem sinergias e ajam como duas faces da mesma moeda em prol do bem-estar da criança e potenciem uma vivência o mais pacífica possível. Estes achados permitem-nos reforçar a ideia de que as pessoas estão mais predispostas a procurar ajuda profissional se forem sugeridas e incentivadas a isso por outros, opinião já partilhada por vários autores (Cusack, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2008 citados por Jorm, 2014).

No que se refere à procura de ajuda especializada, neste estudo, o enfermeiro e o médico de família assumem um papel de destaque, referindo a maioria dos entrevistados que estes profissionais, pelos seus contextos de atuação, deverão fazer uma primeira avaliação e depois, se necessário, encaminhar para um especialista. Internacionalmente é o enfermeiro escolar que, pelo seu campo de atuação, faz esta referenciação bem como posteriormente a gestão do tratamento adotado. São ainda estes profissionais que realizam a psicoeducação dos pais, educadores/professores e mesmo grupos de pares nas escolas, definindo em conjunto com os pais e os educadores/professores as estratégias a adotar (AlAzzam, Suliman, & ALBashtawy, 2017; Foley, 2011; Heuer & Williams, 2013). Pelo exposto, podemos inferir que a existência da figura do enfermeiro escolar na realidade portuguesa seria uma mais-valia para a promoção da LSM sobre a PHDA no contexto escolar. Realça-se ainda que, apesar de não existir esta figura em Portugal, os participantes neste estudo ressalvam o papel do enfermeiro responsável pela saúde escolar, considerando que este deveria ter um papel mais ativo e interventivo junto da comunidade e das escolas, informando e formando todas as pessoas e não só as crianças. Esta posição corrobora as diretrizes da OMS, que considera os cuidados de saúde primários como a base para os cuidados de saúde mental de elevada qualidade (OMS, 2009 citada por ERS, 2015), bem como os objetivos e estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar (Direcção-Geral da Saúde & Divisão de Saúde Escolar, 2006).

Por outro lado, os educadores/professores entrevistados aconselham de imediato a procura de ajuda mais especializada (psicólogos ou pedopsiquiatras) como forma de se sentirem mais salvaguardados, referindo que em Portugal o sistema de ensino não está adaptado às necessidades específicas das crianças com perturbações do comportamento, sendo exigidos pareceres e relatórios de diagnóstico para justificar a sua metodologia de avaliação bem como diretrizes de estratégias a adotar. Este dado corrobora os trabalhos de Brosco e Bona (2016), que afirmam que os programas escolares são cada vez mais extensos e desajustados.

Neste estudo os educadores/professores referem que utilizam estratégias personalizadas e direcionadas para as crianças, apresentando-se um pouco renitentes quanto à adoção de uma metodologia mais dinâmica, isso apesar de estudos recentes confirmarem que a utilização de espaços verdes e a utilização de outros espaços fora da sala de aula, aumentam os níveis de concentração e atenção, melhorando o desenvolvimento

cognitivo das crianças, fomentando as relações interpessoais e reduzindo a sintomatologia da PHDA (Lawrence, Estrada, & McCormick, 2017; McCormick, 2017). Mais uma vez, é necessário que se quebrem barreiras, que existam mudanças e, acima de tudo, que se capacite e aumente a LSM sobre PHDA dos intervenientes na vida da criança.

No que se refere às caraterísticas dos profissionais de saúde, aquando da procura de ajuda, são mencionadas como facilitadoras a empatia, a disponibilidade, o não julgamento dos profissionais e, como dificultadoras, o julgamento, a prepotência e a falta de empatia. Daqui depreende-se a importância que o primeiro impacto tem aquando da procura de ajuda profissional, sendo o momento que marca todo o restante processo terapêutico. Assim, para que se faça um correto diagnóstico, tratamento e acompanhamento, tem de existir disponibilidade e abertura, denotando-se ainda o poder que o estigma assume, mesmo a nível da ajuda especializada.

Neste estudo a temática em torno dos tipos de tratamento para a PHDA foi muito debatida. Da análise dos resultados emergiu que o tratamento farmacológico é, sem dúvida, o mais conhecido e utilizado. Todavia, os efeitos secundários da medicação e os possíveis efeitos a longo prazo são uma preocupação constante para todos os participantes. Esta preocupação também tem sido alvo de estudos internacionais, que referem que, para além do efeito desejado na redução da sintomatologia comportamental e do aumento dos níveis de concentração, existem outros efeitos que poderão interferir com a qualidade de vida das crianças, nomeadamente a apatia emocional, problemas gastrointestinais e de apetite, o aparecimento de insónia ou taquicardia, entre outros (Beckman et al., 2016; Van der Donk ML, Hiemstra-Beernink AC, Tjeenk-Kalff AC, Van der Leij AV, & Lindauer RJ., 2013).

Foi também observado que os enfermeiros defendem que este deverá ser o último recurso a ser utilizado, visão partilhada pelos educadores de infância. Esta visão está de acordo com a visão dos países orientais e Austrália, onde só é utilizado o tratamento farmacológico quando o tratamento não farmacológico falha ou não é suficiente (Ahmann, Saviet, & Tuttle, 2017; Anderson & Guthery, 2015; Usami et al., 2013). Por outro lado, os professores vêm na medicação um aliado para conseguirem gerir as suas aulas e para que as crianças com PHDA consigam ter uma aprendizagem adaptada, ao mesmo tempo que valorizam muito o acompanhamento psicológico e defendem a adoção de estratégias comportamentais agilizadas com os pais, procurando que a criança

tenha sempre a mesma forma de atuação, visão esta concordante com as abordagens realizadas noutros países (Beckman et al., 2016).

Outro resultado curioso prende-se com o facto de que apenas uma criança não fazia tratamento farmacológico, sendo que os seus pais utilizavam outro tipo de estratégias que, até ao momento, se revelavam eficazes (apesar dos pais por vezes se sentirem "extenuados"). Neste sentido (e tendo por base a literatura consultada), surgiram as questões à investigadora: Será que a medicação é utilizada devido a uma pressão social? Será que os pais avançam logo para este tipo de tratamento porque é mais rápido e porque não exige tanta disponibilidade?

Por outro lado, na realidade portuguesa, a farmacologia é o tratamento mais barato, pois o acompanhamento psicológico e a realização do treino comportamental e social terão de ser suportados pelos pais, o que poderá também contribuir para a prevalência desta forma de tratamento. Mais uma vez, os enfermeiros a nível dos cuidados de saúde primários podem assumir um papel importante na modificação do padrão habitual de tratamento da PHDA, podendo dinamizar a criação de programas que capacitem os pais e as crianças, através de intervenções psicoeducativas. Este tipo de programas já é realizado em países como os Estados Unidos da América e a Austrália, com resultados bastante positivos (Ahmann et al., 2017; Anderson & Guthery, 2015; Sciberras et al., 2013).

Os achados relativos aos comportamentos de oferta de ajuda também se interessantes. Os pais e os educadores/professores sentem-se pouco confiantes para ajudar desconhecidos mas confiantes para ajudar familiares ou amigos, situação contrária à do grupo dos enfermeiros, os quais se sentem mais confiantes para ajudar desconhecidos do que os familiares ou amigos. Os enfermeiros assumem que a proximidade e as emoções poderão interferir com uma correta ajuda, sentindo que a sua formação para cuidar e a complexidade da situação, potenciadas pelas emoções, podem levar a um envolvimento excessivo e alguma perda de discernimento profissional.

Os resultados referentes aos professores poderão ser justificados pela perceção de que são alvo de desconfiança quando dão o alerta sobre o comportamento dos alunos (Lawrence et al., 2017), enquanto que nos pais, estes resultados dever-se-ão à maneira como lidam com o estigma e como percecionam a falta de apoio familiar. Assim, querem apoiar os amigos e familiares, procurando fornecer o apoio que não sentem,

aspeto também defendido por Paidipati e Deatrick (2015) e Pires, da Silva e de Assis (2013).

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os resultados obtidos neste estudo demonstram a necessidade de aumentar os conhecimentos da população no que se refere à doença mental, bem como especificamente às questões relacionadas com a PHDA.

O aumento da LSM contribui de forma significativa para diminuir o estigma associado à doença mental, ainda muito enraizado na nossa sociedade, o que atrasa e condiciona a procura de ajuda profissional.

Considera-se que o objetivo deste estudo foi atingido, oferecendo conteúdos importantes para a desmistificação da PHDA junto da população, bem como informação pertinente para a melhoria dos cuidados prestados na área da promoção da saúde mental.

Reconhece-se que a utilização da vinheta clínica para exploração do tema em estudo, foi uma mais-valia e um facilitador da interação grupal, promovendo de uma forma natural a partilha de opiniões, estratégias e sugestões.

Principais conclusões:

- O estigma associado à doença mental prevalece devido à falta de informação específica, deste modo é premente aumentar os níveis de LSM na população, como forma de capacitar as pessoas para a aquisição de conhecimentos e competências na área da saúde mental;

- As principais diferenças entre os níveis de LSM sobre PHDA nos participantes, referem-se ao reconhecimento do diagnóstico, tipos de tratamento e adoção de estratégias diferenciadas;

- Quanto aos tipos de tratamento, o farmacológico é o mais utilizado, mas o tratamento não farmacológico como o treino parental e comportamental, a psicoeducação, uso de metodologia de ensino mais dinâmica, começam a ganhar alguma relevância e preferência;

- Em torno desta temática, surgiu a dúvida sobre o objetivo do uso da medicação, pois os pais do focus group admitiram que administrando a medicação são menos chamados à escola e que as crianças têm um trato mais fácil, remetendo a questão para o possível efeito da pressão social na preferência pelo tratamento farmacológico;

- Outro ponto a salientar prende-se com a importância do apoio familiar, que de uma forma geral é percebido como escasso. De ressalvar também a importância da união dos pais enquanto casal, quanto à aceitação do diagnóstico bem como escolha e adoção do tratamento. Esta união é imprescindível para uma redução do stress parental e aumento da qualidade de vida familiar.

Limitações do Estudo:

- Existência de pouca bibliografia de estudos realizados nesta temática recorrendo ao método de focus group;

- Os resultados obtidos poderão ser parciais e com alguns problemas de validade externa, devido ao reduzido número de participantes nos focus group, aconselhando-se alguns cuidados na sua generalização;

- A inexperiência da investigadora na condução do focus group, também poderá interferir com os achados;

- Salvaguarda-se que a problemática escolhida para estudo é uma área pouco desenvolvida e que carece de alguma investigação, principalmente em Portugal, pois apesar de existirem bastantes estudos sobre a clínica da PHDA, são ainda poucos os desenvolvidos sobre as perceções dos pais, dos professores e até mesmo das crianças, bem como estudos que retratem a eficácia da utilização de estratégias psicossociais, treino parental e comportamental. Deste modo, com este trabalho espera-se contribuir para reduzir esta lacuna, aumentando os conhecimentos nesta área.

Implicações para a prática de Enfermagem:

Salienta-se a importância de serem desenvolvidas, validadas e avaliadas intervenções que promovam o aumento da LSM sobre a PHDA junto das escolas e da comunidade, o que vai de encontro às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, que realçam a responsabilidade acrescida na criação e

implementação de projetos que visam dar resposta às alterações de necessidades percecionadas na população (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Mais estudos e intervenções nesta área propiciam o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência, permitindo avanço no conhecimento. Este avanço possibilita que o EESMP agregue continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo assim, uma prática baseada na evidência, orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A prática baseada na evidência tem implicações para a qualidade dos cuidados, pois permite que o EESMP desenvolva e participe em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização, podendo assumir-se como elemento central da equipa multidisciplinar.

Trabalhar em parceria com os enfermeiros responsáveis pela saúde escolar, traduzir-se-á numa mais-valia para reduzir as barreiras na procura de ajuda, bem como esclarecer a comunidade escolar (alunos e funcionários) sobre a problemática da PHDA, contribuindo para a redução do estigma, associado a esta perturbação, em específico, e à doença mental, no geral.

Outra vantagem, será juntamente, com os enfermeiros de família, criar e desenvolver projetos que capacitem os pais das crianças com ferramentas que lhes permitam adotar estratégias eficazes para lidarem com os seus filhos e sociedade, pois nós enfermeiros, somos detentores de uma posição privilegiada enquanto educadores e promotores da saúde mental da população, indo de encontro ao que já é feito noutros países.

BIBLIOGRAFIA

Ahmann, E., Saviet, M., & Tuttle, L. J. (2017). Interventions for ADHD in Children And Teens : A Focus on ADHD Coaching, *43*(3).

AlAzzam, M., Suliman, M., & ALBashtawy, M. (2017). School Nurses' Role in Helping Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders. *NASN School Nurse*, *32*(1), 36–38. https://doi.org/10.1177/1942602X16648192

Alexander, C. J., & Becker, H. J. (1978). The Use of Vignettes in Survey Research. *Public Opinion Quarterly*, 42(1), pp. 93-104.

Anderson, S. B., & Guthery, A. M. (2015). Mindfulness-based psychoeducation for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: An applied clinical project. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *28*(1), 43–49. https://doi.org/10.1111/jcap.12103

Antai-Otong, D., & Zimmerman, M. L. (2016). Treatment Approaches to Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Nursing Clinics of North America*, *51*(2), 199–211. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.005

Antunes, M. (2014). A literacia em saúde: investimento na promoção e na racionalização de custos. *XI Jornadas APDIS, 27-28 Março,* (pp. 123-132). Lisboa.

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Menthal Disorders, Fifth Edition.* American Psychiatric Association.

Barter, C., & Renold, E. (2000). 'I wanna tell you a story': exploring the application of vignettes in qualitative research with children and young people. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(4), pp. 307-323.

Beckman, L., Janson, S., & von Kobyletzki, L. (2016). Associations between neurodevelopmental disorders and factors related to school, health, and social interaction in schoolchildren: Results from a Swedish population-based survey. *Disability and Health Journal*, *9*(4), 663–672. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.05.002

Brosco, J., & Bono, A. (2016). Changes in Academic Demands and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Children. *JAMA Pediatrics*, 170 (4), pp. 396-397.

Carlson, B. E. (1996). Dating violence: student's beliefs about consequences. *Journal of Interpersonal Violence,* 11, pp. 3-18.

Daneshparvar, M., Mostafavi, S., Jeddi, M., Yunesinan, M., Mesdaghinia, A., Mahvi, A., & Akhondzadeh, S. (2016). The Role of Lead Exposure on Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder in Children: A Systematic Review. *Iran Journal Psychiatry*, 11 (1), pp. 1-14.

DGS. (2016). *Portugal Saúde Mental em Números - 2015.* Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Dias, T. G. C., Kieling, C., Graeff-Martins, A. S., Moriyama, T. S., Rohde, L. A., & Polanczyk, G. V. (2013). Developments and challenges in the diagnosis and treatment of ADHD. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *35*(suppl 1), S40–S50. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-S103

Direcção-Geral da Saúde, & Divisão de Saúde Escolar. (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. *Diário Da Republica N.º 110*, *12.045*(110 2.ª série), 1–28.

ERS. (2015). *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental.* Porto.

Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica.* Lisboa: Monitor - Projectos e Edições, Lda.

Flick, U. (2009). *Desenho da Pesquisa Qualitativa.* Porto Alegre: Artmed.

Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *16*(1), 39–49. https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização.* Loures: Lusociência.

Gonçalves, A. M. (2016). A doença mental: determinação individual ou construção social. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, *0*(32), 163–168. Retrieved from http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/12.pdf

Gong, T., & Furnham, A. (2014). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders in Mainland China. *PsyCh Journal*, (3) pp. 144-158.

Gourlay, A. M. (2014). Using vignettes in qualitative research to explore barriers and facilitating factors to the uptake of prevention of mother-to-child transmission services in rural Tanzania:: a critical analysis.. *BMC Medical Research Methodology*, pp. 14, 21.

Heuer, B., & Williams, S. (2013). Collaboration Between PNPs and School Nurses : Meeting the Complex Medical and Academic Needs of the Child With ADHD. *Journal of Pediatric Health Care*, *30*(1), 88–93. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.09.001

Hughes, R. (1998). Using vignettes in qualitative research. *Sociology of Health & Illness*, 20(3), pp. 381-400.

Ibukun, A., Oluyemi, O., Abidemi, B., Suraj, A., & Ola, F. (2015). Literacy about Attention-deficit/Hyperactivity Disorder among Primary School Teachers in Lagos, Nigeria. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 8 (8), pp. 684-691.

Jorm, A. (2000). Menthal Health Literacy: Public Knowlege and Beliefs about menthal Disorders. *The British Journal of Psychchiatry*, pp. 396-401.

Jorm, A. (2014). Menthal health literacy: promoting public action to reduce menthal health problems. In L. et. al, *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 27-39). Coimbra: UICISA: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., & Rodgers, B. &. (1997). "Menthal Health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, pp. 182-186.

Kalafat, J., & Galiano, C. (1996). The use of simulations to assess the impact of adolescent suicide response curriculum. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, pp. 359-364.

Lawrence, K., Estrada, R. D., & McCormick, J. (2017). Teachers' Experiences With and Perceptions of Students With Attention Deficit/hyperactivity Disorder. *Journal*

of Pediatric Nursing, *36*, 141–148. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.010

Loureiro, L., Rodrigues, M., Santos, J., & Oliveira, R. (2014). Literacia em Saúde - Breve introdução ao conceito. In L. et. al., *Literacia em Saúde Mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 13-25). Coimbra: UICISA: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Loureiro, L., Sequeira, C., & Rosa, A. (abril de 2014). Literacia em Saúde Mental: um estudo exploratório em adolescentes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 1*, pp. 125-132.

Loureiro, L., Sequeira, C., Rosa, A., & Gomes, S. (abril de 2014). Rótulos psiquiátricos: "bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada...". *Revista Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental, ESPECIAL 1*, pp. 40-46.

McCormick, R. (2017). Does Access to Green Space Impact the Mental Well-being of Children: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Nursing*, *37*, 3–7. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.08.027

McLeod, J., Fettes, D., Jensen, P., Pescosolido, B., & Martin, J. (maio de 2007). Public Knowlege, Beliefs, and Treatment Preferences Concerning Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Service*, 58 (5), pp. 626-631.

Mikami, A., Chong, G., Saporito, J., & Jiwon Na, J. (2015). Implications of Parental Affiliate Stigma in Families of Children with ADHD. *Journal Clinic Child Adolescent Psycology*, 44 (4), pp. 595-603.

Morgado, T., & Botelho, M. (abril de 2014). Intervenções promotoras de literacia em saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 1*, pp. 90-95.

Morse, J. M. (2007). *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa.* Coimbra: FORMASAU.

Moura, O. (2016). Recuperado de Portal da Hiperatividade com Défice de Atenção: http://hiperatividade.com.pt

Olanyan, O., dos Reis, S., Garriett, V., Mychailyszyn, M., Anixt, J., Rowe, P., & Cheng, T. (May-June de 2007). Community Perpectives of Childhood Behavioral

Problems and ADHD Among African American Parents. *Ambulatory Pediatrics*, 7 (3,) pp 226-231.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Esnfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Recuperado de www.ordemenfermeiros.pt: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Paidipati, C. P., & Deatrick, J. A. (2015). The role of family phenomena in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *28*(1), 3–13. https://doi.org/10.1111/jcap.12097

Park, C. G., & Jeon, M. Y. (2017). A Structural Equation Model on Quality of Life of Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Health Nursing Res*, *23*(3), 279–291.

Pires, T. de O., da Silva, C. M. F. P., & de Assis, S. G. (2013). Association between family environment and attention deficit hyperactivity disorder in children – mothers' and teachers' views. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 215. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-215

Rahaman, N. (1996). Caregivers' sensitivity to conflict: the use of vignette methodology. *Journal of Elder Abuse and Neglec*, 8, pp. 35-47.

Reavley, N., & Jorm, A. (2011). Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian national survey. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, pp. 890-898.

Rodríguez, C., González-Castro, P., Cueli, M., Areces, D., & González-Pienda, J. A. (2016). Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) diagnosis: An activation-executive model. *Frontiers in Psychology*, *7*(SEP), 1–13. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01406

Rosa, A.; Loureiro, L. & Sequeira, C. (2014). Literacia em saúde mental de adolescentes: um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *1*, 125–132.

Rosa, A., Loureiro, L., & Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L.

et. al., *Literacia em Saúde Mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 79-91). Coimbra.

Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental.* Lisboa: LIDEL.

Swords, L., Hennessy, E., & Heary, C. (2011). Adolescents' beliefs about sources of help for ADHD and depression. *Journal of Adolescence*, 34, pp. 485-492.

Tamayo-Orrego, L., Forero, A., Giraldo, L., Sánchez, J., Varela, V., & Restrepo, F. (2015). Efecto diferencial del subtipo clinico en los potenciales evocados cognitivos de pacientes con déficit de atención e hiperactividad. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 44 (2), pp 77-86.

Thomas, M., Rostain, A., Corso, R., Babcock, T., & Madhoo, M. (2015). ADHD in the College Setting: Current Perceptions and Future Vision. *Journal of Attention Disorders*, *19*(8), 643–654. https://doi.org/10.1177/1087054714527789

Usami, M., Okada, T., Sasayama, D., Iwadare, Y., Watanabe, K., Ushijima, H., . . . Saito, K. (November de 2013). What Time Periods of the Day Are Concerning for Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *PLOS ONE - www.plosone.org*, p. 8 (11) e79806. Recuperado de www.plosone.org.

Van der Donk, M., Hiemstra-Beernink, A., Tjeenk-Kalff, A., V van der Leij, A., & Lindawer, R. (2013). Interventions to improve executive functioning and working memory in school-aged children with AD(H)D: a randomised controlled trial and stepped-care approach. *BMC Psychiatry*, p. 13:23 .

Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, *15*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – VINHETA CLÍNICA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

VINHETA CLÍNICA – O João

Para o João é muito difícil prestar atenção ao que o professor diz, apresentando também dificuldades em concentrar-se a fazer somas, ler ou na realização de outros trabalhos que o professor lhe atribua.

O João também tem dificuldade em ficar sentado quando é suposto que assim esteja, levantando-se frequentemente ou remexendo-se muito. Muitas vezes ele tem dificuldade em esperar pela sua vez nos jogos e, frequentemente, interrompe as outras pessoas quando estas estão a fazer coisas.

Adaptado de Swords, L., Hennessy, E., & Heary, C. (2011). Adolescents' beliefs about sources of help for ADHD and depression. Journal of Adolescence, 34, pp. 485-492.

Traduzido por Dourado, R. 2017 (professora de Inglês).

APÊNDICE 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

CONSENTIMENTO INFORMADO

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

Está a ser realizado um estudo subordinado ao tema **"Literacia em Saúde Mental sobre a PHDA: conceções e práticas dos enfermeiros, dos pais e dos educadores"** no âmbito da dissertação de mestrado do V Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação do Professor Amorim Rosa.

Este estudo tem como objetivo explorar os níveis de literacia em saúde mental dos enfermeiros, dos pais e dos educadores/professores, acerca da PHDA, bem como identificar possíveis diferenças ao nível dos conhecimentos e das conceções sobre a doença.

Será feita uma entrevista em grupo com a duração de aproximadamente 60 minutos, com recurso a audiogravação.

A sua participação é voluntária e gratuita, sem direito a qualquer tipo de recompensa ou despesa pessoal. Assegura-se que a sua participação não envolve quaisquer danos físicos ou psicológicos.

Está garantida a confidencialidade das informações por si facultadas, certificando-se que o seu nome ou qualquer outra forma de identificação não serão divulgados.

Solicita-se o preenchimento de um questionário sociodemográfico de forma a poder caraterizar a amostra do estudo.

Obrigado pela sua colaboração

Ana Teresa Mamede Soares
Enfermeira no Serviço de Cuidados Paliativos do IPOCFG, EPE
Email: anatms@hotmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: … … … … … … … ….. … … … ….. … … … … … … … … … … ……

Assinatura:… … … … … … … ….. … … … … … … … … … Data: …… /…… /……..

APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIOS SOCIODEMOGRÁFICOS

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO – PAIS Data: _____/_____/_____

Idade: _____ Género: Masculino □

Feminino □

Habilitações Literárias: 1º ciclo (4º ano) □ Profissão:_____

2º ciclo (6º ano) □

3º ciclo (9º ano)□

Secundário □

Bacharelato □

Licenciatura □

Mestrado□

Doutoramento□

Estado Civil: Solteito (a) □

Casado (a) □

União de Facto□

Divorciado (a) □

Quantos filhos tem e com que idades?_____

Considera que algum dos seus filhos apresenta alterações do comportamento? Quais?

_____

_____

_____

Com que idade se iniciaram essas alterações do comportamento?_____

Como é que se apercebeu dessas alterações?

_____

_____

_____

Tem algum filho com PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção?_____

Algum dos seus filhos faz medicação para a PHDA?

Sim □ Qual?_____

Não □

Com que idade o seu filho foi diagnosticado com PDHA? _____

Quem fez o diagnóstico?_____

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO – ENFERMEIROS, EDUCADORES DE INFÂNCIA E PROFESSORES DO 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Idade: _____ Data: _____/_____/_____

Género: Masculino □

Feminino □

Habilitações Literárias: Bacharelato □ Profissão:_____

Licenciatura □ Anos de serviço:_____

Mestrado□

Doutoramento□

Estado Civil: Solteito (a) □

Casado (a) □

União de Facto□

Divorciado (a) □

Alguma vez trabalhou com crianças com alterações do comportamento? Sim □ Não □

Quais eram essas alterações do comportamento?

_____

_____

_____

Que estratégias utiliza para trabalhar com essas crianças?

_____

_____

_____

_____

Alguma vez trabalhou com alguma criança com PHDA - Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção? Sim □ Não □

APÊNDICE 4 - GUIÃO DO FOCUS GROUP

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

1- APRESENTAÇÃO

"Bom dia/tarde a todos chamo-me Ana, sou enfermeira, estou a frequentar o Mestrado de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria e estou a desenvolver a minha tese na área da Literacia em Saúde Mental e a vossa ajuda é muito importante para a realização deste trabalho.

De forma simples, gostaria de perceber o que é que vocês pensam e sabem sobre as alterações comportamentais nas crianças, nomeadamente sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção."

- Agradecer a presença de todos e a disponibilidade;

- Explicar que não há respostas certas nem erradas e que todos os contributos são importantes. Quanto maior a quantidade de ideias melhor;

- Assegurar a confidencialidade: tudo o que for falado é confidencial e será posteriormente codificado deixando de estrar associado ao nome das pessoas;

- Assegurar que o objetivo não é perceber o que é que cada um de vocês pensa e sabe, mas sim o que pessoas (pais, educadores ou professores do 1º ciclo do ensino básico) pensam e sabem sobre esta temática.

Para que possa prestar-vos a máxima atenção neste momento, a nossa conversa vai ser gravada. Neste sentido, para que a gravação fique percetível peço-vos que falem um de cada vez.

"Convido-vos a assinarem o consentimento informado e a preencherem um questionário breve, anónimo, para caracterização sociodemográfica da amostra do estudo."

No final do preenchimento dos documentos, realizar-se-á a apresentação dos participantes: nome, idade, profissão.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DA VINHETA

2.1. Guião Orientador

Domínio/Componentes	Questões	Pistas de exploração
❖ Quebra - Gelo ➢ 1.Crenças acerca das doenças mentais	▪ Que pensamentos, palavras ou imagens associam à doença mental?	• É possível perceber quando alguém tem uma doença mental? Como? • Existem pistas/sintomas? Quais? • Há diferenças entre as doenças mentais e as doenças físicas? Porquê?
	▪ Que fatores poderão contribuir para ter uma doença mental?	• Porque é que algumas pessoas desenvolvem uma doença mental e outras não?
❖ PHDA ➢ 2. Reconhecimento da PHDA	▪ (Após leitura da vinheta) Na vossa opinião o João tem algum problema? Qual?	• É possível perceber quando alguém tem este problema? Como? • Existem pistas/sintomas? Quais? • É uma doença física ou mental? Porquê?

	▪ Qualquer pessoa pode ter este problema? É exclusiva das crianças? ▪ Quais são as causas? ▪ Quais as consequências? ▪ Tem tratamento? Qual? E cura?	• Qualquer pessoa pode vir a ter este problema ou só algumas pessoas a poderão desenvolver? • Qual pensam ser a origem do problema? • A pessoa já nasce com o problema? • Existem consequências na vida de quem? A que níveis de repercutem? Escola? Trabalho? Vida familiar? Relação com os amigos? • Estas pessoas podem ter uma vida igual à das outras pessoas? Como? • Que tipos de tratamento conhecem? • Sugerem algum tratamento?
❖ (Intenções) Comportamentos de procura de ajuda para a PHDA ➢ 3. Facilitadores	▪ Numa situação semelhante à retratada na vinheta, quais são os principais fatores que poderão facilitar a procura de ajuda profissional por parte dos pais?	• Era importante que alguém os acompanhasse? Quem? Porquê? • Era importante ter o apoio dos familiares? E amigos? • Era importante falar com alguém que tenha tido um problema semelhante? E uma boa experiência?

		• Quais as caraterísticas dos profissionais de saúde que seriam mais facilitadoras? Confiança? Confidencialidade?
➢ 4. Barreiras Fatores de impedimento	▪ Na mesma situação, quais os fatores que podem constituir um impedimento para a procura de ajuda profissional por parte dos pais?	• Consideram importante que ninguém soubesse da situação? E o receio do que os outros pudessem pensar? (Estigma) • Acham que o facto de o profissional não conhecer as pessoas e a situação compromete a sua capacidade de ajudar? • Quais as caraterísticas dos profissionais que consideram impeditivas ou dificultadoras da relação de ajuda? Isso é preocupante? Porquê? • Consideram que os pais poderão ter uma preferência em lidar com a situação sozinhos? • Acham que o tratamento é dispendioso?
➢ 5. Recursos de ajuda	▪ Na mesma situação, qual a ajuda que os pais deveriam procurar? Com quem deveriam falar sobre isso?	• Com os familiares mais próximos? Com os amigos? Com profissionais de saúde? Quais? Porquê? • É mais importante falar com alguém ou tentar resolver o problema sozinho? Porquê? • Considera que existe algum sítio/local onde os pais

		possam procurar ajuda?
❖ (Intenções) Comportamentos de oferta de ajuda para a PHDA ➢ 6. Confiança para oferecer ajuda	▪ Em que medida se sentem confiantes para ajudar uma pessoa que tenha um problema semelhante ao retratado na vinheta?	• Como acham que se sentiriam se algum familiar ou amigo vosso tivesse um problema semelhante ao retratado na vinheta? • O que pensariam? • Nesse sentido, como acham que reagiriam/ o que fariam?
➢ 7. Comportamento de ajuda	▪ O que fariam se, num determinado momento, quisessem ajudar um amigo/familiar/aluno/utente com um problema semelhante ao retratado na vinheta?	• Há alguma coisa que pudessem fazer para ajuda-lo? • Encaminhariam para alguém? Quem? • Falariam com ele sobre a doença e a criança? …se sim, como? …se não, porquê? • (Educadores/Professores) Importavam-se que essa criança estivesse na vossa sala?
	▪ (Educadores/Professores/enfermeiros) Se num determinado momento tiverem um aluno/utente, com um comportamento semelhante ao retratado na vinheta, o que fariam?	• Encaminhariam para algum profissional? Ou primeiro falariam com os pais? • Que tipo de apoio prestariam? • Como alertariam os pais para a importância da procura

		de ajuda?
❖ Em aberto	▪ Há mais alguma coisa que gostassem de acrescentar?	

3. CONCLUSÃO

Agradecer a presença de todos bem como os contributos e a partilha realizada.

Comunicar que caso pretendam serão informados dos resultados/conclusões do estudo