

O CONTRIBUTO DA OSTEOPATIA NO DESENVOLVIMENTO GLOBAL EM ALUNOS COM PHDA NO 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Hélder Romeu Calado da Cunha

Provas destinadas à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação,
Especialização em Supervisão Pedagógica, Outubro de 2016



Instituto Superior de Educação e Ciências



Instituto Superior de Educação e Ciências

Provas para a obtenção do grau de Mestre Ciências da Educação, Especialização em
Supervisão Pedagógica

**O CONTRIBUTO DA OSTEOPATIA NO DESENVOLVIMENTO GLOBAL EM
ALUNOS COM PHDA NO 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO**

Autor: Hélder Romeu Calado da Cunha

Orientador: Professora Doutora Zélia Belo Torres

Co-orientador: Professor Doutor José Reis Jorge

Outubro de 2016

Índice

Abreviaturas	I
Citação	III
Dedicatória	V
Agradecimento	VII
Resumo	IX
Abstrat	XI
Résumé.....	XIII
Introdução	1
Pertinência do Estudo	3
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1. Noções Básicas de Osteopatia.....	5
1.1. Etimologia.....	5
1.2. A História da Osteopatia Clássica.....	6
1.3. Osteopatia em Portugal	8
1.3.1. Definição do Enquadramento Legal.	8
1.4. Definição de Osteopatia	9
1.5. Os Princípios Básicos da Osteopatia Clássica	11
1.5.1. Importa definir "O que é saúde?" e "O que é doença?".	11
1.6. Terminologia.....	16
1.6.1. Técnicas não manipulativas	16

1.6.2. Técnicas Manipulativas.....	16
1.7. Definição de TOAC - Tratamento Osteopático de Ajuste do Corpo.....	18
2. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA).....	19
2.1. Definição PHDA.....	20
2.2. Etiologia.....	21
2.3. Causas e Fatores	22
2.3.1. Fatores preditivos.....	22
2.3.2. Fatores de prognóstico.....	23
2.3.3. Fatores de risco e de proteção.....	24
2.3.4. Fatores de risco pré-natais e perinatais.....	25
2.3.5. Fatores ambientais.....	25
2.3.6. Fatores de risco neurológicos e neuropsicológicos.....	25
2.3.7. Fatores genéticos.....	26
2.3.8. Fatores familiares.....	26
2.3.9. Outros fatores.....	26
2.4. Diagnóstico da Perturbação PHDA	27
2.4.1. Critérios.....	27
2.4.2. Subtipos.....	27
2.5. Comorbidades.....	29
2.6. Estudos Osteopáticos Realizados no Domínio na PHDA.....	30
3. Estratégias de Tratamento da PHDA.....	32
3.1. Inclusão em Ambiente Familiar.....	32
3.2. Inclusão em Ambiente Escolar	33
3.3. Intervenção ao Nível Farmacológico.....	34
3.4. Intervenção Psicossocial.....	35

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO E CASOS EM ESTUDO ... 39

1. Objetivo do Estudo e Questões Orientadoras	39
2. Tipo de Estudo e Percorso da Investigação	40
3. Participantes	41
3.1. Características	41
3.2. Critérios de Escolha	42
3.2.1. Critérios de Inclusão no Estudo.	42
3.2.2. Critérios de Exclusão do Estudo.	42
4. Métodos de Recolha e Análise de Dados	43
4.1. Inquérito - Children's Atypical Development Scale (CAD-S), versão revista (forma reduzida) de Conners (1997) tradução: Lory e Batista (1998) cit. por (Torres, 2008)	43
4.1.1. Validade e Confiabilidade.....	44
4.2. Observação.....	45
4.2.1. Ficha de registo clínico e áreas de avaliação por sessão de TOAC	45
4.2.2. Validação Teórica da Tabela de Resumo dos Resultados Clínicos	46
4.3. Fundamentação Para as Oito Sessões de TOAC.....	53
4.3.1. Intervenção do TOAC.....	54
4.4. Entrevista	55
5. Questões de Ordem Ética.....	57
5.1. Protocolo e Consentimento Informado	57

Apresentação de Resultados dos Casos em Estudo	58
1. Caso A	58
1.1. Análise dos Resultados Clínicos.....	61
1.2. Análise de Resultados Pré e Pós Avaliação CAD-S do Aluno A.....	63
1.2.1. CAD-S - Autoavaliação Aluno A.....	63
1.2.2. CAD-S - Pais do Aluno A.....	64
1.2.3. CAD-S - Professores do Aluno A.....	65
1.3. Discussão de Resultados Gerais das CAD-S do Aluno A.....	66
1.4. Análise de Conteúdo da Entrevista do Professor do Aluno A.....	67
1.5. Discussão de Resultados Gerais da Entrevista ao Professor do Aluno A.....	69
1.6. Conclusões do Aluno A.....	70
2. Caso B.....	71
2.1. Análise dos Resultados Clínicos.....	74
2.2. Análise de Resultados Pré e Pós Avaliação CAD-S do Aluno B.....	76
2.2.1. CAD-S - Autoavaliação do Aluno B.....	76
2.2.2. CAD-S - Pais do Aluno B.....	77
2.2.3. CAD-S - Professor do Aluno B.....	78
2.3. Discussão de Resultados de CAD-S - Aluno B.....	79
2.4. Conclusões do Aluno B.....	80
3. Caso C	81
3.1. Análise dos Resultados Clínicos.....	84
3.2. Análise de Resultados Pré e Pós Avaliação CAD-S do Aluno C.....	86
3.2.1. CAD-S - Autoavaliação do Aluno C.....	86
3.2.2. CAD-S - Pais do Aluno C.....	87
3.2.3. CAD-S - Professor do Aluno C.....	88

3.3. Discussão de Resultados de CAD-S Aluno C.....	89
3.4. Análise de Conteúdo da Entrevista aos Pais do Aluno C	90
3.5. Conclusões do Aluno C	95
4. Caso D.....	96
4.1. Análise dos Resultados Clínicos	99
4.2. Análise de Resultados Pré e Pós Avaliação CAD-S do Aluno D.....	101
4.2.1. CAD-S - Autoavaliação Aluno D.	101
4.2.2. CAD-S - Pais do Aluno D.....	102
4.2.3. CAD-S - Professor do Aluno D.	102
4.3. Discussão de Resultados de CAD-S Aluno D	103
4.4. Conclusões do Aluno D	105
PARTE III - DISCUSSÃO DE RESULTADOS	107
1. Discussão dos Resultados da Pré e Pós Avaliação CAD-S.....	107
2. Discussão dos Resultados da Observação Clínica	109
3. Discussão dos Resultados das Entrevistas.....	111
4. Discussão	112
5. Limitações e sugestões para investigações futuras	115
5.1. Limitações.....	115
5.2. Supostos para futuras investigações.....	116

6. Conclusão	118
Bibliografia	121
Anexos	131
Anexo 1 - Pedido de Permissão ao Sr. Diretor do Agrupamento	131
Anexo 2 - Apresentação do Projeto de Estudo ao Diretor do Agrupamento.....	133
Anexo 3 - Protocolo com os Professores.....	139
Anexo 4 - Protocolo com os Pais/ Encarregados de Educação	141
Anexo 5 - CAD-S - Autoavaliação.....	143
Anexo 6 - CAD-S - Pais	147
Anexo 7 - CAD-S - Professores	153
Anexo 8 - Guião de Entrevista ao Professor.....	157
Anexo 9 - Entrevista ao Professor - Editada	159
Anexo 10 - Guião de Entrevista aos Pais	163
Anexo 11 - Entrevista aos Pais - Editada	165
Anexo 12 - Ficha Clínica Osteopática.....	173

Índice de Quadros

Quadro 1 - Critérios de Diagnóstico da PHDA, DSM-IV-TR (APA, 2002).....	28
Quadro 2 - Conselhos a dar aos pais. Fonte: (Alameida, 2012, p. 54 e 55)	32
Quadro 3 - Sugestões para os professores de alunos com PHDA, Fonte: (Alameida, 2012, p. 56).....	33
Quadro 4 - Estratégias a adotar na intervenção psicossocial e terapêutica associada em vários planos de ação, Fonte: Diversidades, 2008. Ano 6- nº21- ISSN-1646-181..	36

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da Amostra	41
Tabela 2 - Resumo dos Resultados Clínicos	46
Tabela 3 - Registo Clínico do Aluno A.....	60
Tabela 4 - Resumo dos Resultados Clínicos do Aluno A	61
Tabela 5 - Registo Clínico do Aluno B	73
Tabela 6 - Resumo dos Resultados Clínicos do Aluno B	74
Tabela 7 - Registo Clínico do Aluno C	83
Tabela 8 - Resumo dos Resultados Clínicos do Aluno C	84
Tabela 9 - Registo Clínico do Aluno D.....	98
Tabela 10 - Resumo dos Resultados Clínicos do Aluno D	99

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Autoavaliação referente ao Aluno A	63
Gráfico 2 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Pais referente ao Aluno A..	64
Gráfico 3 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Professores referente ao Aluno A	65
Gráfico 4 - Número de respostas iguais, com melhoria ou agravamento da Pré para a Pós avaliação CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, referentes ao Aluno A.....	66
Gráfico 5 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Autoavaliação referente ao Aluno B.....	76
Gráfico 6 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Pais referente ao Aluno B..	77
Gráfico 7 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Professores referente ao Aluno B.....	78
Gráfico 8 - Número de respostas iguais, com melhoria ou agravamento da Pré para a Pós avaliação CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, referentes ao Aluno B.....	79
Gráfico 9 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Autoavaliação referente ao Aluno C.....	86
Gráfico 10 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Pais referente ao Aluno C	87
Gráfico 11 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Professores referente ao Aluno C.....	88
Gráfico 12 - Número de respostas iguais, com melhoria ou agravamento da Pré para a Pós avaliação CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, referentes ao Aluno C.....	89
Gráfico 13 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Autoavaliação referente ao Aluno D	101
Gráfico 14 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Pais referente ao Aluno D	102
Gráfico 15 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Professores referente ao Aluno D	103

Gráfico 16 - Número de respostas iguais, com melhoria ou agravamento da Pré para a Pós avaliação CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, referentes ao Aluno D.....	104
Gráfico 17 - Comparação evolutiva de respostas da Pré para a Pós avaliação das CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, referentes aos quatro Alunos	107

Abreviaturas

BA	Body Adjustment
BSO	British School of Osteopathy
C	Cervical
CAD-S	Children Atypical Development - Scale
CEB	Ciclo do Ensino Básico
CHCD	Charneira Cervico Dorsal
CHDL	Charneira Dorso Lombar
CxF	Articulação Coxo Femoral
CxT	Caixa Torácica
D	Dorsal
EUA	Estado Unidos da América
JML	John Martin Littlejohn
JW	John Wernham
JWCCO	John Wernham College of Classical Osteopathy
L	Lombar
LCG	Linha Central de Gravidade
LCR	Líquido Cefalo Raquidiano
OAA	Articulação Occipito-Atlanto-Axial
OC	Osteopatia Clássica
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
Pós CAD-S	Segunda avaliação de CAD-S depois do TOAC
Pré CAD-S	Primeira avaliação de CAD-S antes do TOAC
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
SEB	Sincondrose Esfeno Basilar
SNA	Sistema Nervoso Autónomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SNPS	Sistema Nervoso Parassimpático
SNS	Sistema Nervoso Simpático
TOAC	Tratamento Osteopático de Ajuste do Corpo
UK	United Kingdom

Citação

“Na vida define o ponto para onde queres ir, no entanto senta-te somente para descansar. Caminha todo o tempo sem parar, transpira, porque a vida traz-te sempre o que precisas no momento necessário, embora muitas vezes não seja o que tu queres. Cabe a ti entender e decidir, qual o melhor caminho. Quanto melhor se conhecem e respeitam as regras e leis da Mãe Natureza, mais assertivo se é. É uma questão de tempo e quando menos esperas, o ponto que definiste está logo ali” (Hélder Cunha 2016).

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha esposa por ser a companheira e amiga de uma vida. Porque em todos os momentos, bons e menos bons, estás sempre lá. Por me dar uma filha linda e uma sogra, que é mais que uma mãe. O meu grande beijinho e obrigado por toda a ajuda que me dão.

Dedico também este trabalho aos meus pais, estejam eles onde estiverem, sei que nutrem um amor e orgulho enorme por mim.

Bem Hajam.

Agradecimento

Este trabalho não teria sido possível se na minha vida não se tivesse cruzado um Homem que profundamente agradeço e a quem muito reconheço por tudo o que tem feito pela Osteopatia em Portugal. Quero deixar presente o meu sentido manifesto de apreço e carinho ao Professor Doutor Mário Alberto Borges de Sousa.

A vida trouxe-me pessoas maravilhosas ao meu caminho, e às quais quero agradecer pelo apoio e força que me deram sempre. Começo por agradecer à Professora Doutora Zélia Torres, minha orientadora, pela motivação, críticas e sugestões que ao longo deste percurso tanto contribuíram para que se concretizasse. Agradeço ainda a disponibilidade, prontidão e simpatia com que sempre me recebeu, transmitindo-me aquela energia e força que tanto precisava.

Um agradecimento sentido ao Professor Doutor José Reis Jorge por acreditar neste projeto e na minha pessoa, obrigado pela sua partilha de conhecimento e experiência em metodologias de investigação, assim como pela coragem de me desafiar a fazer mais e melhor, grato por toda a disponibilidade.

Ao Agrupamento de Escolas de Cister, na pessoa do Senhor Diretor Professor Gaspar Vaz e da Psicóloga Dr.^a Ana Caldeira, pela disponibilidade sempre prestada. Um agradecimento com especial ternura aos alunos, que participaram neste estudo, aos pais e professores, agradeço toda disponibilidade com que sempre me atenderam e participaram, sem os quais não teria sido possível a realização deste Projeto.

A todos os meus clientes em especial às crianças com quem trabalho, pelo sorriso com que me presenteiam diariamente, fazendo-me acreditar que vale a pena.

Aos alunos do Instituto Português de Osteopatia Clássica, ao seu Diretor Dr. Marco Silvestre e aos prezados Professores Dr. Francisco Toscano e Dr.^a Cristina Gioja, por toda a inspiração, conhecimento e força que me têm dado.

A um amigo especial, que não gosta de ser exposto, pela força que me dá, no acreditar que é possível. À amiga Sofia pela prontidão na ajuda, incrível Ser Humano.

Os últimos são sempre os primeiros. À minha família, onde tudo faz sentido. À minha esposa por todo o caminho que me tem ajudado a construir, à minha sogra por todo

o apoio e carinho, e em especial à minha querida filhota pelo sorriso e boa disposição com que me espera quando passo o fim-de-semana a trabalhar na formação.

Agradeço a Deus por todas essas pessoas que tem colocado no meu caminho. A todos um Grande Bem-haja.

Resumo

Esta investigação teve como tema “O Contributo da Osteopatia no Desenvolvimento Global de Crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção”, realizada no Curso de Mestrado em Ciências da Educação, Especialização em Supervisão Pedagógica.

O trabalho foi estruturado em três partes distintas e complementares, na primeira, o Enquadramento Teórico, realizámos uma revisão da literatura referente à temática em estudo que constituiu a fundamentação da Investigação. Na segunda parte, a Metodologia, aplicou-se a técnica de recolha de dados com questionário para todos os elementos que constituíam o grupo de estudo, observação diagnóstico e Tratamento Osteopático de Ajuste do Corpo (TOAC) e uma entrevista aos pais de um aluno e a um professor de um aluno. Na terceira parte, a Discussão, realizámos um balanço conclusivo dos resultados e deixamos notas para o futuro. Visámos alcançar o principal objetivo do presente trabalho, verificar alterações do desenvolvimento cognitivo e psicossociais com base na perspetiva da Escola, da Família e da Comunidade, com o intuito de contribuir para o efetivo desenvolvimento global dos alunos estudados e demonstrar a potencial mais-valia da osteopatia no tratamento de alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Os resultados revelaram que o TOAC contribuiu para o desenvolvimento global destes quatro Alunos, com PHDA controlada.

Concluímos que a intervenção com TOAC em Alunos com PHDA controlada, contribuiu, significativamente, para a melhoria de vida destas crianças a nível de autonomia, concentração, capacidades cognitivas, qualidade do sono, integração social e escolar, devendo ser considerada uma mais-valia nos grupos multidisciplinares de acompanhamento e intervenção que acompanham os alunos com PHDA.

Palavras-chave: PHDA, Cognição, Psicossocial, Osteopatia

Abstrat

This research theme was the contribution of osteopathy in the Global Development Children with Hyperactivity Disorder and Attention Deficit held in Master in Educational Sciences, specialization in Supervision.

The work was divided into three distinct and complementary parts, the first, the Theoretical Framework, we conducted a literature review related to the topic under study which was the basis of the research. In the second part, the Methodology was applied to the data collection technique with questionnaire to all the elements that constituted the study group, observation diagnostic and Osteopathic of Body Adjustement Treatment (TOAC) and an interview the parents of a student and a teacher to a student. In the third part of the Discussion, we made a final assessment of the results and leave notes for the future. We aim to achieve the main objective of this work was to verify changes in cognitive and psychosocial development based on the perspective of the School, Family and Community, in order to contribute to the effective global development of the studied students and demonstrate the added value potential of osteopathy in the treatment of students with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD).

The results showed that the TOAC contributed to the overall development of this four students, with controlled ADHD.

We conclude that the intervention TOAC for Students with controlled ADHD, contributed significantly to improving the lives of these children in terms of autonomy, concentration, cognitive abilities, sleep quality, social integration and school, an asset should be considered in the multidisciplinary groups of monitoring and intervention accompanying students with ADHD.

Keywords: ADHD, Cognition, Psychosocial, Osteopathy

Résumé

Ce thème de recherche a été La Contribution de l'Ostéopathie dans le Développement Global des Enfants avec Hyperactivité et Déficit de l'Attention tenue en Master en Sciences de l'Éducation, Spécialisation en Supervision Pédagogique.

Le travail a été divisé en trois parties distinctes et complémentaires, le premier, l'Encadrement Théorique, nous avons effectué une revue de la littérature concernant le sujet à l'étude, qui a été la base de la recherche. Dans la deuxième partie, la Méthodologie a été appliquée à la technique de recueil de données avec un questionnaire à tous les éléments qui constituent le groupe d'étude, observation diagnostic et Traitement Ostéopathique d'Ajustement du Corps (TOAC) et une interview des parents d'un élève et un professeur à un étudiant. Dans la troisième partie de la Discussion, nous avons fait une évaluation finale des résultats et de laisser des notes pour la postérité. Nous visons à atteindre comme l'objectif principal de ce travail était de vérifier les changements dans le développement cognitif et psychosocial sur la base du point de vue de l'école, la famille et la communauté, afin de contribuer au développement global efficace des élèves qui on était étudiés et démontrer le potentiel de valeur ajoutée de ostéopathie dans le traitement des élèves atteints de Trouble de Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH).

Les résultats ont montré que le TOAC contribué au développement global de ces quatre étudiants avec TDAH contrôlé.

Nous concluons que l'intervention de TOAC pour les élèves atteints de TDAH contrôlée, a contribué de manière significative à l'amélioration de la vie de ces enfants en termes d'autonomie, de la concentration, des capacités cognitives, la qualité du sommeil, l'intégration sociale et scolaire, il doit être considéré une valeur de plus dans les groupes multidisciplinaires de surveillance et d'intervention d'accompagnement des étudiants avec le TDAH.

Mots-clés: TDAH, Cognition, Psychosociales, Ostéopathie

Introdução

As sociedades transformam-se, fazem-se e desfazem-se. As tecnologias mudam o trabalho, a comunicação, a vida quotidiana e mesmo o pensamento. As desigualdades deslocam-se, agravam-se e recriam-se em novos territórios. Os atores estão ligados a múltiplos campos sociais, a modernidade não permite a ninguém proteger-se das contradições do mundo (Perrenoud, 1999).

O conceito de PHDA é hoje em dia um conceito cada vez mais comum nas nossas escolas e sociedade atual. O neurologista caracteriza a hiperatividade como uma anomalia cerebral e o psiquiatra por sua vez, diz que este “*transtorno caracteriza-se pelo excesso de atividade motora, falta de atenção e impulsividade*” (García, 2001, p. 2). Para os pedagogos o défice de atenção com hiperatividade (DDAH) traduz-se em dificuldades de aprendizagem e anomalias a nível perceptivo (Parker H. C., 2011). O modelo comportamental considera que se deve avaliar, a criança em questão, em vários ambientes e situações. (Silva, Nossa, Silvério, & Ferreira, 2008)

Verificamos que as crianças com PHDA, embora muitas vezes tenham uma inteligência normal ou acima da média, têm dificuldades de adaptação, de aprendizagem, de habilidades motoras, perturbações do comportamento, problemas de linguagem e memória, rendimento inferior ao esperado, falta de atenção, impulsividade, hiperatividade e instabilidade emocional (Banaschewski, et al., 2015; Neto, 2014).

A comunidade científica da saúde, cada vez mais se volta para a partícula e para ínfima parte da unidade, conseguindo atingir níveis de conhecimento incalculáveis. A filosofia Osteopática de Still (1902), considera o Homem a criação perfeita da inteligência da Natureza, concebeu-o de um corpo, uma alma e um espírito, é assim que deve ser considerado, de acordo com Still (1908), este propôs a observação do Homem como um todo no seu meio ambiente.

Uma nova abordagem da PHDA urge perante o desespero dos pais, professores e dos próprios alunos que vivem com esta perturbação. Se por um lado querem o melhor para os seus filhos e para os seus alunos, por outro não lhes é possível dar o melhor por falta de soluções. Existem algumas soluções limitadas, dispendiosas e muito trabalhosas,

optando-se pela medicação, acarretando efeitos secundários com danos irreversíveis, quer para os alunos quer para as famílias, a longo prazo.

Nos meios de diagnóstico do aluno com PHDA, o exame físico global do aluno não está considerado na avaliação diagnóstica (Banaschewski, et al., 2015). As terapêuticas centram-se na sintomatologia, não no indivíduo, na sua singularidade e na sua real recuperação, sendo cada caso um caso (Culbert & Olness, 2010).

A presente investigação almejou conhecer, compreender e interpretar, qualitativamente, as diferenças globais da estrutura e da fisiologia num grupo de alunos com PHDA e quais as repercussões verificadas no domínio cognitivo, comportamental, emocional e psicossocial familiar e escolar, quando intervencionados com oito sessões quinzenais de TOAC.

A abordagem desta temática refletiu, em grande medida, a possibilidade de criar sinergias entre dois conhecimentos, a atividade clínica em osteopatia pediátrica e o Curso de Mestrado em Ciências da Educação, Especialização de Supervisão Pedagógica, de modo a propor uma solução terapêutica que respeite o indivíduo com PHDA, sem efeitos colaterais, materializando-se na melhor qualidade de vida dos alunos, das suas famílias e da sua comunidade.

O trabalho foi estruturado em três partes distintas e complementares, na primeira, o Enquadramento Teórico, realizámos uma revisão da literatura, referente à temática em estudo que constituiu a fundamentação da investigação, Osteopatia e PHDA.

Na segunda Parte, a Metodologia, abordamos a componente metodológica onde detalhamos os fatores de inclusão e exclusão, a caracterização dos indivíduos estudados, as técnicas aplicadas à recolha de dados como o questionário para todos os elementos que constituíam o grupo de estudo, a observação diagnóstica e TOAC, e uma entrevista aos pais de um aluno e a um professor de um outro aluno.

Na terceira parte a Discussão, realizamos uma síntese analítica da fundamentação teórica, uma retrospectiva, deixámos propostas para o futuro e o balanço conclusivo dos resultados.

Pertinência do Estudo

Com a experiência adquirida na minha prática clínica em Osteopatia, sou confrontado inúmeras vezes com casos clínicos onde crianças e adolescentes apresentam problemas relacionados com falta de atenção e concentração, agitação física, ansiedade, perturbações de sono, fadiga, dores de cabeça entre outros. Os pais manifestam que perante estas situações, os seus filhos são crianças agressivas, desobedientes, inquietas e difíceis. No âmbito escolar, o professor manifesta que as crianças não param e que perante tais comportamentos sentem-se impotentes.

Constatou-se em clínica que, com TOAC (Wernham & Techinc, 1996), técnica de base da Osteopatia Clássica, na grande maioria das vezes, as crianças referem que o sono, a fadiga, a capacidade de atenção e memória e a relação com os outros melhoram. Estas situações contribuíram para a observação e estudo específico da PHDA de acordo com a visão da Osteopatia Clássica.

Face a esta realidade clínica, e com base na formação adquirida no Curso de Mestrado em Ciências da Educação, Especialização em Supervisão Pedagógica considerou-se pertinente verificar por meio de um estudo científico, qual o grau de sinergia resultante do cruzamento destes dois conhecimentos.

Diversos trabalhos científicos nas múltiplas áreas do conhecimento abordam a temática da PHDA. De acordo com a base de dados da OSTMED.DR - Osteopathic Medical Digital Repository (2006) há estudos científicos que comprovam os efeitos do tratamento osteopático na PHDA (Accorsi, et al., 2014; Frymann, 1976; Frymann, Carney, & Springall, 1992; Hubmann B. , 2006). Em Portugal, até ao momento, no RCAAP – Repositório Científico Aberto de Portugal, Eurostat - Database e outros, não foram encontradas pesquisas científicas sobre a proposta apresentada.

A escola original do TOAC (Wernham J. , 2001), publicou uma abordagem geral do tratamento em crianças, no entanto, não existem referências na literatura sobre a aplicabilidade ou resultados em crianças com PHDA, o que reforça a necessidade de estudar e documentar os resultados do TOAC.

Pelo exposto, entendeu-se pertinente a realização deste estudo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Noções Básicas de Osteopatia

1.1. Etimologia

Etimologicamente Osteopatia (The Online Etymology Dictionary) , que data de 1874, deriva do grego *osteon* "osso" mais *pathy*, do grego *patheia*, forma de *pathos* “sofrimento, doença, sensação”. Como que um sistema de tratamento de doenças, por meio da manipulação dos ossos, articulações, podemos aferir que só através do osso e sistema músculo-esquelético, temos possibilidade de interferir na patologia.

Observando a origem da palavra *pathos* esta vem de *pathie*, que está associada a simpatia e empatia. Podemos aferir que há uma ligação, afiliação entre a estrutura óssea com a patologia, ou, seja pela ação inteligente e prática das mãos do Osteopata procura-se através dos meios físicos da estrutura física produzir uma resposta fisiológica, via sistema nervoso que é o grande coordenador do corpo, via liberdade funcional do sistema circulatório no sentido da homeostasia do corpo (ação terapêutica) (Roumi, 2015, p. 275).

Still em 1948 frequentou a Escola da Numerologia Inspiradora da ciência pitagórica sendo esta aritmética, logo simbólica, onde cada número representa um símbolo. O “Y” foi o símbolo da seita pitagórica e representa a 25ª letra do alfabeto e na aritmologia pitagórica representa o número 7 que é o número do espírito, de saúde e da luz. Por esta razão o autor afirma que se deve escrever “Osteopathy” e não de outra forma, para que se faça jus ao verdadeiro significado original (Roumi, 2015, p. 275).

1.2. A História da Osteopatia Clássica

De forma bastante sucinta refere-se uma noção básica dos nomes mais importantes da história da Osteopatia, muitos outros nomes houve, contudo o conhecimento da Osteopatia Clássica que perdura até hoje, deve-se ao trabalho apaixonante de três grandes homens, Andrew Taylor Still, John Martin Littlejohn e John Wernham.

Em 6 de Agosto de 1828 nasceu em Virgínia, EUA (Jr., 2015), um homem chamado Andrew Taylor Still. Viveu até 12 de Dezembro 1917. Seu pai era um pastor metodista ambulante, viajando com sua família constantemente de um lugar para o outro.

Na época da guerra civil, em 1861, Still alistou-se para lutar na Guerra de Secessão. Prestou serviços como oficial de um hospital e foi comandante na milícia. Depois da guerra, a meningites cérebro espinais tiraram a vida a três dos seus filhos, na mesma altura a sua primeira esposa também faleceu quando dava à luz (Roumi, 2015).

Tal perda foi um duro golpe nas suas convicções enquanto médico da altura, o que impulsionou a sua dedicação na busca de um método de tratamento que não recorre-se a fármacos e que fosse distinto do resto dos métodos que eram usados na época.

Still era muito culto e religioso, passou cerca de 30 anos a investigar e em 22 de Junho de 1874 apresentou a Osteopatia ao mundo, contudo desconhece-se porque é que escolheu o esqueleto como base de uma nova terapia com uma nova abordagem técnica.

Em 1892 fundou a primeira escola de Osteopatia, a American School of Osteopathy em Kirksville, Missouri (Trowbridge, 2012). Em 1897 conheceu John Martin Littlejohn, que se tornou seu aluno. De acordo com Wernham (1998) o trabalho de Still representou o maior avanço na história da medicina. Porém, embora fosse o fundador, só viu parte do potencial nas suas investigações. Foi o trabalho do seu melhor aluno (Wernham & Hall, 1998), Littlejohn que completou a filosofia Osteopática, iniciada por Still, e nos deu a documentação, os princípios, a técnica e a prática exercida como Osteopatia Clássica.

Still era defensor acérrimo da anatomia e da técnica. Littlejohn não concordava em absoluto com esta opinião, e defendia firmemente que as causas das afecções da funcionalidade do corpo ocorriam via SNS e stress gravitacional, sendo estes que suportam as linhas de força da gravidade. Isto é, os efeitos combinados das linhas estáveis de força e

o equilíbrio instável do provimento nervoso, com ênfase particular no SNS (Wernham & Hall, 1998).

Em 1913 Littlejohn levou o seu conhecimento Osteopático para Inglaterra e em 1917 fundou uma nova escola a British School of Osteopathy (BSO), onde durante vinte anos, se dedicou incessantemente ao ensino, e à clínica privada, em Buckingham Gate e em Dover Street, Piccadilly (Londres) (Wernham & Hall, 1998).

Littlejohn defendia que a lesão Osteopática é uma lesão fisiológica e não uma lesão anatómica. Pegando na Osteopatia de Still, “*submergiu-a com um banho de fisiologia*” (Wernham & Hall, 1998, p. 5); a sua visão ficou historicamente marcada na expressão: “*A fisiologia é a porta para entrarmos no grande campo da filosofia, técnica e prática da osteopatia.*” (Wernham & Hall, 1998, p. 6). Dedicado aos estudantes, trabalhou durante meio século, escrevendo, ensinando e praticando, afirmando-se um visionário.

Em 1928 Wernham recebeu o convite de Littlejohn para estudar Osteopatia. Em 1953 iniciou um estudo sobre a ciência mecânica na sua relação com o corpo humano, em 1956 publicou as suas conclusões, que teorizaram as linhas paralelas e não paralelas e o polígono de forças na relação com a linha de centro de gravidade.

Em 1985, Wernham fundou o Maidstone College of Osteopathy, dedicado a compartilhar os ensinamentos de Littlejohn. Em 1996 foi renomeado de The John Wernham College of Classical Osteopathy (JWCCO) em honra do seu fundador. Até à sua morte em 9 de Fevereiro de 2007, com quase 100 anos, Wernham estudou, exerceu, leccionou, deu conferências e criou uma biblioteca considerável de textos dos princípios, técnica e prática da osteopatia de acordo com os ensinamentos de seu mentor, Littlejohn. Até hoje a escola continua o legado que Wernham deixou da sua clínica, dos cursos pós-graduados em Osteopatia Clássica e da publicação dos seus textos.

Do JWCCO, derivou em 2015, o Instituto Português de Osteopatia Clássica (IPOC), para Portugal, em Torres Vedras, que promove o ensino da Osteopatia Clássica.

1.3. Osteopatia em Portugal

1.3.1. Definição do Enquadramento Legal.

Em Portugal muito recentemente foi regulamentada a lei que reconhece e regulamenta as Terapêuticas Não Convencionais, onde está inserida a Osteopatia, a Lei nº 45/2003 de 22 de Agosto, através da Portaria n.º 207-B/2014 de 8 de Outubro regula a Lei n.º 71/2013, de 2 de Setembro, onde o artigo 2 define que:

1 - A osteopatia é a terapêutica que tem como objetivo diagnosticar diferencialmente, tratar e prevenir distúrbios neuro-músculo-esqueléticos e outras alterações relacionadas, utilizando uma variedade de técnicas manuais e outras afins necessárias ao bom desempenho osteopático para melhorar funções fisiológicas e ou a regulação da homeostase que pode estar alterada por disfunções somáticas, neuro-músculo -esqueléticas e elementos vasculares, linfáticos e neuronais relacionados.

2 - A Osteopatia:

a) Tem uma abordagem sistémica dos cuidados prestados e baseia -se no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, na qual todas as partes estão interligadas e possui mecanismos inerentes de autorregulação e autocura;

b) Respeita a relação entre as diferentes dimensões do ser humano na saúde e na doença;

c) Enfatiza a integridade estrutural e funcional do corpo humano e a sua capacidade intrínseca para a autocura;

d) Dá especial atenção à biomecânica do sistema neuro-músculo- esquelético e à sua relação com a fisiologia do organismo;

e) Tem como componentes essenciais da intervenção o diagnóstico estrutural, o tratamento manipulativo e outros necessários ao bom desempenho osteopático (Português, 2014).

1.4. Definição de Osteopatia

Importa abordar as definições de três autores: Andrew Taylor Still, John Martin Littlejohn e John Wernham. Embora tenha evoluído com os tempos a Filosofia Osteopática tem sido definida de várias formas, fruto da evolução dos tempos. Na autobiografia de Still (1908, p. 403) assim vem descrita:

Legalmente é:

"Um sistema, método ou ciência da cura".

Historicamente:

A Osteopatia foi criada pelo Dr. A. T. Still, de Baldwin, Kansas, 1874, argumentando que: Um fluxo natural de sangue é a saúde; e doença é o efeito da perturbação local ou geral de sangue, que para excitar os nervos faz com que os músculos se contraíam e comprimam o fluxo do sangue venoso para o coração; e os ossos poderiam ser usados como alavancas para aliviar a pressão sobre os nervos, veias e artérias.

Tecnicamente:

A Osteopatia é uma ciência que consiste num conhecimento exato, exaustivo e determinável da estrutura e das funções do mecanismo humano, anatómicas, fisiológicas e psicológicas, incluindo a química e a física dos seus elementos conhecidos, como tornar detectável certas leis orgânicas e recursos curativos, dentro do próprio corpo, pelos quais a natureza, sob o tratamento científico peculiar da prática osteopática, diferente de todos os métodos comuns de estimulação estranhos, artificiais ou médicos, e em acordo harmonioso com os seus próprios princípios mecânicos, suas atividades moleculares e processos metabólicos, pode restabelecer-se de deslocamentos, de desorganizações, de perturbações e consequentes doenças, encontrando o seu normal equilíbrio de forma e função em saúde e força. (Still, 1908, p. 403).

A Osteopatia para Littlejohn tem a sua melhor definição na primeira publicação do "The Journal of the Science of Osteopathy" em 1900, descrita por este autor e por Still da seguinte forma:

Osteopatia é uma a ciência ou sistema de cura que enfatiza: a) O diagnóstico de doenças por meio de métodos físicos, com vista a descobrir não os sintomas mas as causas da doença, em ligação com a alteração dos tecidos, obstrução dos fluidos e interferências com os recursos nutritivos e as forças do organismo; b) o tratamento da doença por meio de manipulações científicas conectadas com a qual o osteopata mecanicamente usa e aplica os recursos inerentes do organismo para superar a doença e estabelecer a saúde, seja através da remoção ou correção de desordens mecânicas permitindo que a natureza recupere a parte afectada, pela produção e criação de condições antitóxicas e anti-sépticas para neutralizar condições tóxicas e sépticas do organismo ou das suas partes e pelo fornecimento e regulação das fontes nutritivas; c) a aplicação da mecânica e operação cirúrgica em ossos fraturados ou deslocados, reparação de lacerações e remoção de crescimentos anormais de tecidos ou elementos de tecido, quando estes se tornam perigosos para a vida orgânica (Wernham & Hall, 1998, p. 47).

Na visão de Littlejohn a Osteopatia não é uma ciência manipulativa mas sim uma ciência biológica (Wernham & Hall, 1998), na medida em que as substâncias que compõem o corpo não são químicas mas sim bioquímicas. Enfatiza para a importância da correta nutrição celular, via uma livre circulação de fluidos, em especial das células nervosas que são responsáveis pela correta troficidade de todos os tecidos, assente na correta transformação do protoplasma em bioplasma.

De acordo com Wernham (1980) a Osteopatia é uma ciência ou sistema de cura que enfatiza o diagnóstico de doenças por métodos físicos com o objectivo de descobrir, não os sintomas, mas as causas da doença, em conexão com as alterações do tecido, obstrução de fluidos e interferências com os recursos nutritivos e as forças do organismo. O tratamento da doença por manipulações científicas em relação ao qual o médico opera mecanicamente, usa e aplica os recursos inerentes do organismo para superar a doença e estabelecer, assim como remover ou conectar, desordens mecânicas, permitindo que a natureza recupere a parte enferma, ou produzir e estabelecer condições antitóxicas e anti-sépticas para neutralizar condições tóxicas e sépticas do organismo ou as suas partes, fornecendo e regulando os suprimentos nutritivos.

1.5. Os Princípios Básicos da Osteopatia Clássica

O corpo é um mecanismo vital que transporta as matérias-primas da natureza, e usa essas substâncias básicas na composição de novas substâncias e na preparação das forças. Não há nada que seja assimilado no corpo que não seja primeiro revitalizado, sendo que cada processo que ocorre no corpo é um processo vital, ou seja cada lesão que encontramos no corpo é uma lesão vital em relação à vitalidade do paciente, para que tal não ocorra, implica que cada parte do organismo seja provida com sangue e trofocidade neurológica (Littlejohn J. M., 1996).

1.5.1. Importa definir "O que é saúde?" e "O que é doença?"

Saúde implica o perfeito ajuste estrutural entre ossos, músculos, ligamentos, vasos sanguíneos, nervos, órgãos, sistemas e o meio ambiente interno e externo, através dos quais as relações vitais são expressas.

Em contraste com a saúde, temos o estado de “não saúde”. De acordo com Littlejohn (1996) isto significa a ausência das três condições de saúde, ou seja:

Uma correta condição anatómica. No estado de “não saúde” é o efeito de uma lesão do osso, músculo ou ligamento.

Harmonia fisiológica. No estado de “não saúde” é o efeito produzido por formas impróprias da dieta ou nutrição.

Higiene ambiental. No estado de “não saúde” pode ser o resultado da atuação de uma causa excitante ou deprimente.

No organismo ajustado, a base das funções vitais do corpo assenta na funcionalidade da circulação de sangue e a ação trófica dos nervos. Sangue e linfa, que pela sua composição e função fisiológica, são responsáveis pela reposição nutricional, tal como a eliminação de resíduos metabólicos e micro-organismos invasores, sustentado no sistema de vasos regulados pelas leis da física que denominamos de "física fisiológica" (Littlejohn J. M., 1996).

A trofocidade do nervo está dependente do sangue, e o sangue está dependente da trofocidade do nervo (Snell, 2010). Os processos construtivos estão sob os cuidados dos

processos vitais que são regulados pela medula e SNC, e os processos destrutivos estão sob os cuidados das glândulas que formam uma parte do sistema metabólico. Desta forma uma lesão é algo que interfere com a livre circulação do sangue, enquanto fluido, e a troficidade do nervo, enquanto condutor de força.

É esta interferência que está correlacionada com a condição anormal dos tecidos como ossos, músculos, ligamentos, órgãos, sistemas e todos os tecidos do corpo humano. O espessamento e endurecimento dos músculos ou ligamentos é a lesão mais comum na base da obstrução, a mesma condição pode ser encontrada em qualquer lugar sobre a superfície ou profundidade do corpo (Littlejohn J. M., 1998).

Estas lesões que acabam por irritar e criar estados de obstrução e desnutrição dos vasos sanguíneos e nervos em áreas específicas, como articulações, órgãos, Sistema Nervoso (SN) ou do corpo no geral, criando a chamada "patologia de reação anormal" em algumas das atividades funcionais, mas quando isto perdura por muito tempo, o resultado são alterações mórbidas ou o início da morte de tecidos, baseadas numa condição obstrutiva ou irritativa que produz diretamente uma irritação ou inflamação, assim seria mais ajustada a designação de estado hiper-fisiológico ou sub-fisiológico (Littlejohn J. M., 1996). De acordo com o referido, não há nenhuma linha divisória entre etiologia e patologia, visto que a verdadeira patologia está na reação anormal e não na anatomia mórbida (Wernham & Hall, 1998). De acordo com Wernham e Hall (1998) basicamente têm três origens:

- 1 Podem estar associadas a traumatismos na infância e juventude.
- 2 Continua tensão e pressão produzida pelo trabalho físico, que inclui agressões sobre os tecidos corporais relacionados com a postura (sentado, caminhando, deitado, etc.). Numa primeira fase são produzidos ligeiros desvios nos tecidos, mais tarde desenvolvem-se lesões marcantes.
- 3 Pela exposição às mudanças climatéricas e higiene ambiental, que ao unir-se com os outros fatores originam endurecimento, espessamento, contração e ou relaxamento dos músculos e ligamentos, este estado permanecendo pode resultar em alterações das relações estruturais e consequentemente funcionais.

Um aspeto de importância vital para a Osteopatia é a forma como a bacteriologia e o sangue se correlacionam. De acordo com Bechamp (Grasset, 1913) o problema não é a existência ou não de germes, mas sim, o lugar que ocupam no campo patológico e como é que o corpo humano reage ao germe. Para Still (1902) Littlejohn (1996) e Bechamp (Grasset, 1913) antes do germe encontrar uma possibilidade de alojamento no corpo, este apresenta-se enfraquecido ou depauperado, manifestado por três estados híper-fisiológicos:

1. Perversão da função
2. Neurose
3. Desnutrição

As bactérias surgem pelo estado de desnutrição, como resultado do efeito ou produto dos processos bioplásmicos e nutrições pervertidas. Os germes originam-se no Bioplasma degenerado (Wernham & Hall, 1998). O tipo de germe é determinado pela natureza da desnutrição. Assim, devemos ter em mente que:

1. O sangue puro é o germicida perfeito,
2. As células do tecidos saudáveis são os agentes fagolíticos mais ativos para a destruição dos germes,
3. Um organismo reajustado, incluindo o reajuste de todas as atividades estruturais e do ambiente, é o único campo de batalha favorável para a destruição e eliminação de germes e suas toxinas.

De acordo com Still (1902) Littlejohn (1996) e Bechamp (Grasset, 1913), provêm duas grandes ideias que devem permanecer para elucidar a bacteriologia moderna:

1. O sangue humano é o único germicida natural para o ser humano.
2. O reajuste do organismo é a única fundação possível para o desenvolvimento de sangue puro.

De acordo com Still (1902) o corpo usa os seus próprios recursos nativos para se auto-curar. Desta forma, e de acordo com Wernham (1996), o princípio subjacente à terapêutica manipulativa é estabelecer a liberdade dos fluidos e as forças do corpo

eliminando a obstrução, irritação e pressão, em relação a todas as partes do organismo, aplicando o ajuste do corpo:

Em primeiro lugar devem ser relaxados os tecidos moles, os músculos contraídos, encurtados e espessados, e os ligamentos, fâscias e cartilagens espessados e tensos deve ser restituída a elasticidade.

Em segundo lugar, os tecidos duros, incluindo ossos, cartilagens e tendões, devem ser retificados, assente nos princípios da mecânica articular. Estes representam a moldura sólida da estrutura de um corpo, bem como influenciam o funcionamento dos fluidos e as forças que atravessam as estruturas inter-relacionadas.

Acalmar a irritação dos tecidos hiperativos através da inibição com incidência sobre os centros nervosos (Littlejohn J. M., 2007).

Estimulação dos tecidos inativos ou debilitados através da ação sobre dos centros nervosos (Littlejohn J. M., 2007).

Estabelecimento de correntes livres e ininterruptas de vitalidade, ajustando todo o organismo e adaptando o corpo ao seu ambiente e vice-versa (Littlejohn J. M., 2007).

Em consonância depararemos que a congestão, inflamação e degeneração (os três grandes capítulos em patologia) estão associados com a insuficiência de drenagem venosa periférica ao SNC ou de drenagem de fluido cérebroespinal do SNC (Littlejohn J. M., 2007).

A Neurologia ensina-nos que todos os órgãos e tecidos, de alguma forma, estão conectados com o cérebro, medula espinhal, nervos espinhais e os seus ramos ou sistema simpático e seus ramos (Snell, 2010). Portanto, uma falha na receção de impulsos vitais em qualquer parte do corpo implica uma lesão específica, obstrução ou irritação. Isto deve-se as perturbações da circulação que têm como base a obstrução, esta, por sua vez, é a base geral de qualquer estado patológico. A irritação, a obstrução ou a pressão são devido a algum tipo de lesão estrutural ou de atividade (Still, 1902; Littlejohn J. M., 2007).

Os reflexos neurológicos existentes entre a coluna e os órgãos são úteis no diagnóstico, porque qualquer diminuição ou perda do reflexo envolve alteração ou perda da condutividade, mesmo que o centro continue intacto. Isto implica que, a origem de

todas as condições anormais que levam à doença estejam localizadas na via de condução sensorial, que é a via principal de comunicação e estimulação (Littlejohn J. M., 1996).

Para o Osteopata, é de importância maior o conhecimento da natureza dos reflexos neurológicos que se manifestam nas estruturas esqueléticas de modo a interpretar a sintomatologia apresentada quer sejam disfunções músculo esquelética quer sejam viscerais, neurológicas, circulatórias ou mesmo psíquicas.

Este princípio remete-nos para a importância da lei de Head que no diagnóstico nos permite localizar a área interna da condição patológica e, ao mesmo tempo a sua expressão superficial, quer pela dor quer pela sensibilidade, especialmente nos músculos e tecidos moles em torno e ao longo dos centros da coluna vertebral na região envolvida (Littlejohn J. M., 1998). Esta diz que:

Quando um estímulo doloroso é aplicado a uma área de baixa sensibilidade que tem uma estreita ligação central com um ponto de alta sensibilidade, a dor produzida é sentida no último, em vez da zona de menor sensibilidade onde foi realizado o estímulo. O oposto também é possível (Littlejohn J. M., 1998, p. 80) .

Juntamente com a lei de Head a lei de Hilton tem um papel fundamental na compreensão, diagnóstico e tratamento osteopático na medida que refere que os músculos cutâneos de uma coluna vertebral são providos de fibras neurológicas eferentes da mesma raiz que as fibras viscerais, articulares ou vasculares eferentes. Deste modo, quando um segmento vertebral apresenta alterações de tecido ou da mobilidade reporta para a sintomatologia relacional de todas as estruturas e vísceras, e a sua relação com o aparelho músculo-esquelético e pele (Littlejohn J. M., 1998). De acordo com estas leis:

Uma lesão representa um desajuste manifestado pela inervação sanguínea e nervosa na relação dos tecidos moles, músculos e a fáscia, com especial ênfase para os ossos, por suportarem e protegerem os tecidos moles, órgãos e sistema nervoso, assegurando a sua cooperação mecânica-fisiológica (Littlejohn J. M., 1998, p. 83).

1.6. Terminologia

Sendo a Osteopatia uma ciência e uma arte, obedece às suas definições terminológicas, como em qualquer ciência ou arte, são de importância extrema para a contextualização e compreensão da sua linguagem, pensamento e expressões aplicadas.

De acordo com Waldman Manipulação é “*o uso ativo das mãos sobre a anatomia do corpo com o objectivo de facilitar mudanças na estrutura e funções deste*” (Waldman, 2013, p. 21). Segundo Waldman (2013) existem várias formas ou métodos manipulativos e sugere a seguinte terminologia para a Osteopatia Clássica:

1.6.1. Técnicas não manipulativas

Outros métodos manuais como a hidroterapia ou técnicas de aplicação manual suave com produtos de mínima interferência, mudança ou resposta, como óleos e cremes.

1.6.2. Técnicas Manipulativas.

1.6.2.1. Ajuste.

É o princípio supremo da osteopatia. Incide nas inter-relações de todo o corpo, tem como fundamento a tentativa de coordenar e correlacionar todos os mecanismos do corpo, bem como o indivíduo ao seu meio ambiente. Internamente procura o ajuste / coordenação do órgão com o órgão, do tecido duro com o tecido mole, do tecido duro com o tecido mole mediado pelos tecidos moles, dando primazia à mobilidade em vez de posição anatómica.

1.6.2.2. Ajuste vertebral.

Baseia-se no restabelecimento normal das relações funcionais entre segmentos vertebrais, tendo em consideração as alterações na estrutura das partes, tais como alterações degenerativas de cartilagens e ligamentos, devido à tentativa do corpo manter a integridade da articulação que acaba por estar em sobrecarga compensatória.

1.6.2.3. Correção.

Termo utilizado não no sentido de algum realinhamento anatómico, mas sim como um processo de coordenação, por outro lado qualquer esforço de correção é improvável que perdure por muito tempo, a não ser que os tecidos do corpo e a vitalidade se

apresentem suficientemente fortes para o fazer. É um processo que requer tempo e paciência, na lesão mais recente, é necessário melhorar a saúde ou a resposta imunológica de todo o corpo, de modo a influenciar as alterações histopatológicas locais.

O ajuste/correção vertebral não é a prioridade e nada tem de “empurrar ossos” de um ponto para outro, nem a utilização de impulso de alta velocidade e curta amplitude com a inevitável lesão ou rotura de estruturas muitas vezes fragilizadas anatomicamente.

Deslocamento e reposição são simplificações respeitantes às relações funcionais e anatómicas do corpo, mas diferente de fraturas ou luxações. Todo “deslocamento ou reposição” só pode ser realizado, quando referenciado ao eixo de simetria e linha central de gravidade do corpo seja a coluna vertebral ou as vísceras internas.

1.6.2.4. Articular.

É considerado o melhor método de adaptação de estruturas. Aplica-se ao osso, músculo, cartilagem, órgãos, vasos sanguíneos, linfáticos e nervos. Não causa lesões nos tecidos e órgãos, porque assenta no princípio da mobilidade rítmica que é a base da vida de relação dos tecidos.

1.6.2.5. O tratamento específico e geral.

O termo "geral" não significa vago ou impreciso. Consiste na análise e tratamento de precisão e especificidade em todo e qualquer tecido específico e do corpo no geral.

No "tratamento específico", o diagnóstico e tratamento é limitado a uma pequena área articular. No "tratamento geral" o corpo é visto como um mecanismo articular geral.

1.6.2.6. Mobilização.

A tentativa de induzir e incentivar o movimento.

1.6.2.7. Mobilização específica.

Movimento dirigido para um tecido ou um órgão específico.

1.7. Definição de TOAC - Tratamento Osteopático de Ajuste do Corpo

O princípio da osteopatia, embora que ainda colocado em questão por algumas escolas, é uma questão de ajuste corporal e não do ajuste ósseo. Qualquer desajuste, estrutural, ambiental ou tóxico está sob a etiologia Osteopática e deve-se aplicar a correção dos campos afetados.

John Wernham (Littlejohn J. M., 1998) define o “Body Adjustment”, ou em português TOAC, de uma forma muito explícita:

“A verdade é que o tratamento geral, o ajuste do corpo, o tratamento completo, ou qualquer nome que seja escolhido, é a estrutura da nossa manipulação e exige a nossa máxima atenção em cada fase do procedimento. A técnica utiliza a alavanca longa e trata conjuntamente todos os tecidos, com especial ênfase apenas onde é necessário. O método é deliberadamente rotineiro, a fim de garantir que nada é esquecido no diagnóstico e, além disso, para determinar o ritmo perdido que tantas vezes falta no paciente. A influência do membro é poderosa e põe em jogo cada inserção muscular na coluna e na pélvis, contudo o efeito é delicado, suave e relaxante. O objetivo é a recuperação do meio ambiente interno e, assim, fornecer as condições essenciais para a recuperação do estado da lesão. Sem esta preparação, o efeito corretivo da correção da coluna é limitada e de curta duração; de facto, em muitos casos o ajuste geral do corpo será suficiente para que a natureza faça a recuperação sem qualquer trabalho local, ou específico. Mas, talvez, o aspeto mais importante, e o argumento mais importante no apoio desta técnica tradicional, encontra-se nos efeitos a longo prazo que são a estabilidade e resistência ao stress. Por fim, deve ser dito que, embora a técnica seja efetuada livremente e vagamente, deve ser precisa e exata na sua execução.” (Littlejohn J. M., 1998, p. 77)

A ciência Osteopática depende da fisiologia para a explicação dos seus princípios. A mera manipulação de ossos, músculos, ligamentos, etc. não tem valor terapêutico em si mesmo. A manipulação Osteopática ou ajuste, baseia-se no princípio de que a manipulação física se converte num processo fisiológico, tanto na função como na atividade (Littlejohn J. M., 1996).

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

Atualmente, a síndrome é definida como PHDA, foi considerada a mais apropriada porque a hiperatividade é o sintoma comum desta perturbação, sendo esta nomenclatura altamente difundida nos meios escolares, psicologia, neurologia, neuropediatria e psiquiatria. Apesar das características se assemelharem nos diferentes sistemas de classificação utilizados hoje em psiquiatria, a nomenclatura diferencia-se entre o DSM- IV e V-TR (Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais, APA - American Psychiatric Association) e o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças - World Health Organization, Europa). No primeiro é denominado de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção e no segundo como Transtornos Hipercinéticos. Actualmente os dois manuais tendem a aproximar-se relativamente aos critérios de diagnóstico (Banaschewski, et al., 2015). No caso da PHDA considera-se que para haver lugar a diagnóstico, basta existirem problemas numa das áreas definidas (Hiperatividade, atenção e impulsividade), enquanto no que se refere ao Distúrbio Hipercinético deverão registar-se problemas em todas as áreas.

Neto (2014) e Banaschewski (2015) referem que a PHDA afeta 5,3% das crianças do primeiro e segundo ciclo em todo o mundo, tendo maior prevalência nos rapazes do que nas raparigas. Não se deve confundir com a conduta normal sempre viva de uma criança saudável. A criança com PHDA demonstra sempre padrões anormais de comportamento durante algum tempo, pode ser agitada, incapaz de estar quieta mais do que alguns minutos, distraída e impulsiva. Para Feinstein (2006), a PHDA é a perturbação neuro-comportamental mais diagnosticada entre as crianças em idade escolar. Manifestando-se, marcadamente, por dificuldades de aprendizagens e em perturbações do comportamento. Segundo Cruz (2008) e Neto (2014), os sintomas variam de leves a graves e podem incluir problemas de linguagem, memória e habilidades motoras. Embora a criança com PHDA tenha muitas vezes uma inteligência normal ou acima da média, o seu rendimento é inferior ao esperado e o seu estado é caracterizado por problemas de aprendizagem e comportamento. Para Parker (2006) os professores e pais da criança hiperativa devem saber lidar com a falta de atenção, impulsividade, instabilidade emocional e hiperatividade incontrolável da criança, e propõe algumas estratégias para pais e professores melhor gerirem a vivência com a criança com PHDA, recorrendo a tabelas de valores, estratégias de disciplina e recompensas.

2.1. Definição PHDA

De acordo com DSM-IV e V-TR (Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais, APA-American Psychiatric Association,) e o CID10 (Classificação Internacional de Doenças - World Health Organization, Europa) a perturbação é definida como desordem psiquiátrica caracterizada por desatenção/falta de concentração e impulsividade/hiperatividade persistentes comparativamente a crianças do mesmo grau de desenvolvimento, tendo impacto significativo no rendimento académico, social ou laboral (Banaschewski, et al., 2015; Neto, 2014).

Os sintomas principais são:

- Desatenção
- Hiperatividade
- Impulsividade

Estes sintomas devem:

Manifestar-se desde tenra idade, nos critérios CID10 antes dos 6 anos, nos critérios DMS-IV era os 7 anos, presentemente nos critérios do DSM-V são os 12 anos (Machado, Caye, Frick, & Rohde, 2015, p. 10).

Ocorrer pelo menos em dois destes cenários: casa, escola e vida social.

Causar interferência significativa nos cenários onde está presente.

2.2. Etiologia

As causas da hiperatividade são multifatoriais. De acordo com Neto (2014) e Banaschewski (2015) pensa-se que a etiologia esteja ligada a fatores neurobiológicos, genéticos/hereditários e ambientais. Garcia (2001) e Cruz (2008) afirmam que a PHDA não se deve a maus cuidados, abusos, televisão excessiva ou causas alimentares.

De uma forma muito geral, hoje é aceite entre a comunidade científica que as causas da PHDA são atribuídas mais a fatores endógenos do que a exógenos, ou seja, está mais ligada a fatores internos do próprio indivíduo do que a fatores do meio. A PHDA parece depender muito mais de anormalidades do desenvolvimento do cérebro, decorrentes de fatores hereditários, do que de fatores ambientais (Banaschewski, et al., 2015). Muitos estudos sobre a atividade cerebral de crianças e adultos hiperativos evidenciam uma diminuição na área pré-frontal do córtex.

Segundo Barkley (Camargos & Hounie, 2005), esta disfunção no córtex pré-frontal é responsável pela inibição das funções executivas, nomeadamente as funções da memória a curto prazo, demarcando as características básicas da PHDA, como o comportamento desajustado, a não-aceitação ou rejeição de regras e falta de motivação.

De acordo com Lopes (2003), essa diminuição é visível ao nível da atividade elétrica do cérebro, a qual deve ser aumentada através da utilização de estimulantes (Schaughency & Hynd, 1989 cit por (Lopes, 2003)) e ao nível do fluxo sanguíneo, particularmente no núcleo caudado (Lou HC, 1984 cit por (Lopes, 2003)), parte integrante do corpo estriado. Sabe-se que este desempenha uma importante função de inibição comportamental e na manutenção da atenção. Verifica-se uma imaturidade no desenvolvimento do cérebro, em que as áreas cerebrais responsáveis pelo controlo e manutenção da atenção se encontram menos ativas.

De acordo com Barkley (2006) e Lopes (2003) os estudos efetuados na área da PHDA apontam para múltiplas etiologias, entre as quais se destacam os fatores neurológicos, as toxinas ambientais, os fatores genéticos, os fatores ambientais, os fatores psicossociais e um fator complexo que é a presença de várias co-morbidades, assim como a persistência do PHDA na adolescência e vida adulta, conferindo uma heterogeneidade genética (Camargos & Hounie, 2005).

2.3. Causas e Fatores

A hiperatividade foi considerada por muitos autores como uma disfunção orgânica, porque envolve diversas áreas do cérebro. Vários especialistas verificaram haver um desequilíbrio neuroquímico cerebral, um colapso no sistema de comunicação do cérebro, provocado pela produção insuficiente de neurotransmissores (dopamina, noradrenalina) em certas regiões do cérebro que são responsáveis pelo estado de vigília, atenção e controle das emoções. Esta desorganização bioquímica leva a modificações neurofisiológicas que acarretam alterações do sono, distúrbios de atenção (Pennington, 1991; Parker H. , 2006)

Há múltiplas classificações que descrevem os fatores que contribuem para o desenvolvimento da PHDA, Melo (2003) propõe uma divisão dos diferentes fatores que contribuem para o desenvolvimento desta perturbação, assim temos:

2.3.1. Fatores preditivos.

Englobam-se todas as variáveis que surgem nas crianças antes do momento do diagnóstico formal, isto é, dos 2, 3 anos de idade.

Temperamento do bebé, interação entre pais e filho e anomalias físicas no recém-nascido.

Desde as seis semanas de idade, o bebé começa a apresentar as primeiras tendências e sinais de temperamento, isto é, alguma consistência no seu estilo para lidar com o mundo que o rodeia (Brazelton, 2006). A partir dos sete meses, podemos avaliar a sua forma de agir, no sentido de verificar se determinada reação é ou não previsível naquela criança.

Chess e Thomas (1986) referem nove dimensões a analisar ao nível do temperamento de um bebé:

1. Nível de Atividade.
2. Ritmo.
3. Aproximação e Afastamento.
4. Adaptabilidade.
5. Intensidade.

6. Limiar de estimulação.
7. Humor.
8. Distração.
9. Tempo de Atenção e Persistência.

Friedman e Doyal (1992) estudaram estas características tentando identificar as que pareciam ter um maior carácter preditivo da PHDA. Segundo os autores, seriam sobretudo as dificuldades no trato destas crianças que levariam aos problemas futuros. Outros autores (Silverman & Ragusa, 1992; Olson, Bates, & Bayles, 1990) corroboram esta ideia, apontando o estilo de interação entre pais e filhos, sobretudo numa fase bastante precoce, como estando na origem de um desenvolvimento normal da auto-regulação e do autocontrolo. Um outro aspeto preditivo seria a existência de pequenas anomalias na aparência física do recém-nascido e que estariam associadas não só à ocorrência da PHDA, bem como a outras desordens psiquiátricas (Quinn & Rapport, 1974, cit. por (Melo, 2003)).

2.3.2. Fatores de prognóstico.

Englobam-se as diferentes variáveis analisadas no decorrer do desenvolvimento da própria perturbação.

De acordo com Melo (2003), os fatores de prognóstico podem ser agrupados segundo três categorias:

1. Fatores de natureza individual
2. Fatores associados à situação familiar
3. Fatores associados ao tratamento

Nos fatores de natureza individual, podemos identificar as situações de comorbilidade com outras perturbações, como a Perturbação da Conduta, os Comportamentos de Oposição, Dificuldades de Aprendizagem e outras Perturbações de Ansiedade e Humor (Goldstein & Goldstein, 1998; Lopes, 2004; Mcardle, 2007; Pereira, Fonseca, Fernandes, Simões, Oliveira, & Rebelo, 1998). Torna-se fundamental prestar uma atenção especial ao processo de diagnóstico diferencial, no sentido de clarificar a natureza

das dificuldades e assim identificar a forma de intervenção mais adequada (Lopes, 2004; Mcardle, 2007; Pereira, Fonseca, Fernandes, Simões, Oliveira, & Rebelo, 1998).

Diferentes estudos evidenciam que o Quociente de Inteligência (Q.I) (Melo, 2003) tem um forte poder preditivo, visto que indivíduos com níveis de Q.I. mais baixos tendem a apresentar mais dificuldades e maior grau de inadaptação ao nível académico, ao nível comportamental, maior presença de perturbações de ansiedade e pior utilização de psicotrópicos e psicostimulantes (Pearson et al.,1996 cit. por (Melo, 2003) e (Goldstein & Goldstein, 1998).

No que diz respeito ao contexto familiar, verifica-se que apesar das variáveis associadas não surgirem como uma causa desta perturbação parece ser um factor agravante, logo, condicionante do prognóstico da mesma (Lopes, 2004; Johnston & Mash, 2001; Goldstein & Goldstein, 1998). Desta forma, uma maior prevalência de depressão , de alcoolismo, outras perturbações psiquiátricas e comportamentos antissociais existentes nas famílias destas crianças, poderá levar a uma desorganização maior em termos familiares, uma maior inconsistência do estilo educativo que por consequência poderia conduzir a um agravamento da perturbação já existente (Lopes, 2004).

Um estudo realizado em 2000 por Hoza e colaboradores cit. por (Melo, 2003), avaliou uma amostra de pais de crianças com PHDA que se encontravam a receber intervenção multimodal. Este estudo tentou analisar um conjunto de crenças que estes pais possuíam acerca de si próprios, dos seus filhos com PHDA e do seu estilo parental, bem como uma escala de autoavaliação acerca do recurso a disciplina disfuncional. Foi verificado que o recurso a esse estilo disciplinar estava fortemente relacionado com uma pior resposta à intervenção. De igual forma, também crenças de baixa autoestima, crenças de baixa autoeficácia parental, baixa tolerância perante a falta de empenho dos seus filhos, bem como um humor negativo, também tendiam a ser indicadores de um pior prognóstico na resposta ao tratamento.

2.3.3. Fatores de risco e de proteção.

Englobam-se as diferentes variáveis referidas de forma tradicional como estando na origem ou etiologia desta perturbação

2.3.4. **Fatores de risco pré-natais e perinatais.**

Nicholson e Chen cit. por (Melo, 2003) evidenciam relações entre o desenvolvimento de PHDA e a existência de baixo peso à nascença. Outros estudos evidenciam também relações entre a PHDA e a idade da mãe, o mês de nascimento, a duração do trabalho de parto e o Apgar ao primeiro minuto, bem como a prematuridade do nascimento. Com menos evidência surgem também estudos que evidenciam o carácter predito do consumo de tabaco e de álcool durante a gravidez (Banaschewski, et al., 2015; Neto, 2014).

2.3.5. **Fatores ambientais.**

Para além dos efeitos do consumo de substâncias no decurso da gravidez, a exposição ao chumbo tem também sido alvo de atenção por parte dos investigadores. Barkley (2002) refere-se a um estudo de 1976 em que cerca de 36% de crianças com elevados níveis de chumbo no organismo foram classificadas pelos seus professores como “*desatentas, distraídas, impulsivas e hiperactivas*” (Barkley A. R., 2002, p. 88)

2.3.6. **Fatores de risco neurológicos e neuropsicológicos.**

Primariamente na investigação, percebeu-se que as crianças com PHDA, tendiam a apresentar um comportamento muito idêntico a indivíduos com lesões na área frontal do cérebro (Montes, Ricardo-Garcell, Alcántara, García, & al., 2009). Esta área seria a responsável pela inibição do comportamento, persistência da atenção, autocontrolo e planificação do futuro e o comprometimento da mesma parecia justificar a sintomatologia característica da PHDA (Lopes, 2004; S. Monteiro & Filho, 2005).

A investigação dirigiu-se sobretudo para estudos ao nível da bioquímica cerebral, da estrutura e atividade cerebrais dos indivíduos com PHDA.

Diferentes estudos sugerem uma deficiência ao nível dos neurotransmissores, nomeadamente a dopamina e a noradrenalina, responsáveis pelas funções executivas (Montes, Ricardo-Garcell, Alcántara, García, & al., 2009). Ao nível de estudos de neuroimagem, apresentavam um menor fluxo sanguíneo e metabolismo nestas zonas, que se traduzia num comprometimento do funcionamento cognitivo normal (Banaschewski, et al., 2015; Neto, 2014). Além disso, regiões cerebrais tais como o corpo caloso, diversas

estruturas nos gânglios da base e cerebelo, tendiam a ser significativamente menores em crianças com PHDA quando comparadas com outras crianças (T. Sigi Hale, 2014).

2.3.7. **Fatores genéticos.**

Estudos mais recentes foram realizados com gémeos e famílias de adopção e confirmaram o papel da hereditariedade na explicação de cerca de 50 a 70 % dos casos de PHDA (Lopes, 2004) As mais recentes investigações apontam para identificarmos a PHDA como um distúrbio neurológico determinado por fatores (Banaschewski, et al., 2015; Neto, 2014)

2.3.8. **Fatores familiares.**

A maioria da investigação realizada aponta para que os pais com crianças com PHDA tendem a apresentar um estilo educativo menos permissivo, a serem mais punitivos e a dar mais orientações do que os outros pais (Johnston C. M., 2001; Lopes, 2004; Winsler A. , 1998; Winsler A. D., 1999). No entanto, a direcção primária dos efeitos é sobretudo da criança para os seus pais e não tanto o inverso ((Johnston & Mash, 2001).

2.3.9. **Outros fatores.**

Procurou -se analisar a relação entre o *ver televisão* na infância e a existência de problemas de atenção na adolescência, através de um estudo longitudinal (Landhuis, 2007). A estimativa do tempo de exposição à televisão foi efectuada aos 5, 7, 9 e 11 anos, e os problemas de atenção foram avaliados por pais e professores aos 13 e 15 anos. Verificou-se relação da média de horas a ver televisão durante a infância e os problemas de atenção na adolescência.

Analogamente à sobredosagem vitamínica, desequilíbrio no sistema vestibular e excessiva televisão, a evidência científica tende a rejeitar tais suposições (Lopes, 2004).

Relativamente à alimentação, particularmente nos anos 70, 80, foi lançada a ideia de que a PHDA seria provocada pela ingestão de determinados produtos e aditivos nos alimentos. No entanto, estudos realizados (Kavale, 1983) conseguiram contrariar a ideia de que a privação de determinados alimentos tivesse algum tipo de eficácia no tratamento desta perturbação. Recentemente Niederhofer (2011) estudou 67 sujeitos dos 7 aos 42 anos com PHDA e verificou quantos seriam intolerantes ao glúten ou seja celíacos, encontrou

10 positivos. Após 6 meses de uma dieta sem glúten foi verificado por eles e pelos seus pais uma melhoria significativa dos sintomas da PHDA, então sugeriu que passasse a ser um item de avaliação a incluir no diagnóstico inicial.

2.4. Diagnóstico da Perturbação PHDA

2.4.1. Critérios.

Critérios adicionais segundo o DSM-IV-TR, para assegurar a precisão do diagnóstico, os sintomas têm de obedecer a certos critérios de avaliação:

- a. Persistem há pelo menos seis meses;
- b. Surgem antes dos sete anos;
- c. Presentes em mais de um contexto casa, escola, trabalho;
- d. Claramente inapropriados e inconsistentes à idade e ao nível de desenvolvimento da criança;
- e. Provocam compromisso significativo nas atividades sociais, académicas ou ocupacionais;
- f. Não ocorrem exclusivamente durante a evolução de perturbações do espectro autista, de esquizofrenia ou de outra doença psicótica ou mental.

2.4.2. Subtipos.

De acordo com a classificação de DSM-IV-TR (APA, 2002), verificamos que a diminuição da atenção, a hiperatividade e a impulsividade constituem os sintomas principais da PHDA, desta forma a criança pode pertencer a um de três subtipos:

1. Predominantemente Desatento, seis ou mais sintomas de falta de atenção, mas menos que seis sintomas de hiperatividade-impulsividade.
2. Predominantemente Tipo Hiperativo/Impulsivo, seis ou mais sintomas de hiperatividade / impulsividade, mas menos que seis sintomas de falta de atenção.

3. Tipo Misto, seis ou mais sintomas de falta de atenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade / impulsividade.

Visto que este trabalho se basear no estudo de crianças do ensino básico com PHDA, com menos de 12 anos (Machado, Caye, Frick, & Rohde, 2015, p. 10), optou-se pelos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR que se apresentam no Quadro 1:

<p style="text-align: center;">Critérios de Diagnóstico da PHDA, adaptados do DSM-IV-TR (APA, 2002)</p> <p>Déficé de atenção: 6 sintomas, inadequados para o nível de desenvolvimento, por período superior a seis meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comete erros grosseiros por falta de atenção;• Tem dificuldade em manter-se concentrado;• Parece não ouvir;• Frequentemente não segue instruções ou conclui atividades iniciadas, sem que isto se deva a falta ou déficé de compreensão;• Tem dificuldade para organizar-se ao realizar tarefas escolares ou atividades domésticas;• Evita com frequência envolver-se em atividades que requerem atenção concentrada; Perde frequentemente objetos ou materiais necessários para a realização de atividades;• Distrai-se com facilidade;• É “esquecido”. <p>Hiperatividade: 6 sintomas inadequados, para o nível de desenvolvimento, por período superior a seis meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Frequentemente irrequieto, agitado, mexe mãos e pés;• Levanta-se da carteira ou sai da sala de aula com frequência, tem dificuldade em permanecer sentado por períodos mais longos de tempo;• Realiza atividades motoras inadequadas, “perigosas”, subindo nos lugares, correndo;• “Barulhento”, tem dificuldade em realizar atividades em silêncio;• Parece constantemente “ligado”, “a mil por hora”;• Frequentemente fala demais. <p>Impulsividade:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tem dificuldade para aguardar sua vez em atividades realizadas em grupo;• Dá respostas antes que as perguntas tenham sido completamente formuladas;• “Intromete-se” nas atividades dos outros.

Quadro 1 - Critérios de Diagnóstico da PHDA, DSM-IV-TR (APA, 2002)

2.5. Comorbidades

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002), é comum verificar-se, nas crianças diagnosticadas com PHDA, a coexistência de um outro distúrbio de cariz psiquiátrico daí a existência de comorbidades. De acordo com muitos autores (Ribeiro, 2014) apresentamos as mais frequentes:

- Perturbação do Comportamento Desafiante (50%);
- Transtorno Desafiador de Oposição - TOC (até 84%);
- Transtorno de Conduta – TC (15 a 56%);
- Perturbações Depressivas (3% a 75%);
- Transtorno da Ansiedade (10% a 50%);
- Transtorno Bipolar (12%);
- Dificuldades de Aprendizagem – dificuldades de leitura, dificuldades de cálculo, dificuldades de escrita (10%);
- Baixa coordenação motora;
- Distúrbio do sono;
- Dificuldades de relacionamento interpessoal.

2.6. Estudos Osteopáticos Realizados no Domínio na PHDA

Num estudo realizado em Itália (Accorsi, et al., 2014), definiu-se como objetivo avaliar a eficácia do Tratamento Manual Osteopático (OMT) em crianças com PHDA e com a seguinte distribuição: 14 crianças intervencionadas com OMT e outras 14 crianças em grupo de controlo. Constataram que embora tenham sido realizados vários estudos sobre a eficácia de terapias não convencionais em crianças com PHDA, poucos estudos investigaram especificamente a eficácia da OMT. A sua conclusão final foi: o OMT pode melhorar o desempenho de atenção seletiva e sustentada em crianças com PHDA controlada. É necessária mais pesquisa que fundamente e esclareça o papel do OMT na gestão da PHDA (Accorsi, et al., 2014).

Birgit Hubmann (2006), realizou um estudo clínico, sob o tema “ The influence of Osteopathy on ADHD”. Estudou 30 indivíduos com a seguinte distribuição: 15 indivíduos num grupo experimental e outros 15 indivíduos num grupo de controlo. Como objectivo inicial quis verificar a redução dos sintomas da PHDA pela realização de um tratamento geral osteopático específico para cada indivíduo. Concluiu que os resultados foram favoráveis e considerou adequado dizer que o OMT tem uma influência muito positiva sobre o estado geral do paciente, e conseqüentemente, melhoria dos sintomas de PHDA. (Hubmann B. , 2006)

Viola Frymann (1976) publicou um estudo sobre as dificuldades de aprendizagem das crianças vistas à luz do conceito osteopático. Ela estudou crianças em idade escolar com dificuldades de aprendizagem por um período de dez anos. Assim, formulou três perguntas:

O nascimento e desenvolvimento inicial têm qualquer influência sobre as crianças no que diz respeito aos problemas de aprendizagem?

As crianças com problemas de aprendizagem têm um padrão traumático específico no mecanismo craniossacral?

Houve algo significativo no período em que o trauma surgiu?

De entre as crianças com problemas de aprendizagem, ela encontrou a existência de um maior número de complicações no parto e acidentes, bem como disfunções da

Sincondrose Esfeno Basilar (SEB). Padrões traumáticos podem ocorrer tanto em crianças com e sem problemas de aprendizagem.

Num outro estudo, Frymann (1992) comparou dois grupos de crianças com idades compreendidas entre os 18 meses e os 12 anos, com e sem problemas ou atrasos neurológicos durante mais de 3 anos: um grupo composto por crianças que estavam à espera de ser tratados em clínica, e um grupo de crianças que foram intervencionadas com OMT. Descobriu que houve uma melhora significativa no desempenho neurológico, incluindo o desempenho escolar, nas crianças que tinham sido tratadas, em comparação com aquelas que não foram (Frymann, Carney, & Springall, 1992). Além disso, afirmou que o tratamento osteopático de todo o corpo influencia positivamente os problemas de aprendizagem. Embora o mecanismo de ação permaneça sem ser totalmente compreendido, constata-se que OMT acalma a excitabilidade neurológica.

3. Estratégias de Tratamento da PHDA

3.1. Inclusão em Ambiente Familiar

De acordo com Parker (2006), a compreensão e a aceitação por parte dos pais e família, sedimentar-se-á numa maior consideração pela criança e por eles próprios. Neste percurso, os pais não deveram estar sozinhos, mas sim pedir ajuda especializada, colaborar com a equipa envolvida no tratamento, realizar ações de formação sobre a problemática e respetiva solução, procurar aderir a um grupo de apoio à PHDA. Também Polaino-Lorente-Parker (2006), Sosin (2006) & García (2001) cit. por (Alameida, 2012) os pais podem seguir alguns conselhos para ajudarem de forma eficaz os seus filhos (Quadro 2):

- Sempre que der alguma instrução ao seu filho deverá fazê-lo de forma clara e simples.
- Quando der uma instrução ao seu filho deverá manter o contacto visual com ele.
- É importante estabelecer normas de disciplina.
- Se a criança for realizar uma tarefa que requeira concentração, devem ser eliminados todos os estímulos externos, visuais ou auditivos que a possam distrair.
- Dê uma instrução de cada vez, procure não dar instruções simultaneamente.
- Deverá assegurar-se que a criança entendeu bem as ordens, há que repeti-las (independentemente das vezes que for necessário repetir).
- Ensine e estimule a criança a estruturar o seu dia-a-dia.
- A hiperatividade é uma perturbação crónica, e as regras e instruções deverão manter-se no tempo.
- Tente estabelecer rotinas na sua vida diária, o mais organizado e estável possível.
- Estabeleça rotinas simples e objetivas, tentando mantê-las independentemente das circunstâncias.
- Utilize o reforço positivo, para aumentar a auto-estima do seu filho. Sempre que ele fizer algo corretamente, diga-lhe: muito bem!
- Não utilize o castigo físico. Esta punição gera um efeito bola de neve, agrava a situação e favorece a baixa auto-estima.
- Se tiver que aplicar um castigo, fale com a criança de forma calma, objetiva e sem discutir.
- Procure um lugar tranquilo, bem iluminado e sem estímulos de distração em redor da criança, para a realização de tarefas escolares.
- Organize bem as tarefas escolares do seu filho. A criança deverá estudar durante períodos curtos, de modo a ter espaço para libertar a energia acumulada no estudo.
- Dê sempre a mesma resposta ao mesmo tipo de comportamento, mostrando-se consistente nas suas atitudes para saber se estas são assertivas ou se tem de ser modificadas
- As regras devem ser previamente definidas numa reunião familiar, de modo a que quando a situação surgir, os pais saibam o que fazer e as crianças saibam o que esperar.

Quadro 2 - Conselhos a dar aos pais. Fonte: (Alameida, 2012, p. 54 e 55)

3.2. Inclusão em Ambiente Escolar

De acordo com Lopes (2004), a criança com PHDA, devido à especificidade das suas características, mas também às exigências que a escola coloca, vai dando sinais particulares de dificuldades de relacionamento interpessoal, nomeadamente com os pares, demonstrando grandes dificuldades de realização académica.

De acordo com Rohde, Mattos & Parker, (2003) cit. por (Alameida, 2012) o aluno com PHDA é um estímulo constante para o professor, uma vez que para atender às necessidades do aluno tem de fazer constantes reflexões, diversificar os métodos e estratégias de ensino de forma a desenvolver competências e estratégias de acordo com o seu ritmo de aprendizagem, interesses e capacidades. Ainda segundo os mesmos autores, algumas dicas para os professores obterem uma melhor inclusão dos alunos com PHDA são expostas no Quadro 3:

- Os professores devem dizer aos alunos quais os comportamentos fundamentais para a realização de uma atividade antes de iniciar a actividade.
- Os professores devem utilizar o contato visual não só como forma de controlo dos comportamentos, mas também e principalmente como forma de manter o ritmo das aulas.
- Os professores devem lembrar aos alunos as regras da sala de aula e devem mesmo promover a sua discussão fornecendo exemplos de situações em que as regras são cumpridas e outras em que existe quebra das mesmas.
- Os professores devem manter uma sala de aula estruturada.
- Os professores devem circular na sala de aula, procurando fornecer um feedback adequado aos alunos;
- O ritmo das aulas deve ser suave e dirigido pelo professor, e não pelos alunos.
- Os professores devem assegurar-se de que as atividades académicas e não académicas, bem como as rotinas, são compreendidas pelos alunos.
- Ensinar a auto monitorização, pois é um método de ensinar os alunos a prestarem atenção ao seu comportamento e a avaliarem o seu próprio desempenho, como tal, reflete um melhor auto controlo. A automonitorização requer que o aluno aja como um observador do seu próprio comportamento e assim realizar o seu próprio registo
- Os professores devem recorrer bastante à motivação dos alunos de modo a captar-lhes a atenção, bem como identificar-lhes os pontos fortes.

Quadro 3 - Sugestões para os professores de alunos com PHDA, Fonte: (Alameida, 2012, p. 56)

3.3. Intervenção ao Nível Farmacológico

Ao nível da intervenção farmacológica com indivíduos com PHDA podemos distinguir três grupos de medicamentos: os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos, estes últimos são utilizados secundariamente em estados mais graves (Neto, 2014).

Barkley (2000) ao rever os estudos realizados sobre a utilização de medicação estimulante, concluiu existir uma melhoria temporária na capacidade de inibir o comportamento.

Os estimulantes mais comuns na intervenção desta perturbação são a Ritalina®, Concerta® e Metadate® (metilfenidatos), a Dexedrina®, Adderall® e AdderallXR® (d-anfetaminas), e o Cylert® (pemolina). Esta medicação actua no sentido de estimular áreas cerebrais que controlam a inibição, a atenção e o autocontrolo (Sousa, 2004)

Ao longo da literatura, parece haver consenso que apesar das altas taxas de eficácia deste tipo de intervenção, a decisão pela mesma não deve ser um processo automático perante um diagnóstico de PHDA (Neto, 2014; Banaschewski, et al., 2015). Assim, torna-se fundamental atender aos fatores referenciados, no sentido de verificar se esta é ou não a resposta mais adequada para a situação vivenciada.

3.4. Intervenção Psicossocial

As intervenções psicossociais figuram de forma proeminente nas referências ao tratamento para a PHDA, inclusive nos documentos oficiais orientadores da Academia Americana de Pediatria (2000, 2001 cit. por (Diversidades, 2008)) e da Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP) (Pliszka 2007, cit. por (Diversidades, 2008)). Este tipo de intervenção, genericamente intitulada de psicossocial, engloba diferentes metodologias que se podem organizar de formas distintas. Segundo Barkley (2000) podem dividir-se em três grupos de estratégias:

1. O treino de pais;
2. A implementação de programas de modificação do comportamento em situação de sala de aula;
3. A colocação na educação especial.

No Quadro 4 é apresentado um plano de intervenção psicossocial e o respectivo tipo de terapia, divididas pelos vários planos a considerar:

É de realçar que apesar dos reconhecidos benefícios das formas de intervenção supra apresentadas, ainda há muito trabalho a realizar, sobretudo porque a maioria das crianças e jovens continua a não receber a ajuda adequada (Burns, 1991; Burns et al., 2004; Efron et al., cit. por (Diversidades, 2008)) e porque perante as especulações que continuam a ser promovidas acerca desta perturbação, os pais continuam a desesperar na procura de uma solução para os seus problemas (Lopes, 2004, cit. por (Diversidades, 2008) e (Neto, 2014)).

	Intervenção Psicossocial	Terapia (individual ou de grupo)
Tipo de Intervenção Específica	(1) Intervenção em Contexto Escolar - programas para a modificação dos contextos de aprendizagem, a modificação dos métodos de aprendizagem e dos currículos escolares e a intervenção comportamental na sala de aula. (2) Intervenção Familiar - programas psico-educacionais; sessões de entreaajuda para pais; programas de treino parental	(1) Intervenção Psicoterapêutica de abordagem Cognitivo-Comportamental. (2) Intervenção Familiar; Terapia Familiar.
Objetivo	(1 e 2) Diminuição das situações de disruptividade em vários contextos ecológicos. (1 e 2) Habilitação e desenvolvimento de competências pessoais de “manejo” e coping com a PHDA.	(1 e 2) Diminuição dos comportamentos-problema através do treino de autocontrolo. (1 e 2) Habilitação e desenvolvimento de competências pessoais de “manejo” e coping com a PHDA.
Sujeito/alvo Intervenção	(1) Os agentes educativos. (2) Os pais ou encarregados de educação.	(1) O próprio. (2) A família
Profissional Responsável	1) Professores, após um programa de treino prévio levado a cabo por TSEER ¹ , psicólogos. (2) Psicólogos; TSEER; Terapeutas familiares; Médicos; Técnicos de Serviço Social; Enfermeiros.	(1) Psicólogo. (2) Terapeuta Familiar.
Situação em que deve ser prescrito	(1) Especialmente em crianças de idade escolar. (2) Em idades pré-escolares; em situações de problemas de comportamento acentuados no seio familiar.	(1) Em situações de comorbilidades; em conjunto com outras formas de intervenção; em crianças de idade escolar e adolescentes. (2) Em situações de conflito familiar acentuado; muitas vezes necessidade prévia de um treino parental.

Quadro 4 - Estratégias a adotar na intervenção psicossocial e terapêutica associada em vários planos de ação,

Fonte: Diversidades, 2008. Ano 6- nº21- ISSN-1646-181

¹ TSEER - Técnico Superior de Educação Especial e Reabilitação

Múltiplos estudos foram realizados com o intuito de fundamentar a introdução das filosofias holísticas no tratamento da PHDA no sentido de retirar os fármacos indicados, fundamentado pelos muitos sintomas associados como dependência, perda de apetite, perturbações cardíacas, perturbações do sono... (Nissen S. E., 2006).

Perante os efeitos adversos e os maus resultados dos estudos de segurança a longo prazo dos medicamentos para a PHDA, tem vindo a emergir no meio médico vertentes filosóficas holísticas como Medicina Integrativa, que tem vindo a captar cada vez mais seguidores nomeadamente na Pediatria Integrativa (Esparham, Evans, Wagner, & Drisko, 2014). Culbert e Olness (2010) apontam soluções multidisciplinares das terapêuticas holísticas, que podem ser extremamente bem-sucedidas em crianças, como componentes da Medicina Integrativa, tais como remédios homeopáticos, manipulação Osteopática, medicina chinesa, fitoterapia, dietética/nutrição ou hipnoterapia.

Segundo os autores anteriores cada vez mais as famílias se voltam para a medicina integrativa, que responde com uma percentagem muito satisfatória principalmente nos casos que não respondem á terapêutica farmacológica, sendo uma taxa significativa dos casos diagnosticados com PHDA. Por este facto há a necessidade de recorrer a métodos integrativos e holísticos que proporcionam um tratamento individualizado de acordo com as necessidades de cada individuo (Esparham, Evans, Wagner, & Drisko, 2014). De acordo com Culbert e Olness (2010), o poder inato de cura dos organismos diminui com a idade, estes mecanismos de auto cura evidenciam-se maiormente nos jovens, os quais podemos apoiar e facilitar, através de meios menos invasivos ou intervenções menos dispendiosas do que as exigidas em pacientes adultos.

Numa outra perspetiva Jacobson & Schardt (1999) apresentaram múltiplos estudos que relacionam a dieta desregulada, de fraca qualidade e rica em aditivos como fator de agravamento dos comportamentos emocionais desequilibrados e apontam algumas sugestões de dieta como veículo de equilíbrio do meio interno traduzindo-se em melhoramento psicossocial e desempenho cognitivo.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO E CASOS EM ESTUDO

1. Objetivo do Estudo e Questões Orientadoras

O presente estudo de abordagem mista teve como **objetivo** colocar em evidência o Contributo da Osteopatia no Desenvolvimento Global, de quatro alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Pretendeu-se compreender e interpretar as diferenças globais verificadas no domínio cognitivo, comportamental, emocional e psicossocial familiar e escolar, num grupo de oito alunos, referenciados e diagnosticados pela Escola, com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), intervencionado com oito sessões de Tratamento Osteopático de Ajuste do Corpo (TOAC), assim colocamos as seguintes questões orientadoras:

Questão 1 (Q1):

A criança sujeita a tratamento osteopático apresenta melhorias no desempenho cognitivo?

Questão 2 (Q2):

A criança sujeita a tratamento osteopático apresenta melhorias no desempenho social em ambiente escolar?

Questão 3 (Q3):

A criança sujeita a tratamento osteopático apresenta melhorias no desempenho social em ambiente familiar?

Questão 4 (Q4):

A criança sujeita a tratamento osteopático apresenta melhorias no desempenho físico-motor-postural?

Questão 5 (Q5):

As observações constatadas pela criança são coincidentes com as dos pais e do professor?

Questão 6 (Q6):

As observações constatadas pelos professores e os pais são coincidentes?

2. Tipo de Estudo e Percurso da Investigação

Face aos objetivos e às questões orientadoras do estudo, o presente trabalho um estudo de “caso múltiplo” (Yin, 2014, pp. 19, 68) com 4 casos de crianças do ensino básico com PHDA sujeitas a oito sessões quinzenais de TOAC, durante quatro meses (Afonso, 2014; Yin, 2014), de “abordagem mista” (Yin, 2014, p. 68) por, de acordo com o autor, se basear em provas qualitativas e quantitativas e pela recorrência a métodos mistos de pesquisa, como o inquérito, a entrevista e a observação, com algumas dimensões de “carater experimental” ou “quase experimental” (Vilelas, 2009, p. 127; Yin, 2014, p. 13).

Com sentido de minorar a passível hipotética ambiguidade da comunicação, recorreu-se à “triangulação metodológica dentro dos métodos” (Vilelas, 2009, p. 347) de análise, nomeadamente o inquérito/questionário CAD-S, a observação clínica do TOAC e a entrevista aos pais e professor de modo a “controlar a validade dos significados expressos, descrições e interpretações do investigador” (Afonso, 2014, p. 77), evitando assim enviesamentos nos resultados do estudo.

O percurso do processo de investigação caracterizou-se pela seguinte sequência metodológica: realização de um inquérito pré-avaliação CAD-S Auto-avaliação e CAD-S Pais em clínica, e CAD-S Professores na escola (Anexos 5, 6 e 7), sequenciada pela intervenção com TOAC às quatro crianças em clínica, tendo sido registado, pelo investigador, os dados de observação clínica e as informações testemunhais dos pais de cada aluno em cada uma das oito sessões (Tabelas 3, 5, 7 e 9). No final da oitava sessão de TOAC foi realizado um segundo inquérito pós-avaliação CAD-S Auto-avaliação e CAD-S Pais em clínica, e CAD-S Professores na escola. Findos os inquéritos e observação processou-se à análise de dados destes. Entre os inquiridos dos alunos A e C constataram-se algumas incongruências nas informações recolhidas, assim estruturou-se um guião de entrevista para o professor do aluno1 (Anexo 8) e outro para os pais do Aluno C (Anexo 10). Como última etapa do percurso do processo de investigação realizou-se uma análise de dados de cada aluno e por fim uma análise comparativa de todos os alunos.

3. Participantes

3.1. Características

No projeto inicial do estudo (Yin, 2014), foi realizada uma proposta para um estudo de caso múltiplo composto de oito alunos com idades compreendidas entre os 8 e 10 anos do 1º Ciclo do Ensino Básico com PHDA, que frequentaram um Agrupamento de Escolas do Distrito de Leiria, em Portugal.

Após a seriação dos alunos (Yin, 2014) pela psicóloga do Agrupamento, respeitando os critérios de escolha, verificou-se que apenas quatro alunos reuniram os critérios de inclusão para a integração no estudo. No entanto, criaram-se duas exceções relativamente às idades, com a inclusão de um aluno com idade inferior e outro com idade superior, respetivamente 7 e 11 anos. Associado a cada aluno, dos quatro selecionados, estiveram **os pais de cada um e o professor titular de turma** nos três alunos do primeiro ciclo e a **professora de educação especial** do aluno do segundo ciclo.

Tabela 1 - Caracterização da Amostra

Elementos Intervencionados com TOAC				Elementos Observadores	
Ano escolaridade	Ciclo de ensino	Idade	Nº de alunos	Pais	Professor
2º	1ºciclo	7	1	Mãe	Titular de turma
3º	1ºciclo	9	2	Mãe e Pai	Titular de turma
				Mãe e Pai	Titular de turma
5º	2ºciclo	11	1	Mãe e irmã	Educação especial
Totais			4	7	4

A amostra total foi de 4 alunos, sendo 2 do género masculino e 2 do género feminino, pais e professores

3.2. Critérios de Escolha

Foram considerados como critérios de escolha as seguintes condições:

3.2.1. Critérios de Inclusão no Estudo.

1. Aluno com diagnóstico de PHDA; sintomas de Hiperatividade e défice de atenção, estabilizadas (medicado).
2. Aluno com tratamento farmacológico de Ritalina® (metilfenidato), ou outras drogas indicadas para PHDA.
3. Aluno com idade compreendida entre 8 e 10 anos de idade, autorizado pelos pais e Agrupamento de Escolas a participar no estudo.
4. Género feminino e masculino.
5. Capacidade para preencher as medidas de avaliação, mesmo que presenciada pelo investigador, de modo a proceder ao esclarecimento de dúvidas surgidas no decurso do preenchimento.
6. Aluno de família estruturada e de percurso familiar estável.
7. Não esteja integrado em turma com professor de referencial problemático.

3.2.2. Critérios de Exclusão do Estudo.

1. Diagnosticado hiperatividade ou défice de atenção, mas não com PHDA.
2. Aluno em tratamento psicoterápico.
3. Aluno com outras doenças crónicas.
4. Aluno com outras problemáticas (doenças neurológicas ou congénitas).

4. Métodos de Recolha e Análise de Dados

4.1. Inquérito - Children's Atypical Development Scale (CAD-S), versão revista (forma reduzida) de Conners (1997) tradução: Lory e Batista (1998) cit. por (Torres, 2008)

Para Wood e Haber (Vilelas, 2009) os questionários são os instrumentos de registo escritos, onde a pesquisa de dados é planeada com recorrência a questões sobre as temáticas em estudo de forma claramente enunciada, onde se pretende obter de forma sistemática e ordenada a informação sobre a população em estudo.

O presente estudo optou por recorrer à Escala de Avaliação CAD-S, versão revista (forma reduzida) (Conners, 1997), escala de avaliação homologada pela comunidade científica para Portugal (Camargos & Hounie, 2005; Parker H. , 2006) indicada para avaliação e diagnóstico da PHDA e por ser uma versão traduzida para português por Lory & Batista cit por (Torres, 2008), que contempla as escalas de Auto-avaliação, Pais e Professores (Anexos 5, 6 e 7).

As respetivas escalas de avaliação CAD-S foram aplicadas antes e depois do TOAC, novembro de 2015 e fevereiro 2016, respetivamente, ou seja, CAD-S Auto-avaliação, Pais e Professores, pré avaliação TOAC e pós avaliação TOAC. Os dados produzidos foram de natureza quantitativa, sendo tratados quantitativamente com base nas frequências e percentagens, de resposta de score (0), (1), (2) e (3).

A versão revista (forma reduzida) da CAD-S Autoavaliação é constituída com 26 questões, da CAD-S Pais, é constituída com 27 questões, e da CAD-S Professores, é constituída com 26 questões.

A interpretação quantitativa teve como objetivo aferir primariamente o resultado da intervenção do TOAC em cada criança a nível cognitivo, psicossocial, escolar e familiar, considerando o contexto pessoal, escolar e familiar de acordo com a perceção de cada interveniente neste processo, os alunos, os pais e os professores. As avaliações permitiram contribuir para as respostas às questões de partida e definir quais os entrevistados.

O preenchimento das escalas de avaliação CAD-S foi realizado, separadamente, em clínica pelos alunos e pelos pais, e nas escolas pelos professores, na presença do investigador, possibilitando o esclarecimento de dúvidas.

4.1.1. Validade e Confiabilidade.

As escalas, Children's Atypical Development Scale (CAD-S), versão revista (forma reduzida), de Conners (1997), para alunos, pais e professores, foram desenvolvidas de forma a conterem os fatores de derivação clinicamente mais significativos a partir do estudo das formas completas, sendo que todos os fatores e itens escolhidos para as formas reduzidas apresentam excelentes propriedades psicométricas abordando vários ambientes como a escola, em casa ou grupos sociais (Camargos & Hounie, 2005).

As escalas foram preenchidas de acordo com uma escala de Likert de 4 pontos, onde os valores/scores (0), (1), (2) e (3) correspondem respetivamente aos termos “nunca”, “um pouco ou quase nunca”, “frequentemente ou quase sempre” e “muito frequentemente ou sempre”.

A CAD-S, de acordo com Lory (1999) cit. por (Torres, 2008, p. 227), no que respeita à validade, os coeficientes de consistência interna, alpha de Cronbach, encontrados para o índice de PHDA foram de 0.75 para rapazes e de 0.75 para raparigas, apresentando um coeficiente de correlação de teste-reteste de 0.87.

4.2. Observação

4.2.1. Ficha de registo clínico e áreas de avaliação por sessão de TOAC

Para Vilelas (2009), a observação é o uso sistemático dos nossos sentidos na procura de dados que nos ajudem a resolver uma investigação. Os dados devem ser previamente definidos, de interesse para a investigação e resultar em conhecimento que seja adequado ao quotidiano. Esta ideia é reforçada por Afonso quando afirma que “é uma técnica de recolha de dados particularmente útil e fidedigna (Afonso, 2014, p. 98).

A presente observação foi de natureza estruturada (Vilelas, 2009; Afonso, 2014) o que nos permitiu ter uma influência reduzida e assim existir um tratamento idêntico dos participantes, assente na uniformização e simplicidade do tratamento de dados. O guia de observação definido foi a Ficha Clínica Osteopática (Anexo 12).

A intervenção foi realizada individualmente em consultório clínico durante oito sessões de TOAC, com uma periodicidade quinzenal, registando-se em ficha do Registo Clínico do aluno com base na observação técnica e confrontação verbal com o aluno e a mãe, o pai ou ambos presentes na sessão de tratamento (Tabelas 3, 5, 7, e 9).

Não se tendo encontrado disponível qualquer instrumento validado que satisfizesse os propósitos do estudo houve necessidade de criar de raiz um instrumento para os fins em vista.

A escala clínica foi constituída com base na literatura relevante. Na impossibilidade de acesso a terreno disponível para validar a escala, ela foi em parte validada por quatro investigadores, sendo um especialista na área da osteopatia, Francisco Toscano. As sugestões recolhidas por parte desses investigadores permitiram eliminar os itens “Linhas” e “Base de Polígono” da versão original da escala da Ficha Clínica Osteopática (Anexo 12).

A Tabela 2 apresenta a escala clínica resumida. Conjuntamente com a Ficha Clínica Osteopática de anamnese (Anexo12), podemos aferir as correlações entre a estrutura, a fisiologia e a manifestação sintomatológica cognitiva e comportamental das crianças com PHDA controlada, em estudo, obtendo informações das próprias crianças e dos pais a partir da observação do investigador.

Os dados foram mensurados numa escala tipo Likert com 5 proposições e scores de 0 a 4. Sendo 0 ausência ou sem dificuldades e 4 máximo ou extrema dificuldade, 2 assume o valor médio, 1 dificuldade reduzida ou fraco e 3 dificuldade elevada ou forte (Vilelas, 2009).

Recorreu-se ao cálculo da variável média dos scores de respostas com o objetivo de comparar, de forma sucinta, o desenvolvimento global das crianças em estudo, ou seja, entre a primeira e oitava sessão de TOAC.

4.2.2. Validação Teórica da Tabela de Resumo dos Resultados Clínicos

O preenchimento desta tabela foi realizado em clínica pelo investigador de acordo com a resposta das mães e/ ou pais para as áreas de avaliação social, cognitivo e fisiológico. Ficando da responsabilidade do investigador a observação, avaliação técnica e preenchimento para as áreas de avaliação pivots e neurologia.

Tabela 2 - Resumo dos Resultados Clínicos

Áreas de Avaliação		Sessão de TOAC	
SOCIAL	Familiar		
	Escolar		
	Desporto		
COGNITIVO	Resultados em Estudo		
	Atenção		
	Hiperatividade		
PIVOTS	Centro Oscilação	C5	
		C7	
		D9	
		L5	
FISIOLÓGICO	Sono	Qualidade	
		Quantidade	
	Comer		
	Ansiedade		
	Vitalidade		
NEUROLOGIA	Marcha no Lugar		
	Romberg		
	Convergência		
Média			

Pretendeu-se com esta tabela agrupar a informação mais relevante, que nos permitisse aferir quais as diferenças e evolução entre a primeira e oitava sessão de TOAC

para que se pudesse extrapolar sobre as relações estruturais (pivots) e fisiológicas (fisiológico e neurológico), e os resultados de comportamento psicossocial e evolução cognitiva.

Para que melhor se entenda o que se pretende com cada item abordado daremos uma breve fundamentação teórica sobre as áreas expostas na tabela, assim:

4.2.2.1. Avaliação social, familiar, escolar e desporto.

Pretendemos aferir qual a modificação do comportamento psicossocial da criança com PHDA, visto um dos critérios de diagnóstico clínico ser a prevalência dos mesmos sintomas nos últimos seis meses e pelo menos em dois destes ambientes sociais (APA, 2002; Lopes, 2003; Neto, 2014; Banaschewski, et al., 2015; Parker H. C., 2011).

4.2.2.2. Avaliação do cognitivo, resultados no estudo, atenção e hiperatividade.

Indicaram-nos qual a relação evolutiva da variabilidade do défice de atenção e hiperatividade e a melhoria dos resultados no estudo, pelo facto destes serem assimetricamente interdependentes na sua relação (Neto, 2014; Parker H. C., 2011; Lopes, 2003; Banaschewski, et al., 2015). Segundo Wernham (1996; 1980) e Waldman (2013), permite-nos também aferir a sua correlação com a componente fisiológica e funcionalidade da estrutura.

4.2.2.3. Avaliação dos pivots e centros de oscilação C5, C7, D9 E L5.

Anatomicamente a coluna apresenta quatro arcos: dois em cifose, côncavos afrente o sacro e a dorsal, e dois em lordose, côncavos atrás a lombar e a cervical (Schunke, Schulte, & Schumacher, 2006) que têm como objetivo principal absorver e neutralizar as forças compressivas aplicadas à coluna e conseqüentemente ao SNC.

Do ponto de vista da Osteopatia Clássica a diferença reside na descrição funcional destes arcos, porque no caso do arco cervical este inicia-se em C2 e C1 é o ponto de interconexão entre a cervical e o Occipital. Littlejohn e Wernham (Campbell, 1996; Lee, 2008; Littlejohn J. M., 2008) agruparam os arcos da coluna em três categorias:

1. Três arcos funcionais, de C2 a C4, de C6 a D8 e de D10 a L5.

2. Um arco central ou duplo arco, de D2 a L2.
3. Dois arcos fisiológicos ou linhas curvas, de C7 a D8 e de D10 ao Sacro e Cóccix.

Estes arcos são virtualmente inseparáveis. Descritos do ponto de vista mecânico, a sua inter-relação jamais deve ser ignorada (Campbell, 1996), visto a postura ereta do corpo e coluna serem especializadas para a mobilidade locomotora, promovendo diferentes pressões nas cavidades que permitem uma correta funcionalidade dos seus órgãos sob as pressões de líquidos e gases (Littlejohn J. M., 2008).

As vértebras C5, D9 e L5 são os pivots da coluna, isto é, são pontos mecânicos interarticulares entre os arcos da coluna onde se verifica uma inversão de direção da curvatura dos arcos (Campbell, 1996). Por esta razão, frequentemente, estas vértebras encontram-se em disfunção. Nunca devem ser trabalhadas sem antes se harmonizar as relações mecânicas e funcionais de cada arco em si mesmo. (Wernham J., 2007).

Quando queremos aferir a correta funcionalidade dos arcos da coluna podemos verificar diretamente a funcionalidade dos pivots e dos centros oscilatórios, porque estes representam sempre uma lesão secundária da lesão primária de um segmento vertebral do arco em questão e conseqüentemente toda a funcionalidade da coluna (Wernham & Technic, 1996).

Com a observação dos Centros de Oscilação C7, D9 e L5 (Campbell, 1996), pretendemos aferir alterações dos movimentos fisiológicos de rotação axial, inclinações laterais e flexão/extensão de cada vértebra e da coluna como uma unidade. Estes têm com funções principais:

1. Manter a integridade dos arcos da coluna.
2. Em conjunto com as linhas de gravidade manter a união da coluna como uma trave mestra.
3. Prover proteção aos discos intervertebrais.
4. Atuam como centros reguladores de distribuição de forças de stress e pressão para proteção dos discos de cada centro de oscilação.

5. Juntamente com os outros aspetos mecânicos da coluna, arcos ou linhas de gravidade, agem com os centros fisiológicos medulares para formarem os centros mecano-fisiológicos osteopáticos, que são de importância maior no diagnóstico e tratamento osteopático (Campbell, 1996).

Dos centros oscilatórios e pivots evidenciam-se, pela sua particularidade mecano-fisiológica (Campbell, 1996; Wernham & Technic, 1996; Clark, 2007; Littlejohn J. M., 2007; Littlejohn J. M., 2008), resumidamente:

- C5 Mecanicamente é uma vértebra de transição, pivot, entre a cervical alta e a cervico-dorsal. Fisiologicamente está relacionada com a atividade respiratória e cardíaca, via nervo frénico, com a glândula tiroide e pupila via Ganglio Cervial Médio (GCM) e com os membros superiores, via plexo braquial.

Conjuntamente com a cervical alta, tem para todo o corpo no geral, uma ação vasoconstritora, via simpática, e vasodilatadora, via ramos anteriores da coluna, (Littlejohn J. M., 2008).

Localmente, em especial, tem uma ação vasomotora, via gânglios simpáticos cervicais, para a cabeça, face, pescoço e cérebro (Mackay, 2011) .

Indiretamente assume importância vital com os primeiros cinco nervos posteriores da cervical que “enviam ramos para o interior do crânio para serem distribuídos para os gânglios basais e para a medula” (Littlejohn J. M., 2008, p. 39), tendo assim um papel fundamental “no controlo dos processos vitais através da medula e dos seus centros de coordenação, no geral e particular, via gânglios basais e trato piramidal (Littlejohn J. M., 2008, p. 39).

- C7 Mecanicamente harmoniza a região cervico-dorsal e a linha Postero Anterior (PA) com as forças de tensão. Fisiologicamente relaciona-se com a circulação linfática de todo o corpo e C7 é a base da relação ascendente com os Gânglios Cervicais simpáticos Inferior, Médio e Superior (GCI, M e S). Do GCS emergem fibras simpáticas que controlam da ação vasomotora da circulação do cérebro e para o olho que emergem do gânglio estrelado C7/D1, este é o centro básico de controlo simpático para a cabeça, cervical, membros superiores, caixa torácica, controlo cardiorrespiratório. Conjuntamente com a

cabeça da primeira costela é o centro de controlo neurológico para a drenagem linfática de todo o corpo pela relação direta com os ductos torácicos.

- D9 mecanicamente tem um papel especial ela vale por si só, é a parte mais forte do arco central da coluna, tem a capacidade de dissipar as forças de stress ascendente e descentes, é a chave mestra e é também um pivot. Neurologicamente tem um papel fulcral no sistema esplâncnico e na relação da digestão, assimilação e a eliminação.
- L5 é um pivot mecanicamente importante pela ligação dos membros inferiores, bacia e coluna. Todas as forças que vêm dos membros inferiores são dissipadas através de L5. Neurologicamente tem relação direta sobre os plexos aórtico e hipogástrico, e todos os órgãos pélvicos, assim como ação sobre as funções globais dos membros inferiores.

4.2.2.4. Objetividade da avaliação específica de C5, C7, D9 e L5 aplicar relações.

O sistema nervoso central e o autónomo, em grande parte, controlam as funções globais do corpo, no entanto eles próprios são simultaneamente controlados e modelados pelo SNC, quando há alterações no ambiente interno o SN também é afetado, há portanto uma dupla relação entre os dois (Clark, 2007; Mackay, 2011).

Por sua vez o Sistema Nervoso (SN) é nutrido pelo sistema circulatório, artérias, veias, sistema linfático e o LCR. Estes dois sistemas recebem proteção e suporte da estrutura músculo-esquelética, estrutura densa dos ossos como coluna vertebral, crânio e articulações, e dos tecidos moles como os ligamentos, músculos e fáscias (Mackay, 2011; Littlejohn J. M., 2007; Clark, 2007).

Num ambiente de homeostasia global verificamos uma interdependência de todos os sistemas, quando há saúde todas as células do corpo manifestam uma atividade rítmica oscilatória normal, em condições patológicas verificam-se arritmias (Campbell, 1996).

Segundo Fajardo (2012) saúde mental e física também passa pelo equilíbrio e correto funcionamento:

- Do SNS e SNPS e seus plexos.

- Do eixo crânio sacral e do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal.
- Da livre circulação do LCR.
- Da comunicação inter-hemisférica, dos lobos frontais, dos lobos temporais, tronco cerebral e das glândulas, principalmente a hipófise, suprarrenal, tiróide e a pineal.

A Osteopatia fundamenta-se no princípio da correta correlação funcional da estrutura com a fisiologia. A avaliação dos pivots e centros oscilatórios permite identificar quais as razões da sintomatologia apresentada e as suas correlações neuro-fisio-fisiológicas, tais como as alterações do sono, da respiração, do apetite, da vitalidade, da ansiedade, dos desequilíbrios das glândulas hormonais como as supra renais, a pineal, a hipófise, a tiroide ou o timo, (Littlejohn J. M., 2008; 2007; Wernham & Technic, 1996) muitas vezes relacionadas com alteração dos ritmos circadianos com tudo o que possa implicar de alterações do SNC e sistema hormonal (Mackay, 2011).

Esta sintomatologia é fundamentada maioritariamente pela hiperatividade do SNS e desregulação com o SNPS e Sistema Nervoso Autónomo (SNA) (Wernham & Technic, 1996; Clark, 2007; Merelli, Vallad-Hix, Seffinger, & Centers, 2006).

4.2.2.5. Neurologia, Marcha no Lugar, Romberg e Convergência.

O teste de Marcha no Lugar (Bricot, 2010, p. 129) é realizado com o paciente de olhos fechados, com os braços e mãos esticados para a frente ao nível dos ombros, e realiza 30 passos no mesmo lugar com uma elevação razoável dos joelhos. A observação incide rotações, desvios anteriores, posteriores ou laterais do corpo, perda de equilíbrio.

Pretendemos avaliar a adaptação podal e a simetria do sistema extrapiramidal. De acordo com Bricot (2010) o pé recolhe todas as informações vindas de todos os captadores de informação do corpo, e é o tampão terminal do sistema postural e o meio de união entre os desequilíbrios e o solo.

O teste de Romberg (Bricot, 2010) pretende verificar quais os desequilíbrios presentes no sistema tónico postural. É realizado com o paciente de olhos fechados, com os braços para a frente ao nível dos ombros, os pés devem estar unidos e as mãos fechadas só com os dedos indicadores esticados afastados entre si cerca de dois dedos. O examinador

com as mãos fechadas só com os dedos indicadores esticados, fixa-as junto ao seu peito e alinha, sem tocar, os seus indicadores com os do paciente e pede-lhe para fechar os olhos 20 a 30 segundos. Não deve haver alteração alguma. Pode-se considerar patológico desvio lateral, superior ou inferior dos dedos, de um só membro ou dos dois membros no mesmo sentido ou em sentidos opostos.

Segundo Bricot o resultado deste teste, embora que ainda em estudo, é directamente proporcional ao grau de hipoconvergência ocular, ou seja quanto mais disfuncional se apresentar a convergência ocular, maior instabilidade/desequilíbrio.

O teste de Convergência Ocular (Bricot, 2010), é fundamental porque segundo Merelli, Vallad-Hix, Seffinger, & Centers (2006) nas crianças com défice de atenção é comum ver alterações da simetria do eixo visual, de convergência ocular e tensões laterais da Sínfise Esfeno Basilar (SEB).

Segundo Merelli, Vallad-Hix, Seffinger, & Centers (2006) as alterações de coordenação oculomotora e perceção visual têm sido associadas com frequência a crianças com dificuldades de aprendizagem. Estas disfunções podem ser o resultado de um aumento da pressão intra-uterina ou traumatismos pós-natal ou perinatal na infância, que influenciam o desalinhamento do eixo da órbita.

Para Bricot *“todos os desequilíbrios direito/esquerdo dos músculos oculomotores, terão como resultado evidente um desequilíbrio direito/esquerdo dos músculos do corpo manifestado em rotações e inclinações”* (2010, p. 62), fenómeno que atribui a disfunções das Comissuras do SNC. De acordo com o autor, estas alterações irão implicar modificação e adaptações das membranas, das fásCIAS, das relações arterio-venosas e neurais a partir do crânio e OAA.

Os côndilos occipitais e buraco occipital muitas vezes sofrem compressão e produzem distúrbios piramidais, autonómicos e circulatórios, estes podem ser o resultado da compressão do sacro ou áreas mais distantes. A descompressão do côndilo occipital e a libertação da compressão basilar, com técnicas Osteopáticas, produz uma melhoria imediata e perceptível dos sintomas (Merelli, Vallad-Hix, Seffinger, & Centers, 2006).

4.3. Fundamentação Para as Oito Sessões de TOAC

A técnica osteopática consiste na aplicação do tratamento físico pela integração e ajuste das diferentes partes do corpo, de modo a que sobrevenha uma conversão num processo fisiológico. Em processos crónicos, os processos fisiológicos de regeneração tecidual não ocorrem de um dia para o outro, mas sim durante longos períodos de tempo, meses ou mesmo anos, depende do grau e dos tecidos lesados. Os tecidos necessitam de tempo para se readaptarem e o SNC reconhecer padrões neuromusculares e outros (Wernham & Technic, 1996).

Nos processos fisiológicos que ocorrem e se manifestam na sintomatologia crónica da PHDA, verificamos que há adaptações dentro da compensação (processo de compensar uma anormalidade) a criança vai crescendo e adaptando-se a viver com o estado de lesão imposto (Waldman, 2013).

A lesão osteopática refere-se à modificação da mobilidade ou da capacidade articular, o que acaba por implicar uma modificação nos mecanismos que estimulam a mobilidade e articularidade do corpo. No caso crónico poderá promover alterações disfuncionais da vitalidade dos tecidos ou seja anatomia mórbida. (Littlejohn J. M., 1998).

Desta forma, a vitalidade presente em cada parte do corpo, especialmente no córtex cerebral, que é o grande centro de expressão de toda a ação vital, em especial o tronco cerebral, poderá estar comprometida (Littlejohn J. M., 1998).

Assim de acordo com Littlejohn “*uma disfunção anatómica afeta a estrutura, e uma disfunção fisiológica afeta a atividade. No entanto as duas estão envolvidas se o organismo estiver vivo*” (1998, p. 23).

Razões que fundamentaram uma observação de quatro meses com a intervenção do TOAC em oito intervenções quinzenais:

1. O estudo incide em crianças, nestas os processos neuro-fisio-fisiológicos ocorrem de forma acelerada relativamente aos adultos (Waldman, 2013).
2. Pretendeu-se observar o comportamento e a sua evolução nas seguintes condições:

- a. Vários cenários de socialização: na escola, em casa, em acontecimentos com importância maior para os alunos e famílias, como os períodos festivos do natal e o carnaval, realização de testes e recebimento de notas e outros.
- b. Comportamento com e sem medicação, na escola e em casa, em tempo escolar e em férias.
- c. Verificar em dois períodos escolares como ocorrem as adaptações a novos cenários e novas matérias leccionadas.
- d. Permitir aos pais, professores, amigos e familiares que se apercebessem das modificações ocorridas.

4.3.1. **Intervenção do TOAC.**

A intervenção Osteopática foi realizada em clínica e consistiu na realização de uma avaliação global de cada criança (Anexo 12), na presença dos respetivos pais. A base da técnica aplicada incidiu na rotina do TOAC, que de forma resumida, consiste na aplicação de rotação, rotina e ritmo (Littlejohn J. M., 2007) via as grandes alavancas dos membros superiores e inferiores de forma a restabelecer a fisiologia por meio da física, a partir do ráquis e do reequilíbrio entre o SNS e SNPS, sendo ao mesmo tempo meio de diagnóstico e tratamento como anteriormente explicado (Wernham & Technic, 1996; Wernham J. , 1980; Lee, 2008).

De acordo com os achados verificados em cada corpo e cada sessão do TOAC, para além da rotina geral, adotou-se a incidência do tratamento às áreas que evidenciavam maior incidência disfuncional.

4.4. Entrevista

Método que se distingue pela interação social e aplicação dos processos fundamentais de comunicação (Afonso, 2014; Vilelas, 2009; Bardin, 2015), onde o investigador procura recolher informações do entrevistado como elementos de reflexão.

A entrevista com uma organização semiestruturada permite obedecer a um guião prévio (Bardin, 2015) para condução e orientação dos temas abordados e ao mesmo tempo possibilita aos intervenientes flexibilidade, fluidez e naturalidade na condução da entrevista, deste modo permite obter maior especificidade da informação que se pretende estudar. (Afonso, 2014; Quivy & Campenhoudt, 2013; Vilelas, 2009; Bardin, 2015).

No presente estudo, realizado entre 5 de Novembro de 2015 e 12 de Fevereiro 2016, após a análise de dados da pré e pós avaliação CAD-S de todos os inquiridos e das fichas clínicas de cada aluno, foram encontradas informações incongruentes na análise de dados, com base nestas e nas questões orientadoras do estudo, estruturaram-se dois guiões de entrevista (Bardin, 2015; Afonso, 2014).

Os guiões dividiram-se em 3 grandes áreas, cada uma dividiu-se em categorias e subcategorias (Anexos 8 e 10), sendo duas áreas comuns a cognitiva e psicossocial/comportamental e uma terceira a estrutura fisiológica para o guião de pais e físico/motor/postural para o guião do professor. Alguma das categorias e subcategorias abordaram as informações incongruentes verificadas nas CAD-S com o sentido do seu esclarecimento.

Realizou-se duas entrevistas semiestruturadas (Anexos 9 e 11), uma ao professor titular de turma do Aluno A no dia 17 de Março de 2016, com a duração de 21 minutos na escola, e outra aos pais do Aluno C no dia 29 de Março de 2016, com a duração de 32 minutos na clínica. Anteriormente foram disponibilizados os guiões aos entrevistados com o objetivo da familiarização com os termos técnicos expostos sem esclarecimentos adicionais

As entrevistas tiveram como objetivos: esclarecer as incongruências verificadas nas CAD-S e em Clínica e obter informação sobre a perceção de um especialista em educação, o Professor, e por outro lado a perceção direta da família através dos Pais, sobre o desenvolvimento global da criança com PHDA, em estudo, sujeita a TOAC.

A interpretação qualitativa da análise da entrevista e a análise de conteúdo categorial (Bardin, 2015), permitiu aferir o resultado e repercussão da intervenção do TOAC nas duas crianças a nível cognitivo, psicossocial, escolar e familiar, considerando o contexto pessoal, escolar e familiar de acordo com a perceção dos pais e do professor. Tal interpretação permitiu contribuir para as respostas às questões orientadoras do estudo.

5. Questões de Ordem Ética

5.1. Protocolo e Consentimento Informado

De forma a serem respeitados os princípios éticos da investigação que envolve seres humanos e por forma a garantir todos os direitos e liberdades dos intervenientes (Afonso, 2014; Vilelas, 2009; Yin, 2014), foi formalizado oficialmente a apresentação verbal e escrita do projeto de estudo ao Sr. Diretor de um Agrupamento de Escolas do Distrito de Leiria, em Portugal (Anexo 1).

Seguidamente solicitou-se a permissão para realização deste estudo (Anexo 2) com a assinatura do documento de protocolo garantindo por escrito a confidencialidade dos resultados (Yin, 2014; Afonso, 2014).

Após aceitação do Sr. Diretor e dada a permissão, foi canalizada a seleção dos alunos para o departamento de Psicologia do Agrupamento e foram selecionados quatro alunos.

Aos pais/encarregados de educação e professores, de cada um destes alunos, foi realizada uma sessão de esclarecimento verbal e escrita (Yin, 2014). Após a sua concordância de participação no estudo foi protocolada a autorização de participação e dada uma garantia de confidencialidade (Anexos 3 e 4) dos resultados do estudo (Vilelas, 2009).

Apresentação de Resultados dos Casos em Estudo

1. Caso A

O Aluno A, nasceu a 20-6-2008, à data da anamnese tinha 7 anos, 23kg de peso e 124cm altura, estava medicado com Rubifen ½ comprimido 2 vezes por dia, não tinha irmãos.

A Anamnese do Aluno A foi realizada à mãe em 5-11-2015, sendo registados os dados em Ficha Clínica Osteopática (Anexo 12) pelo investigador, os quais passamos a apresentar: a mãe narrou que o Aluno A apresenta frequentes dores abdominais, tem intolerância ao chocolate chegando a manifestar por vezes hemorragia rectal, no aparelho respiratório apresenta tosse frequente e expetoração, a nível do sistema nervoso e cabeça apresenta queixas de dor de cabeça desde que iniciou a toma de Rubifen, ao nível músculo-esquelético manifesta dores noturnas nos membros inferiores, ao nível endócrino apresenta perda de apetite após a introdução do Rubifen e alterações de Humor.

Ao nível de antecedentes patológicos familiares a mãe teve linfoma de Não-Hodghin anos antes da gravidez, teve pré- eclampsia com Híper Tensão Arterial (HTA). O Pai tem diabetes.

Antes da concepção e gravidez a mãe tomou a pílula anticoncepcional, o parto foi realizado de urgência às 22 semanas, distócico com recorrência a epidural e anestesia geral, devido a pré-eclampsia da mãe.

No período pós-parto esteve na incubadora 5 semanas, apresentava hidrocefalia congénita, sopro cardíaco, a amamentação a mãe caracterizou-a como boa durando as primeiras 10 semanas, referenciou que após o período da incubadora teve uma evolução considerada normal, um sono razoável, os percentis normais e equilibrados, o nascimento dos dentes normal, embora que acompanhados por bronquiolites (descrição médica), no entanto rastejou muito e gatinhou somente 2 semanas, a fala só iniciou aos 3 anos após terapia da fala contínua, no entanto conhecia e dizia tudo. Teve um acompanhamento dos avós até aos 30 meses, passando restante tempo até aos 6 anos na creche. A alimentação é boa come de tudo com exceção dos cereais.

Na Psicologia cognitiva na avaliação da atenção apresenta uma atenção dividida.

Na Psicologia cognitiva na avaliação da memória a curto prazo é fraca, a longo prazo é média, de trabalho é fraca, visual é boa e a auditiva é fraca.

Ao nível das funções executivas de refletir e planear antes de agir é média, linguagem é fraca, capacidade de expressão é fraca e a tradução de ideia em palavras é fraca.

Na escrita o desempenho é médio e na avaliação emocional apresenta fragilidade emocional à frustração e ansiedade à contrariedade.

Na avaliação Osteopática apresentava uma morfologia normal e uma postura mista em relação á LCG. Na palpação dos tecidos e avaliação da mobilidade apresentou tensão com restrição da mobilidade na articulação OAA, na charneira cervico-dorsal e de L1 a L3 com inversão do arco lombar, desarmonia na mobilidade entre arcos de toda a coluna. No crânio apresentava tensão nas suturas coronal, lambda e no astérion, com predominância esquerda.

Tabela 3 - Registo Clínico do Aluno A

Data	História e disfunções	Tratamento	Observações
5/11/15	Registo global em ficha: Alterações gerais da relação dos arcos da coluna com inversão do arco lombar até D11 e tensão marcada com retificação da CHCD até D3. Tensão na articulação OAA. Tensão marcada da SEB mais marcada à esquerda, na lambda e astérion e as suturas coronal e escamosa esquerdas.	Tratamento Osteopático de Ajuste do Corpo-TOAC - Rotina -	1º Contacto, difícil estar atento e sossegado
19/11/15	Sentiu-se agitado, foi a Coimbra ao Hospital por ter colocado uma borracha no ouvido. Dormiu melhor, toda a noite sem acordar. Crânio muito rígido no geral. Arco dorso lombar invertido. Reflexo do Medo Paralisante (RMP) não integrado.	TOAC Geral Crânio CxT média/ alta mais esquerda. Inibição forte do SNS	Tratamento Agitado, um pouco mais trabalhoso
03/12/15	Em casa está calmo, não anda tão agitado, já faz os trabalhos e estuda mais autonomamente. Já lê, o que era difícil. Dormir mais tranquilo e toda a noite. Come melhor e menos esquisito. Crânio – Sutures mais flexíveis no geral. Tecidos moles da face menos tensos mais integrados. CHCD e OAA melhor integração. Arco lombar com tensão, contudo melhor mobilidade. Grelha Costal Esquerda ainda com limitação.	TOAC Específicas: pélvis, arco lombar e Crânio.	Mais tranquilo no geral. Consegue constituir frases mais completas e objetivas. Melhor dicção.
17/12/15	No dormir tem andado mais agitado acorda mais vezes de noite. O professor frisou que deu um pulo muito grande na leitura, matemática menos. Explica-se melhor. Veio da festa da escola está muito excitado.	TOAC Geral.	Difícil durante o tratamento
30/12/15	Mãe frisou: "tem autonomia, obedece e consegue fazer tarefas, ler, escrever e realiza os TPC mais à vontade, tem feito as tarefas sem stress". Crânio: temporal, parietal e occipital esquerdo, tensão. Arco lombar invertido e tenso embora menos em relação ao início.	TOAC Geral Específicas: Crânio	Hoje está sem medicação, mas melhor, consegue-se comunicar e obedecer
14/01/16	Foi avaliado como aluno normal e as notas foram médias. A organização do caderno da escola está mais organizado e a caligrafia muito melhor professor diz "não evoluiu mais pela falta de bases do 1º ano". D11-L1 arco invertido. Tensão no frontal e temporais.	Técnicas de tecidos Moles –TTM- Dorso. Inibição e mobilização da CxT. Específicas: D11-L1 Crânio com TOAC. Movimento fascial e ritmo LCR.	
28/01/16	Mãe "já é possível negociar espaços e tempos"	TOAC Geral e crânio. Específicas: costelas e arco lombar.	
11/02/16	Arco lombar ligeiramente tenso, mas melhor mobilidade e integridade. Alguma rigidez de D11 a L1 embora melhor	Específicas arco lombar e crânio. TOAC	

1.1. Análise dos Resultados Clínicos

O preenchimento desta tabela foi realizado em clínica pelo investigador de acordo com a resposta das mães e/ ou pais, permitindo tirar duvidas sobre qualquer um dos aspectos das áreas social, cognitivo e fisiológico, e a observação avaliação e preenchimento do investigador para as áreas pivots e neurologia.

Para melhor interpretação calculou-se a variável quantitativa média dos scores da primeira e da oitava sessão de TOAC.

Tabela 4 - Resumo dos Resultados Clínicos do Aluno A

Áreas de Avaliação		Sessão de TOAC		
		1ª	8ª	
SOCIAL	Familiar	4	2	
	Escolar	2	1	
	Desporto	-	-	
COGNITIVO	Resultados em Estudo	2	1	
	Atenção	1	0	
	Hiperatividade	4	3	
PIVOTS	Centro Oscilação	C5	3	0
		C7	4	0
		D9	2	0
		L5	1	0
FISIOLÓGICO	Sono	Qualidade	2	0
		Quantidade	3	0
	Comer	3	0	
	Ansiedade	4	2	
	Respiração	2	0	
	Vitalidade	4	3	
NEUROLOGIA	Marcha No Lugar	3	0	
	Romberg	2	0	
	Convergência	3	0	
Média		2,72	0,67	

Na observação de resultados de uma forma geral verificou-se uma evolução bastante produtiva nas áreas pivots, fisiológico e neurologia com a anulação da

sintomatologia inicial, com exceção da vitalidade que manteve em quase máxima e a ansiedade que passou de máxima para média, todos os outros itens na oitava sessão apresentaram ausência ou sem dificuldades relativamente à primeira. Nas áreas social e cognitivo todos os itens reduziram um nível de score o que traduz uma melhoria relativa do quadro da PHDA, com a exceção da área familiar, com dois níveis de score, reduziu de máximo para médio, traduzindo-se numa melhor relação interpessoal familiar.

Na avaliação média de dezanove itens distribuídos por cinco áreas com um possível máximo de média de 4 e mínimo de 0, o Aluno A apresentou na primeira sessão uma média de 2,72 e na oitava sessão uma média de 0,67, traduzindo-se numa redução 2,05 valores média de score.

1.2. Análise de Resultados Pré e Pós Avaliação CAD-S do Aluno A

1.2.1. CAD-S - Autoavaliação Aluno A.

O Aluno A na pré avaliação TOAC, com 26 questões, respondeu 5 vezes sempre (20%), 2 vezes quase sempre (8%), 15 vezes quase nunca (60%) e 3 vezes nunca (12%). Na pós avaliação TOAC respondeu 5 vezes sempre (19%), 7 vezes quase sempre (27%), 11 vezes quase nunca (42%) e 3 vezes nunca (12%).

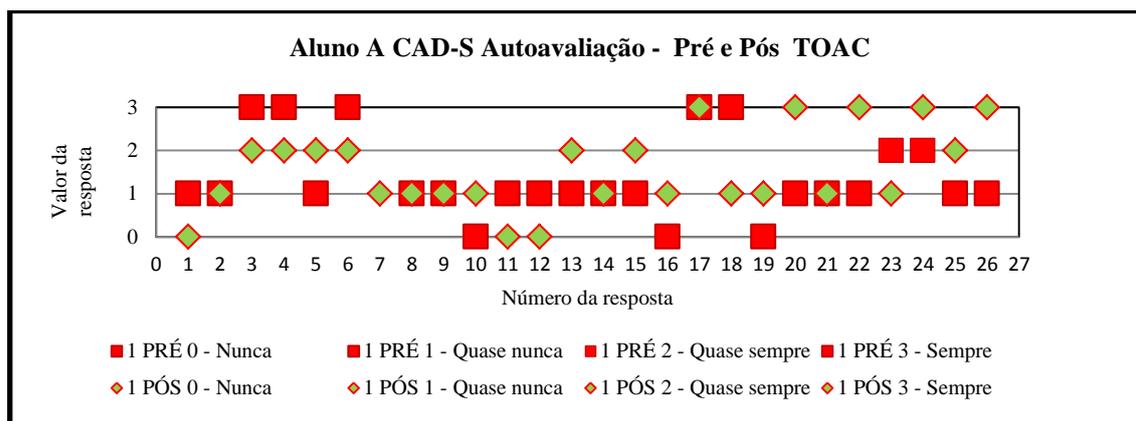


Gráfico 1 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Autoavaliação referente ao Aluno A

Verificou-se que da pré para a pós avaliação TOAC o Aluno A mantém 6 questões iguais (24%), melhoraram 3 questões (32%) e agravaram 11 questões (44%).

Na pré avaliação TOAC não respondeu à questão 7 “Não tenho boa opinião acerca de muitas coisas” e no pós TOAC respondeu “quase nunca”.

Maioritariamente as alterações de resposta são de um só nível de score positiva e negativamente. Destacam-se com dois níveis positivos de score a resposta 6 “Não gosto dos trabalhos da escola quando tenho de pensar muito”, e com 2 níveis negativos de score as respostas 8 “Distraio-me com o que se passa à minha volta”, 10 “Mexo muito as mãos e os pés, mexo-me quando estou sentado” e 14 “Estou sempre apressado(a)” do Grupo B.

1.2.1.1. Conclusão dos resultados CAD-S Autoavaliação Aluno A.

Embora tenha havido um agravamento no score das respostas considera-se o resultado positivo, verificado nas CAD-S-Autoavaliação Pós TOAC do Aluno A, isto porque o aluno demonstra um melhor auto conhecimento dos seus problemas como a sua

distração, hiperatividade e impulsividade, no entanto melhorou o interesse pelos trabalhos da escola quando lhe requerem maior concentração.

1.2.2. CAD-S - Pais do Aluno A.

A mãe do Aluno A no pré TOAC, 27 questões, respondeu 20 vezes sempre (74%), 5 vezes quase sempre (19%), 2 vezes quase nunca (7%) e 0 vezes nunca (0%). No pós TOAC, respondeu 14 vezes sempre (52%), 6 vezes quase sempre (22%), 6 vezes quase nunca (22%) e 1 vez nunca (4%).

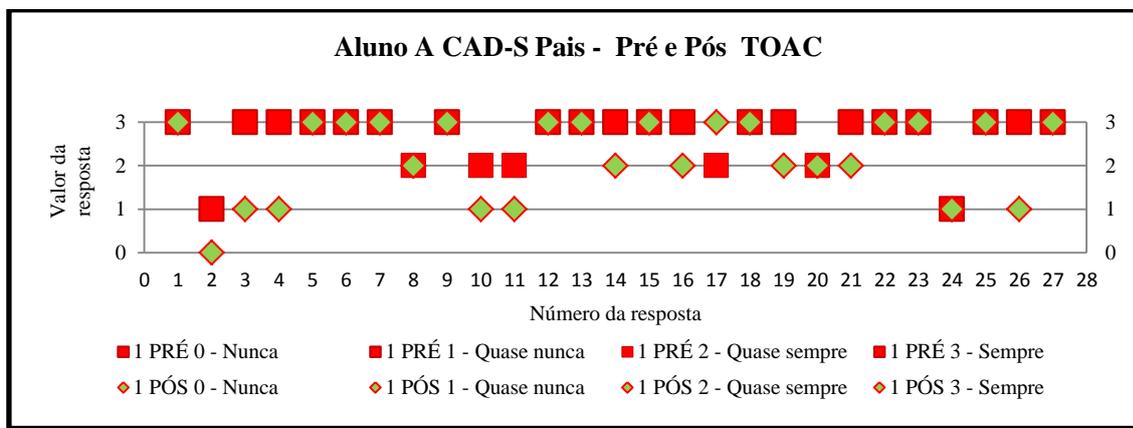


Gráfico 2 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Pais referente ao Aluno A

Verificou-se que do pré para o pós TOAC o pai do Aluno A manteve iguais 16 questões (59%), melhoraram 10 questões (37%) e agravou 1 questão (4%).

Maioritariamente as alterações de resposta são de um só nível de score. Destacam-se positivamente, com 2 níveis score, as respostas 3 “Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa”, 4 “Está sempre a movimentar-se ou age como "tendo as pilhas carregadas” ou como se “estivesse ligado a um motor”” e a 26 “Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente” do Grupo A.

1.2.2.1. Conclusão dos resultados CAD-S-Pais do Aluno A.

Verificadas nas CAD-S-Pais Pós TOAC do Aluno A, o resultado foi positivo na conclusão e produtividade dos trabalhos de casa, menor agitação motora e maior tranquilidade quando brinca ou trabalha. Ou seja houve uma diminuição da hiperatividade e défice de atenção.

1.2.3. CAD-S - Professores do Aluno A.

O professor do Aluno A na pré avaliação, TOAC, com 26 questões, respondeu 7 vezes sempre (27%), 15 vezes quase sempre (58%), 3 vezes quase nunca (12%) e 1 vez nunca (4%). No pós avaliação TOAC respondeu 5 vezes sempre (19%), 14 vezes quase sempre (54%), 5 vezes quase nunca (19%) e 2 vezes nunca (8%).

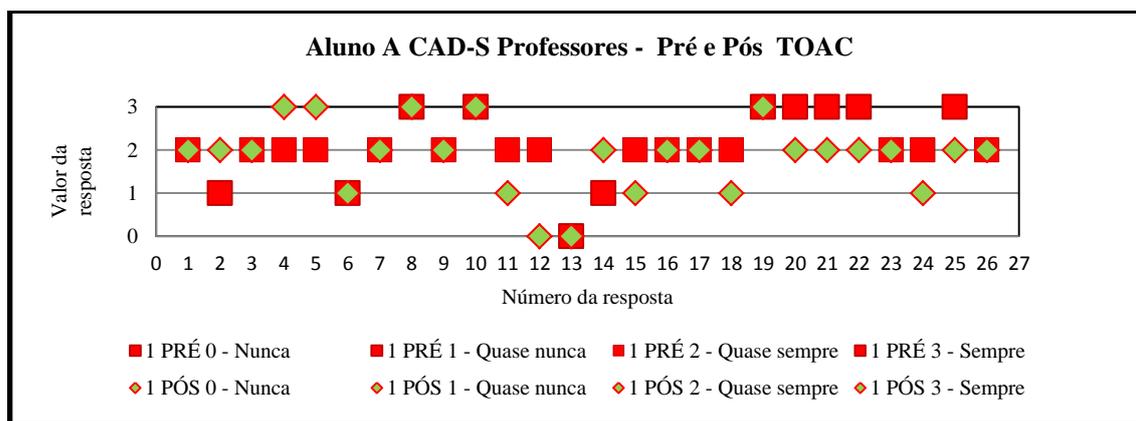


Gráfico 3 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Professores referente ao Aluno A

Verificou-se que, do pré para o pós avaliação TOAC, o professor do Aluno A mantém 13 questões iguais (50%), melhoraram 9 questões (35%) e agravaram 4 questões (15%).

Maioritariamente as alterações de resposta são de um só nível de score. A que se destacou com 2 níveis de score positivo, de quase sempre para nunca, foi a resposta 9 do Grupo B “Não acaba as coisas que começa”.

Conclusão dos resultados CAD-S - Professores do Aluno A.

Verificadas as CAD-S - Professores pós intervenção TOAC do Aluno A, o professor manteve 50% dos scores das respostas iguais e melhorias no comportamento relacional com as regras e com o grupo, assim como na atenção e concentração do aluno. Nas questões com o nível de score agravado verifica-se algumas incongruências com outras questões que comportam a hiperatividade, impulsividade e atenção e que tiveram avaliação de score melhorado. Concluímos que o professor verificou melhorias no Aluno A após o TOAC, ou seja o resultado foi positivo.

1.3. Discussão de Resultados Gerais das CAD-S do Aluno A

Ao analisarmos o gráfico 18 verificámos que a Autoavaliação o Aluno A assinalou um agravamento dos níveis de score em 11 questões, o que numa primeira análise podemos concluir que retrocedeu na sua autoavaliação.

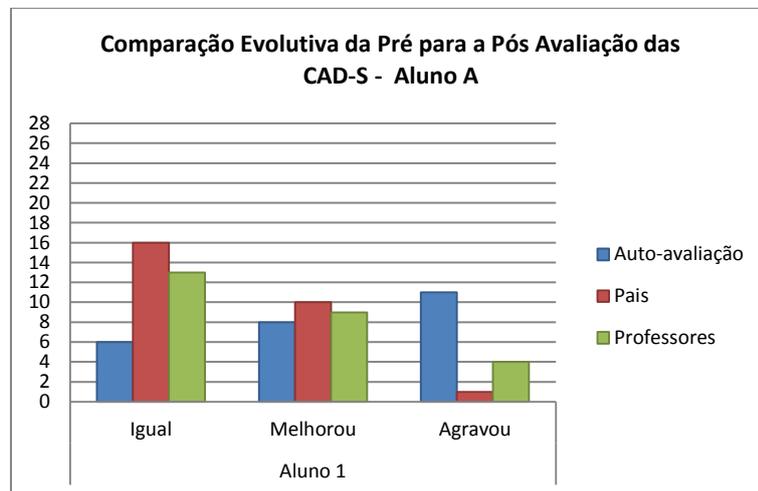


Gráfico 4 - Número de respostas iguais, com melhoria ou agravamento da Pré para a Pós avaliação CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, referentes ao Aluno A

Analisando os resultados Pais do Aluno A verificámos uma melhoria, entrando em desacordo com a Autoavaliação relativamente à menor agitação motora e maior tranquilidade quando brinca ou trabalha, havendo concordância na melhoria da conclusão e produtividade dos trabalhos de casa, o que indica uma diminuição da hiperatividade e défice de atenção.

Porém na análise de resultados de Professores, o professor responde a 4 questões com o nível de score agravado, não mantendo a congruência comparativamente a outras questões com avaliação de score melhorado na análise de défice de atenção e hiperatividade. Tal como no comportamento relacional com as regras e com o grupo, e na atenção e concentração.

Verificada a necessidade de esclarecer alguma interpretação enviesada ou distorcida, propusemos o professor do Aluno A para a “Entrevista ao Professor”, fundamentada pelo agravamento de respostas do aluno na sua Autoavaliação e a incongruência em algumas respostas do professor.

1.4. Análise de Conteúdo da Entrevista do Professor do Aluno A

Na análise de conteúdo da entrevista (Anexo 9) realizada ao professor do Aluno A procurou-se sintetizar todos os aspetos apresentados na entrevista, foi nosso objetivo compreender que nível de perceção teve o professor após TOAC, no Aluno com PHDA, nas capacidades cognitivas e psicossociais familiares e escolares.

Começamos por analisar e comentar as perceções verificadas pelo professor na área cognitiva no geral, foi perentório na sua análise preceptiva afirmando que “apresentou melhorias no desempenho cognitivo ao nível do raciocínio lógico e ao nível da resolução de problemas e do cálculo de pequenas operações, nomeadamente somas, subtrações e da multiplicação. O desempenho dele melhorou bastante desde que começamos a conversar sobre o Aluno” (pag.1,§3).

Na área cognitiva, categoria compreensão, interpretação e aplicação dos conhecimentos adquiridos e novas situações “ficaram consolidadas no decurso destes 3 ou 4 meses, nomeadamente a leitura e competências de cálculo” (pag.1,§5). Na categoria de português, subcategoria de oralidade, verificou-se evolução “na oralidade ou nos ditados é que pode trocar, mas é uma competência que está adquirida para a vida” (pag.2,§19), no entanto o professor atribuí a uma questão da sua personalidade “uma certa dificuldade em arranjar palavras para exprimir sentimentos”, (pag.1,§7), “tem a ver com a parte da personalidade dele, de não gostar muito de se expor em público, inibe-se” (pag.1,§9). Na subcategoria de leitura, descreve uma evolução significativa “Nota-se, até bastante. No início do ano não lia palavras e agora lê.” (pag.1,§7). Na subcategoria escrita, “não troca letras, a copiar por escrito, então, não troca nenhuma letra, nenhuma mesmo” (pag.2,§19).

Na área cognitiva, categoria de matemática, realizou uma avaliação geral de todas as subcategorias números e operações, geometria e medidas, organização e tratamento de dados, “apresentou melhorias no desempenho cognitivo ao nível do raciocínio lógico e ao nível da resolução de problemas e do cálculo de pequenas operações” (pag.1,§3).

Na área cognitiva, categoria de défice de atenção, subcategoria acabar o que começa, revelou melhorias, embora seja algo que ele gostava de fazer tinha dificuldades “consegue acabar o que começa” (pag.1,§11). Na subcategoria seguir instruções e terminar os trabalhos escolares, tarefas ou deveres no seu lugar, “a capacidade de realizar tarefas e de estar com atenção no lugar até as concluir também melhorou” (pag.1,§11), “Não se

levanta nem anda tanto atrás de mim, muito menos” (pag.1,§13). Na subcategoria períodos de tempo de atenção e focos de interesse, “a capacidade de atenção melhorou muito” (pag.1,§11), “hoje já consegue ler um texto sozinho, isso é uma coisa muito boa” (pag.2,§25), “para trabalhar sozinho, é verdade” (pag.2,§27).

Na área psicossocial comportamental, categoria organização, hábitos de trabalho e deveres “Agora percebe que precisa de compreender algumas coisas, vai fazendo uns trabalhos que entende melhor e quando chega ao grau de dificuldade, com ajuda do professor, depois, conclui” (pag.2,§35). Na categoria de relacionamento interpessoal e respeito pelos valores da comunidade escolar, verificou-se uma evolução significativa “No recreio às vezes tinha alguma dificuldade nos jogos coletivos com os colegas, por aquilo que eu me apercebi, joga muito mais com os colegas” (pag.3,§45). “Eles criam algumas regras em alguns jogos e ele passou a ser muito mais social com os colegas” (pag.3,§47), “relacionou-se com a escola para o resto da vida.” (pag.3,§55). Na categoria de cumprimento de normas, cooperação e relacionamento interpessoal familiar, “melhorou o comportamento, em casa consegue interagir mais com os pais, até em domínio da escola e da ajuda que os pais lhe dão. Tornou-se mais fácil a comunicação entre os pais e o filho” (pag.2,§41). Adquiriu “a consciência que o professor, o pai e a mãe, são autoridades, acata mais, reconhece mais vezes essa postura” (pag.3,§43). Na categoria hiperatividade, na subcategoria estar sempre ligado ao motor, excitação e impulsividade, afirmar-se em várias partes da entrevista como “mais contida” (pag.2,§37). Na categoria impulsividade, na subcategoria interrompe ou interfere nas atividades dos outros, sair do seu lugar na aula, “deixou mesmo de se levantar com a frequência com que se levantava” (pag.2,§29).

Na área estrutura fisiologia, categorias como está sentado na cadeira e secretária, e postura, atitude e expressividade, “Na cara, mais ao nível da expressividade da cara deixou de ser tão infantil tão imatura.” (pag.3,§53). Na categoria exercício físico e perícia, motricidade fina, “Verifiquei, ao nível do recorte, embora ele tivesse muita dificuldade no recorte e no desenho de figuras” (pag.3,§51). Na categoria estrutura, subcategorias crescimento e postura do corpo, cor da face e tez, peso e altura, “houve na fâcies uma certa diferença, acho que uma maturação de algumas expressões um ar assim às vezes mais sério” (pag.3,§53).

1.5. Discussão de Resultados Gerais da Entrevista ao Professor do Aluno A

Constatou-se coerência geral do discurso do entrevistado com linhas bem definidas nos aspetos técnicos, em relação à perceção das diferenças verificadas, o que permitiu maior objetividade da entrevista. No entanto verificou-se diferentes interpretações na área físico, motor postural, quando questionado sobre o desenvolvimento na própria postura do corpo e no crescimento foi a questão de maior dificuldade para explorar o que pode revelar que o professor não conseguiu entender onde incide a osteopatia e qual a sua base de trabalho, motivada pelo diferente significado dado ao termo postura em educação e osteopatia. Perante esta constatação permitimo-nos levantar a seguinte questão: estará a ser eficaz e correta a divulgação da osteopatia e dos seus campos de incidência às pessoas no contacto inicial?

O professor conclui a entrevista de forma esclarecedora sobre o efeito da intervenção osteopática no aluno1 com PHDA. “ Houve uma evolução muito acelerada e essa evolução deve-se ao facto de ter havido 3 pessoas que conversaram sempre: eu, o Hélder e a mãe do Aluno. Realmente ganhou nos aspetos todos, no aspeto cognitivo, do desenvolvimento social também ganhou muito na postura, porque hoje a maior parte dos técnicos entra na sala, se eu não contar a história ou o caso de estudo do Aluno, ninguém se apercebe que estamos perante um aluno com necessidades educativas especiais, ninguém! Sobretudo há um ganho muito grande, ele relacionou-se com a escola para o resto da vida” (pag.4,§55).

O professor do Aluno A constatou que o TOAC foi efetivo no desenvolvimento global da criança com THDA, fomentada na melhoria da continuidade estrutural e coordenação fisiológica contribuindo para o acelerar de processos do desempenho das áreas cognitiva e psicossocial familiar e escolar, sem alterar qualquer atividade quotidiana da vida da criança ou da família, ou obter efeitos indesejáveis, somente no tempo de 4 meses e oito intervenções de TOAC.

1.6. Conclusões do Aluno A

Ao realizar a análise conclusiva do Aluno A, salienta-se o facto do Aluno A ter sido incluído no estudo como o aluno mais novo, com 7 anos, e o seu nascimento ter sido prematuro com todas as complicações supra descritas.

Durante o estudo verificou-se uma evolução bastante significativa nas áreas do auto conhecimento, traduzido pelo agravamento dos scores da pré para a pós CAD-S Autoavaliação, e pelas CAD-S Pais e Professores nos períodos de concentração, diminuição do défice de atenção, embora se verificasse o agravamento dos scores de 4 respostas nas CAD-S Professores, nomeadamente as respostas 2, 4, 5 e 14 relativas à hiperatividade, impulsividade e atenção.

Se numa primeira análise retrocedeu na sua autoavaliação, numa segunda análise conclui-se que progrediu notavelmente no seu autoconhecimento relativamente ao seu défice de atenção, hiperatividade e impulsividade. Estando no geral em concordância com os Pais e Professor que na entrevista verificou melhorias significativas após o TOAC “no desempenho cognitivo ao nível do raciocínio lógico, no início do ano não lia palavras e agora lê” e na escrita, “não troca letras, a copiar por escrito”, na atenção, acaba sempre o que começa e quase nunca anda de pé, agitado ou apressado, no recreio com os colegas já acata as regras dos jogos e em casa participa mais com a família nas tarefas e vida diária fato narrado pela mãe em clínica, “tem autonomia, obedece e consegue fazer tarefas, ler, escrever e realiza os TPC mais à vontade, tem feito as tarefas sem stress”.

Sem alterar qualquer atividade quotidiana da vida da criança ou da família, ou obter efeitos indesejáveis, o TOAC no Aluno A traduziu-se numa melhoria estrutural, fisiológica e neurológica expressando-se na melhoria funcional cognitiva e social do aluno (Tabela 3), embora não fosse marcadamente sentida pela mãe, os resultados dos valores da média de scores da Tabela 4 de Resumo dos Resultados Clínicos evidenciam uma melhoria de 2,72 para 0,67 valores, num máximo de 4, corroborando a análise do professor, quando afirma que “houve uma evolução muito acelerada” e que “ganhou nos aspetos todos, no aspeto cognitivo, do desenvolvimento social, também ganhou muito na postura” porque hoje “ninguém se apercebe que estamos perante um aluno com necessidades educativas especiais, ninguém! Sobretudo há um ganho muito grande, ele relacionou-se com a escola para o resto da vida”.

2. Caso B

O Aluno B, nasceu a 5-6-2006, à data da anamnese tinha 9 anos, 26kg de peso e 139cm altura, está medicado com Rubifen ½ comprimido 2 vezes por dia, manhã e almoço. Tinha duas irmãs, com 27 anos e 26 anos. Fazia triatlo, natação, tiro e atletismo 3 vezes por semana.

A Anamnese do Aluno B foi realizada à mãe em 5-11-2015, sendo registados os dados em Ficha Clínica Osteopática (Anexo 12) pelo investigador, os quais passamos a apresentar: a mãe narrou que por vezes ao fim de semana apresentava fadiga, a nível do sistema nervoso e cabeça diz que quando fazia natação via umas pintinhas que desvalorizou, ao nível músculo-esquelético aos 5 anos teve um crescimento acelerado com dores associadas, ao nível endócrino apresentava algumas alterações de humor.

Como antecedente patológicos familiares não foram registados achados com significado clínico.

Antes de concepção e gravidez a mãe não usou qualquer método anticoncepcional, e a concepção foi natural. A mãe tinha 37 anos de idade, o parto foi realizado às 37 semanas, distócico com recorrência a anestesia geral, devido a hemorragias quando entrou no hospital.

No período pós-parto não foram registadas alterações ao padrão de normal desenvolvimento, a amamentação a mãe, caracterizou-a como boa durando 4 meses, um sono bom, os percentis normais e equilibrados, o nascimento dos dentes fazia crises de febre, gatinhou até aos 12 meses, a fala foi definida como normal. Desde bebé teve um acompanhamento na creche/ infantário. A alimentação era boa, comia de tudo com exceção do peixe.

Na Psicologia cognitiva na avaliação da atenção apresentava uma atenção dividida

Na Psicologia cognitiva na avaliação da memória a curto prazo era média, a longo prazo era alterna, de trabalho era boa, a visual era boa e a auditiva era fraca.

Ao nível das funções executivas de reflectir e planear antes de agir é alternada, quando quer faz, a linguagem era média, a capacidade de expressão era boa e a tradução de ideias em palavras era média.

Na escrita o desempenho era fraco, na avaliação emocional apresentava fragilidade emocional à frustração e ansiedade à contrariedade.

Na avaliação Osteopática apresentava uma morfologia delgado, com uma postura anterior à LCG. Na palpação e avaliação da mobilidade apresentou tensão com restrição da mobilidade na articulação OAA, e na charneira cervico-dorsal, de D12 a L3 apresentava rigidez com inversão do arco lombar, desarmonia na mobilidade entre arcos de toda a coluna, na articulação coxo femoral esquerda apresentava limitação na rotação externa e limitação marcada na articulação tibiotársica direita, os joelhos apresentam-se em ligeira flexão resistente á extensão ou posição neutra. O crânio apresentava tensão nas suturas escamosa, lambdóide no ptérion e no astérion, com predominância esquerda.

Tabela 5 - Registo Clínico do Aluno B

Data	História e disfunções	Tratamento	Observações
05/11/15	Registo global em ficha: Alterações gerais da relação dos arcos da coluna com inversão do arco lombar L2-L3. Tensão D11-D12 e C7- D1-D2. Rigidez generalizada de D5-L2. CxT média alta esquerda. Tensão na articulação OAA. Tensão marcada da articulação SEB mais marcada à esquerda, na lambda e astérion e as suturas coronal e escamosa esquerdas.	TOAC	
19/11/15	Não se sente tão cansado quando come. Tem tido menos comichão. Costelas Médias Altas Esquerdas restrição da mobilidade. Compressão vertical e lateral da SEB.	TOAC geral. Crânio. Caixa torácica	
03/12/15	Andou com tosse não tem feito desporto. Comichão tem andado melhor. Continua quando quer falar não deixa ninguém falar. Está melhor na qualidade de sono destapa-se menos, com pernas para cada lado. Membros inferiores em ligeira flexão. Rigidez CHDL e lombar e costelas CHCD. Crânio tensão: suturas parietal/occipital superior esquerdo e temporal/mastóide/occipital direito.	TOAC. Crânio. Mobilidade da Coluna Sentado lombar e dorsal baixa média	
17/12/15	Passou a tosse. Comichão “igual” dita por ele. Diz: “teve menos dificuldades nos testes”. Já começou a conseguir esperar pela sua vez para falar. Dias mais tranquilos.	TOAC geral. OAA. Arco lombar	Muito agitado vem da Festa de Natal
30/12/15	Tem estado mais concentrado e sossegado. Dificuldade em atacar as sapatilhas para chamar atenção. Dificuldade em comunicar verbalmente. Arco lombar e dorsal rígido. Sacro Nutado Esquerdo, joelho esquerdo e Articulação Tibio Társica (TT) esquerda.	Técnica específica: Crânio, Bacia, Esterno, Coluna em decúbito lateral. TOAC Geral	Está sem medicação, está agitado fisicamente alguma dificuldade em acatar ordens
14/01/16	Dormir e comer bem. Há dias que tudo o incomoda. As borbulhas que tem no corpo pensam ter relação com o cloro da piscina. No centro de estudos no geral está melhor. As notas da escola (escrever e ler). Agora anda mais direito. Sossega mais, tem comportamento mais dito normal. Arco D10 D12 invertido. Mais liberdade de movimentos e dos tecidos dos m.inf. Temporais +++. CxT inclinada esquerda +++ rotação. Dorsal média esquerda. TT + Joelhos.	Mobilidade lateral coluna dorsal e CxT. Crânio. Inibição SNS. TT e Joelhos	
28/01/16	Tem passado minimamente bem. Há organização em casa e nos TPC. Respeita melhor as intervenções nas conversas com os outros. Limitação no arco lombar.	TOAC Geral. Específico arco lombar sentado	
11/02/16	Foi hoje à Pediatria - Consulta de Aprendizagem e Desenvolvimento. A professora de educação especial e Médica frisou que o comportamento estava bastante diferente. Coluna com arcos integrados na totalidade.	TOAC Geral. Específicas Pés e Joelhos	

2.1. Análise dos Resultados Clínicos

O preenchimento desta tabela foi realizado em clínica pelo investigador de acordo com a resposta das mães e/ ou pais, permitindo tirar dúvidas sobre qualquer um dos aspectos das áreas social, cognitivo e fisiológico, e a observação avaliação e preenchimento do investigador para as áreas pivots e neurologia.

Para melhor interpretação calculou-se a variável quantitativa média dos scores da primeira e da oitava sessão de TOAC.

Tabela 6 - Resumo dos Resultados Clínicos do Aluno B

Áreas de Avaliação		Sessão de TOAC		
		1ª	8ª	
SOCIAL	Familiar	3	1	
	Escolar	3	1	
	Desporto	1	0	
COGNITIVO	Resultados em Estudo	2	1	
	Atenção	3	1	
	Hiperatividade	1	1	
PIVOTS		C5	3	0
	Centro Oscilação	C7	4	1
		D9	4	1
		L5	3	0
FISIOLÓGICO	Sono	Qualidade	4	0
		Quantidade	1	0
	Comer	4	0	
	Ansiedade	3	1	
	Respiração	0	0	
	Vitalidade	4	4	
NEUROLOGIA	Marcha No Lugar	3	0	
	Romberg	3	0	
	Convergência	3	0	
Média		2,89	0,67	

Na observação de resultados de uma forma geral podemos afirmar que se verificou uma evolução bastante produtiva nas áreas pivots, fisiológico e neurologia com a anulação da sintomatologia inicial, com exceção da vitalidade que manteve em máxima e a

ansiedade que passou de forte para fraca. Os pivots C7 e D9 na primeira sessão tinham dificuldade máxima de mobilidade, melhoraram significativamente mas permaneceram ainda com uma fraca limitação. Todos os outros itens na oitava sessão apresentaram ausência ou sem dificuldades relativamente à primeira. Ao nível das áreas social e cognitivo todos os itens reduziram um nível de score o que traduz uma melhoria relativa do quadro da PHDA, com a exceção dos itens familiar e escolar, com dois níveis de score, reduziu de quase máximo para fraco, traduzindo-se numa melhor relação interpessoal familiar e escolar.

Na avaliação média de dezanove itens distribuídos por cinco áreas com um possível máximo de média de 4 e mínimo de 0, o Aluno B apresentou na primeira sessão uma média de 2,89 e na oitava sessão uma média de 0,67, traduzindo-se numa redução 2,22 valores média de score.

2.2. Análise de Resultados Pré e Pós Avaliação CAD-S do Aluno B

2.2.1. CAD-S - Autoavaliação do Aluno B.

O Aluno B na pré avaliação TOAC, com 26 questões, respondeu 12 vezes sempre (46%), 12 vezes quase sempre (46%), 2 vezes quase nunca (8%) e 0 vezes nunca (0%). Na pós avaliação TOAC respondeu 7 vezes sempre (26%), 4 vezes quase sempre (15%), 7 vezes quase nunca (27%) e 8 vezes nunca (31%).

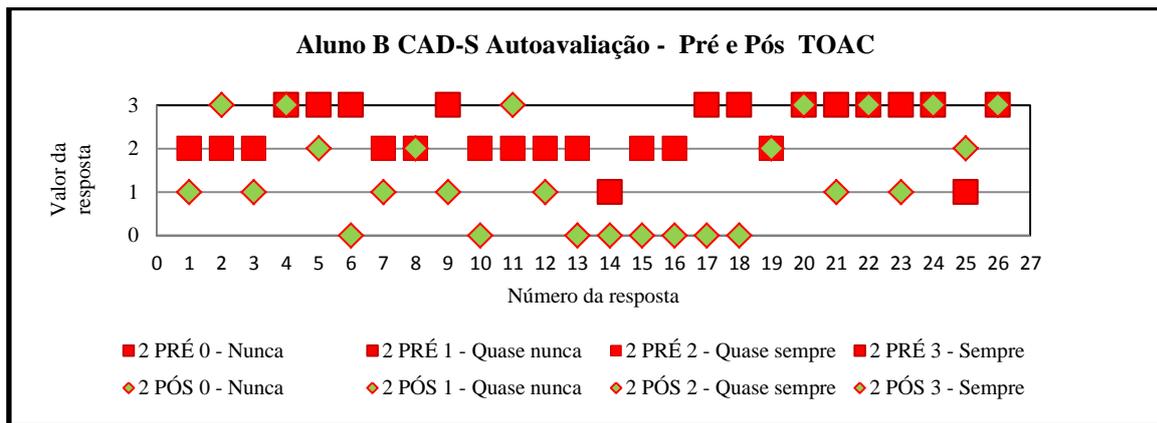


Gráfico 5 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Autoavaliação referente ao Aluno B

Verificou-se que, da pré para a pós avaliação TOAC, o Aluno B mantém 7 questões iguais (27%), melhoraram 16 questões (62%) e agravaram 3 questões (12%).

As alterações de resposta variam entre um e três níveis de score. Destacam-se com 3 níveis positivos de score as respostas 6 “É difícil para mim fazer a mesma coisa durante mais alguns minutos” do Grupo A, a 5 “Tenho dificuldade em organizar as minhas tarefas e atividades” e a 6 “Não gosto dos trabalhos da escola quando tenho que pensar muito” do Grupo B. Com dois níveis de score, as respostas, 9 “Estou atrasado(a) nos meus estudos” e 10 “Tenho dificuldade em me concentrar numa coisa de cada vez” do Grupo A, e a 1 “Dou erros por falta de cuidado ou tenho dificuldade em prestar atenção aos pormenores”, 3 “Tenho dificuldade em ouvir o que as pessoas me dizem”, 4 “Tenho dificuldade em acabar os meus trabalhos escolares ou outras tarefas”, 9 “Esqueço-me das minhas atividades diárias” e 11 “Levanto-me do meu lugar quando não devo (por exemplo, nas aulas)” do Grupo B.

2.2.1.1. Conclusão dos resultados CAD-S Autoavaliação Aluno B.

O resultado foi positivo, verificado nas CAD-S-Autoavaliação pós TOAC do Aluno B, fundamentado nos níveis positivos de score. As três questões com níveis de score agravados demonstram o amadurecimento da consciência construída de si e dos pais em relação a si.

2.2.2. CAD-S - Pais do Aluno B.

Os pais do Aluno B no pré questionário, 27 questões, responderam 0 vezes sempre (0%), 25 vezes quase sempre (93%), 2 vezes quase nunca (7%) e 0 vezes nunca (0%). No pós questionário respondeu 0 vezes sempre (0%), 15 vezes quase sempre (56%), 12 vezes quase nunca (44%) e 0 vezes nunca (0%).

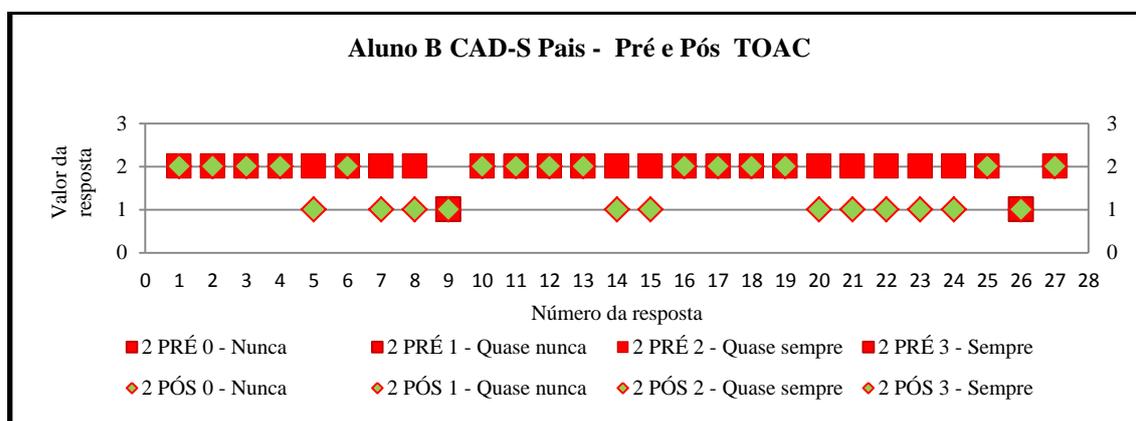


Gráfico 6 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Pais referente ao Aluno B

Verificou-se que se mantêm iguais 17 questões (63%), melhoraram 10 questões (37%) e agravaram 0 questões (0%). Expõe-se a relevância de nunca ter sido respondido “nunca” e “sempre”, sendo as alterações de resposta verificadas de um só nível de score, i.e. se respondeu quase sempre no pré, respondeu quase nunca no pós ou manteve igual.

2.2.2.1. Conclusão dos resultados CAD-S - Pais do Aluno B.

Evidencia-se uma ligeira melhoria no geral, de “quase sempre” para “quase nunca”.

2.2.3. CAD-S - Professor do Aluno B.

O professor do Aluno B na pré avaliação TOAC, 26 questões, respondeu 5 vezes sempre (19%), 11 vezes quase sempre (42%), 5 vezes quase nunca (19%) e 5 vezes nunca (19%). No pós avaliação TOAC respondeu 2 vezes sempre (8%), 8 vezes quase sempre (31%), 8 vezes quase nunca (31%) e 8 vezes nunca (31%).

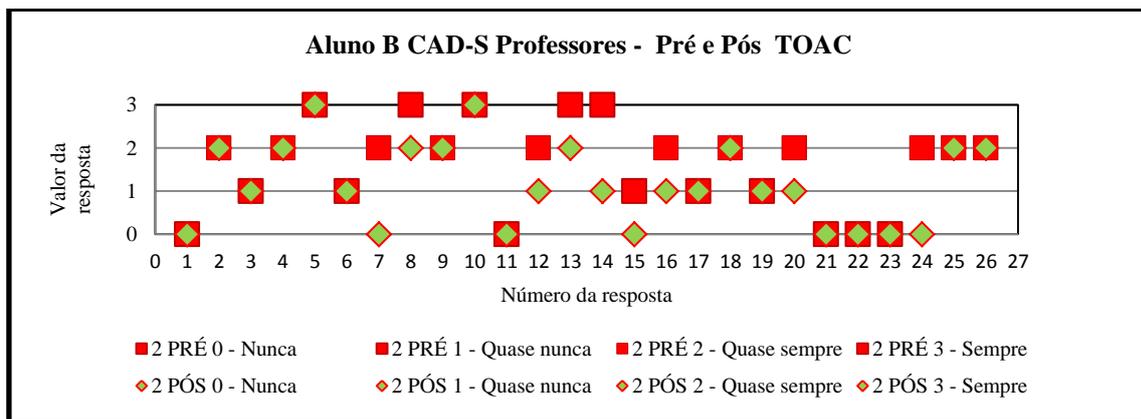


Gráfico 7 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Professores referente ao Aluno B

Verificou-se que, do pré para o pós avaliação TOAC, o professor do Aluno B mantém iguais 17 questões (65%), melhoraram 9 questões (35%) e agravaram 0 questões (0%).

Maioritariamente as alterações de resposta são de um só nível de score. Destacam-se com 2 níveis de score, positivos, as respostas 4 “Não consegue estar quieto (a)” do Grupo B e as respostas 2 “Não presta a atenção necessária aos pormenores ou comete erros por descuido nos trabalhos escolares, trabalho ou noutras atividades lúdicas” e 12 “Perde objetos necessários para fazer determinadas tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, trabalhos marcados pelos professores, lápis, livros ou ferramentas)” do Grupo C.

2.2.3.1. Conclusão dos resultados CAD-S - Professores do Aluno B.

Verificadas as CAD-S-Professores pós avaliação TOAC do Aluno B, o professor manteve de forma maioritária as suas respostas iguais (65%), no entanto verificou melhorias (35%) nos níveis de atenção, impulsividade, responsabilidade e organização, não agravando nenhum nível de score das respostas. Concluímos que o professor verificou melhorias no Aluno B após o TOAC, ou seja o resultado foi positivo.

2.3. Discussão de Resultados de CAD-S - Aluno B

Ao analisarmos o Gráfico 8 verificámos que a Autoavaliação assinalou um melhoramento significativo dos níveis de score em 16 questões, ou seja melhorou muito na sua autoavaliação.

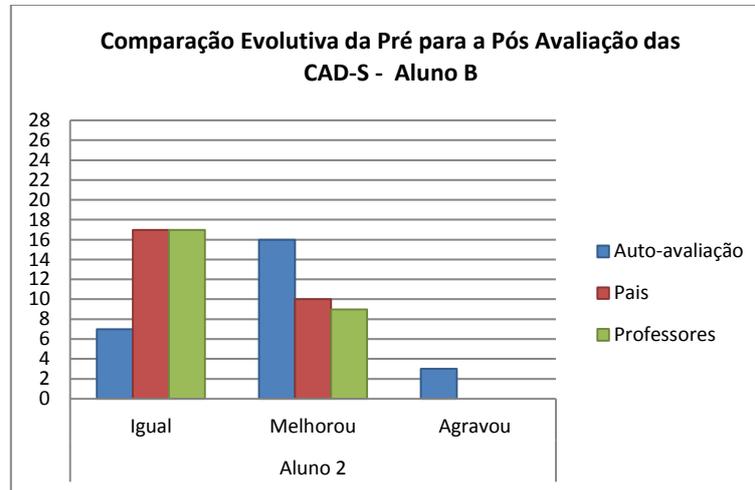


Gráfico 8 - Número de respostas iguais, com melhoria ou agravamento da Pré para a Pós avaliação CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, referentes ao Aluno B

Analisados os resultados dos pais do Aluno B, verificámos melhorias de score em 10 questões. Constámos um dado interessante que é o facto de, nos dois momentos, nunca terem sido assinalados os scores “nunca” e “sempre”. Contudo assinalam um melhoramento na atenção, acabar o que começa, hiperatividade e distração, inter-relação com os adultos e concentração e impulsividade.

O professor mantém a mesma linha de observação do aluno e dos pais, frisando melhoramento de scores em 9 questões, como no conseguir estar quieto e no prestar atenção aos pormenores produzindo menos erros por descuido, nunca perde as ferramentas de trabalho escolar e na organização de tarefas ou atividades.

Verificados os resultados das CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, evidenciaram uma redução dos sintomas globais e conseqüente melhoria da sua relação com os outros e desempenho cognitivo.

2.4. Conclusões do Aluno B

Ao realizar a análise conclusiva do Aluno B, tornou-se evidente uma evolução significativa nas áreas do auto conhecimento traduzidas na melhoria dos scores de dezasseis respostas da pré para a pós CAD-S Autoavaliação sendo a evolução de resposta das CAD-S Pais e Professores muito idênticas, evidenciando-se o conseguir estar quieto, prestar atenção aos pormenores produzindo menos erros por descuido, nunca perde as ferramentas de trabalho escolar e a organização de tarefas ou atividades.

Sem alterar qualquer atividade quotidiana da vida da criança ou da família, ou obter efeitos indesejáveis, o TOAC no Aluno B traduziu-se numa melhoria estrutural, fisiológica e neurológica (Tabela 6), expressando-se num melhor desempenho cognitivo e psicossocial, com a anulação da sintomatologia inicial, traduzido pela narração dos pais: agora anda mais direito, sossega mais e tem mais um comportamento dito normal, respeita melhor as intervenções nas conversas com os outros, tem melhor organização em casa e nas tarefas escolares de casa (Tabela 5). Na tabela 6, Resumo dos Resultados Clínicos, ficou expressa a evolução verificada pelos pais com numa melhoria dos valores da média de score de 2,89 para 0,67 valores, num máximo de 4.

De salientar que na oitava sessão de TOAC o aluno havia ido ao hospital à pediatria para consulta de aprendizagem e desenvolvimento, onde a professora de educação especial e a médica frisaram que o comportamento e as capacidades cognitivas do aluno estavam bastante melhoradas no geral, constatação corroborada pelos pais quando afirmaram que “dorme e come melhor”, “no centro de estudos no geral está melhor” e que “as notas da escola estão melhores e que escreve e lê melhor (Tabela 5).

3. Caso C

O Aluno C foi adotado com 1 ano de idade, nasceu a 27-5-2006, à data da anamnese tinha 9 anos, 23kg de peso e 131cm altura, está medicado com Rubifen ½ comprimido 2 vezes por dia, manhã e almoço.

A Anamnese do Aluno C foi realizada em 6-11-2015 à mãe adoptiva (afrente designada como mãe), sendo registados os dados em Ficha Clínica Osteopática (Anexo 12) pelo investigador, os quais passamos a apresentar: a mãe não narrou qualquer dado na saúde geral do aluno digno de registo clínico, “foi sempre saudável”.

Como antecedentes patológicos familiares os pais biológicos eram alcoólicos.

Na conceção e gravidez, não são conhecidos dados referentes a este período.

No período pós-parto só há dados a partir do ano de idade (adoção) o sono foi mau até aos 6 anos, os percentis normais com exceção o crescimento que apresentava picos, o nascimento dos dentes foi acompanhado de bronquiolites, não gatinho, só rastejava e iniciou a marcha aos 16 meses, a fala foi definida como difícil e teve acompanhamento de terapia da fala desde o início. Desde bebé teve um acompanhamento na creche/ infantário até aos 5 anos, seguido de 1 ano de pré escola.

A alimentação era fraca definida como “lenta e esquisita”, como de tudo com exceção para as verduras.

Na Psicologia cognitiva na avaliação da atenção (Descobertas & Neto, 2014) apresentava uma atenção dividida

Na Psicologia cognitiva a avaliação da memória a curto prazo era fraca, a longo prazo era boa, de trabalho era fraca, a visual era fraca e a auditiva era boa.

Ao nível das funções executivas de refletir e planear antes de agir era fraca, a linguagem era boa, a capacidade de expressão era fraca e a tradução de ideias em palavras era fraca. Na escrita o desempenho era alterna e na avaliação emocional apresentava baixa autoestima.

Na avaliação Osteopática apresentava uma morfologia delgado, uma postura anterior. Na palpação e avaliação da mobilidade apresentou uma desarmonia na mobilidade

e integridade entre arcos de toda a coluna apresentava retificação geral dos arcos da coluna a chamada “coluna neurótica”, tensão com restrição da mobilidade na charneira cervico-dorsal, D3/D4 arco invertido, extensão, compensado em D8/D9, flexão, e em L1/L2/L3 apresentava rigidez com inversão do arco lombar. O crânio apresentava rigidez na sutura sagital, escamosas, lambdóides, pterions e no astérios.

Tabela 7 - Registo Clínico do Aluno C

Data	História e disfunções	Tratamento	Observações
06/11/15	Registo global em ficha: Alterações gerais da relação dos arcos da coluna com rectificação geral da coluna (coluna neurótica), com rigidez generalizada, com compactação de D8-D9 e D4-D5 em extensão. Tensão marcada de L1 a L3 Tensão na articulação OAA. Tensão marcada da SEB, suturas lambda, astérion e suturas coronal e escamosa, esquerdas.	TOAC geral	Limitação na anamnese física, pela agitação do primeiro contato
20/11/15	Tem dormido bem e sossegada. Comportamento respiratório melhor, não utilizam a bomba. Costelas esquerda superiores/médias. Crânio-SEB lesão vertical e transversa, sutura coronal, rigidez no geral. Dor e desconforto nos ouvidos. Arco lombar rígido e invertido com compactação da D1 à D5/D6.	Crânio + TOAC e Caixa torácica	Perna Curta Esquerda?
04/12/15	Tem tido mais iniciativa nas tarefas em casa. Tem mais iniciativa nos TPC. Arcos da coluna mais integrados. Tensão craniana esquerda parietal postero superior e mastóide direita.	TOAC com inibição, Crânio. Mobilidade Coluna Sentada	Consegue relatar melhor os acontecimentos e melhor capacidade de expressão.
16/11/15	O Pai diz ela estar melhor, parece ter dado um salto no crescimento, “está a correr bem”. Arco dorsal superior compactado D2/D3 a D5/D6 D7 flexão Máxima	TOAC + específica arcos sentados Flexão/extensão inclinação e rotações	”. Quase não falou e os olhos várias vezes fecharam-se
29/12/15	Quando não toma medicação tem dificuldade em concentrar-se nos TPC. O Apetite, com e sem medicação, têm-se mantido, tal como o dormir. Os arcos estão mais integrados e ligados entre si.	TOAC + específica Bacia-CxT lateral e coluna. Lifting (abraço)	Esteve 1h à espera por tratamento com a mãe e esteve calma e tranquila
15/01/16	Arco lombo sagrado aumentado por rotação anterior da bacia, tensão nos ligamentos inguinais. Inversão da curvatura dorsal superior. D2 a D4/D5. CxT limitada na inclinação e rotação + esquerda média superior.	TOAC anterior, inclinação e rotação sentada. TTM posterior + Inibição. Específicas sobre CxF – ligamento inguinal em lateralidade	Muito energética mas afável.
29/01/16	Com e sem medicamento a agitação não se diferencia a alteração por falta de medicamento é mais constante. No entanto no estudo é-lhe mais difícil a concentração, necessita de medicação para estudar tranquila.	TOAC geral com trabalho específico sobre arco lombar.	
12/02/16	Hoje está muito agitada mas acata ordens. D5/D6 compactação. Avaliação geral. Arcos mais integrados e melhor mobilidade no geral.	TOAC geral. Específicas sobre D5/D6 e arco lombar	

3.1. Análise dos Resultados Clínicos

O preenchimento desta tabela foi realizado em clínica pelo investigador de acordo com a resposta das mães e/ ou pais, permitindo tirar dúvidas sobre qualquer um dos aspectos das áreas social, cognitivo e fisiológico, e a observação avaliação e preenchimento do investigador para as áreas pivots e neurologia.

Para melhor interpretação calculou-se a variável quantitativa média dos scores da primeira e da oitava sessão de TOAC.

Tabela 8 - Resumo dos Resultados Clínicos do Aluno C

Áreas de Avaliação		Sessão de TOAC		
		1ª	8ª	
SOCIAL	Familiar	4	1	
	Escolar	4	1	
	Desporto	4	-	
COGNITIVO	Resultados em Estudo	2	1	
	Atenção	3	2	
	Hiperatividade	3	2	
PIVOTS	Centro Oscilação	C5	2	0
		C7	3	0
		D9	4	1
		L5	3	0
FISIOLÓGICO	Sono	Qualidade	4	1
		Quantidade	1	0
	Comer	1	0	
	Ansiedade	3	1	
	Respiração	3	1	
	Vitalidade	4	4	
NEUROLOGIA	Marcha No Lugar	2	0	
	Romberg	3	0	
	Convergência	0	0	
Média		2,94	0,78	

Na observação de resultados de uma forma geral podemos afirmar que se verificou uma evolução bastante produtiva nas áreas pivots, fisiológico e neurologia com a anulação da sintomatologia inicial, com exceção da vitalidade que manteve em quase máxima e a

ansiedade que passou de máxima para média, todos os outros itens na oitava sessão apresentaram ausência ou quase sem significado relativamente à primeira, nomeadamente o pivot D9, ainda manteve uma ligeira limitação funcional, a qualidade do sono, a ansiedade e a respiração ainda mantiveram ligeiras alterações embora que fracas. Ao nível social verificou-se uma melhoria significativa, de dificuldade extrema para dificuldade reduzida, traduzindo-se numa melhor relação interpessoal familiar e escolar. A nível cognitivo todos os itens reduziram um nível de score o que traduz uma melhoria relativa cognitivamente.

Na avaliação média de dezanove itens distribuídos por cinco áreas com um possível máximo de média de 4 e mínimo de 0, o Aluno C apresentou na primeira sessão uma média de 2,94 e na oitava sessão uma média de 0,78, traduzindo-se numa redução 2,16 valores média de score.

3.2. Análise de Resultados Pré e Pós Avaliação CAD-S do Aluno C

3.2.1. CAD-S - Autoavaliação do Aluno C.

O Aluno C na pré avaliação TOAC, com 26 questões, respondeu 12 vezes sempre (46%), 3 vezes quase sempre (12%), 7 vezes quase nunca (27%) e 4 vezes nunca (15%). Na pós avaliação TOAC respondeu 9 vezes sempre (35%), 2 vezes quase sempre (8%), 8 vezes quase nunca (31%) e 7 vezes nunca (27%).

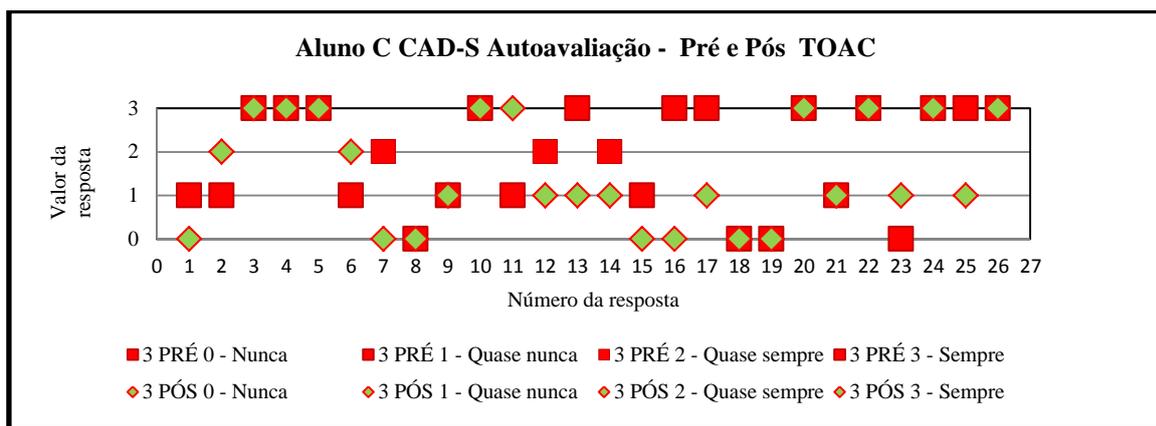


Gráfico 9 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Autoavaliação referente ao Aluno C

Verificou-se que, da pré para a pós avaliação TOAC, o Aluno C mantém 14 questões iguais (54%), melhoraram 8 questões (31%) e agravaram 4 questões (15%).

As alterações de resposta variam entre um e três níveis de score. Destacam-se, com 2 níveis de score negativo a resposta 11 “Sou muito sensível e fico perturbado(a) com muita facilidade” do Grupo A, e com 2 níveis de score positivo as respostas 7 “Não tenho boa opinião acerca de muitas coisas”, do Grupo A e 1 “Dou erros por falta de cuidado ou tenho dificuldade em prestar atenção aos pormenores”, 4 “Tenho dificuldade em acabar os meus trabalhos escolares ou outras tarefas”, 5 “Tenho dificuldade em organizar as minhas tarefas e atividades” e 13 “Tenho dificuldade em jogar ou fazer qualquer outro passatempo de modo tranquilo” do Grupo B.

3.2.1.1. Conclusão dos resultados CAD-S Autoavaliação Aluno C.

O resultado foi positivo, verificado nas CAD-S-Autoavaliação Pós TOAC do Aluno C nas áreas da atenção, concentração, organização e capacidade de trabalho individual e em família. As quatro questões com níveis de score agravados manifestam a necessidade

de atenção por parte dos pais quando diz que quase sempre não notam o seu bom comportamento ou a recompensam, ao mesmo tempo afere melhor a sua impulsividade, Hiperatividade e sensibilidade emocional, expresso no agravamento de score

3.2.2. CAD-S - Pais do Aluno C.

Os pais do Aluno C no pré questionário, 27 questões, responderam 14 vezes sempre (52%), 2 vezes quase sempre (7%), 7 vezes quase nunca (26%) e 4 vezes nunca (15%). No pós questionário respondeu 2 vezes sempre (7%), 9 vezes quase sempre (33%), 6 vezes quase nunca (22%) e 10 vezes nunca (37%).

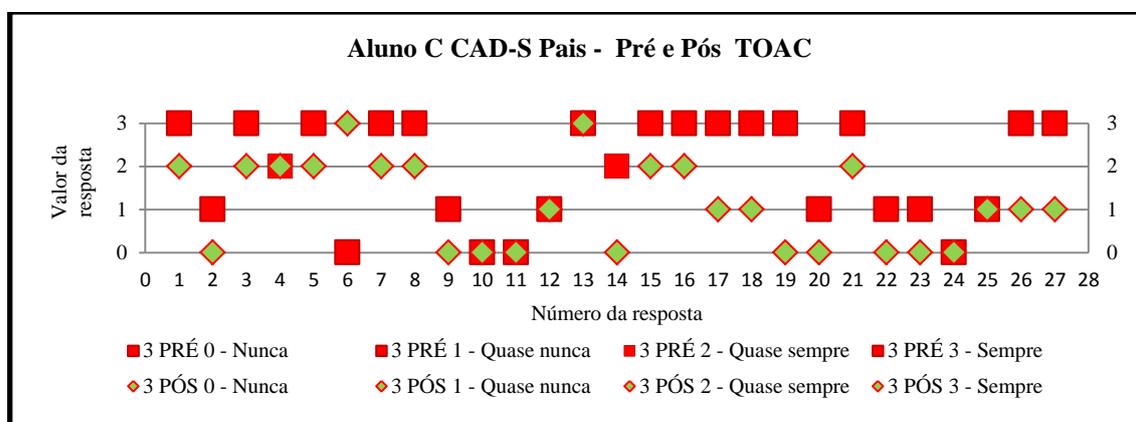


Gráfico 10 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Pais referente ao Aluno C

Verificou-se que se mantêm iguais 7 questões (26%), melhoraram 19 questões (70%) e agravou 1 questão (4%).

Maioritariamente as alterações de resposta são de um só nível de score. Destacam-se com 2 níveis de score com melhoramento, as respostas 14 “Corre e trepa em situações inapropriadas”, 17 “Evita, tem relutância ou tem dificuldade em empreender tarefas que exigem um esforço continuado (tal como trabalhos na escola ou de casa)”, 18 “Irrequieto, tem bicho-carpinteiro”, 19 “Distrai-se quando lhe estão a dar instruções para fazer uma coisa”, 26 “Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente” e 27 “Fica frustrado quando não consegue fazer qualquer coisa”, com agravamento de 3 níveis de score a resposta 6 “Discute/argumenta com os adultos”, do grupo A.

3.2.2.1. Conclusão dos resultados CAD-S-Pais do Aluno C.

O resultado foi positivo, verificado nas CAD-S-Pais Pós TOAC do Aluno C, na capacidade de realizar trabalho naturalmente, na concentração, na relação com a família e tarefas domésticas e escolares. Evidenciando-se positivamente a capacidade de argumentação e diálogo com os adultos.

3.2.3. CAD-S - Professor do Aluno C.

O professor do Aluno C no pré TOAC, 26 questões, respondeu 8 vezes sempre (30,8%), 12 vezes quase sempre (46,2%), 3 vezes quase nunca (11,5%) e 3 vezes nunca (11,5%). Na pós avaliação TOAC respondeu 4 vezes sempre (15%), 15 vezes quase sempre (58%), 4 vezes quase nunca (15%) e 3 vezes nunca (12%).

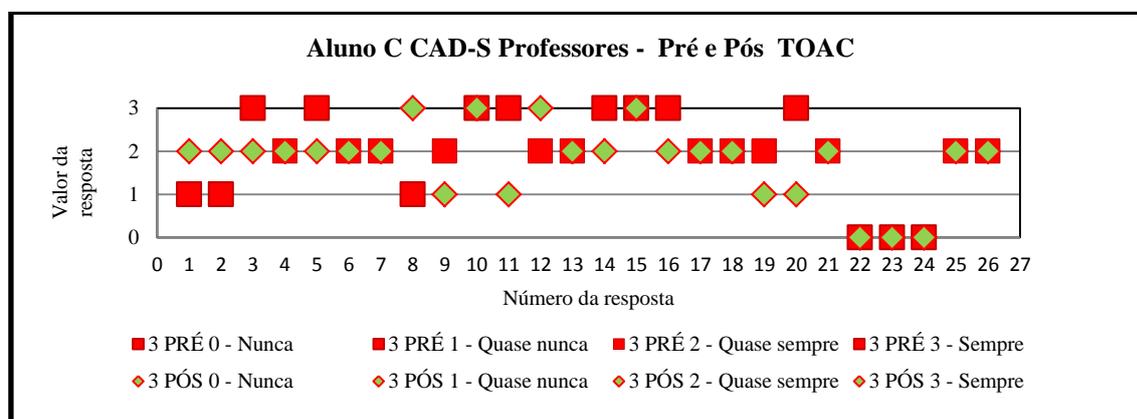


Gráfico 11 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Professores referente ao Aluno C

Verificou-se que, do pré para o pós avaliação TOAC, o professor do Aluno C mantém 14 questões iguais (54%), melhoraram 8 questões (31%) e agravaram 4 questões (15%).

Maioritariamente as alterações de resposta são de um só nível de score. Destacam-se com 2 níveis de score positivo as respostas 8 “Agitado(a), sempre em pé e apressado (a)” do Grupo B e a 8 “tem dificuldade em realizar tarefas e atividades” do Grupo C. Com 2 níveis de score agravado a resposta 5 “Mantém a atenção por períodos de tempo muito curtos” do Grupo B, de “quase nunca” para “sempre”.

3.2.3.1. Conclusão dos resultados CAD-S - Professores do Aluno C.

O resultado foi positivo, verificado na CAD-S - Professores pós avaliação TOAC do Aluno C, nomeadamente nas dificuldades de realizar tarefas e de impulsividade e hiperatividade na globalidade. Inversamente nas 4 questões que tiveram um agravamento de score evidenciam-se os curtos períodos de atenção, seguindo-se a impulsividade e a conclusão das tarefas. Para a mesma família de atenção, hiperatividade e impulsividade, constata-se incongruências na qualificação dos scores em diferentes momentos da CAD-S - Professores do Aluno C.

3.3. Discussão de Resultados de CAD-S Aluno C

Ao analisarmos o Gráfico 12, verificámos que a Auto-avaliação assinalou um melhoramento dos níveis de score em 8 questões, na maioria com dois níveis, e agravamento em 4 de um nível de score, ou seja, melhorou a sua auto-avaliação, expressando melhor autoconhecimento.

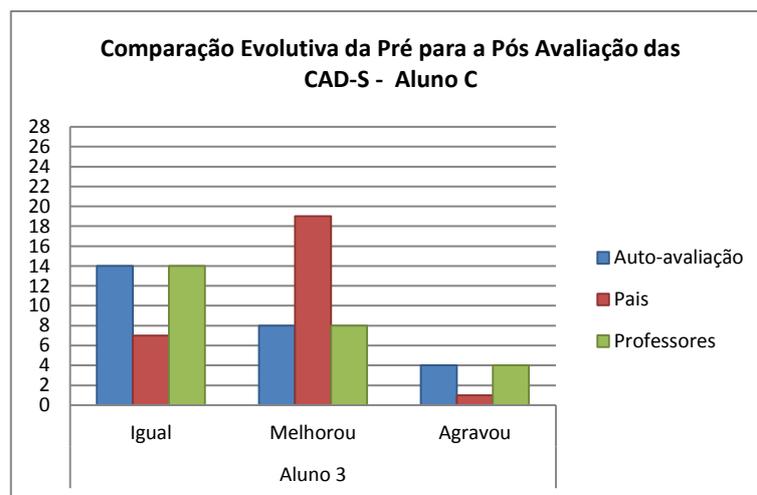


Gráfico 12 - Número de respostas iguais, com melhoria ou agravamento da Pré para a Pós avaliação CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, referentes ao Aluno C

Quando analisámos os resultados dos pais do Aluno C, verificámos melhorias significativas no global, com 19 melhoramentos de score, verificando-se apenas que agravou a discussão/argumentação com os adultos.

O professor do Aluno C teve um agravamento de score em quatro questões, como na relação com os outros e instruções, nos períodos de atenção e não acaba o que começa.

Contudo referencia melhoria significativa em 8 níveis de score como na agitação e na organização de tarefas, e melhoria razoável na atenção e hiperactividade no geral.

Perante as observações idênticas de aluno e professor e as diferenças díspares dos pais havia necessidade de esclarecer estas as diferenças de observação, deste modo propusemos os pais do Aluno C para a “Entrevista aos Pais”.

3.4. Análise de Conteúdo da Entrevista aos Pais do Aluno C

Na análise de conteúdo da entrevista (Anexo 11) realizada aos pais do Aluno C procurou-se sintetizar todos os aspetos apresentados na entrevista, foi nosso objetivo compreender que níveis de percepção tiveram os pais após a intervenção Osteopática com TOAC, no Aluno com PHDA, nas capacidades cognitivas e psicossociais familiares e escolares.

Começamos por analisar e comentar as percepções, verificadas pelos pais na área cognitiva, no geral. O pai mostrou-se inicialmente reticente em reconhecer algumas diferenças, afirmando que “mudanças radicais não houve, (...) assim muito radicais não houve” (pag.1,§3). Quando nos especificámos na área cognitiva na categoria de compreensão, interpretação e aplicação dos conhecimentos adquiridos e novas situações, o pai afirmou que “eu tenho ideia que está mais madura” (pag.1,§5). Nesta categoria a mãe referiu que “uma pergunta num teste, se for uma pergunta direta consegue ir logo lá, se tiver que pensar um bocadinho, tem mais dificuldades” (pag.1,§10), no entanto mais à frente na área psicossocial / comportamental categoria de organização, hábitos de trabalho e deveres, no contexto dos últimos testes realizados afirma que “estes últimos, que fez, foram feitos na sala com a professora (...) teve bom a Português, e foi ela que fez” (pag.4,§89) e que “desta vez, fez tudo na sala com os colegas.” (pag.4,§93).

Na área cognitiva, categoria de português, subcategoria de oralidade, verificaram melhorias na capacidade de expressão, “já se exprime” (pag.1,§8). Na subcategoria de leitura, no último teste de português não foi necessário apoio, foi integrada na turma da professora titular com os outros colegas. Referenciando a mãe que “às vezes costumam ser lidos, mas que agora tinha sido sozinha que leu” (pag.4,§89) e “Disse-me que foi ela que leu tudo.” (pag.4,§102) Relativamente à subcategoria escrita, foi um campo de fraca referência, durante a entrevista, a mãe menciona que “sempre teve grandes dificuldades, principalmente na parte da escrita” (pag.1,§10).

Na categoria de matemática, foi referido que “na matemática tem muita dificuldade nas simetrias,” no entanto “estava muito contente porque tinha conseguido fazer e tinha tido tudo certo” (pag.5,§105). Na subcategoria números e operações, mostra alguma facilidade “se for aquelas operações assim mais simples. Se for aquelas de raciocínio, às vezes até desiste” (pag.2,§20), contudo afrente afirma que “não tem dificuldade nenhuma na tabuada” como é uma coisa de decorar, ela tem facilidade” e que “nas contas, por exemplo, não tem dificuldade” (pag.5,§110).

Na categoria de défice de atenção, subcategoria acabar o que começa, verificou-se uma evolução acentuada, em casa, nas tarefas familiares e colaboração com os pais, já idealiza, inicia e acaba o que começa. O pai enfatiza que “foi a maior modificação que eu notei nela, poder participar nas tarefas domésticas sem que a gente diga nada” (pag.2,§35). Na subcategoria seguir instruções e terminar os trabalhos escolares, tarefas ou deveres no seu lugar, houve melhorias mantendo a necessidade de acompanhamento em casa, de acordo com a mãe “acho que a escola como é uma coisa que ela não é assim muito... nós temos que estar ali” (pag.2,§34), refere ainda que já expressou a tomada de consciência do papel da escola na sua vida manifestada na seguinte atitude, quando “um dia destes, disse-me: “não gostava da escola mas sabia que tinha de estudar” (pag.4,§78), acrescenta ainda a mãe que “não é muito o que ela gostava, mas ela entende e faz...” (pag.4,§82). Na subcategoria períodos de tempo de atenção e focos de interesse referem que está muito diferente, “está mais calma” (pag.5,§112), “até a ver televisão” (pag.5,§114), o que acabam por correlacionar com a área psicossocial comportamental, categoria de Hiperatividade que se apresenta também mais regular.

Na categoria de memória, subcategoria a curto prazo, referiram que houve avanços significativos “isso também está melhor, (...) essa parte nós notámos” (pag.2,§37). Já consegue relatar acontecimentos da sala de aula e das suas vivências diárias “agora já me sabe explicar, já me sabe dizer” (pag.2,§39). Na subcategoria a longo prazo, referem que foi sempre algo que teve muita facilidade na “memória a longo prazo sempre foi boa” (pag.2,§41). Na subcategoria de trabalho, em ambiente familiar “é a maior mudança que a gente vê. A situação de ajudar, de fazer, fazer por si sem estarmos a mandar...” (pag.2,§32), e do ambiente escolar “qualquer coisa na sala de aula, ou o que é que a professora..., se tiveste tudo certo nos trabalhos de casa” (pag.2,§39). Na subcategoria visual, o pai identifica que “tem uma memória fotográfica, muito boa” (pag.2,§40). Na

subcategoria auditiva, aprende a letra de uma canção mais rapidamente “já sabe as letras, já canta as letras, já fica”, “isso foi uma coisa que começou a fazer há muito pouco tempo” (pag.3,§47).

Na categoria de funções executivas, nas subcategorias abordadas refletir e planear antes de agir, linguagem, capacidade de expressão e tradução de ideias em palavras, os pais referem uma melhoria generalizada quando questionados “sim” (pag.3,§51), “está melhor. Já se exprime.” (pag.1,§8). “Ela ficava-se, agora não, já tem argumento, já argumenta” “As frases podem não ficar bem estruturadas mas tenta expor as ideias” (pag.3,§57).

Na categoria de avaliação emocional, neste grupo verificou-se uma avaliação conjunta das três subcategorias fragilidade emocional á frustração, baixa auto-estima e ansiedade na contrariedade, onde os pais narram situações de auto afirmação e auto determinação, o que não era muito vulgar: “ela ficava-se, agora não, já tem argumento, já argumenta,” (pag.3,§57), “está mais refilona” (pag.3,§53), “já está a querer ser mais ela, mais independente coisa que não era.” (pag.3,§66).

Na área psicossocial comportamental, categoria de cumprimento de normas, cooperação e relacionamento interpessoal familiar, foi muito evidente a modificação refletida pelo pai na participação das tarefas da casa “isso é a maior mudança que a gente vê. A situação de ajudar, de fazer, fazer por si sem estarmos a mandar...” (pag.2,§32). Tal como na sua afirmação e cooperação no seio familiar “pelo menos com a prima, entende mais, já não é só o “eu”, já interage mais já. E na escola acho que nesse aspeto também” (pag.3,§65), “tenta impor-se mais” (pag.3,§66), “também já dá a sua opinião (...). Sim mudou o comportamento” (pag.3,§67), no sentido correto de ser e de estar. Na categoria de relacionamento interpessoal e respeito pelos valores da comunidade escolar, respeita os colegas não entrando em revolta “entende mais, já não é só o “eu”, já interage mais já. E na escola acho que nesse aspeto também” (pag.3,§65). Na, categoria organização, hábitos de trabalho e deveres tenta-se esforçar e quando tem dificuldades pede ajuda da mãe, já organiza melhor o interior do caderno da escola. “Por norma até tenta, (...) a gente vê que até há certas coisas que tem dificuldades (...) ao final do dia, a gente fala nos trabalhos de casa, vimos que já está ali muito cansada, mas tenta esforçar-se” (pag.4,§85), e acaba por concretizar as tarefas. Assumiu o papel da escola na sua vida, embora manifeste que é algo que não gosta: “um dia destes disse-me que não gostava da escola mas sabia que tinha de estudar” (pag.4,§78). O pai afirma que ”pode nunca gostar da escola mas também”

(pag.4,§81), “entende que têm que estudar, tem que fazer os trabalhos (...), não é muito o que ela gostava, mas ela entende e faz” (pag.4,§82), reforça mãe. Na categoria Hiperatividade, nas subcategorias estar sempre ligado ao motor “bicho-carpinteiro” e agitação, pressa e distração, os pais constataram uma acalmia significativa “está mais calma” (pag.5,§112), e consegue ter períodos mais tranquilos “até mesmo a ver televisão” (pag.5,§114). Toda a agitação que manifestava anteriormente, verificaram que “já está mais calma sim...sim, sim, sim.” (pag.5,§120), “teve influência nesta parte da sua agitação, está mais calma, está mais serena” (pag.7,§176).

Na área estrutura fisiologia, categoria estrutura, expressaram modificações importantes no corpo e nas funções gerais e específicas, verificadas nas subcategorias coluna e postura, “as costas mais direitinhas” (pag.6,§127), crescimento, “ah! Isso nota-se, nota-se na roupa” (pag.6,§125), cor da face e tez, “quanto à cor sinceramente não, mas a tensão sim” (pag.6,§130), peso e altura, “Nota-se mesmo mais cheiinha” (pag.6,§128).

Na área estrutura fisiologia, categorias como está sentado na cadeira e secretária e postura, atitude e expressividade, adquiriu a consciência do seu próprio corpo, “às vezes ia para cima da cama fazer o pino e era uma das coisas que dizia: “agora já não posso fazer o pino por causa das minhas costas” (pag.7,§171), expressando o efeito do tratamento no bem-estar sequente: “logo que chegava a casa e dizia “vocês não me toquem porque quero ficar direitinha como saí de lá”. Era engraçado” (pag.7,§169), “a gente a nível do físico nota diferença.” (pag.7,§164).

Na área estrutura fisiologia, categoria exercício físico, foi difícil verificar alterações por ser já uma característica sua “mesmo lá na educação física, dizia: “ah mãe! Sou sempre a melhor”. É toda atleta, toda” (pag.5,§123). Categoria perícia, verifica-se melhorias na motricidade fina, “até naquela parte dos recortes e tudo” (pag.5,§123). Os pais reforçaram as mudanças havidas expressando que “está melhor, está sim senhor. Está melhor, vê-se melhorias” (pag.5,§122).

Na área estrutura fisiologia, categoria fisiologia, subcategoria sono, qualidade e quantidade, “o sono foi uma coisa que a gente notou logo” (pag.6,§142). “Falava no sono, o que eu já não ouço.” (pag.6,§147). “Com melhor qualidade, sim” (pag.6,§140); Na subcategoria comer, “Era muito lenta, muito lenta. Uma coisa! Para comer era... e agora, pronto, nota-se a diferença” (pag.6,§136); Na subcategoria ansiedade, 176 “está mais

calma, está mais serena...” (pag.7,§176; Na subcategoria respiração, a mãe manifesta positividade na melhoria e tranquilidade respiratória “sim” (pag.6,§144) e na subcategoria medicação, “usa para a escolinha, tirando isso... Quando está na escola está mais concentrada, porque quando chega a casa, está a fazer os trabalhos de casa e já não tem medicação nenhuma” (pag.6,§155). “Quando faz os trabalhos e está com a medicação, está ali mais concentrada” (pag.6,§157).

Verificaram-se, por parte dos pais, algumas dificuldades na coerência inicial do discurso comparativamente ao final, entrando várias vezes em contradição. Reconhece-se que as áreas abordadas na entrevista contêm linguagem técnica específica, relativamente novas para os entrevistados, dificultando a objectividade da entrevista, o que se foi esbatendo.

Conclui-se que os pais do Aluno C constataram que o TOAC foi efetivo no desenvolvimento global da criança com PHDA, fomentada na melhoria da funcionalidade da relação física fisiológica pelo acelerar de processos do desempenho das áreas cognitiva e psicossocial familiar e escolar. Sem alterar qualquer atividade quotidiana da vida da criança ou da família, ou obter efeitos indesejáveis, somente no tempo de 4 meses e oito intervenções Osteopáticas.

3.5. Conclusões do Aluno C

Ao realizar a análise conclusiva do Aluno C, importa referir o facto de ser uma criança adotada ao ano de idade e o seu passado até aqui ser totalmente desconhecido dos pais adoptivos.

Verificámos nas CAD-S igual evolução no número de questões observadas pelo professor e aluno, mantiveram 14 questões, melhoraram 8, como na agitação e na organização de tarefas, e melhoria razoável na atenção e hiperactividade no geral, e agravaram 4 questões, como na relação com os outros e instruções, nos períodos de atenção e não acaba o que começa. Inversamente os pais verificaram melhorias em 19 questões mantiveram 7 e houve agravamento em discutir e argumentar com os adultos. Também verificámos na Tabela 8 de Resumo dos Resultados Clínicos uma redução de valores da média de scores de 2,94 para 0,78 valores num máximo de 4.

Sem alterar qualquer atividade quotidiana da vida da criança, da família ou obter efeitos indesejáveis, verificámos uma melhoria estrutural, fisiológica e neurológica traduzida numa melhoria funcional marcadamente sentida pelos pais nas áreas fisiológica e psicossocial familiar e escolar expressa na evolução significativa da autodeterminação e autoconfiança, referenciando que “a maior mudança que a gente vê” é “a situação de ajudar, de fazer, fazer por si sem estarmos a mandar”, “já interage mais” e “na escola acho que nesse aspeto também”, “tenta impor-se mais” e “já dá a sua opinião” “mudou o comportamento”, no sentido correto de ser e de estar. Fisiologicamente com “as costas mais direitinhas”, o crescimento, “nota-se na roupa” o peso e altura “nota-se mesmo mais cheiinha”.

Na escola deixou de fazer os testes adaptados em português “não foi necessário apoio, foi integrada na turma da professora titular com os outros colegas” e “agora tinha sido sozinha que leu tudo”, em matemática “tinha conseguido fazer e tinha tido tudo certo”. Importa salientar que embora o aluno tenha assumido o papel da escola na sua vida, referencia que é algo que não gosta: “um dia destes disse-me que não gostava da escola mas sabia que tinha de estudar”, o pai confirma que “pode nunca gostar da escola mas” “entende que tem que estudar, não é muito o que ela gostava, mas ela entende e faz”.

4. Caso D

O Aluno D nasceu a 2-11-2004, à data da anamnese tinha 11 anos, 30kg de peso e 136cm altura, está medicado com Concerta 27mg 1 vez por dia, efeito de 12 horas. Tem uma irmã, com 15 anos. Fazia natação sincronizada e era escuteiro.

A Anamnese do Aluno D foi realizada à mãe em 6-11-2015, sendo registados os dados em Ficha Clínica Osteopática (Anexo 12) pelo investigador, os quais passamos a apresentar: a mãe narrou que por vezes apresentava dores de cabeça e de barriga desde que iniciou a medicação, a nível do sistema nervoso e cabeça teve algumas otites em bebé e na infância, ao nível endócrino apresentava algumas alterações de peso que relaciona com a medicação, quando toma come menos.

Como antecedente patológicos familiares não foram registados achados com significado clínico.

Antes da concepção e gravidez a mãe usou a pílula como método anticoncepcional, a concepção foi natural e a mãe tinha 31 anos de idade, o parto foi realizado às 39 semanas, distócico com recorrência a epidural, de referenciar que a mãe sofreu um acidente de viação quando estava no início da gestação.

No período pós-parto não foram registadas alterações ao padrão de normal desenvolvimento, a amamentação a mãe, caracterizou-a como boa, durando 8 meses, um sono razoável, os percentis normais e equilibrados, o nascimento dos dentes iniciaram aos 5 meses sem alterações, iniciou o gatinhar aos 8 meses e iniciou a marcha aos 12 meses e meio, a fala foi definida como normal. Esteve até aos 10 meses com os avós e depois teve um acompanhamento na creche/ infantário. A alimentação era boa comia de tudo bem com excepção dos cereais.

Na Psicologia cognitiva na avaliação da atenção apresentava uma atenção dividida

Na Psicologia cognitiva na avaliação da memória era boa nos diferentes níveis curto prazo, a longo prazo, de trabalho, a visual e auditiva.

Ao nível das funções executivas de reflectir e planear antes de agir era fraca, a linguagem era média, a capacidade de expressão e a tradução de ideias em palavras eram

fracas. Na escrita o desempenho era fraco e na avaliação emocional apresentava ansiedade à contrariedade.

Na avaliação Osteopática apresentava uma morfologia normal, uma postura anterior, na palpação e avaliação da mobilidade apresentou tensão com restrição da mobilidade na articulação OAA, D9 e de L1 a L3 apresentava tensão com retificação do arco lombar, ligeira desarmonia na mobilidade entre arcos. O crânio apresentava tensão nas suturas sagital, escamosa, lambdóide e no astérion, a articulação SEB estava em compressão muito marcada, apresentava tensão oro facial do maxilar superior com convexidade acentuada do palato.

Tabela 9 - Registo Clínico do Aluno D

Data	História e disfunções	Tratamento	Observações
06/11/15	Registo global em ficha: Alterações suaves da relação dos arcos da coluna com tensão com restrição mobilidade de C7 e D9 e L1 a L3 Tensão na articulação OAA. Tensão da SEB, ptérion e as suturas sagital, escamosa e lambdóide. Tensão marcada orofacial com palato em fecho marcado	TOAC	Refere ter uma grande vontade de fazer expressão plástica mas começa e não acaba, não tem boa motricidade fina no corte e pintura
20/11/15	Não relevou muitas diferenças. CxT média alta esquerda e média baixa direita. SEB em compressão muito marcado. Crânio	TOAC – Crânio-bacia lat.	
04/12/15	Ainda não fez os TPC e estudar faz muitas atividades normais, pintar, colar, cortar. Nos trabalhos manuais tem melhor coordenação nas cores e melhor execução da sequência as tarefas na conclusão dos trabalhos. Já esteve 1 dia inteiro a estudar, 1 sábado e uma parte de domingo. Arco lombar invertido e tenso + a CHDL tensa e rins ligeiramente fixos / hipomóveis	TOAC + Crânio geral e Arco lombar e rins com inibição	Na 2ª série de testes foram testes normais
16/12/15	Há 1 semana que acordou 3x de noite com sonhos maus. C2/C3 1ª costela Esquerda, CHDL e costelas 11 e 12 bilateral + arco lombar e D6/D7.	TOAC com inibição. Específicas CH DL + costelas 11 e 12 bilateral+ oscilação sentada em inclinação/ rotação/ flexão /extensão. Boca	
29/12/15	Nunca mais acordou de noite. Tem que tomar medicação para os TPC. Está a fazer velas por si mesma “já tenho tudo planeado”. Mãe “procurou tudo e organizou tudo e depois é que começou a fazer”. Foi no dia 22 e 28 ao dentista para arrancar o canino superior esquerdo e o 2º pré molar direito 35, por não caírem para os definitivos nascerem.	TOAC mas 1º Bacia cervical C2/C3. Arco lombar um DV. Costelas médias. Oscilação sentada e lifting e pé	
15/01/16	Dormir bem “já separei as camas”. Mãe a escrever está melhor + organizada nos cadernos. Lombar- arco-ligeiramente invertido com híper mobilidade L4 e L5 em ligeiro deslize anterior? Tensão ligamento ilio inguinal bilateral	TOAC. Crânio. Pé esquerdo + túbio tarsica bilateral e joelhos. Lombar específica. Ligamento Inguinal	
29/01/16	Tensão e dificuldade da mobilidade e movimento em D10, inclinação lateral	TAC específico sobre a lombar CxT	
12/02/16	Tem andado melhor no geral. Mais equilibrada no diálogo no comportamento e na relação. Limitação do arco lombar L2/L3 e CxF esquerdo + cervical C2 direito. Astérion esquerdo	TAC geral + específica sobre arco lombar + C2 crânio astérion esquerdo	Trouxe trabalhos manuais íntegros nas cores, formas e coordenação da motricidade fina.

4.1. Análise dos Resultados Clínicos

O preenchimento desta tabela foi realizado em clínica pelo investigador de acordo com a resposta das mães e/ ou pais, permitindo tirar dúvidas sobre qualquer um dos aspectos das áreas social, cognitivo e fisiológico, e a observação avaliação e preenchimento do investigador para as áreas pivots e neurologia.

Para melhor interpretação calculou-se a variável quantitativa média dos scores da primeira e da oitava sessão de TOAC.

Tabela 10 - Resumo dos Resultados Clínicos do Aluno D

Áreas de Avaliação		Sessão de TOAC		
		1ª	8ª	
SOCIAL	Familiar	3	1	
	Escolar	3	1-2	
	Desporto	1	0	
COGNITIVO	Resultados em Estudo	2	1	
	Atenção	3	1	
	Hiperatividade	1	1	
PIVOTS		C5	3	0
	Centro Oscilação	C7	4	1
		D9	4	1
		L5	3	0
FISIOLÓGICO	Sono	Qualidade	4	0
		Quantidade	1	0
	Comer	4	0	
	Ansiedade	3	1	
	Respiração	0	0	
	Vitalidade	4	4	
NEUROLOGIA	Marcha No Lugar	3	0	
	Romberg	3	0	
	Convergência	3	0	
Média		2,89	0,72	

Na observação de resultados de uma forma geral podemos afirmar que se verificou uma evolução bastante produtiva nas áreas pivots, fisiológico e neurologia com a anulação

da sintomatologia inicial, com exceção da vitalidade que manteve em máxima e a ansiedade que passou de forte para fraca, os pivots C7 e D9 na primeira sessão tinham dificuldade máxima de mobilidade, melhoraram significativamente mas permaneceram ainda com uma fraca limitação. Todos os outros itens na oitava sessão apresentaram ausência ou sem dificuldades relativamente à primeira. Ao nível social e cognitivo todos os itens reduziram um nível de score o que traduz uma melhoria relativa do quadro da PHDA, com a exceção familiar e escolar, com dois níveis de score, reduziu de quase máximo para fraco, traduzindo-se numa melhor relação interpessoal familiar e escolar. A nível cognitivo todos os itens reduziram um nível de score o que traduz uma melhoria relativa, cognitivamente.

Na avaliação média de dezanove itens distribuídos por cinco áreas com um possível máximo de média de 4 e mínimo de 0, o Aluno D apresentou na primeira sessão uma média de 2,89 e na oitava sessão uma média de 0,72, traduzindo-se numa redução 2,17 valores média de score.

4.2. Análise de Resultados Pré e Pós Avaliação CAD-S do Aluno D

4.2.1. CAD-S - Autoavaliação Aluno D.

O Aluno D na pré avaliação TOAC, com 26 questões, respondeu 6 vezes sempre (23%), 13 vezes quase sempre (50%), 7 vezes quase nunca (27%) e 0 vezes nunca (0%). Na pós avaliação TOAC respondeu 3 vezes sempre (12%), 7 vezes quase sempre (27%), 13 vezes quase nunca (50%) e 3 vezes nunca (12%).

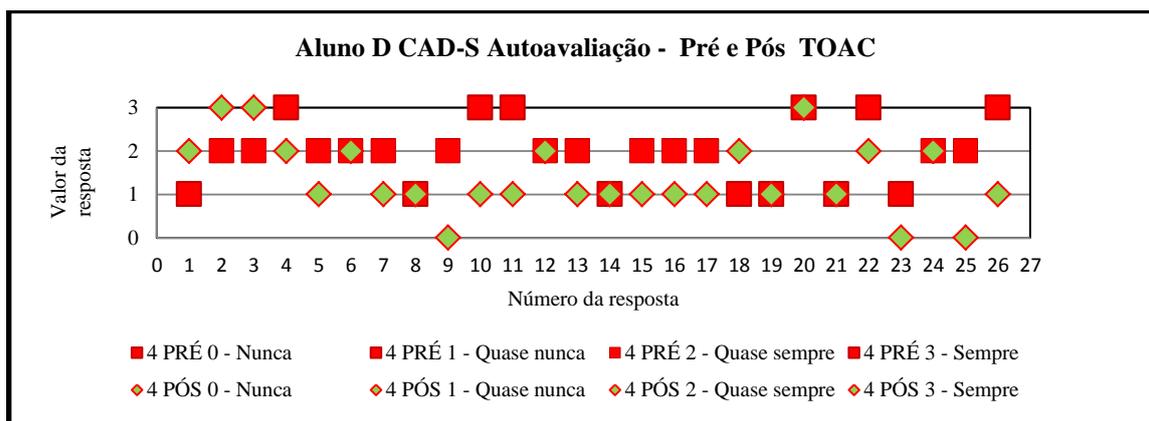


Gráfico 13 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Autoavaliação referente ao Aluno D

Verificou-se, da pré para a pós avaliação TOAC, o Aluno D mantém 8 questões iguais (31%), melhoraram 14 questões (54%) e agravaram 4 questões (15%).

Maioritariamente as alterações de resposta são de um só nível de score. Destacam-se com 2 níveis de score as respostas 9 “Estou atrasado(a) nos meus estudos”, 10 “Tenho dificuldade em me concentrar numa coisa de cada vez” e 11 “Sou muito sensível e fico perturbado(a) com muita facilidade” do Grupo A e 13 “Tenho dificuldade em jogar ou fazer qualquer outro passatempo de modo tranquilo” e 14 “Estou sempre apressado(a)” do Grupo B.

4.2.1.1. Conclusão dos resultados CAD-S.- Autoavaliação Aluno D.

O resultado foi positivo, verificado nas CAD-S-Autoavaliação pós TOAC do Aluno D, marcadamente nas questões da atenção, a impulsividade a Hiperatividade. Contudo das quatro questões com níveis de score agravados, duas questões são relativas à sua culpabilização e não recompensa por parte dos pais, e à condição emocional com vontade

de chorar, não gostar de pensar nos trabalhos mais difíceis contraria com a resposta a outras questões do mesmo tema.

4.2.2. CAD-S - Pais do Aluno D.

A mãe do Aluno D no pré questionário, 27 questões, respondeu 10 vezes sempre (37%), 14 vezes quase sempre (52%), 3 vezes quase nunca (11%) e 0 vezes nunca (0%). No pós TOAC respondeu 14 vezes sempre (52%), 7 vezes quase sempre (26%), 6 vezes quase nunca (22%) e 0 vezes nunca (0%).

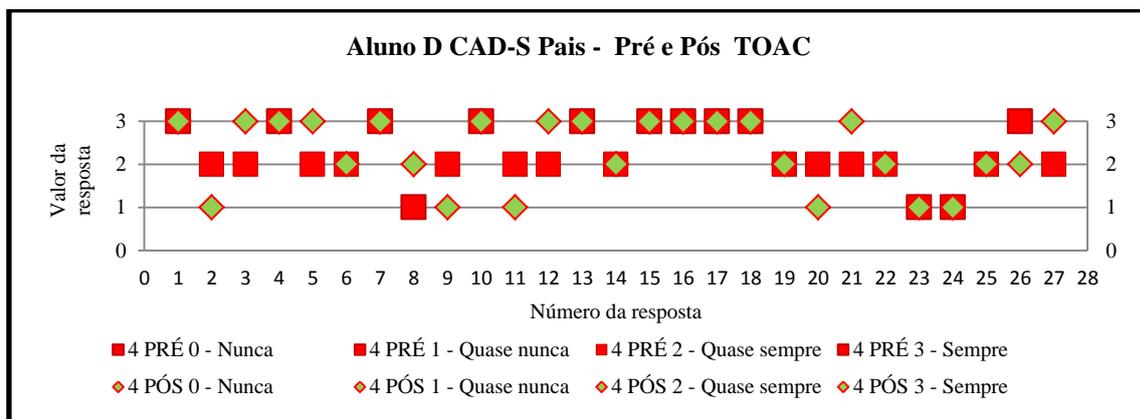


Gráfico 14 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Pais referente ao Aluno D

No pós TOAC manteve igual 16 questões (59%), melhorou 5 questões (19%) e agravou 6 questões (22%).

Maioritariamente as alterações de resposta são de um só nível de score positiva e negativamente,

4.2.2.1. Conclusão dos resultados CAD-S - Pais do Aluno D.

O resultado foi considerado negativo, verificado nas CAD-S-Pais Pós TOAC do Aluno D, passando de 52% “quase sempre” para 52% “sempre” embora tenha melhorado 5, manteve 16 questões. Regista-se no pré e pós TOAC a ausência da resposta “nunca”.

4.2.3. CAD-S - Professor do Aluno D.

O professor do Aluno D na pré avaliação TOAC, 26 questões, respondeu 8 vezes sempre (31%), 14 vezes quase sempre (54%), 4 vezes quase nunca (15%) e 0 vezes nunca

(0%). No pós avaliação TOAC respondeu 0 vezes sempre (0%), 7 vezes quase sempre (27%), 18 vezes quase nunca (69%) e 1 vez nunca (4%).

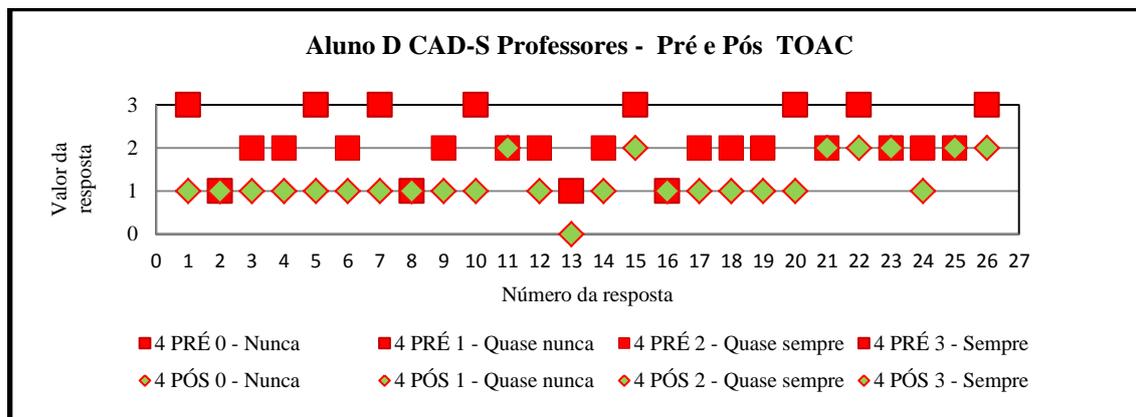


Gráfico 15 - Respostas obtidas na Pré e Pós avaliação CAD-S Professores referente ao Aluno D

Verificou-se que, da pré para a pós avaliação TOAC, o professor do Aluno D mantém 7 questões iguais (27%), melhoraram 19 questões (73% e agravaram 0 questões (0%).

Maioritariamente as alterações de resposta são de um só nível de score. Destacam-se com 2 níveis de score as respostas 1 “Interrompe ou interfere nas atividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos dos outros)” do Grupo A e a 2 ”Desatento(a), distrai-se com facilidade”, 4 “Não consegue estar quieto (a)” e 7 ”A distração ou a dificuldade em concentrar a atenção constituem um problema” do Grupo B e a 8 “Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades” do Grupo C.

4.2.3.1. Conclusão dos resultados CAD-S - Professores do Aluno D.

O resultado foi positivo, verificado nas CAD-S - Professores pós avaliação TOAC do Aluno D, traduzido na evolução significativa da hiperatividade, défice de atenção e impulsividade, com 73% de melhoramento dos níveis de score.

4.3. Discussão de Resultados de CAD-S Aluno D

Ao analisarmos o Gráfico 16, verificámos que a Auto-avaliação assinalou um melhoramento dos níveis de score em 14 questões, das quais 5 questões com dois níveis, e agravamento de um nível de score em 4 questões, expressando o seu melhor autoconhecimento. Porém, duas das questões agravadas são relativas à culpabilização e

não recompensa por parte dos pais e as outras duas relativas à condição emocional com vontade de chorar e a necessidade de acompanhamento nos trabalhos de casa (Gráfico 13 e Anexo 5).

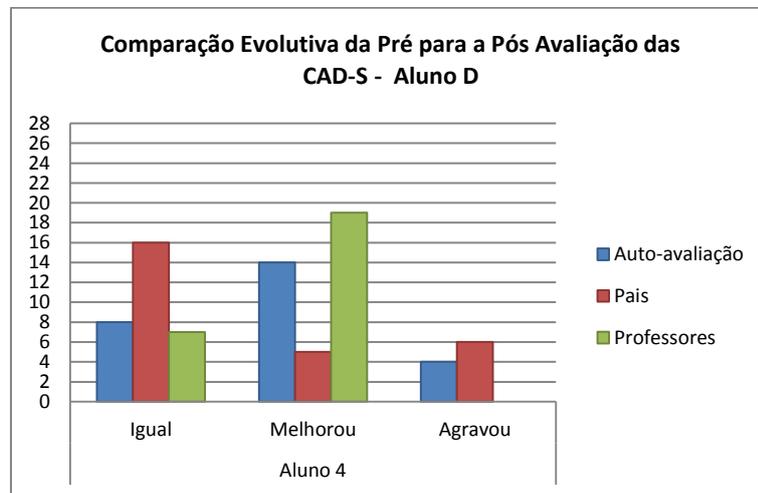


Gráfico 16 - Número de respostas iguais, com melhoria ou agravamento da Pré para a Pós avaliação CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, referentes ao Aluno D

Analisando os resultados dos Pais do Aluno D, verificámos um retrocesso dos níveis de score em 5 questões, relacionadas com dificuldade de fazer os trabalhos de casa, com períodos de atenção reduzidos em casa e nas aulas, não conseguindo acabar o que começa e o reconhecimento de reagir com frustração quando não consegue fazer algo. De salientar que, os scores das respostas dos Pais da pré para a pós avaliação CAD-S, foram de 89% “quase sempre” e 88% “sempre” (Gráfico 14), enquanto o Aluno e Professor mantiveram scores de resposta similares na pré e pós avaliação.

Verificámos que o Professor do Aluno D assinalou melhorias significativas com níveis de score melhorados em 19 questões, das quais 5 questões com dois níveis, como no saber intervir na sua vez, na desatenção, na distração, na concentração, em estar quieto e organizar tarefas (Gráfico 15 e Anexo 7).

4.4. Conclusões do Aluno D

Ao realizar a análise conclusiva do Aluno D, salienta-se o facto de ser o aluno mais velho do estudo, com onze anos, e se encontrar a frequentar o segundo ciclo do ensino básico, assim como o facto de não ser acompanhado pelo professor titular de turma, mas sim pela professora de educação especial.

A professora inquirida, técnica especialista em educação especial, teve um melhoramento de níveis de score das CAD-S em 19 questões, das quais 5 questões com dois níveis, como no saber intervir na sua vez, na desatenção, na distração, na concentração, em estar quieto e organizar tarefas (Gráfico15). O que é corroborado pela média de scores expressos no Resumo dos Resultados Clínicos (Tabela 10) e pela Observação Clínica (Tabela 9) onde se evidencia uma melhoria estrutural, fisiológica e neurológica, expresso num melhor desempenho cognitivo e psicossocial.

De referir a atitude defensiva da mãe em relação à verbalização da evolução verificada, afirmando várias vezes que “está muito melhor, mas!”, assim como alguma ansiedade relativamente à PHDA e incongruência entre o que dizia, o que sentia e o que observava expresso nas CAD-S com agravamento de score a 6 questões e mantendo igual score de resposta em 16 questões melhorando o score somente em 4 questões, no entanto aquando do questionário do Resumo dos Resultados Clínicos (Tabela 10) verificámos uma melhoria da média dos valores de score de 2,89 para 0,72 valores num máximo de 4.

O Aluno evidenciou um melhor autoconhecimento coincidindo com a observação do professor em ambiente escolar e divergindo ligeiramente com a observação dos pais no ambiente familiar, evidenciando-se algumas dificuldades em lidar com a PHDA por parte dos pais. Verificámos também que os pais e o aluno são unânimes na necessidade que este apresenta de acompanhamento e da sua frustração quando não consegue algo.

O estudo permitiu colocar em evidência o efeito benéfico do TOAC na vida desta criança sem efeitos indesejáveis ou alterar qualquer atividade quotidiana expresso no facto de ter passado a realizar os testes normais e com resultados acima da média, assim como na sua melhor capacidade de motricidade fina e organização expressa nos trabalhos de expressão plástica que apresentou em clínica, corroborado pela mãe e irmã.

PARTE III - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. Discussão dos Resultados da Pré e Pós Avaliação CAD-S

De referir que a presente análise não está exclusivamente direcionada para o conteúdo das questões colocadas nas CAD-S, porém dá prevalência à variabilidade dos valores de score dessas questões, com referências aos dados obtidos em dois tempos diferentes, ou seja, numa pré e pós avaliação.

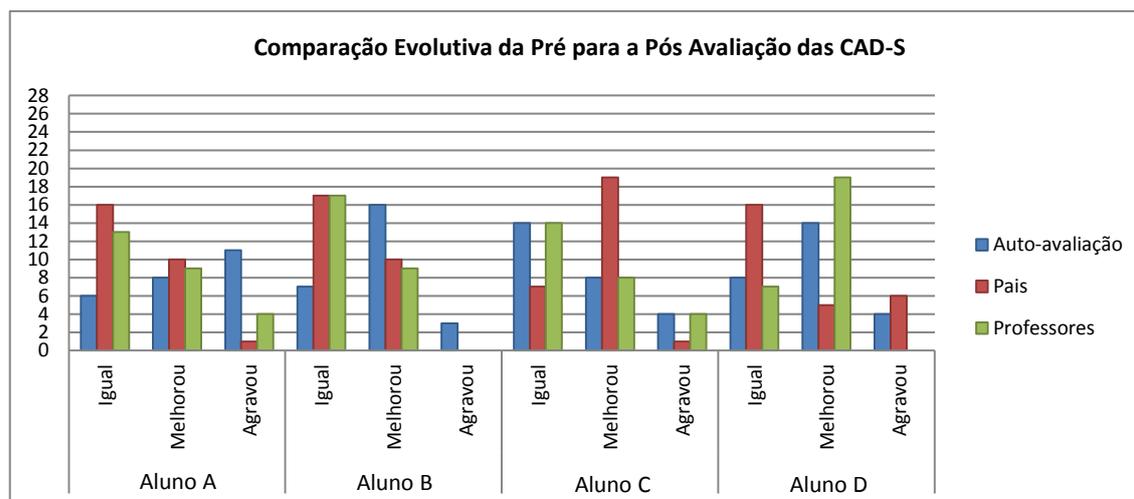


Gráfico 17 - Comparação evolutiva de respostas da Pré para a Pós avaliação das CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, referentes aos quatro Alunos

Ao efetuarmos a análise geral dos resultados obtidos na Pós avaliação das três CAD-S Autoavaliação, com 26 questões, Pais, com 27 questões e Professores, com 26 questões, relativas aos vários Alunos, verificámos diferenças consideráveis, entre o número de respostas que mantiveram scores de resposta à Pré avaliação iguais, as que melhoraram e as que agravaram, contudo as divergências nunca foram totalmente díspares entre os três inquiridos para cada Aluno. As alterações constatadas apresentam-se sempre em parênteses de Autoavaliação/Professor ou de Pais/Professor, sobressai o facto de não se constar nenhuma parêntese Autoavaliação/Pais.

Nos Alunos A e B verifica-se semelhança de valores para os Pais e Professores, no entanto na Autoavaliação no Aluno A verifica-se um agravamento e na Autoavaliação no Aluno B verifica-se um melhoramento. Nos Alunos C e D verificámos unanimidade entre a Autoavaliação e o Professor, sobressai a divergência marcadamente positiva dos Pais do Aluno C e um quase retrocesso nos Pais do Aluno D.

No Aluno A verificou-se um autoconhecimento mais marcado de si próprio, sendo este divergente negativamente nos scores em relação aos Pais e Professores. Por outro lado, os Pais verificaram uma melhoria geral e o Professor também, contudo as questões que referencia com agravamento, noutras questões que identificámos as mesmas áreas contradiz-se. No entanto verificou-se que no geral os resultados das CAD-S do Aluno A registaram uma evolução positiva no seu desenvolvimento global após o TOAC.

No Aluno B as variações scores das respostas foram mais homogéneas, podemos afirmar que houve resultados positivos no desenvolvimento global do Aluno B com PHDA após o TOAC.

No Aluno C constatou-se unanimidade na variação dos scores entre Autoavaliação e Professor, sendo os Pais a demarcar uma acentuada evolução, suportada inclusive na questão com score agravado, referente ao argumentar com os adultos, subentende-se que desenvolveu maior capacidade de argumentação, o que pode fundamentar a igualdade de resultados com a professora. No geral verificaram-se resultados positivos no desenvolvimento global do Aluno C após o TOAC.

Os dados apresentados no Aluno D tendem a menor equidade entre todos os inquiridos, no entanto a variação dos scores da Autoavaliação tende à proximidade com o Professor, e diverge muito com os valores dos Pais. Aferimos que o professor como técnico é quem mais aptidão tem para avaliar a evolução do aluno, assim tomamos a sua análise como a mais fiável e como termo de comparação. As divergências encontradas entre Autoavaliação e Pais, transparecem falta de estabilidade e conflito interno por parte dos pais, demonstrado pelo agravamento de score da pré para após avaliação. No entanto na avaliação geral verificamos resultados positivos no desenvolvimento global do Aluno D após o TOAC.

De forma geral, na comparação evolutiva de respostas da Pré para a Pós avaliação das CAD-S Autoavaliação, Pais e Professores, referentes aos quatro Alunos, embora se tenha verificado um número razoável de respostas iguais também se verificou na generalidade uma melhoria de todas as CAD-S, não se verificando agravamentos de resposta significativos.

2. Discussão dos Resultados da Observação Clínica

Para a Osteopatia, a estrutura governa a função e a função influencia a estrutura por via de reflexos neurológicos (Still, *The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*, 1902; Wernham & Technic, 1996; Littlejohn J. M., 2008). De referir que encontramos correlação das alterações da funcionalidade dos arcos da coluna com a cabeça e bacia, nomeadamente nas disfunções da OAA, presente em todos os centros de oscilação e pivots, evidenciando a falta de integridade mecânica dos segmentos vertebrais e consequente alteração neuro vascular, o que corrobora a teoria mecânica dos arcos, linhas de gravidade e polígono de força, segundo Littlejohn e Wernham (Littlejohn J. M., 2008), e consequentes repercussões compressivas e irritativas nos centros neurológicos da coluna vertebral (SNS) e sistema vascular exercendo estes uma influência negativa no controlo e distribuição da nutrição do cérebro e do corpo no geral (Wernham J. , 1995).

Importa salientar que, com a exceção do Aluno C, todos tiveram parto distócico (Neto, 2014), com todas as consequências lesionais que daí advêm, nomeadamente as já descritas por Fajardo (2014) Merelli, Vallad-Hix, Seffinger, & Centers (2006) e Frymann, Carney, & Springall (1992).

Ao longo dos tratamentos verificou-se em todos uma melhor integração da relação entre arcos da coluna vertebral e a sua linha de base (inter acetabular) e a articulação OAA, embora alguns segmentos vertebrais ainda necessitassem de uma atenção mais prolongada no tempo como D11/L1 no Aluno A, D5/D6 do Aluno C e C2 e L2/L3 no Aluno D, a fim de integrar estas restrições mecânicas e que possam ainda estar a influenciar a neurofisiologia correspondente, vindo a ser um foco de restrição fisiológica não permitindo o amadurecimento das funções neuro circulatórias naturais (Still, 1902; Littlejohn J. M., 1998; Wernham J. , 1995).

A totalidade dos pais em clínica manifestou que os Alunos começaram a comer melhor e que dormem regularmente em tempo e qualidade, de acordo com Mackay (2011) o sono é uma forma de verificar a funcionalidade dos ritmos circadianos que dependem do correto funcionamento do núcleo supraquiasmático do hipotálamo, núcleo este que regula a periodicidade diária da secreção hormonal e atividade neuronal quer de outras regiões do cérebro quer dos próprios órgãos, o que significa que todos melhoraram os seus ritmos

circadianos, o que ao longo do tempo irá ajudar na regulação do correto funcionamento neuro hormonal e conseqüente melhoria dos sintomas da PHDA.

Verificou-se ao longo do tempo que o comportamento hiperactivo/impulsivo inibido com medicação durante o período escolar mantinha-se idêntico mesmo quando já não estava presente o efeito estimulador da medicação (metilfenidato), chegando mesmo os alunos a adormecer em clínica, facto que foi corroborado pelos pais quando em casa começaram a fazer as tarefas escolares mais à vontade e concentrados chegando mesmo a fazê-las voluntariamente, sendo esporadicamente necessário a recorrência ao medicamento para melhoria da concentração quando estavam a estudar mais tempo. Em todos os Alunos se constatou um aceleramento no crescimento de forma natural e na relação familiar nomeadamente na participação das tarefas familiares e tarefas escolares também foram narradas melhorias significativas.

Durante o processo de observação foi sentida uma dificuldade enorme na expressividade de todos os pais relativamente ao caracterizar da evolução do seu filho, tendo sido expressado várias vezes “está terrível”. Depois de confrontados com a questão “e em relação a antes do TOAC?” a resposta foi unânime “está muito melhor quase em todos os campos” (Tabelas 3, 5, 7, 9 e Anexos 9 e 11).

3. Discussão dos Resultados das Entrevistas

O modelo de entrevista utilizado no presente estudo foi o de entrevista semiestruturada, suportada num guião (Quivy & Campenhoudt, 2013; Afonso, 2014; Bardin, 2015) (Anexos 9 e 11) construído a partir das questões de pesquisa do estudo e eixos de análise do projeto inicial de investigação e das informações incongruentes surgidas na análise dos resultados global das CAD-S, dividida em três áreas, cognitiva, psicossocial/comportamental e físico/motora/postural (entrevista do professor) e estrutura/fisiológica (entrevista dos pais), cada uma com várias categorias e subcategorias (Anexos 8 e 10).

Foi verificada congruência nas narrações efetuadas pelos pais do Aluno C e o professor do Aluno A na observação da influência positiva do Tratamento Osteopático de Ajuste do Corpo (TOAC) no desenvolvimento global dos alunos estudados, sem alterar qualquer atividade quotidiana da vida da criança ou da família, ou obter efeitos indesejáveis, somente no tempo de 4 meses e oito intervenções Osteopáticas. Fomentada na melhoria da funcionalidade da relação físico-fisiológica pelo acelerar de processos do desempenho das áreas cognitiva e psicossocial familiar e escolar, traduzida nos melhores resultados escolares quer nas funções cognitivas quer psicossociais, no caso do Aluno C os pais narraram maior autodeterminação e confiança, e o Aluno A o professor narrou que a participação é mais contida e atempada no âmbito da socialização quer em ambiente de sala de aula quer no recreio com os colegas, relativamente ao ambiente psicossocial familiar ambos manifestaram evoluções significativas quer na execução das tarefas escolares (estudo) quer nas funções de participação da vida quotidiana familiar desde a inter-relação à participação nas tarefas de casa. Comportamento que se mantinha idêntico mesmo quando já não estava presente o efeito estimulador da medicação (metilfenidato), sendo esporadicamente necessário a sua recorrência para melhoria da concentração quando estavam a estudar.

4. Discussão

Como base para esta discussão considerámos as questões de partida do estudo, e procurámos dar-lhe resposta tendo como base os resultados da triangulação de técnicas de recolha de dados, das CAD-S, da observação e das entrevistas, assim:

Questão 1 (Q1):

A criança sujeita a tratamento osteopático apresenta melhorias no desempenho cognitivo?

Sim, a criança sujeita ao TOAC apresenta melhorias no desempenho cognitivo. Fundamentado, em primeiro lugar, pelo facto de todos os alunos apresentarem melhores resultados no domínio do português, matemática, motricidade fina, organização e responsabilidade dos deveres, materializado na metodologia de avaliação, igual aos outros alunos de turma. Em segundo lugar, pelos dados recolhidos nos questionários, entrevistas e observação clínica, manifestando uma melhoria considerável nos níveis de atenção, controlo da impulsividade e mesmo a hiperatividade.

Questão 2 (Q2):

A criança sujeita a tratamento osteopático apresenta melhorias no desempenho social em ambiente escolar?

Sim, a criança sujeita ao TOAC apresenta melhorias no desempenho social em ambiente escolar. Fundamenta-se nos resultados transversais melhorados no acarretar de regras, sendo frisado nas entrevistas para os alunos A e C e verificado em clínica e nas CDA-S para os Alunos B e D

Questão 3 (Q3):

A criança sujeita a tratamento osteopático apresenta melhorias no desempenho social em ambiente familiar?

Sim, a criança sujeita a tratamento osteopático apresenta melhorias no desempenho social em ambiente familiar. Esta foi uma questão referenciada transversalmente positivamente a todos os alunos pelos pais na observação clínica e nas entrevistas.

No Aluno D verificou-se alguma contradição entre a observação dos pais em clínica e a pós avaliação das CAD-S – Pais. O resultado final foi muito positivo para a relação familiar, traduzido pela melhor compreensão, colaboração e aceitação.

Questão 4 (Q4):

A criança sujeita a tratamento osteopático apresenta melhorias no desempenho físico-motor-postural?

Sim, a criança sujeita a tratamento osteopático apresenta melhorias no desempenho físico-motor-postural, verificado no exame clínico com evolução qualitativa na integração da relação dos arcos da coluna, traduzido pela capacidade da motricidade fina como melhoria da qualidade da escrita, e na capacidade de desenho e organização do caderno escolar, em todos os alunos estudados.

Questão 5 (Q5):

As observações constatadas pela criança são coincidentes com as dos pais e do professor?

Tomámos como referencia os vários instrumentos de recolha de informação, assim:

No Aluno A verificou-se um autoconhecimento mais marcado de si próprio, sendo este divergente negativamente nos scores em relação aos pais e professor.

No Aluno B as variações dos scores foram homogéneas entre os inquiridos.

No Aluno C constatou-se unanimidade na variação dos scores entre a Autoavaliação e Professor, sendo os pais a demarcar uma acentuada evolução.

No Aluno D verificou-se menor equidade entre todos os inquiridos, no entanto a variação dos scores da Autoavaliação tende à proximidade com o Professor, e diverge muito com os valores dos Pais.

Analisados os resultados constatámos parelhas de resposta nas CAD-S Professores e Pais e de Professores e Autoavaliação no entanto não verificámos parelha Pais e Autoavaliação o que nos evidencia que os pais e filhos constatarem coisas relativamente diferentes de acordo com o observado nas CAD-S. Na observação dos Registos Clínicos

deparamo-nos com narrações que se aproximam positivamente entre pais e filhos, assim como na entrevista.

Sim de modo geral as crianças constataam observações relativamente coincidentes às dos pais e professores.

Questão 6 (Q6):

Os professores e os pais constataam os mesmos resultados na observação?

Tomámos como referencia os vários instrumentos de recolha de informação, assim:

Na CAD-S verificou-se divergências nos resultados positivamente no Aluno C dos pais em relação ao professor, e negativamente no Aluno D dos pais em relação ao professor. Para os alunos A e B os pais e professores verificaram uma evolução positiva.

Nas entrevistas verificou-se congruência na perceção dos pontos de evolução no Aluno A entre pais e professor. No Aluno C houve ligeiras divergências, sendo a avaliação geral duvidosa na constatação idêntica dos pais em relação à professora.

Na observação clínica aferimos que os alunos A, C e D deixaram os testes adaptados e passaram a fazer os testes iguais aos colegas de turma.

A professora de educação especial da equipa Pediátrica de Aprendizagem e Desenvolvimento do Hospital do Aluno B, frisou o comportamento e capacidades cognitivas bastante melhoradas.

Sim, na generalidade, os pais e professores constataam os mesmos resultados na observação.

5. Limitações e sugestões para investigações futuras

5.1. Limitações

Sendo a osteopatia uma ciência e arte baseada na filosofia holística, relativamente desconhecida da sociedade no geral e das restantes disciplinas de técnicas de saúde, querendo-se limitar o seu campo de ação e em especial na sua aplicabilidade terapêutica global independente de patologias (Wernham J. , 1995), torna-se difícil isolar e registar aspetos da observação, nomeadamente descrever lesões osteopáticas ou outras disfunções específicas, isto porque estamos a trabalhar com um corpo vivo e dinâmico em crescimento e em constante mutação (Littlejohn J. M., 1998), contudo podemos verificar as mudanças gerais ao nível fisiológico e sua manifestação ao nível cognitivo e comportamental (Jr., 2015; Still, 1902), assim como a sua tradução na rentabilidade do estudo, verificado nos resultados, comportamento social e familiar e de que forma isso é verificado por agentes secundários e leigos como os pais, enquanto familiares, ou professores enquanto técnicos pedagógicos do ensino básico, local de identificação e diagnóstico dos casos de PHDA.

Desta forma, verificámos algumas limitações que importa registar para futuros estudos poderem explorar e ultrapassar, nomeadamente o exame físico na criança com PHDA não está considerado na avaliação diagnóstica global da criança.

Em várias áreas apuramos lacunas de importância maior, nomeadamente ao nível da Neurologia, sobretudo pela grande frequência de casos clínicos com reflexos primitivos não integrados que condicionam o correto desenvolvimento dos arcos da coluna vertebral e problemas graves de lateralidade (Lee, 2001). Relativamente ao campo da Oftalmologia, somente são diagnosticadas as disfunções sensoriais as Ametropias (patologias de refração), não sendo consideradas as Heteroforias (disfunções mecânicas oculares ou insuficiências de convergência ocular) que influenciam múltiplas disfunções e adaptações neuro musculares de todo o corpo (Bricot, 2010).

Verificou-se a necessidade da intervenção do TOAC ser prolongada por mais tempo com o sentido de assistir a consolidação funcional dos fenómenos estruturais e fisiológicos das quatro crianças com PHDA.

Os intervenientes demonstraram dificuldades no preenchimento das CDA-S por estas apresentarem muitas questões de dupla negação, ex: “não tenho boa opinião sobre muitas coisas” (CAD-S Autoavaliação grupo A questão 7), resposta “nunca... sempre”.

Verificou-se que as CAD-S, como instrumento de recolha de dados isolado, podem induzir o investigador em erro na análise de dados, pela forte possibilidade de serem influenciadas por estados emocionais alterados ou falta de atenção momentâneos dos inquiridos, como exemplo: a CAD-S Pais do Aluno D que não mostrou coerência em relação à observação clínica e à CAD-S Professores, isto poderia induzir a uma avaliação negativa da influência do TOAC na PHDA, o que não se verificou na realidade.

Embora tenha sido dado a conhecer a Osteopatia através de flyers, aquando da colocação da questão 5 inicial (Q5) nas entrevistas, deparámo-nos com dificuldades de interpretação dos conceitos entre os entrevistados e o investigador, principalmente na entrevista do professor, que revelou insuficiente esclarecimento.

Quer nas sessões de esclarecimento, quer em clínica e nas entrevistas, verificou-se falta de educação parental sobre a PHDA, revelada pela falta de conhecimento fisiopatológico da própria perturbação, falta de conhecimento de estratégias educativas, disciplinares, de gestão dos conflitos familiares e uma enorme subserviência a qualquer indicação terapêutica de efeito imediato. O mesmo verificou-se com os professores titulares de turma para com a escola.

5.2. Supostos para futuras investigações

A PHDA por ser considerada cada vez mais presente na sociedade conforme as estatísticas (Banaschewski, et al., 2015; Neto, 2014), o TOAC revelou-se, como já referenciado, uma mais-valia no seu desenvolvimento global nestas quatro crianças. No futuro, embora se reconheça que o percurso a realizar ainda seja muito longo, sugerimos que seja realizada mais investigação baseada em múltiplos estudos de caso múltiplo de abordagem qualitativa por forma a evoluir para investigações de carácter quantitativo e a partir daqui se possa iniciar a extrapolação para a restante população com PHDA, e reconhecer o TOAC como disciplina terapêutica indicada para a PHDA.

Em futuras investigações, relativamente à aferição do resultado da intervenção osteopática, propõe-se ser considerada a observação e avaliação de agentes externos, ou

seja, técnicos especialistas em outras áreas, familiares e amigos do paciente. Tal procedimento permitirá chegar a resultados mais fiáveis e por outro lado a divulgação também será mais efetiva e fundada junto da comunidade e das outras áreas do conhecimento. Este procedimento reduzirá a tentação de enviesamento de resultados por tendência contaminadora das expectativas do investigador (Yin, 2014; Vilelas, 2009).

Futuramente, para melhor validação dos instrumentos e técnicas de recolha de dados para a PHDA em osteopatia, no modelo de estudo efetuado de análise qualitativa, foi sugerido, por um professor de um dos alunos do estudo, serem mais pormenorizados, nomeadamente recorrendo a instrumentos de avaliação específica como as grelhas de avaliação global dos professores e outros técnicos especialistas que poderão ser considerados para avaliação e validação dos resultados do TOAC na PHDA desde os professores, a sociologia, a neurologia, a neuro química, a neuro imagiologia, a pedopsiquiatria, a pedopsicologia, a psicanálise, a psicomotricidade, a pediatria....

Para que se fundamente junto da comunidade científica a avaliação e diagnóstico em Osteopatia pediátrica, sugere-se para estudos futuros a homologação e validação para a população portuguesa de uma Ficha Osteopática de Avaliação Pediátrica.

6. Conclusão

A presente investigação foi iniciada a partir da realidade clínica osteopática (Silva, Nossa, Silvério, & Ferreira, 2008) conjuntamente com a formação do Curso de Mestrado em Ciências da Educação, Especialização em Supervisão Pedagógica. Considerou-se pertinente verificar por meio de um estudo científico, qual o grau de sinergia resultante do cruzamento destes dois conhecimentos.

Definiu-se como objetivo da investigação, estudar a influência do TOAC no desenvolvimento global de quatro crianças do 1º Ciclo Ensino Básico com PHDA, e verificar a convergência nas observações dos pais, professores e os próprios alunos, ao nível do desempenho cognitivo e psicossocial escolar e familiar, dos alunos com PHAD sujeitas ao TOAC (Yin, 2014; Afonso, 2014). Incidindo na observação do seu desenvolvimento cognitivo, traduzido na melhoria de desempenho dos resultados escolares, e no relacionamento familiar e escolar, dando primazia à realidade objetiva dos resultados práticos do TOAC (Still, 1902; Wernham J. , 2008) na vida do indivíduo e no seu meio relacional envolvente.

Nos alunos em estudo tal como na prática clínica osteopática, as crianças com esta perturbação manifestam frequentemente, associados aos problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem, dificuldades no sono, na vontade de comer e digestão, fadiga, inquietação e variações de humor consideráveis que os pais associam à toma da medicação.

Ao longo deste trabalho tentou-se “dar um novo olhar” a esta problemática para que estas crianças possam ser ajudadas de outro modo, que o convencional. Procurou-se realizar uma clarificação conceptual do TOAC como intervenção terapêutica na problemática da PHDA, considerando a abordagem holística direcionada para o próprio “eu” do indivíduo (Espaham, Evans, Wagner, & Drisko, 2014), atuando sobre o seu próprio corpo enquanto meio de manifestação física, porque é aí que tudo acontece e se manifesta, como as dificuldades de aprendizagem na escola, do comportamento em casa e da inter-relação com o outro em casa e na escola, tal como os efeitos secundários de medicação (Nissen S. M., 2006).

É certo que faltam muitos apoios e recursos (humanos, físicos, materiais, financeiros...) nos diferentes contextos escolares, mais nuns do que noutros (Perrenoud,

1999). Por outro lado quando a estrutura e ambiente familiar falha, é à escola e a todos os intervenientes no processo educativo (pais, professores, técnicos de saúde e de intervenção social e comunidade) que compete, então, criar condições para que no futuro estas crianças venham a ser, tanto quanto possível, jovens autónomos e respeitadores das regras sociais, capazes de se adaptarem à escola e às exigências da vida social (Perrenoud, 1999). A escola é obrigada a seguir a sociedade na sua constante mutação, de forma a conseguir manter o entusiasmo, motivação e a disciplina sem perda do gosto pela escola e pela descoberta da aprendizagem (Pinto, 2008), para tal é necessário uma intervenção atempada e eficaz no sentido de sustentar o bem-estar efetivo para a “educação ao longo da vida” (Pinto, 2008), assente na visão holística do equilíbrio as funções físico fisiológicas da criança com PHDA promovido pelo TOAC.

De acordo com Mainardes (2010), verificámos durante toda a investigação algumas dificuldades relacionadas com a solicitação do atual elevado ritmo de vida por parte das famílias e da comunidade escolar, nomeadamente sobre o conhecimento da própria PHDA, da sua compreensão, das suas etiologias, comorbidades e estratégias de acompanhamento destas crianças.

Constatámos que nas mais diversas ciências muita teorização tem sido publicada e muito estudo realizado, contudo verifica-se pouca efetividade de tais trabalhos no quotidiano das escolas e famílias com crianças com PHDA (Silva, Nossa, Silvério, & Ferreira, 2008), resumindo-se a terapêutica à medicação, sessões de psicoterapia, ao educação especial e pouco mais (Banaschewski, et al., 2015; Neto, 2014), tudo isto no sentido de manter a criança sossegada e atingir os objetivos propostos pelo ministério da educação, abdicando-se de uma efetiva melhoria das capacidades cognitivas, autoestima e autonomia, equilíbrio do comportamento social em ambiente escolar e familiar, adequado desenvolvimento físico e psíquico.

Esta experiência foi, sem dúvida, muito enriquecedora e gratificante para a minha formação pessoal e profissional, tanto pela ajuda a estas quatro crianças e às suas famílias, que na realidade careciam de algo mais do aquilo que lhe foi oferecido até agora, como pelo produzir conhecimento e despertar uma nova visão, sob a forma de um contributo terapêutico com sentido de compreender a criança com PHDA, as suas dificuldades cognitivas e psicossociais e a sua evolução correlacionada com o TOAC.

Perante as dificuldades encontradas de início pretendeu-se apresentar uma abordagem diferente relativamente aos procedimentos técnicos de investigação. Realizou-se um estudo de caso múltiplo (Yin, 2001), mais centrado no indivíduo de acordo com o princípio osteopático defendido por Still (1902) e Littlejohn (2008; 1998), recorrendo à triangulação de técnicas com o sentido de limitar possíveis enviesamentos dos resultados obtidos para as questões iniciais e objetivos esperados (Afonso, 2014; Vilelas, 2009; Yin, 2014). Salienta-se que este estudo, na metodologia, não se referenciou por nenhum dos estudos anteriormente mencionados.

À semelhança dos estudos osteopáticos anteriormente referenciados (Merelli, Vallad-Hix, Seffinger, & Centers, 2006; Frymann, Carney, & Springall, 1992; Accorsi, et al., 2014), que investigaram o efeito do tratamento osteopático em crianças com PHDA, em todos os alunos verificámos a existência de Lesões Osteopáticas na OAA, na SEB e nas suturas cranianas, assim como em todas as colunas e bacias, naturalmente alteração da relação funcional dos arcos da coluna vertebral.

A análise de resultados permite referir que o Tratamento Osteopático de Ajuste do Corpo, contribuiu para o desenvolvimento global destes quatro Alunos, com PHDA controlada, através da promoção do equilíbrio físico e fisiológico da circulação de fluidos, troficidade neurológica e vitalidade geral de todos os tecidos, órgãos e sistemas, sem efeitos colaterais, traduzindo-se na melhor qualidade de vida das crianças, das suas famílias e da sua comunidade, verificados pelos pais, professores titulares de turma, professores de educação especial e técnica de acompanhamento das consultas de desenvolvimento do Hospital de Leiria, revelando-se como uma disciplina de importância maior para a ajuda terapêutica no tratamento da PHDA, nestas crianças, devendo ser considerado uma mais-valia e contributo nos grupos multidisciplinares de acompanhamento e intervenção que acompanham os alunos com PHDA.

Bibliografia

- Accorsi, A., Lucci, C., Mattia, L. D., Granchelli, C., Barlafante, G., Fini, F., et al. (2014, MAio). Effect of Osteopathic Manipulative Therapy in the Attentive Performance of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 114 (5), 374-381.
- Afonso, N. (2014). *Investigação naturalis em educação*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.
- Alameida, C. M. (2012). *Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- APA, A. P. (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (éd. 4ª). (D. J. Fernandes, Éd., & J. N. Almeida, Trad.) Lisboa: Climepsi-Editores.
- Banaschewski, T., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., et al. (2015). *ADHD and Hiperkinetic Disorder* (éd. 2ª). Oxford - United Kingdom: Oxford University Press;.
- Banaschewski, T., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., et al. (2015). *ADHD and Hyperkinetic Disorder* (2ª ed.). Oxford - UK: Oxford University Press.
- Bardin, L. (2015). *L'Analyse de Contenu* (éd. 4ª). (L. A. Reto, & A. Oinheiro, Trad.) Lisboa: Edições 70.
- Barkley, A. (2006). *Transtorno de Deficit de Atenção/ Hiperatividade, manual para diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, A. R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade – TDAH: Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde* . (L. S. Roizman, Trad.) São Paulo: Artmed.
- Barkley, R. A. (2000). *Taking charge of ADHD: the complete authoritative guide for parents*. New York: Guilford Press.
- Belzung, C. (2010). *Biologia das Emoções*. (A. P. Silva, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget.

- Brazelton, T. B. (2006). *O grande livro da criança* (éd. 9ª). (M. M. Peixoto, Trad.) Lisboa: Editorial Presença.
- Bricot, B. (2010). *Posturologia Clínica*. (V. Bouratroff, Trad.) São Paulo: CIES Brasil.
- Camargos, W. J., & Hounie, A. G. (2005). *Manual Clínico do Transtorno de Deficit de Atenção / Hiperatividade*. Nova Lima - MG - Brazil: Editora info Ltda.
- Campbell, C. (1996). *A review of Spinal Mechanics*. Maidstone GB: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Chess, S., & Thomas, A. (1986). *Temperament in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Clark, M. E. (2007). *Applied Anatomy - 3ª edição*. Maidstone - GB: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Connors, C. K. (1997). *Technical Manual, Connors' Rating Scales-Revised*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Cruz, E. B. (2008). *Procedimentos de Avaliação e Intervenção em Crianças com Défice de Atenção com Hiperatividade nº 75*. Vila Real: UTAD.
- Culbert, T. P., & Olness, K. (2010). *Integrative Pediatrics*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Descobertas, A. S., & Neto, A. (2014). *Hiperatividade e Défice de Atenção*. Lisboa: Verso da Kapa.
- Diversidades. (2008). Estratégias a adotar na intervenção psicossocial e terapeutica associada nos vários planos de ação. *Diversidades*, nº 21 - ISSN-1646-181.
- Donal R. Noll, J. W. (2006). Medicina Interna General. Dans R. C. Ward, *Fundamentos de Medicina Osteopática* (pp. 235-269). Buenos Aires - Argentina: Editorial Médica Panamérica S.A.
- Edward Via College of Osteopathic Medicine (VCOM) and VTLS. (2006). *Ostmed.dr - Osteopatic Medical Digital Repository*. Consulté le 01 05, 2016, sur <http://ostemed-dr.contentdm.oclc.org/>.

- Espaham, A., Evans, R. G., Wagner, L. E., & Drisko, J. A. (2014, August 27). Pediatric Integrative Medicine Approches to Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Children*, 186-207.
- Esparham, A., Evans, R. G., Wagner, L. E., & Drisko, J. A. (2014, Agosto 27). Review Pediatric Integrative Medicine Approches To Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Children*, 1, pp. 186-207.
- Fajardo, F. (2012). *La Osteopatia Somato Emocional e Energética*. Madrid: Editorial Dilema.
- Fajardo, F. (2014). *Tratado Integral de Osteopatía Pediátrica*. Madrid: Dilema.
- Feinstein, S. (2006). *A Aprendizagem e o Cérebro*. Lisboa: Horizontes pedagógicos.
- Friedman, R. J., & Doyal, G. T. (1992). *Management of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (3rd ed.)*. Austin, TX: Pro.ed.
- Frymann, V. (1976, Setembro 01). Learning Difficulties of the Children Viewed in the Light of the Osteopathic Concept. *The Journal of the Osteopathic Association*, 76, 46-46.
- Frymann, V., Carney, R., & Springall, P. (1992, Junho 1). Effect of osteopathic medical management on neurologic development in children. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 92, 729.
- Garcia, I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa - Portugal: McGraw-Hill .
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children: A guide for practitioners (2nd ed.)*. New York: John Willey & Sons, Inc.
- Grasset, H. (1913). *Béchamp An Appreciation l'Oeuvre de Béchamp*. Maidstone - GB: Osteopathic Institute of Applied Tecnic.
- Hubmann, B. (2006, Novembro). http://www.osteopathicresearch.com/paper_pdf/Hubmann_engl.pdf. Consulté le 11 2, 2015

- Hubmann, B. (2006, Novembro). The Influence of Osteopathy on ADHD. Master Thesis to obtain the degree Master of Science in Osteopathy.
- Jacobson, M. F., & Schardt, D. (1999). *Diet, ADHD & Behavior A Quarter- Century Review*. Washington, D. C.: Center for Science in the Public Interest.
- Johnston, C. M. (2001). Families of children with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Jr., C. E. (2015). *Frontier Doctor Medical Pioneer - The life and Times of A.T. Still and is Famely*. Kirksville, Missouri: Truman State University press.
- Kavale, K. A. (1983). Hyperactivity and diet treatment: A meta- analysis of the Feingold hypothesis. *Journal of Learning Disabilities*, 16, 324- 330.
- Landhuis, C. E. (2007). Does childhood television viewing lead to attention problems in adolescence? Results from a prospective longitudinal study. *Pediatrics*, 120(3), 532-537.
- Lee, H. (2001). The Development of the Spinal Curves. Dans J. Wernham, *Year Book 2001* (pp. 76-93). Maidstone - GB: The Institute of Classical Osteopathy.
- Lee, H. (2008). The development of the Spinal Curves. Dans J. Wernham, *Year Book 2001 - 2ª edição* (pp. 76-93). Maidstone - GB: The Institute of Classical Osteopathy.
- Littlejohn, J. M. (1996). The Basic Principles of Osteopathy. Dans *Classical Osteopathy* (pp. 35-51). Maidstone - Kent - GB: John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Littlejohn, J. M. (1998). *Los Principios de la Osteopátia*. (D. G. Atayo, Trad.) Maidstone - Kent - GB: The Jonh Wernham College of Classical Osteopathy.
- Littlejohn, J. M. (2007). *The Fundamentals of Osteopathic Technique*. Maidstone - GB: The John Wernham College of Classical Osteopathy.

- Littlejohn, J. M. (2008). *Applied Anatomy*. Maidstone - GB: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Littlejohn, J. M. (2008). *Notes of the Principals of Osteopathy*. Maidstone - GB: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Lopes, J. A. (2003). *A hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Lopes, J. A. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Machado, J. D., Caye, A., Frick, P. J., & Rohde, L. A. (2015). *DSM-5 Principais Mudanças nos Transtornos de Crianças e Adolescentes*. (éd. Português). (F. D. Silva, Éd., & L. d. Letícia Tomaz Oliveira, Trad.) Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Mackay, W. A. (2011). *Neurofisiologia sem lágrimas* (éd. 5ª). (J. L. Abreu, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mainardes, S. C. (2010, Set/Dez). Transtorno de Défice de Atenção e Hiperatividade na Infância e Adolescência pela Perspetiva da Neurobiologia. *Revista de Saúde e Pesquisa*, v.3, nº3, 385-391.
- Mcardle, P. (2007). ADHD and comorbid oppositional defiant and conduct disorders. Dans M. Fitzgerald, M. Bellgrove, & M. Gill, *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 53-68). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd. .
- Melo, A. (2003). Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Dissertação de Doutoramento não publicada. *Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Merelli, M. A., Vallad-Hix, C., Seffinger, M. A., & Centers, S. (2006). *Pediatria General*. Dans R. C. Ward, *Fundamentos de Medicina Osteopática 2ª edição* (J. Cortes, Trad., pp. 333-357). Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana.
- Mikolajczak, M., & Desseilles, M. (2014). *Tratado de Regulação das Emoções*. (L. Teopisto, Trad.) Lisboa: Edições Piaget.

- Montes, L. G., Ricardo-Garcell, J., Alcántara, H. P., García, R. B., & al., M. e. (2009, Julho 2). Alteraciones estructurales encefálicas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una actualización. *Salud Mental*, 32- n° 6, 503-512.
- Neto, A. S. (2014). *Hiperatividade e Défice de Atenção*. Lisboa - Portugal: Verso de Kapa.
- Niederhofer, H. (2011, 3 13). *PMC*. Consultado le 05 29, 2016, sur ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184556.
- Nissen, S. E. (2006, Abril 06). ADHD Drugs and Cardiovascular Risk. *The New England Journal Of Medicina*, 354, 14.
- Nissen, S. M. (2006, April 6). ADHD Drugs an Cardiovascular Risk. *The Nwe England Journal of Medicine*, 1445-1448.
- Olson, S. L., Bates, J. E., & Bayles, K. (1990). Early antecedents of childhood impulsivity: the role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 317-334.
- Parker, H. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.
- Parker, H. (2006). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.
- Parker, H. (2006). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.
- Parker, H. C. (2011). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade*. Porto - Portugal: Porto Editora.
- Pennington, B. F. (1991). *Diagnosing Learning Disorders*. New York: Gilford Press.
- Pereira, M., Fonseca, A. C., Fernandes, J. B., Simões, M. R., Oliveira, M. G., & Rebelo, J. (1998). Dificuldades de Aprendizagem (LD) e Hiperactividade (ADHD): Estudo comparativo. *Psychologica*, 19, 141-163.
- Perrenoud, P. (1999, Set-Dez). Former les enseignants dans les contextes sociaux mouvants : pratique réflexive et implication critique. *Revista Brasileira de Educação*, n° 12, 5-12.

- Pinto, M. G. (2008). *Da aprendizagem ao longo da vida ou do exemplo de uma relação ternária: agora, antes, depois*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Português, G. (2014, 10 8). Portaria nº 207-B/2014 de 8 de Outubro. *Diário da República*, 1ª Série - nº194, pp. 5176-(3).
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2013). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (G. Valente, Éd., J. M. Marques, M. A. Mendes, & M. Carvalho, Trans.) Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, R. I. (2014, Junho). Diversidade de Resultados no Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: um Estudo Comparativo dos Perfis Neuropsicológicos dos Subtipos Desatento e Combinado. *Diversidade de Resultados no TDAH*. Maia, Porto, Portugal: ISMAI.
- Roumi, C. (2015). *Lumière sur L'Osteopathy*. Maubec - France: Claude Roumi, 2014.
- S. Monteiro, M. A., & Filho, H. P. (2005). Génética. Dans A. G. Hounie, & W. C. JR, *Manual Clínico do Transtorno de Deficit de Atenção/ Hiperatividade* (pp. 281-310). Nova Lima - MG - Brasil: Editora Info Ltda.
- Schunke, M., Schulte, E., & Schumacher, U. (2006). *Prometheus*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan .
- Silva, C. F., Nossa, P. N., Silvério, J. M., & Ferreira, A. J. (2008). *Incidentes Críticos na Sala da Aula - Análise Comportamental Aplicada* (éd. 2ª). Coimbra: Quarteto.
- Silverman, J. W., & Ragusa, D. M. (1992). Child and maternal correlates of impulse control in 24-months old children. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116, 435-473.
- Snell, R. S. (2010). *Neuroanatomia Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda.
- Sosin, D., & Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Defice de Atenção e Hiperatividade*. Porto: Porto Editora.
- Sousa, A. A. (2004). Intervenção Farmacológica. Dans J. A. Lopes, *A hiperatividade* (pp. 237-259). Coimbra : Quarteto.

- Still, A. T. (1902). *The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*. Kansas City - MO - EUA: Hudson Kimberly Pub . CO.
- Still, A. T. (1908). *Autobiography of A. T. Still*. Kirksville - MO - EUA: Autor.
- T. Sigi Hale, A. M. (2014, Julho 15). Visual network asymmetry and default mode network function in ADHD: an fMRI study. *Frontiers in Psychiatry*.
- The Online Etymology Dictionary*. (s.d.). Consulté le 05 26, 2016, sur <http://www.etymonline.com/style.css>: <http://www.w3.org/1999/xhtml>
- Torres, Z. S. (2008, Setembro). *A Influencia das Práticas Parentais Educativas no Desenvolvimento de Perturbações na Infância e Adolescência*. Málaga, Espanha.
- Trowbridge, C. (2012). *Andrew Talor Still, 1828-1917*. (E. F. Bustillo, Éd., & A. C. Santalices, Trad.) Ashford - Kent - UK: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Pocesso de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Waldman, M. (2013). *Classical Osteopathy*. Horsham - West-Sussex - UK: Institute Of Classical Osteopathy.
- Wernham, J. (1980). *The philosophy and mechanics of osteopathy*. Maidstone Kent: John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Wernham, J. (1993). *An Illustrated Manual of Osteopathic Technique, volume II* . Maidstone - Kent - UK: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Wernham, J. (1995). *Conferencias sobre Osteopatía* (éd. 2008). Maidstone - GB: John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Wernham, J. (2001). *Year Book 2001*. MAidstone - Kent - GB: The Institute of Classical Osteopathy.
- Wernham, J. (2007). Mechanics of the Spine. Dans O. I. Thechique, *Year book 1985* (éd. edição revista, pp. 23-37). Maidstone - GB: The John Wernham College of Classical Osteopathy.

- Wernham, J. (2008). *Conferencia sobre Osteopatia Vol.I*. Maidstone. UK: Jonh Wernham College of Classical Osteopathy.
- Wernham, J., & Hall, T. E. (1998). *The Contribution of John Martin Littlejohn to Osteopathy*. Maidstone - GB: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Wernham, J., & Techinc, O. I. (1996). *Classical Osteopathy*. Maidstone - GB: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Wernham, J., & Technic, O. I. (1996). *Classical Osteopathy*. Maidstoen - GB: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Winsler, A. (1998). Parent-child interaction and private speech in boys with ADHD . *Applied Developmental Science*, 2(1), 7-39.
- Winsler, A. D. (1999). Mother-child interaction, private speech, and task performance in preschool children with behavior problems . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(6), 891-904.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de Caso - Planejamento e Metodos* (éd. 2ª). (D. Grassi, Trad.) São Paulo: Artemed.
- Yin, R. K. (2014). *Casos de Estudos : Planejamento e Métodos* (éd. 5ª). (C. M. Herrera, Trad.) Porto Alegre: Bookman.

Anexos

Anexo 1 - Pedido de Permissão ao Sr. Diretor do Agrupamento

Hélder Romeu Calado da Cunha

Exmo. Senhor:

Diretor do Agrupamento de Escolas de Cister.

Valado dos Frades, 16 de Janeiro de 2015

Eu, Hélder Romeu Calado da Cunha, Osteopata frequentando o Mestrado de Ciências da Educação na Especialização de Supervisão Pedagógica, no ISEC – Instituto Superior de Educação e Ciências.

Para obter o grau de Mestre pretendo realizar o meu Estudo para a Dissertação da Tese com o tema: Contributo da Osteopatia no Desenvolvimento Global em Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) no 1º Ciclo do Ensino Básico.

Trata-se de um estudo de intervenção Osteopática, 8 sessões, com a técnica de Body Adjustment. Antes e depois, das 8 sessões, será efectuada uma Children's Atypical Development Scale (CAD-S, Conners, 1997) aos alunos, a pais e professores, avaliando a PHDA. Por fim, será realizada uma entrevista a um pai ou mãe e um professor (a), do grupo dos 8 alunos.

Neste sentido, venho solicitar a V Exa, que me permita realizar este estudo de caso num grupo de 8 alunos portadores de PHDA que frequentem o Agrupamento de Escolas de Cister.

A confidencialidade dos resultados será garantida.

A dissertação deverá ser entregue até Fevereiro de 2016.

Certo da sua disponibilidade e colaboração, fico a aguardar na expectativa disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Com os meus prezados cumprimentos,

Atenciosamente

Hélder Cunha

Anexo 2 - Apresentação do Projeto de Estudo ao Diretor do Agrupamento

Pertinência do estudo

Com a experiência adquirida na minha prática clínica em Osteopatia, sou confrontado inúmeras vezes com casos clínicos onde crianças e adolescentes apresentam problemas relacionados com falta de concentração, agitação física, ansiedade, perturbações de sono, fadiga, dores de cabeça entre outros. Os pais manifestam que perante estas situações, os seus filhos são crianças agressivas, desobedientes, inquietas e difíceis. No âmbito escolar, o professor manifesta que as crianças não param e que perante tais comportamentos sentem-se impotentes.

Constata-se em clínica que, com Body Adjustment- Jonh Wernham (1995) (técnica Osteopática de tratamento geral do corpo), na grande maioria das vezes, as crianças referem que o sono, a fadiga, a capacidade de atenção e memória, a relação com os outros, também melhoram. Isto motivou a observação e estudo específico da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) de acordo com a visão Osteopática.

Perante esta realidade clínica, de acordo com os estudos atuais e científicos apresentados no Mestrado em Ciências da Educação, Especialização em Supervisão Pedagógica considera-se pertinente aplicar ambos os conhecimentos adquiridos e realizar um estudo científico. Este estudo será desenvolvido a partir da observação clínica e aplicação de técnicas osteopáticas. Terá como complemento o registo dos resultados verificados na vida dos alunos, pais e professores. Toda a investigação devidamente documentada com as observações da própria criança, da escola e da família antes e depois do tratamento, cujo objetivo final, será comparar, analisar, avaliar e discutir os três planos de observação relativamente ao desenvolvimento global, do aluno com PHDA intervencionado com Osteopatia, Body Adjustmente.

Existem diversos trabalhos científicos que abordam a temática da PHDA nas múltiplas áreas do conhecimento. De acordo com a base de dados da Ost Med há estudos científicos que comprovam os efeitos do tratamento osteopático na PHDA. Em Portugal, até ao momento, na RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), no Eurostat Database e outros, não foram encontradas pesquisas científicas sobre a proposta apresentada.

De acordo com a escola original da técnica, Body Adjustment, o JWCCO (John Wernham Colege of Clássical Osteopathy, UK), existe uma abordagem geral do tratamento em crianças, no entanto, não existem referências de literatura sobre a aplicabilidade ou resultados em crianças com PHDA, motivo da necessidade de aplicar a técnica em Portugal, com crianças em idade escolar (1ºCiclo).

Pelo exposto, entende-se pertinente a realização deste estudo.

Objetivo

O estudo tem como tema “O Contributo da Osteopatia, no Desenvolvimento Global, de alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)”.

A amostra será composta por alunos que frequentem um Agrupamento de Escolas do Distrito de Leiria, em Portugal.

Pretende-se verificar as diferenças verificadas a nível global no domínio cognitivo, comportamental, emocional e psicossocial, num grupo de 8 alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Cada aluno beneficiará de oito tratamentos de Osteopatia recorrendo à técnica de Body Adjustment. Para fundamentar esta intervenção clínica, o estudo tem como suporte a recolha de dados as "Escala de Connors", Children's Atypical Development Scale (CADS-A, Connors, 1997), realizando um pré e pós inquérito à intervenção Osteopática, a cada agente:

O aluno;

A família;

A escola (docentes).

Pretende-se realizar um cruzamento e uma análise de dados no sentido de se verificar a congruência de alterações de melhoria verificadas após a intervenção osteopática.

Métodos e técnicas usadas

O presente estudo de caso de natureza aplicada, tem um objetivo exploratório longitudinal, de abordagem qualitativa nominal - hipotética indutiva, de amostra probabilística de conveniência, num grupo de 8 alunos com PHDA, intervencionado com Osteopatia (técnica de Body Adjustment).

A seleção dos alunos será efetuada por fatores de inclusão e exclusão, de acordo com manifestação da Perturbação em estudo.

A recolha de dados será realizada em duas fases:

Numa primeira fase, realizar-se-á um questionário, aos alunos selecionados, aos seus pais

e professor titular de turma, dividido em dois momentos distintos: antes da intervenção Osteopática e outra após a 8ª sessão.

Numa segunda fase, realizar-se-á uma entrevista semiestruturada a um dos pais e um professor titular de turma, escolhidos aleatoriamente, e ao professor de educação especial ou psicólogo que dá apoio aos alunos com a finalidade de recolher a informação verificada no comportamento global do aluno após a intervenção osteopática.

Participantes

Participarão oito alunos com idades compreendidas entre os 8 e 10 anos do 1º Ciclo do Ensino Básico com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), que frequentam um Agrupamento de Escolas do Distrito de Leiria, em Portugal.

Respetivos pais, professor titular de turma e professor de educação especial ou o psicólogo.

Critérios de Inclusão

Serão considerados como critérios de inclusão dos alunos para o presente estudo, as seguintes condições:

Diagnosticadas com PHDA; sintomas de Hiperatividade e défice de atenção, estabilizadas (medicação).

Alunos tratados com Ritalina ou outras drogas específicas para PHDA.

Alunos com idades compreendidas entre 8 e 10 anos de idade, que sejam autorizados pelos pais e Agrupamento de Escolas a participarem no estudo.

Sexo feminino e masculino.

Capacidade para preencher as medidas de avaliação, sempre na presença do investigador, possibilitando assim o esclarecimento de possíveis dúvidas surgidas no decurso da respetiva situação.

Alunos de famílias estruturadas e de percurso familiar estável.

Não estejam integrados em turmas com professores de referencial problemático.

Os critérios de exclusão

Diagnosticado, hiperatividade ou défice de atenção, mas não com PHDA.

Alunos menores de 8 e maiores de 10 anos ou que não tenham autorização dos pais ou do Agrupamento de Escolas de Cister, a participar no estudo.

Alunos de famílias monoparentais e com percurso de instabilidade familiar.

Alunos com PHDA que não são tratados com Ritalina ou outras drogas específicas do PHDA.

Alunos em tratamento psicoterápico.

Alunos com outras doenças crónicas.

Alunos com outras problemáticas (doenças neurológicas ou congénitas).

Validade e confiabilidade

As Escalas de Conners-Versão Revista (forma reduzida) para alunos, pais e professores foram desenvolvidas de forma a conterem os fatores de derivação clinicamente mais significativos a partir do estudo das formas completas, sendo que todos os fatores e itens escolhidos para as formas reduzidas apresentam excelentes propriedades psicométricas. As escalas terão que ser preenchidas de acordo com uma escala de Likert de 4 pontos, onde os valores (0), (1), (2) e (3) correspondem respetivamente aos termos “nunca”, “um pouco”, “frequentemente” e “muito frequentemente”. A escala inclui 4 subescalas, que medem os Problemas de Oposição, os Problemas de Desatenção/Cognitivos, os Problemas de Excesso de Atividade Motora e o Índice da PHDA, todos dizem respeito às características nucleares da PHDA.

Procedimentos de recolha de dados

Esta intervenção será realizada em consultório Osteopático através de oito sessões de osteopatia com uma periodicidade quinzenal e a avaliação da intervenção será realizada em contexto pessoal, escolar e familiar. As escalas de Conners serão aplicadas em diferentes contextos, de acordo com a situação de cada interveniente neste processo.

O tratamento Osteopático e as escalas representam um complemento no sentido da aferência de resultados, o qual deverá ser aproveitado em dois sentidos:

Como elemento de recolha de informação geral sobre o diagnóstico clínico da criança antes da aplicação do programa de intervenção osteopático.

Como um elemento de avaliação numa segunda aplicação após o referido tratamento ter sido aplicado.

Os resultados desta avaliação serão obtidos após a comparação dos primeiros resultados com os últimos, tratando-se assim de um pré e pós-teste, que nos permitirão avaliar que diferenças se verificaram após a aplicação da técnica referida. Pretende-se assim contribuir para um equilíbrio global do desenvolvimento destes alunos.

Sequencialmente à análise de dados dos resultados das escalas será realizada uma entrevista semiestruturada a um pai ou mãe, um professor titular de turma, selecionados aleatoriamente, e ao professor de educação especial ou psicólogo, com o objetivo de compreender qual o potencial terapêutico da Osteopatia no desenvolvimento destes alunos com PHDA.

Agradeço a disponibilidade e colaboração, estando disponível para qualquer esclarecimento adicional:

Telemóvel:

E-mail:

Anexo 3 - Protocolo com os Professores

PROTOCOLO

Exmo. (a) Sr. (a) Professor (a).

Eu, Hélder Romeu Calado da Cunha, Osteopata frequentando o Mestrado de Ciências da Educação na Especialização de Supervisão Pedagógica, no ISEC – Instituto Superior de Educação e Ciências.

Para obter o grau de Mestre pretendo realizar um Estudo com o tema: Contributo da Osteopatia no Desenvolvimento Global em Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) no 1º Ciclo do Ensino Básico.

Trata-se de um estudo de intervenção Osteopática de 8 sessões com a técnica de Body Adjustment. Antes e depois das 8 sessões, aplicação da Children's Atypical Development Scale (CAD-S, Conners, 1997) aos alunos, a pais e professores, avaliando a PHDA. Por fim, a realização de uma entrevista a um pai ou mãe e um professor (a), do grupo de 8 alunos.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração neste estudo. A confidencialidade dos resultados será garantida.

Certo da sua disponibilidade e colaboração, fico a aguardar na expectativa, disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Com os meus prezados cumprimentos,

Atenciosamente

Alcobaça, 4 de Novembro de 2015

(Hélder Cunha)

Contacto :

E-mail:

PROTOCOLO

A devolver:

Declaro a minha disponibilidade a participar no Estudo para a Dissertação da Tese de Mestrado com o tema: Contributo da Osteopatia no Desenvolvimento Global em Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) no 1º Ciclo do Ensino Básico.

O Sr.(a) Professor (a)

_____ /_____/2015

Anexo 4 - Protocolo com os Pais/ Encarregados de Educação

PROTOCOLO

Exmo. (a) Sr. (a) Encarregado de Educação.

Hélder Romeu Calado da Cunha, Osteopata de profissão, frequentando o Mestrado de Ciências da Educação na Especialização de Supervisão Pedagógica, no ISEC – Instituto Superior de Educação e Ciências.

Para obtenção do grau de Mestre propus realizar um Estudo com o tema: O Contributo da Osteopatia no Desenvolvimento Global em Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) no 1º Ciclo do Ensino Básico.

Este estudo é baseado numa intervenção Osteopática de oito sessões com a técnica de Body Adjustment. Antes e depois das oito sessões será aplicada a Escala de avaliação Children's Atypical Development Scale (CAD-S, Connors, 1997) para alunos, pais e professores, registando a informação sobre a PHDA. A completar este estudo, será realizada uma entrevista a um pai/mãe, do grupo de 8 alunos.

Neste sentido, venho solicitar a sua permissão para que o seu educando possa ser incluído neste estudo. A confidencialidade dos resultados será garantida.

Respeitando a sua disponibilidade e colaboração, aguardo com disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional.

Com os meus prezados cumprimentos,

Atenciosamente

Alcobaça, 4 de Novembro de 2015

(Hélder Cunha)

Contacto :

E-mail:

PROTOCOLO

A devolver:

Declaro a minha disponibilidade e autorizo o meu educando a participar no Estudo para a Dissertação da Tese de Mestrado com o tema: Contributo da Osteopatia no Desenvolvimento Global em Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) no 1º Ciclo do Ensino Básico.

Encarregado de Educação

____/____/2015

Anexo 5 - CAD-S - Autoavaliação

ESCALA DE CONNERS - CADS-A: VERSÃO PARA AUTOAVALIAÇÃO

(FORMA REDUZIDA)

(C. K. Connors, 1997. Tradução: F. Lory & A. Baptista; 1998)

Nome da Criança		Género : F M
Data de Nascimento	Idade	Ano Escolaridade:
Nome do familiar	Data de preenchimento:	Código:
Observações:		

INSTRUÇÕES: Para cada uma das perguntas que se seguem assinala uma cruz (x) o número que indica até que ponto a afirmação Nunca é Verdade ou é Sempre Verdade. Se responderes “Nunca é Verdade” quer dizer que a afirmação nunca ou muito raramente é um problema. “É sempre verdade” quer dizer que a afirmação é muitas vezes um problema ou ocorre com muita frequência. “Às vezes” e “Quase sempre” são respostas intermédias. Responde a todas as questões dos grupos A e B.

GRUPO A

1 - Tenho vontade de chorar

0 1 2 3

Nunca Sempre

2 - Os meus pais só notam o meu comportamento

0 1 2 3

Nunca Sempre

3 - Os meus pais não recompensam ou notam o meu bom comportamento

0 1 2 3

Nunca Sempre

4 - Os meus pais esperam demasiado de mim

0 1 2 3

Nunca Sempre

5 - Os barulhos impedem-me de estudar

0 1 2 3
Nunca Sempre

6 - É difícil para mim fazer a mesma coisa durante mais alguns minutos

0 1 2 3
Nunca Sempre

7 - Não tenho boa opinião acerca de muitas coisas

0 1 2 3
Nunca Sempre

8 - A minha escrita é fraca

0 1 2 3
Nunca Sempre

9 - Estou atrasado(a) nos meus estudos

0 1 2 3
Nunca Sempre

10 - Tenho dificuldade em me concentrar numa coisa de cada vez

0 1 2 3
Nunca Sempre

11 - Sou muito sensível e fico perturbado(a) com muita facilidade

0 1 2 3
Nunca Sempre

12 - Perco-me quando estou a ler

0 1 2 3
Nunca Sempre

GRUPO B

1 - Dou erros por falta de cuidado ou tenho dificuldade em prestar atenção aos pormenores

0 1 2 3

Nunca Sempre

2 - Tenho dificuldade em manter-me atento(a) quando jogo, brinco ou estudo

0 1 2 3

Nunca Sempre

3 - Tenho dificuldade em ouvir o que as pessoas me dizem

0 1 2 3

Nunca Sempre

4 - Tenho dificuldade em acabar os meus trabalhos escolares ou outras tarefas

0 1 2 3

Nunca Sempre

5 - Tenho dificuldade em organizar as minhas tarefas e actividades

0 1 2 3

Nunca Sempre

6 - Não gosto dos trabalhos da escola quando tenho que pensar muito

0 1 2 3

Nunca Sempre

7 - Perco objectos que preciso para fazer determinadas tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, trabalhos marcados pelos professores, lápis, livros ou ferramentas)

0 1 2 3

Nunca Sempre

8 - Distraio-me com o que se passa à minha volta

0 1 2 3

Nunca Sempre

9 - Esqueço-me das minhas actividades diárias

0 1 2 3

Nunca Sempre

10 - Mexo muito as mãos e os pés, mexo-me quando estou sentado

0 1 2 3

Nunca Sempre

11 - Levanto-me do meu lugar quando não devo (por exemplo, nas aulas)

0 1 2 3

Nunca Sempre

12 - Sou agitado(a) ou muito activo(a)

0 1 2 3

Nunca Sempre

13 - Tenho dificuldade em jogar ou fazer qualquer outro passatempo de modo tranquilo

0 1 2 3

Nunca Sempre

14 - Estou sempre apressado(a)

0 1 2 3

Nunca Sempre

Fim - Muito obrigado pela tua colaboração.

Anexo 6 - CAD-S - Pais

ESCALA DE CONNERS – CADS-P: VERSÃO PARA PAIS (FORMA REDUZIDA) (C. K. Connors, 1997. Tradução: F. Lory & A. Baptista; 1998)			
Nome da Criança:			Género : F M
Data de Nascimento:	Idade: anos	Ano Escolaridade:	
Nome do(a) pai/mãe:	Data de preenchimento:	Código:	
Observações:			
<p>INSTRUÇÕES: Abaixo estão descritos os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?", e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.</p> <p>1 - Desatento, distrai-se facilmente</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p> <hr/> <p>Nunca <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre</p> <hr/> <p>2 - Furioso (zanga-se com facilidade) e ressentido</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p> <hr/> <p>Nunca <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre</p> <hr/> <p>3 - Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p> <hr/> <p>Nunca <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre</p> <hr/> <p>4 - Está sempre a movimentar-se ou age como "tendo as pilhas carregadas" ou como se "estivesse ligado a um motor".</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>			

Nunca Sempre

5 - Atento por curtos períodos de tempo

0 1 2 3

Nunca Sempre

6 - Discute/argumenta com os adultos

0 1 2 3

Nunca Sempre

7 - Mexe muito os pés e as mãos e mexe-se ainda que sentado no lugar

0 1 2 3

Nunca Sempre

8 - Não consegue completar o que começa

0 1 2 3

Nunca Sempre

9 - Difícil de controlar em centros comerciais ou sítios públicos

0 1 2 3

Nunca Sempre

10 - Desarrumado ou desorganizado em casa ou na escola

0 1 2 3

Nunca Sempre

11 - Perde o controlo

0 1 2 3

Nunca Sempre

12 - Precisa de acompanhamento para executar as suas tarefas

0 1 2 3

Nunca Sempre

13 - Só presta atenção quando é uma coisa que lhe interessa

0 1 2 3

Nunca Sempre

14 - Corre e trepa em situações inapropriadas

0 1 2 3

Nunca Sempre

15 - Distraído e com tempo de atenção curto

0 1 2 3

Nunca Sempre

16 - Tenho dificuldade em acabar os meus trabalhos escolares ou outras tarefas

0 1 2 3

Nunca Sempre

17 - Evita, tem relutância ou tem dificuldade em empreender tarefas que exigem um esforço continuado (tal como trabalhos na escola ou de casa)

0 1 2 3

Nunca Sempre

18 - Irrequieto, "tem bicho carpinteiro"

0 1 2 3

Nunca Sempre

19 - Distrai-se quando lhe estão a dar instruções para fazer uma coisa

0 1 2 3

Nunca Sempre

20 - Provocador ou recusa em satisfazer os pedidos de um adulto

	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre
<hr/>					
21 - Tem problemas em concentrar-se nas aulas					
	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre
<hr/>					
22 - Tem dificuldade em manter-se numa fila ou esperar a sua vez num jogo ou trabalho de grupo					
	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre
<hr/>					
23 - Levanta-se na sala ou em lugares onde deveria ficar sentado					
	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre
<hr/>					
24 - Deliberadamente faz coisas para irritar os outros					
	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre
<hr/>					
25 - Não segue instruções e não acaba os trabalhos no lugar (Não é dificuldade em entender as instruções ou recusa)					
	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre
<hr/>					
26 - Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente					
	0	1	2	3	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre
<hr/>					
27 - Fica frustrado quando não consegue fazer qualquer coisa					
	0	1	2	3	

Nunca Sempre

Fim - Muito obrigado pela tua colaboração.

Anexo 7 - CAD-S - Professores

ESCALA DE CONNERS – CADS-P: VERSÃO PARA PROFESSORES

(FORMA REDUZIDA)

(C. K. Connors, 1997. Tradução: F. Lory & A. Baptista; 1998)

Nome da Criança:	Género : F M	
Data de Nascimento:	Idade: anos	Ano Escolaridade:
Nome do(a) Professor(a):	Data de preenchimento:	Código:
Observações:		

INSTRUÇÕES: Vai encontrar seguidamente alguns problemas que são comuns em crianças. Por favor responda a cada questão, tendo em conta o comportamento do(a) aluno(a) durante o ultimo mês. Para cada questão avalie “Até que ponto este comportamento tem constituído um problema durante o ultimo mês” e coloque uma cruz (X) na opção que melhor corresponda à sua resposta. Se nunca, de nenhum modo ou raramente, coloque a cruz por cima do Número zero (0). Se a afirmação for muito verdadeira, ou o comportamento ocorra com muita frequência, a cruz deverá ser colocada no Número três (3). Coloque a cruz nos números um (1) ou dois (2) se a resposta for intermédia. Responda por favor a todos os itens que se seguem, dos grupos A, B e C.

GRUPO A

1 - Interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos dos outros)

0 1 2 3

Nunca Sempre

2 - Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamento de oposição ou por incompreensão das instruções)

0 1 2 3

Nunca Sempre

3 - Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado

0 1 2 3

Nunca Sempre

GRUPO B

1 - Excitável, impulsivo(a)

0 1 2 3

Nunca Sempre

2 - Desatento(a), distrai-se com facilidade

0 1 2 3

Nunca Sempre

3 - Perturba as outras crianças

0 1 2 3

Nunca Sempre

4 - Não consegue estar quieto(a)

0 1 2 3

Nunca Sempre

5 - Mantém a atenção por períodos de tempo muito curtos

0 1 2 3

Nunca Sempre

6 - Só presta atenção a alguma coisa que lhe desperte grande interesse

0 1 2 3

Nunca Sempre

7 - A distração ou a dificuldade em concentrar a atenção constituem um problema

0 1 2 3

Nunca Sempre

8 - Agitado(a), sempre em pé e apressado(a)

0 1 2 3

Nunca Sempre

9 - Não acaba as coisas que começa

0 1 2 3

Nunca Sempre

GRUPO C

1 - Esquece as coisas que aprendeu

0 1 2 3

Nunca Sempre

2 - Não presta a atenção necessária aos pormenores ou comete erros por descuido nos trabalhos escolares, trabalho ou noutras actividades lúdicas

0 1 2 3

Nunca Sempre

3 - Está sempre agitado(a) ou age como se tivesse “ligado a um motor”

0 1 2 3

Nunca Sempre

4 - Evita, sente repugnância ou é relutante em envolver-se em tarefas que requerem um esforço mental prolongado (tais como os trabalhos escolares ou de casa)

0 1 2 3

Nunca Sempre

5 - Tem dificuldade em jogar ou fazer outro passatempo de modo tranquilo

0 1 2 3

Nunca Sempre

6 - Parece não ouvir o que se lhe diz

0 1 2 3

Nunca Sempre

7 - Levanta-se do seu lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que esteja sentado

0 1 2 3

Nunca Sempre

8 - Tem dificuldade em organizar tarefas e actividades

0 1 2 3

Nunca Sempre

9 - Tem dificuldade em esperar a sua vez

0 1 2 3

Nunca Sempre

10 - Fala excessivamente

0 1 2 3

Nunca Sempre

11 - Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado

0 1 2 3

Nunca Sempre

12 - Perde objectos necessários para fazer determinadas tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, trabalhos marcados pelos professores, lápis, livros ou ferramentas)

0 1 2 3

Nunca Sempre

13 - Distrai-se com facilidade com estímulos irrelevantes

0 1 2 3

Nunca Sempre

14 - Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades

0 1 2 3

Nunca Sempre

Fim - Muito obrigado pela tua colaboração

Anexo 8 - Guião de Entrevista ao Professor

Áreas	Categorias	Subcategorias
Cognitiva	a. Compreensão, interpretação e aplicação dos conhecimentos adquiridos e novas situações	
	b. Domínio os conteúdos leccionados. Utilização de forma correta da terminologia apreendida	
	c. Iniciativa e capacidade de intervenção nas aulas.	
	d. Português	i. Oralidade,
		ii. Leitura
		iii. Escrita
	e. Matemática	i. Números e operações,
		ii. Geometria e medidas.
		iii. Organização e tratamento de dados.
	f. Défice de atenção	i. Acabar o que começa.
ii. Seguir instruções e terminar os trabalhos escolares, tarefas ou deveres no seu lugar.		
iii. Períodos de tempo de atenção e focos de interesse		
Psicossocial/ Comportamental	a. Cumprimento de normas, cooperação.	
	b. Relacionamento interpessoal e respeito pelos valores da comunidade escolar.	
	c. Organização e hábitos de trabalho	
	d. Hiperatividade	i. Estar sempre ligado ao motor, excitação e impulsividade.
	e. Impulsividade.	i. Interrompe ou interfere nas actividades dos outros, sair do seu lugar na aula
Físico/Motor/ Postural	a. Como está sentado na cadeira e secretária, atitude e expressividade	
	b. Exercício físico e perícia.	
	c. Estrutura	i. Crescimento e postura do corpo
ii. Cor da face e tez, peso, altura		

Anexo 9 - Entrevista ao Professor - Editada

§	Entrevista ao Professor	Código de Área/conteúdo/ Questão
1. Entrevistador:	Muito boa tarde professor, vamos dar início à entrevista sobre a minha Tese de Mestrado em Supervisão Pedagógica, cujo tema é “O Contributo da Osteopatia no Desenvolvimento Global em Crianças com Hiperatividade e Défice de Atenção do Primeiro Ciclo do Ensino Básico. Trabalho que já tinha participado antes pelo preenchimento das escalas de Connors antes e depois da intervenção Osteopática. Agora vimos realizar uma entrevista.	
2. Entrevistador:	A criança sujeita ao tratamento osteopático apresentou melhorias no desempenho cognitivo?	Cognitivo Q1
3. Professor:	O aluno em questão apresentou melhorias no desempenho cognitivo ao nível do raciocínio lógico e ao nível da resolução de problemas e do cálculo de pequenas operações, nomeadamente somas, subtrações e da multiplicação. O desempenho dele melhorou bastante desde que começamos a conversar sobre o Aluno.	Cei, iii Ca
4. Entrevistador:	A compreensão, a interpretação e aplicação dos conhecimentos ficaram mais maduros?	Ca,b
5. Professor:	Sim, houve algumas aprendizagens. Nós sabemos que ele estava a fazê-las desde o primeiro ano, mas que não estavam muito consolidadas e ficaram consolidadas no decurso destes 3 ou 4 meses, nomeadamente a leitura e competências de cálculo	Cdii; Cei
6. Entrevistador:	A oralidade, a capacidade de leitura e a capacidade de escrita, notou-se alguma diferença?	Cd, a,b PCc
7. Professor:	Nota-se, até bastante. No início do ano não lia palavras e agora lê e oferece-se voluntariamente para ler, há uma melhoria. No entanto, na oralidade em grupos de pequena, média e grande dimensão tem muita dificuldade em exprimir um ponto de vista, descrever uma ação, revela até algum nervosismo, uma certa dificuldade em arranjar palavras para exprimir sentimentos.	Cdii,Cc Cdi
8. Entrevistador:	Comparativamente ao que estava há 5 meses atrás?	
9. Professor:	É uma característica dele, ainda mantém. O Aluno já tinha esta característica não evoluiu tanto como eu gostaria, mas também é um defeito da escola, e eu penso que tem haver com a parte da personalidade dele de não gostar de se expor muito em público, inibe-se, é mais um bocado inibição.	
10. Entrevistador:	Em termos de atenção, ele consegue acabar o que começa?	Atenção
11. Professor:	Consegue acabar o que começa, é um aluno que gosta de terminar as tarefas. Nas aulas coletivas ele tem tendência para ficar disperso, porque gosta muito de trabalhar depois a nível individual com um adulto como o professor. A capacidade de atenção melhorou muito, a capacidade de realizar tarefas e de estar com atenção no lugar até as concluir também melhorou.	Cfi Cfiii
12. Entrevistador:	Já não se levanta tanto?	Impulsividade
13. Professor:	Não se levanta nem anda tanto atrás de mim, muito menos, mas em grande grupo e quando é uma aula expositiva, ele fica mesmo distraído, depois vai sistematizando aquilo que aprendeu, aquilo que se dá ao longo da semana, ao longo do mês, treina e aprende.	Pce,d Cdii
14. Entrevistador:	O professor notou que houve uma evolução?	
15. Professor:	Evoluiu. No primeiro ano, às vezes não fazia e depois levantava-se para me perguntar aquilo que eu tinha acabado de dizer. Isso já não acontece com tanta frequência.	Pcdi; pca

16 Entrevistador:	Em termos dos períodos de atenção e dos índices de distração ou erros cometidos nos pormenores, tem mantido?	Cf
17 Professor:	Aperfeiçoou, trabalha, aperfeiçoa as técnicas quer de escrita, quer de cópia, quer de cálculo.	PCc Ca,b,d,e
18 Entrevistador:	Mesmo a organização do trabalho?	PCc
19 Professor:	Evoluiu bastante, porque ele era um aluno que nós suspeitávamos até que ele tivesse algum problema de dislexia e isso quase que se esbateu o Aluno não troca letras, a copiar por escrito, então, não troca nenhuma letra, nenhuma mesmo, por vezes, na oralidade ou nos ditados é que pode trocar, mas é uma competência que está adquirida para a vida.	Cdii,iii
20 Entrevistador:	Está adquirida?	
21 Professor:	Sim, penso que sim	
22 Entrevistador:	O ritmo de intervenção de leitura?	
23 Professor:	Agora começa a ser mais expressiva, mas ainda é muito na base de uma leitura com base na palavra, o que prejudica ainda a interpretação que ele faz do conjunto do texto em si.	Cdii
24 Entrevistador:	Não consegue fazer a ligação, a frase?	
25 Professor:	Hoje já consegue ler um texto sozinho, isso é uma coisa muito boa.	Cf
26 Entrevistador:	O que lhe dá mais alguma autonomia para ele começar abrir horizontes?	
27 Professor:	E para trabalhar sozinho, é verdade	
28 Entrevistador:	A área do comportamento psicossocial. Como é que ele reage, agora em relação a antes, no cumprimento das normas e na cooperação entre a equipa escolar, professor, colegas e no âmbito fora da sala de aula?	Psicossocial
29 Professor:	Está melhor, muito, muito melhor. Passou a ser uma criança muito mais assertiva, está muito mais tempo no lugar dele, deixou mesmo de se levantar com a frequência com que se levantava, á exceção de um dia ou dois, portanto houve uma evolução	Cd Cfiii; PCc, e
30 Entrevistador:	O relacionamento interpessoal e o respeito pelos valores da comunidade escolar, conseguiu materializá-los de forma mais concreta e presente?	Q2 PCa, b,e
31 Professor:	Sim, e percebe muito melhor o que é que a escola quer dele, até foi um aluno que foi prejudicado por não ter algumas medidas mais, em especial nas provas de avaliação, mas conseguiu ficar na positiva nas várias disciplinas.	C Ca, b
32 Entrevistador:	Manteve o mesmo grau de exigência que os outros alunos nesta avaliação?	Ca, b
33 Professor:	Penso que sim. O fato de ele ser mais assertivo, mais compenetrado, faz as tarefas que consegue realizar sozinho e não prejudica a concentração.	Pcb,ej; cb
34 Entrevistador:	Já consegue estar dentro de uma organização e criar hábitos trabalho?	
35 Professor:	Exatamente, dantes quando ele punha os olhos em alguma coisa que ele não percebia, não parava enquanto aquilo não tivesse feito ou resolvido, levantava-se. Agora percebe que precisa de compreender algumas coisas, vai fazendo uns trabalhos que entende melhor e quando chega ao grau de dificuldade, com ajuda do professor, depois conclui, enquanto que antes não, ele olhava para aquilo não sabia e nunca mais parava.	PC Cf PCc PCd, e Hiperatividade
36 Entrevistador:	“Ligado ao motor”, excitação, a impulsividade acabou por estar mais contida, mais controlada?	Hiperatividade
37 Professor:	Mais contida, só notamos num dia ou outro por mês.	
38 Entrevistador:	Interromper, interferir nas atividades dos outros ou sair do lugar, essa impulsividade está mais tranquila?	PCd, e

39 Professor:	Muito mais. Quando sairmos, podemos passar e o Aluno está pela primeira vez com uma professora nova e estará lá no lugar dele, provavelmente, a fazer a tarefas.	Q2 PC,
40 Entrevistador:	A criança sujeita ao tratamento teve uma melhoria no desempenho do ambiente escolar. Tem essa mesma percepção ou esse feedback relativamente ao ambiente familiar?	Q3 Q6
41 Professor:	Penso que a família também sente melhorias ao nível do comportamento do Aluno e da capacidade de comunicar com ele. Melhorou o comportamento, em casa consegue interagir mais com os pais, até em domínio da escola e da ajuda que os pais lhe dão em relação algumas matérias, será mais facilmente o trato que os pais têm com ele, tornou-se mais fácil a comunicação entre os pais e o filho.	PCa,b Ca,b Ca,b; Q3
42 Entrevistador:	A compreensão da relação do cumprimento das normas, da cooperação entre o seu papel e dos pais na família ou na escola, tem esse feedback?	Q2;Q3
43 Professor:	Há uma maturação do Aluno nesses papéis, não quer dizer que aja sempre bem, mas quando tem a consciência que o professor, o pai e a mãe são autoridades, acata mais, reconhece mais vezes essa postura.	PCc
44 Entrevistador:	Verificou melhorias no desempenho físico ou motor e na própria postura dentro da sala de aula no manifesto de recreio ou nas atividades desportivas que terá feito na sala de aula?	Q4
45 Professor:	No recreio era um miúdo que às vezes tinha alguma dificuldade nos jogos colectivos com os colegas por aquilo que eu me apercebi ele a joga muito mais com os colegas...	PCa,b
46 Entrevistador:	Acata mais as regras do jogo?	
47 Professor:	Eles criam algumas regras em alguns jogos e ele passou a ser muito mais social com os colegas.	PCa Cfii;
48 Entrevistador:	A postura na secretária ou a atitude expressiva física é uma atitude mais positivista mais tranquila ou ainda continua com aquela rebeldia?	PCdi, ei
49 Professor:	Não, é mais sossegado, só em pequenas situações de conflito ou em que já estamos chateados é que vem uma postura mais infantil e imatura, e revela algum desprezo pelas regras. Porque normalmente já está muito mais sentado, sossegado no lugar e a fazer coisas do domínio da sala e da escola. Enquanto às vezes é um miúdo que até dou como exemplo.	
50 Entrevistador:	Verificou diferença na motricidade fina?	FMC
51 Professor:	Verifiquei, ao nível do recorte, embora ele tivesse muita dificuldade no recorte e no desenho de figuras.	FMCb
52 Entrevistador:	Notou alguma diferença no desenvolvimento na própria postura do corpo e no crescimento dele enquanto criança, relativamente ao que estava antes, notou, aquilo que normalmente chamamos um pequeno pulo do crescimento ou até na expressão dele na cara no corpo?	Questão de maior dificuldade para explorar, o que pode revelar que o professor não sabe onde incide a osteopatia e qual a sua base de trabalho. Pode-se levantar a questão da divulgação e clarificação dos campos de incidência da osteopatia.
53 Professor:	Na cara, mais ao nível da expressividade da cara deixou de ser tão infantil tão imaturo, mas houve na fâcias uma certa diferença, acho que uma maturação de algumas expressões um ar assim às vezes mais sério.	
54 Entrevistador:	De acordo com a sua experiencia, a forma como o aluno evoluiu é dentro daquilo que o professor já teve com outros alunos idênticos ou notou que houve um aceleração depois da intervenção Osteopática?	Conclusão
55 Professor:	Houve um aceleração, porque o Aluno devia de beneficiar até de mais acompanhamento individualizado e tem conseguido	Conclusão

	<p>superar as aulas sem esse acompanhamento. Eu acharia que no percurso normal dele, pela minha experiência, teria muitas dificuldades este ano em dar o salto para a leitura e para a meia dúzia de regras de cálculo indispensáveis para o resto da vida escolar, e o Aluno não só atingiu a leitura, embora não domine ainda a escrita, mas já domina a leitura quase na maior parte dos aspectos, menos na expressividade e na entoação, o que é normal. Mas houve uma evolução muito acelerada e essa evolução tem o facto de ter havido 3 pessoas que conversamos sempre: eu, o Hélder e a mãe do Aluno. Este sucesso também produziu no Aluno uma certa segurança e tranquilidade. Realmente ganhou nos aspetos todos, no aspeto cognitivo, do desenvolvimento social também ganhou muito na postura porque, hoje a maior parte dos técnicos entra na sala, se eu não contar a história ou o caso de estudo do Aluno, ninguém se apercebe que estamos perante um aluno com necessidades educativas especiais, ninguém! Sobretudo há um ganho muito grande, ele relacionou-se com a escola para o resto da vida, o ano passado eu achava que ia ter muitas dificuldades, este ano quando comecei a falar consigo senti logo no primeiro mês que havia uma melhoria, depois aquele trabalho que os pais fizeram de apoiar as minhas decisões, decisões pedagógicas, ajudou. Esse sucesso que ele teve, quase que fez esbater-lo no meio daqueles 22 alunos, quase já ninguém se lembra que tinha apoio, educação especial e apoio direto. Ele próprio às vezes diz: "eu também era!" "eu também ia!". Eu depois digo-lhe assim: "Olha Aluno, calma, tu este ano não estás a precisar de ir, isso até é bom! Certo?". O Aluno não tem adequações curriculares, portanto está a aprender tudo o que os outros aprendem.</p>	<p>Cognitivo Ce Cd</p> <p>Psicossocial</p> <p>FMP Cf PCd PCe</p> <p>Integração escolar e social</p>
<p>56 Entrevistador:</p>	<p>Esse era o objetivo, o enfoque do estudo. Que a osteopatia pudesse ser mais uma resposta às necessidades e às dificuldades dentro da sala, em casa, mas também na sociedade...</p>	

Anexo 10 - Guião de Entrevista aos Pais

Áreas	Categorias	Subcategorias	
Cognitiva	a. Compreensão, interpretação e aplicação dos conhecimentos adquiridos e novas situações		
	b. Português	i. Oralidade,	
		ii. Leitura	
		iii. Escrita	
	c. Matemática	i. Números e operações,	
		ii. Geometria e medidas.	
	d. Défice de atenção	i. Acabar o que começa.	
		ii. Seguir instruções e terminar os trabalhos escolares, tarefas ou deveres no seu lugar.	
		iii. Períodos de tempo de atenção e focos de interesse	
	e. Memória:	i. A curto e a longo prazo.	
		ii. De trabalho.	
		iii. Visual e auditiva	
	f. Funções executivas	i. Reflectir e planear antes de agir	
		ii. Linguagem,	
		iii. Capacidade de expressão	
		iv. Tradução de ideia em palavras	
	g. Avaliação emocional	i. Fragilidade emocional á frustração,	
		ii. Baixa auto-estima	
		iii. Ansiedade na contrariedade	
Psicossocial / Comportamental	a. Cumprimento de normas, cooperação e relacionamento interpessoal familiar.		
	b. Relacionamento interpessoal e respeito pelos valores da comunidade escolar.		
	c. Organização, hábitos de trabalho e deveres.		
	d. Hiperatividade	i. Estar sempre ligado ao motor “bicho-carpinteiro”	
ii. Agitação, pressa e distração			
Estrutura / Fisiológica	a. Estrutura	i. Coluna e postura do corpo	
		ii. Crescimento	
		iii. Cor da face e tez, peso, altura	
	b. Como está sentado na cadeira e secretária		
	c. Postura, atitude e expressividade		
	d. Exercício físico e perícia		
	e. Fisiológico	i. Sono	Qualidade
			Quantidade
		ii. Comer	
		iii. Ansiedade	
iv. Respiração			
v. Medicamentação			

Anexo 11 - Entrevista aos Pais - Editada

§	Entrevista aos Pais	Código de Area /conteúdo/Questão
1	Entrevistador: Muito boa tarde, obrigado antes de mais por terem aceite o convite para participar na entrevista da minha Tese de Mestrado em Ciências Da Educação Especialização em Supervisão Pedagógica, cujo o tema é “O Contributo da Osteopatia no Desenvolvimento Global em Crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção do Primeiro Ciclo do Ensino Básico”. Realizámos primeiro o preenchimento das escalas de Conners para pudermos quantificar os aspetos do comportamento, da impulsividade, da Hiperatividade e da atenção. Fizemos a intervenção osteopática acompanhada por vós e depois fizemos um segundo preenchimento das Escalas de Conners. Por último para completar uma triangulação de dados vamos realizar a entrevista aos Pais.	
2	Entrevistador: A criança sujeita ao tratamento osteopático apresentou melhorias no seu desempenho cognitivo? Cognitivo está relacionado com as suas capacidades intelectuais, nomeadamente na compreensão, na interpretação ou aplicação dos seus conhecimentos, no desenvolvimento do Português, da Matemática, na capacidade de memória, nas funções executivas, entre outras. Como é que os Pais vêem a aluna antes e depois do tratamento osteopático?	Q1
3	Pai: (10 segundos de silêncio) Quer dizer mudanças, mudanças radicais não houve, assim mudanças? Assim muito radicais não houve, (silencio).	
4	Entrevistador: Ao nível da compreensão, interpretação daquilo que são os seus conhecimentos?	Ca
5	Pai: Eu tenho ideia que está mais madura, também está mais velhinha...	+ Madura
6	Mãe: Está-se a definir mais, tá!... tá! ... Já está a querer ser mais ela, mais independente coisa que não era.	+ Independente
7	Entrevistador: E as capacidades que ela possa ter adquirido a nível do português? Como é que tem verificado a oralidade e a capacidade do discurso dela?	Cbi
8	Mãe e pai Em termos de expressar-se, está melhor. Já se exprime.	Exprime-se
9	Entrevistador: Em termos da leitura e da escrita?	Cbii,iii
10	Mãe: Sempre teve grandes dificuldades, principalmente na parte da escrita. Porque quando é uma pergunta num teste, se for uma pergunta direta consegue ir logo lá, se tiver que pensar um bocadinho, tem mais dificuldades, mas pronto.	Dificuldades na escrita e perguntas de raciocínio
11	Entrevistador: Notaram evolução a dominar mais alguns campos com maior facilidade? Ou permanece no mesmo estado de dificuldade de compreensão?	Domínio de campos e compreensão
12	Mãe: O que eu noto é que pode não se expressar bem mas tem mais aquela vontade de se expressar, quando quer escrever um texto ou alguma coisa.	Ca + expressividade
13	Entrevistador: A vontade participativa aparece, é?	
14	Mãe: As frases podem não ficar bem estruturadas mas e tenta expor as ideias.	
15	Entrevistador: E comparativamente a antes? Ela tinha essa vontade de fazer, não conseguia e passou a conseguir fazer? Pelo menos esse ímpeto interior aparece, ou nem por isso?	
16	Mãe: Eu noto que agora mesmo que não consiga, tem mais aquela vontade de fazer e de se expressar.	+ Vontade de fazer
17	Entrevistador: Ela consegue superar as dificuldades que vem tendo, debruça-se sobre aquilo que não consegue e passado pouco tempo consegue ir em frente	Superar dificuldades

	ou mantem-se ali, como que difícil?		
18 Mãe:	Está um bocadinho melhor nesse aspeto, mas às vezes ainda se tem que insistir um bocadinho.	Melhor	
19 Entrevistador:	A nível de oralidade, e a nível por exemplo da Matemática? Notaram diferença na capacidade do cálculo ou do pensamento direto, de ela conseguir fazer operações mais à vontade?	Cba, Cci	
20 Mãe:	Se for aquelas operações assim mais simples. Se for aquelas de raciocínio, às vezes até desiste.	Operações simples + desiste	
21 Entrevistador:	Às vezes desiste? Mas era uma característica que ela já tinha, não conseguir, não tentar ou ela agora passa a tentar mais afincado?		
22 Mãe:	Depende, às vezes também depende da disposição dela, a gente também insiste para com que ela vá...	Com insistência	
23 Entrevistador:	Comparativamente a antes, acaba sempre o que começa? Ou começa e não acaba, como era anteriormente? Nas suas coisas da escola, nos trabalhos, nas tarefas da escola	Acabar	Cdi
24 Mãe:	Precisa sempre ali do nosso apoio para fazer, para terminar...	apoio	
25 Entrevistador:	Relativamente a antes, o esforço que vocês tinham fazer era maior para a manter concentrada, ou agora tem períodos de concentração mais prolongados? Consegue começar uma coisa com princípio, meio e fim?	Períodos de concentração	
26 Mãe:	Isso depois também depende das coisas que ela tem que fazer, porque se forem coisas que não lhe interessam muito ela ...		
27 Entrevistador:	Nas coisas que lhe interessam ou nas tarefas de casa?		
28 Mãe:	Isso ai ela faz com agrado e tenta fazer e pronto.	Faz com agrado	
29 Entrevistador:	Ao mesmo tempo mais atenta?		
30 Mãe:	É mesmo, já puxa por ela, já nem precisamos de estar a...	Puxa por si	
31 Entrevistador:	Ela própria ganhou vontade de fazer? Idealiza as coisas, mete na cabeça, começa...!	Vontade de fazer	
32 Mãe:	Isso é a maior mudança que a gente vê. A situação de ajudar, de fazer, fazer por si sem estarmos a mandar...	Q3	
33 Entrevistador:	E já consegue estruturar a sequência das funções de que tem que fazer, em casa ela sabe que é primeiro aquilo e depois começa outro?		
34 Mãe:	Sim, Sim. Acho que a escola como é uma coisa que ela não é assim muito... nós tem que estar ali.		
35 Pai:	Foi a maior modificação que eu notei nela, poder participar nas tarefas domésticas sem que a gente diga nada.	Vontade própria Q3	
36 Entrevistador:	Notaram alguma diferença das capacidades de memória? Na memória a curto prazo, por exemplo, aconteceu há pouco uma conversa ou um acontecimento, ela consegue narrar?		
37 Mãe:	Isso também está melhor, essa parte sim, essa parte nós notamos		
38 Pai:	Ela tem uma boa memória.	Ce Memória	
39 Mãe:	Tinha uma boa memória, mas às vezes, havia coisas que perguntávamos: "o que é que foi o teu almoço?", "Ah! Já não me lembro, ah! Já não sei". E eu às vezes dizia assim: "Ah! Será que ela já não lembra?" Falava com outras pessoas que tinham filhos, amigas e diziam assim: "ah! Isso é muito normal". Mas agora já não, isso já não acontece tanto, no exemplo da refeição ou de qualquer coisa na sala de aula, ou o que é que a professora..., se tiveste tudo certo nos trabalhos de casa. Anteriormente dizia: "ah! Não sei já não me lembro". Agora já me sabe explicar, já me sabe dizer. Se foram coisas que já aconteceram há muito tempo, sítios que já passou há muito tempo isso sempre se lembrou.		
40 Pai:	Tem uma memória fotográfica muito boa.		
41 Mãe e pai:	Memória a longo prazo sempre foi boa.		
42 Entrevistador:	A memória visual é boa?		

43	Mãe:	Sim, Sim. Sítios que a gente já foi à 3 ou 4 anos atrás e ela lembra-se, “ai quando uma vez quando fomos não sei o quê..., passámos...”, “vejam lá como é que ela se lembra, que isto já foi...” tem 9 anos mas lembra-se. A memória a longo prazo ela sempre teve mas agora.	Boa memoria Ce,i,ii,iii
44	Entrevistador:	Já começa a conseguir ouvir as canções, reter a música e replicar a letra, cantar?	
45	Mãe:	Já, já, isso também. Era uma coisa que também não fazia.	
46	Entrevistador:	Tal e qual como as conversas, ouviu uma conversa e já consegue fazer mais ou menos o fio à miada, como se costuma dizer?	
47	Mãe:	Sim, sim. Isso foi uma coisa que começou a fazer há muito pouco tempo, em termos das canções, porque ouvia a fazer o som, cantava o som, mas a letra não saía e agora já diz, já sabe as letras, já canta as letras, já fica...	Ceiii Melhorou a memoria auditiva
48	Entrevistador:	Notam que já consegue parar para refletir, e depois é que vai fazer? Continua com a impulsividade, tudo em cima do joelho, como vem é como sai ou já consegue refletir e planear antes de agir?	
49	Mãe:	Está um bocadinho melhor. Ainda: “tem que ser com calma, faz com calma, vamos com calma, espera, devagarinho”, por exemplo fazer um bolo é uma coisa que vai logo, e eu:” oh filha calma uma coisa de cada vez”. Mas já está um bocadinho melhor, essa parte.	
50	Entrevistador:	A linguagem também melhorou, a capacidade de expressão, e a tradução de ideias em palavras, deu mais o pulo a capacidade de expressão?	expressividade
51	Mãe:	Sim, sim	Cf,i,ii
52	Entrevistador:	Em termos da parte emocional, como é que ela está a reagir neste momento com a frustração ou com contrariedade, quando a contrariam?	Cg
53	Mãe:	Está mais refilona (risos), está mais...	
54	Entrevistador:	O que é que entendem como refilona?	
55	Mãe:	Manifesta-se.	
56	Entrevistador:	Manifesta-se por tudo e por nada, ou tem fundamento naquilo que manifesta?	
57	Mãe:	Manifesta-se. Eu às vezes até dizia: “oh rapariga! Tu, pronto, diz alguma coisa, reclama”, porque ela ficava-se, agora não, já tem argumento, já argumenta.	
58	Entrevistador:	Um argumento que faz sentido ou é um argumento que sai sem sentido algum?	Cg, PCa
59	Mãe:	Por norma faz sentido para ela sim, por norma sim...	
60	Entrevistador:	Porque há aquele argumento de protestar por tudo e por nada.	
61	Mãe:	Não, não, não.	
62	Entrevistador:	Há outro que diz assim: “não, eu não concordo com isto, por causa disto ou daquilo”, ele argumenta, a gente olha e diz assim: “isso não é bem assim, mas faz sentido o que tu estás a dizer, de acordo com aquilo que tu és”, Está mais neste padrão?	
63	Mãe:	Sim.	
64	Entrevistador:	A criança sujeita ao tratamento osteopático apresentou melhorias no desempenho social, quer a nível da escola, quer a nível de casa, quer a nível de ambiente familiar, quer a nível de ambiente escolar, ou seja, a parte psicossocial e comportamental? No cumprimento de normas, cooperação e relacionamento dentro daquilo que são as regras da família, neste momento, está mais integrada, consegue entender melhor as normas de funcionamento, onde é o espaço dela, onde é o espaço do pai, onde é a função do pai, onde é a função da mãe, quem é a família? Ou até mesmo com os colegas na escola, ou nos grupos nas regras das brincadeiras com os outros, por às vezes eles criam jogos com as próprias regras. Notaram alguma diferença de amadurecimento nesses ambientes?	PCab Cooperação e relacionamento Q2 Q3

65	Mãe:	Sim, pelo menos com a prima, entende mais, já não é só o “eu”, já interage mais já. E na escola acho que nesse aspeto também...	afirmação
66	Pai:	Tenta impor-se mais, antigamente não se impunha nada mas agora já se impõe mais, põe a prima às voltas também.	
67	Mãe:	Também já dá a sua opinião, já! A prima é mais velha, mas já... Agora já tem a sua posição. Sim mudou o comportamento, sim.	
68	Entrevistador:	Mudou o comportamento, não é contra as regras ou contra as normas?	Pcabc
69	Mãe:	Não, não, não...	
70	Entrevistador:	Consegue-se integrar dentro das regras do jogo. Se estiverem a idealizar o jogo ou vocês tem uma actividade, integra-se dentro das normas?	
71	Mãe:	É um bocadinho batoteira (risos), não mas é, é...	
72	Entrevistador:	É batoteira pelo seu aspeto brincalhão, não é?	
73	Mãe:	Sim, sim, sim, sim, sim, sim.	
74	Pai:	Ninguém gosta de perder, ninguém.	
75	Mãe:	Arranja sempre maneira para ficar a ganhar,	
76	Pai:	Sempre a ganhar, até mesmo connosco, quando é algum jogo, alguma coisa. Sabe a sua vez, sabe, sim, sim	
77	Entrevistador:	O relacionamento interpessoal e o respeito pelos valores da escola, notaram que consegue interagir melhor com a escola ou assumiu-se com aquilo que não gosta ou não quer? Uma coisa é estar na escola e dizer: “pronto tenho que andar aqui e tal!... Tá bem, mas pronto”!... Outra coisa é dizer: “é pá!... Não quero estar aqui, sou rebelde com isto e viro isto tudo ao contrário.”	
78	Mãe:	Não, não, um dia destes disse-me não gostava da escola mas sabia que tinha de estudar e eu disse:” já sabes como é que é, faz parte, olha, a mãe também não gosta muito de lavar a louça e têm que a lavar”.	PCac
79	Entrevistador:	Mas respeita os colegas, não é aquela criança que entra em revolta?	
80	Mãe e pai:	Não, não, não.	
81	Pai:	Pode nunca gostar da escola mas também...	
82	Mãe:	Não, mas entende que têm que estudar, tem que fazer os trabalhos, tem que fazer, não é muito o que ela gostava, mas ela entende e faz...	
83	Pai:	Tenta agradar aos pais.	
84	Entrevistador:	E quando faz, notam que dá o seu melhor ou é: “pronto está feito não me chateiem. Está feito, já cumpri o meu dever!”	
85	Mãe:	Às vezes é um bocadinho assim. Por norma até tenta, porque às vezes a gente vê que até há certas coisas que tem dificuldades e esforça-se, muitas das vezes ao final do dia, a gente fala nos trabalhos de casa vimos que já está ali muito cansada, mas tenta esforçar-se... e depois esforça-se...	Cdii,iii
86	Entrevistador:	Já consegue integrar-se com mais organização, com mais hábitos de trabalho relativamente aos deveres que tem que fazer, já consegue conviver melhor com isso e consegue produzir mais dentro dessa organização, ou seja, ela chega a casa: “eu sei que tenho que fazer isto, tenho que fazer aquilo”, não quer dizer que não peça ajuda, não é?	
87	Mãe:	Agora ultimamente não era bem assim. Mas sim, sabe que tem que fazer os trabalhos de casa e fazer as coisas e pronto. Ultimamente têm andado um bocadinho descambada nestas últimas semanas, mas...	Responsabilização PCc
88	Entrevistador:	Estes últimos testes que fez, foram testes adaptados ou foram normais como as outras crianças?	
89	Mãe:	Estes últimos que fez, foram feitos na sala com a professora. Disse-me que em Português às vezes costumam ser lidos mas que agora tinha sido sozinha que leu e teve bom a Português, e foi ela que fez, pronto.	Ca Iguai aos outros
90	Entrevistador:	A aluna é que fez essa própria interpretação sem ajuda da professora?	
91	Mãe:	Porque ela tem uma coisa aí, uma, como é que eu hei-de explicar?	

92	Entrevistador:	No PEI?	
93	Mãe:	Sim, tem lá uma alínea em que, ela costuma fazer com a professora de apoio, o texto pode ser lido e desta vez fez tudo na sala com os colegas.	Ser igual Cd Cf
94	Entrevistador:	Com os colegas, normal?	
95	Mãe:	Sim, tudo normal, sim.	
96	Entrevistador:	E os testes eram iguais aos outros?	
97	Mãe:	O teste? Essa parte, eu também não sei muito bem, mas a professora costuma adaptar, a nível do Português fazer umas perguntas mais diretas para ela. Eu penso que este foi igual.	
98	Entrevistador:	Manteve o mesmo padrão?	
99	Pai:	Deve ter o mesmo padrão, tirando a parte do que não teve com aquela professora habitualmente, onde esteve mesmo na salinha de apoio.	Ensino Especial
100	Mãe:	Esteve na sala de aula e diz que fez, sem ajuda	C PC
101	Entrevistador:	O normal era não fazer na sala? Faz com a professora de apoio?	
102	Mãe:	Fazia com a professora de apoio, por vezes a professora lia-lhe o texto no caso de Português e uma ou outra dificuldade lia-lhe a pergunta e desta vez não, ela disse-me que foi ela que leu tudo.	
103	Pai:	Foi mais rígida (...) e é bom de uma certa maneira. (...)	
104	Entrevistador:	Aumentou-lhe a responsabilidade dela e quer dizer que ela já consegue sentir igual?	
105	Mãe:	Na matemática tem muita dificuldade nas simetrias. Estava muito contente porque tinha conseguido fazer e tinha tido tudo certo. Tinha conseguido fazer, mas depois, eu não sei se foi por falta de tempo, disse que tinha deixado uma página por fazer das sequências: “oh mãe! Eu fiz foi as sequências... foi uma página só consegui fazer uma”. Essa parte, eu não percebi porque ainda não falei com a professora, se foi por falta de tempo ou se foi ela mesmo que não fez ou a professora quis fazer tudo como os outros para ver qual é que eram as dificuldades, para testar.	Ser capaz matemática Cc
106	Entrevistador:	Isto é componente cognitiva, que é a capacidade de ela produzir trabalho intelectual. Ela teve uma evolução a esse nível? Coisas que tinha mais dificuldade, está a ganhar mais autonomia?	
107	Mãe:	Pois, às vezes em casa eu vejo que é mesmo ela que faz aquele bocadinho de ronha: “ah! não estou a entender”. Para ver se eu leio a pergunta: “oh mãe! Eu não estou a entender aqui...”	
108	Pai:	Ela é calculista... ela é calculista, sabe medir ... é...	
109	Entrevistador:	Sabe negociar?	
110	Mãe:	É! Por exemplo na matemática, ela sabe a tabuada, como é uma coisa de decorar, ela tem facilidade, não tem dificuldade nenhuma na tabuada. Mas se tiver com a cabeça no mundo da lua, se lhe perguntarem quanto é que é, não sei quanto? Ela vai e nem pensa, aquilo sai. Isto para dizer que nas contas, por exemplo, não tem dificuldade mas às vezes está ali: oh mãe! Oh mãe! Oh mãe!...	Matemática tabuada, memória
111	Entrevistador:	Em termos daquele bicho-carpinteiro, de ela estar sempre ligada ao motor, ainda se mantêm essa característica, relativamente a antes, ou notaram uma acalmia?	PCdi
112	Mãe:	Não, está mais calma, sim.	+ calma
113	Entrevistador:	Já consegue ter períodos de mais tranquilidade?	
114	Mãe:	Sim, sim, até a ver televisão,	
115	Entrevistador:	Já se consegue manter mais compenetrada?	
116	Mãe:	Já, já	
117	Entrevistador:	Agitação, pressa, a distração com tudo, já não está tão presente?	PCdii
118	Mãe:	Não, já está mais calmo sim... sim, sim, sim.	+ calma
119	Entrevistador:	Na resposta dela. (...) “Estou sempre apressado” e ela foi perentória: “sempre”. Foi logo: “sempre apressada”. Por isso é que eu estava a dizer, se tinha essa percepção, se não? Porque às vezes preencher as	Estou sempre apressada

	escalas não é assim tão fácil quanto isso. Vimos do nosso trabalho, estamos com um estado emocional, uma situação qualquer ou até estivemos zangados (...) e depois quando vamos preencher a escala, a escala leva tudo isso, não é? Leva toda essa influência.	
120 Mãe:	Não, nesse aspeto ela está mais calma.	
121 Entrevistador:	Notaram, no fim do tratamento, desenvolvimento da parte física, motora e da própria postura. Física no sentido da destreza, a fazer os desenhos já mais refinados, ou nos cortes, ou nas atividades manuais que tem, ou então até uma coisa simples a jogar com uma bola, ou a fazer as brincadeiras dela a saltar com o elástico ou assim. Notaram que houve um amadurecimento nas capacidades que ela tem a esse nível?	EF Motricidade fina e postura
122 Pai:	Está melhor, está sim senhora. Está melhor, vê-se melhorias...	Melhor
123 Mãe:	Mesmo até naquela parte dos recortes e tudo. Agora da bola, do jogo isso como foi sempre... mesmo lá na educação física, dizia: "ah mãe! Sou sempre a melhor". É toda atleta, toda.	Atleta
124 Entrevistador:	Verificaram diferenças em termos da própria coluna e do desenvolvimento do corpo? Como se tivesse dado um pulo!	EF eii crescimento
125 Mãe:	Ah! Isso nota-se, nota-se na roupa	
126 Entrevistador:	Na roupa? (risos)	
127 Pai e Mãe:	No crescimento, as costas mais direitinhas,	EF ei
128 Mãe:	Nota-se mesmo mais cheinha (...)	
129 Entrevistador:	Notaram também a nível da cara ter uma cor diferente, até da expressão dela não estar sempre com aquela tensão como ela apresentava parece que estava sempre acelerada com qualquer coisa?	
130 Mãe:	É, quanto à cor sinceramente não, mas a tensão sim	
131 Entrevistador:	Menos tensão facial?	
132 Mãe:	Sim, sim. O roer das unhas ainda continua (...).	Ansiedade
133 Entrevistador:	Notaram que ela ganhasse um pouquinho de peso, ela passou a comer melhor?	
134 Mãe:	Isso sim, notámos também.	
135 Entrevistador:	Começou a comer mais e mais constante?	EFeii
136 Mãe:	Era muito lenta, muito lenta. Uma coisa! Para comer era... e agora, pronto, nota-se a diferença.	Comer melhor
137 Entrevistador:	Como é que tem estado o dormir dela?	EFei
138 Mãe:	Mas isso, eu notei logo, logo, logo. Foi uma coisa que se notou	Sono melhor
139 Entrevistador:	O tempo de dormir? Dorme mais e com mais qualidade?	
140 Mãe:	Sim, com melhor qualidade, sim.	
141 Entrevistador:	O comer já come, já tínhamos frisado logo na altura que ela já comia. Modificou também o comer?	
142 Mãe:	Sim, sim, mas o sono foi uma coisa que a gente notou logo.	
143 Entrevistador:	Como é que têm estado a respiração dela? Está melhor? Está mais tranquila?	EFeiv
144 Mãe:	Sim	
145 Entrevistador:	Quando dormia, tinha o sono mais agitado e agora dorme bem?	Sono tranquilo
146 Mãe:	Sim, além de acordar muita vez, também...	
147 Pai:	Falava no sono, o que eu já não ouço.	
148 Mãe:	Muitas vezes eu levantava-me e...	
149 Mãe e pai:	la ver, o que se passava ou se era ela a chamar, e ela estava a dormir.	
150 Entrevistador:	Verificaram diferença com e sem a medicação a nível comportamental? Notam presente aquele pico que havia quando deixava de ter o efeito da medicação, que ficava eléctrica e não se conseguia controlar?	EFei medicamento
151 Mãe:	Eu em termos da agitação não, só noto diferença no medicamento mais na concentração. Não se dispersa tanto ao fazer as coisas da escola o resto a gente não nota assim...	Menor dispersão escola
152 Entrevistador:	Uma das características que há no medicamento é sono agitado e menos	

	apetite para comer. Depois quando acaba o efeito do medicamento a hiperatividade parece que sobe, eles ficam ligados ao bicho-carpinteiro, o motor dispara logo. Ao fim da tarde quando acaba o efeito do medicamento, nota aquela quebra do efeito do medicamento ou continua com o mesmo padrão quando tinha com o medicamento?	
153 Mãe:	Sim. Antigamente a gente via logo e agora já não se nota tanto essa diferença, não	
154 Entrevistador:	Tem necessidade de recorrer quando é necessária a concentração, para estar mais compenetrada?	
155 Mãe:	Usa para a escolinha, tirando isso... Quando está na escola está mais concentrada, porque quando chega a casa, está a fazer os trabalhos de casa e já não tem medicação nenhuma.	Só escola
156 Entrevistador:	Mesmo assim consegue produzir um pouco mais e mais à vontade?	
157 Mãe:	Sim, a gente sabe, por exemplo quando faz os trabalhos e está com a medicação, está ali mais concentrada. Não é o barulho do carro que tocou lá fora, a gente nunca tem televisão ligada, quando se está a trabalhar nunca se tem nada disso ligado, mas se o telemóvel tocou, o carro apitou, pronto... Se tiver a medicação, mesmo que toque, passa-lhe ao lado, não liga.	EFei, Trabalhos de casa com mais concentrada
158 Entrevistador:	Conhecem mais alguns casos de algumas crianças que tenham a mesma perturbação de hiperatividade défice de atenção? Depois do tratamento osteopático verificaram ganhos na vida da aluna, no próprio desenvolvimento dela, na relação familiar, na relação com a escola?	
159 Mãe:	Conheço, mas não sei falar muito. Estou a falar no caso da... também a vejo poucas vezes.	
160 Entrevistador:	Verificaram que o tratamento osteopático foi benéfico para o aluno?	
161 Mãe:	Sim,	
162 Entrevistador:	Em meia dúzia de palavras como é que resumia o tratamento osteopático na vida do aluno? O que é que modificou, como é que era, como é que não era, como está agora ou o que é que notaram de maior relevo da intervenção Osteopática que tenha como ganho para a vida do Aluno?	
163 Pai:	(silêncio e risos) Cada vez que chegava a casa depois do tratamento tinha sempre muita atenção de não fazer esforço, porquê? Porque sabia como tinha estado aqui e o Dr. lhe dizia que tinha as costas direitinhas, ela dizia: “pai, tu não me pegues ao colo, porque eu não quero as costas tortas, quero ficar direitinha como eu saí de lá”, era a primeira coisa que dizia “ não posso fazer esforço”	
164 Mãe:	E a gente a nível do físico nota diferença.	
165 Pai:	Ela não queria que lhe pegasse, não porque como saia daqui com as costas direitinhas e a sentir-se bem: “pai não me toques, senão depois...”	
166 Entrevistador:	Isso é da auto-recriação dela. Porque eu nunca lhe dei essa instrução.	
167 Pai:	Não, chegava a casa era logo.	
168 Mãe:	É às vezes, até dizia: “não te posso pegar ao colo por causa das minhas costas”. Não sei se foi lá na minha mãe com algum dos primos?	
169 Pai:	Tinha a noção de que vinha aqui e viu que era para o seu bem e para o bem do seu corpinho. Também tem noção do que tem e acho que para ela é benéfico. Logo que chegava a casa e dizia “vocês não me toquem porque quero ficar direitinha como saí de lá”. Era engraçado...	Consciência de si mesma e do tratamento em si
170 Entrevistador:	Naquele dia ou nos dias a seguir, verificavam alguma diferença na postura, na forma estar, de andar, por exemplo, mais tranquila, de estar mais compenetrada?	
171 Mãe:	Sim, por exemplo, gostava muito de fazer o pino, às vezes ia para cima da cama fazer o pino e era uma das coisas que dizia: “agora já não posso fazer o pino por causa das minhas costas”.	
172 Pai:	Não! Foi benéfico para o corpo, a meu ver foi benéfico, notou-se um	Benéfico

	regulamento do corpo, do organismo. Até dizia às vezes à minha esposa...	desenvoltura corpo
173 Mãe:	As formas..., a gente vê a desenvolver-se mais...	
174 Entrevistador:	Era como se ela estivesse dentro de uma forma aperreada e depois de um momento para o outro “estou livre”?	
175 Pai:	Ela está a desabrochar, está. E vai-se fazer uma mulher bonita.	Desabrochar
176 Mãe:	Eu acho que também teve influência nesta parte da sua agitação, está mais calma, está mais serena...	+ calma e serena
177 Pai:	Alguma coisa aconteceu, não é? Para se ver diferença... alguma coisa deve ter acontecido.	Algo aconteceu
178 Entrevistador:	Tenho-vos de agradecer mais uma vez a vossa disponibilidade, primeiro por vocês terem participado com o Estudo...	
179 Pai:	Ah! Foi com muito gosto.	
180 Entrevistador:	Está terminada a entrevista, obrigado mais uma vez então...	

Anexo 12 - Ficha Clínica Osteopática

IDENTIFICAÇÃO código do aluno _____
Nome _____
Morada _____
Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____ Altura ____ cm Peso ____ Kg
Pai _____
Mãe _____
Irmãos – nº, m-f, idade _____
Encarregado de Educação _____
Professor/a _____ Escola _____
Ano de escolaridade _____
Actividades _____

DADOS GERAIS

- | | |
|--|--|
| Sangue <input type="checkbox"/> | Cardíaco <input type="checkbox"/> |
| Colesterol <input type="checkbox"/> | TA ____/____ |
| Anemia - <input type="checkbox"/> Tempo _____ | Dor no peito <input type="checkbox"/> |
| Circulação <input type="checkbox"/> | Palpitação <input type="checkbox"/> |
| Digestivo <input type="checkbox"/> | Fadiga <input type="checkbox"/> |
| Azia <input type="checkbox"/> | Sistema nervoso <input type="checkbox"/> |
| Diabetes Tipo I <input type="checkbox"/> /Tipo II <input type="checkbox"/> | Dor de cabeça <input type="checkbox"/> |
| Dores abdominais <input type="checkbox"/> | Tontura ou vertigem <input type="checkbox"/> |
| Flatulência <input type="checkbox"/> | Zumbidos <input type="checkbox"/> |
| Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> | Alterações da Visão <input type="checkbox"/> |
| _____ | Formigueiros <input type="checkbox"/> |
| Náusea/ Vômito <input type="checkbox"/> | Otites <input type="checkbox"/> |
| Obstipação/Diarreia <input type="checkbox"/> | Sistema osteo-articular <input type="checkbox"/> |
| Respiratório <input type="checkbox"/> | Dores articulares <input type="checkbox"/> |
| Asma <input type="checkbox"/> Bronquite <input type="checkbox"/> | Dores musculares <input type="checkbox"/> |
| Dor no peito <input type="checkbox"/> | Endócrino <input type="checkbox"/> |
| Expectoração <input type="checkbox"/> | Alterações de peso <input type="checkbox"/> |
| Falta de ar <input type="checkbox"/> | Alterações de humor <input type="checkbox"/> |
| Tosse <input type="checkbox"/> | Fraqueza muscular <input type="checkbox"/> |
| Distúrbios Uro genitais <input type="checkbox"/> | Mudanças cabelo <input type="checkbox"/> |
| Cólicas renais <input type="checkbox"/> | Febres frequentes <input type="checkbox"/> |
| Incontinência urinária <input type="checkbox"/> | |
| Inflamações genitais / urinárias <input type="checkbox"/> | |

SAUDE GERAL

Antecedentes patológicos hereditários _____
Outros não especificados _____
Medicamentação _____

Contributo da Osteopatia no Desenvolvimento Global em Alunos com PHDA do 1º CEB

CONCEPÇÃO E GRAVIDEZ

Idade da mãe no parto _____

Métodos anticoncepcionais - Não Sim _____

Problemas da mãe _____

Problemas do bebé _____

Quantas semanas _____

Concepção natural - Sim Não _____

PARTO

Tipo de parto

Natural – eutócico Fórceps Ventosa Epidural

Cesariana – distócico Epidural Geral Motivo _____

Tempo do parto _____

PÓS-PARTO

Alterações – Não Sim _____

Amamentação - Bom Menos bom _____

Tempo de amamentação _____

Problemas pós-parto – Não Sim _____

Sono - Bom Razoável Mau

Percentis – Equilibrados Desequilibrados _____

Nascimento dos dentes - Normal Anormal _____

Gatinhou - Não Sim Tempo _____

Fala - _____

ACOMPANHAMENTO INFANTIL

Ama Avós Cresce/Infantário Pais

Pré escola Sim Não onde _____

ALIMENTAÇÃO

Boa Razoável Fraca _____

Cereais Fruta Lactícínios Verduras Agua Carne Peixe

Doenças Associadas _____

PSICOLOGIA

Cognitiva - capacidade de aprendizagens e adquire novas competências Sim Não

Atenção

Selectiva (focar num determinado estímulo)

Dividida (necessária para realizar várias tarefas em simultâneo)

Memória:

A curto prazo Boa Média Fraca Alterna

A longo prazo Boa Média Fraca Alterna

De trabalho Boa Média Fraca Alterna

Visual Boa Média Fraca Alterna

Auditiva Boa Média Fraca Alterna

Funções executivas

- Reflectir e planear antes de agir Boa Média Fraca Alterna
Linguagem Boa Média Fraca Alterna
Capacidade de expressão Boa Média Fraca Alterna
Tradução de ideia em palavras Boa Média Fraca Alterna

Escrita

- Boa Média Fraca Alterna

Avaliação emocional

- Fragilidade emocional á frustração
 Baixa auto estima
 Ansiedade na contrariedade

AVALIAÇÃO OSTEOPÁTICA

Morfologia

- Normal Delgado Encorpado

Tipo de postura

- Anterior Posterior _____

Linha central de gravidade

- Anterior Posterior Mista _____

Linhas não paralelas

AP _____

D11D12 _____ L5-S1 _____

OAA _____

PA _____

D1D2 _____

L2L3 _____

Coxo femorais _____

Arcos

- Estruturais C1 D2, D2 D12, D12 L5, S1 COCCIX Funcionais C1 C4, C6 D8 D10 L5
Fisiológicos C7 D8, D10 SACRO Central D5 L2

Vertebras

Pivots

C5 _____ D9 _____

L5 _____

Centros de oscilação

L5, D9 e C7 _____

Crânio

- Suturas: Coronal Sagital Escamosa Lambdóide Bregma Lambda Ptérion Astérion

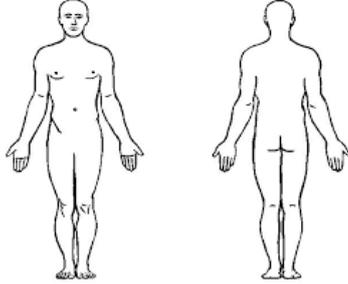
OLHOS

- Estrabismo Convergência Endoforia Exoforia Binocularidade Monocularidade

Contributo da Osteopatia no Desenvolvimento Global em Alunos com PHDA do 1º CEB

Observações

Observação da postura, padrão neuro motor

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
---	--

Escala de avaliação: 0 sem alteração, 4 alteração total, 2 alteração média, 1 ligeira alteração, 3 alteração quase total

Campos de Observação		1	2	3	4	5	6	7	8
SOCIAL	Familiar								
	Escolar								
	Desporto								
COGNITIVO	Resultados em Estudo								
	Atenção								
	Hiperatividade								
LINHAS	A/P								
	P/A								
BASE POLIGONO	Superior OAA								
	Inferior ASI- CXF								
	D4								
	3ª Costela								
PIVOTS		C5							
		C7							
	Centro Oscilação	D9							
		L5							
FISIOLÓGICO	Sono	Qualidade							
		Quantidade							
	Comer								
	Ansiedade								
	Respiração								
	Vitalidade								
NEURO	Marcha No Lugar								
	Romberg								
	Convergência								