



Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia e Educação

**“Conhecimentos, percepções e práticas dos professores de Ensino Básico
face à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção”**

Ana Margarida Antunes Cariano

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM
PSICOLOGIA**

Covilhã, 2010



Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia e Educação

**“Conhecimentos, percepções e práticas dos professores de Ensino Básico
face à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção”**

Ana Margarida Antunes Cariano

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM
PSICOLOGIA**

Covilhã, 2010

**Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da
Prof. Doutora Ema Patrícia Oliveira apresentado à
Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau
de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o 9463.**

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ema Patrícia Oliveira, minha orientadora de Dissertação de Tese de Mestrado, agradeço todo o empenho, amizade, disponibilidade e, principalmente a capacidade para me fazer ver a “luz ao fundo do túnel” quando o desespero começava a querer tomar conta de mim. Assim, consegui levar este meu objectivo até ao fim. Um grande Bem –Haja!

Aos meus colegas, professores do Agrupamento de Escolas de Pinhel, amigos e tantos outros professores que me ajudaram na distribuição dos questionários, preenchimento atempado dos mesmos e sua recolha, e que tanta coragem e força me deram o meu muito sincero “Bem-Haja”.

A todos os meus familiares pelo incentivo e carinho demonstrado durante o percurso que me trouxe até aqui. Não posso deixar de mencionar, em especial, uma ajuda preciosa, do meu primo Pedro, que me ajudou na formatação de toda a tese. A todos eles um beijo muito grande de agradecimento.

Nasci, cresci e hoje, sou aquilo que os meus pais me ensinaram a ser. A eles devo o ter chegado aqui. Por eles tentei e não desisti. Os mimos, carinhos e as palavras incentivo, bem como as horas de dedicação aos meus filhos, seus netos queridos, ajudaram a que este projecto se concretizasse. Pais, Obrigada. Obrigada por acreditarem em mim!

Zé, para ti vai um muito obrigada por não me teres deixado desistir, por achares que a minha força é maior do que às vezes é...Pela ajuda nos momentos em que mais necessitei e, só e apenas, por existires ao pé de nós!

Aos meus filhos, desculpem-me pelas horas mais rabugentas da mãe, sem o tempo do costume para vocês. Depois, um muito obrigada pelo sentido e luz que vieram dar à minha vida, pelos beijos, abraços, sorrisos, doçuras e travessuras e pelo orgulho que tenho em poder dizer que sou vossa Mãe...

A todos, sem excepção, tenho a dizer que não encontro uma palavra que defina, correctamente, o que por vós sinto. Obrigada pela marca que deixam na minha Vida!...

RESUMO

Parece consensual na literatura que a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é das perturbações neurocomportamentais mais diagnosticadas, a que mais afecta a população em idade escolar. O presente estudo pretende analisar uma amostra (N=142) de professores do ensino regular do Distrito da Guarda, quanto ao seu conhecimento, percepções e práticas, perante tal perturbação. Foram aplicados três questionários: uma versão do KADDS, uma versão do SSQ e um questionário que avalia as intervenções e estratégias usadas pelos professores. Da análise dos resultados verificou-se que a maior parte da amostra já teve contacto com a PHDA (63,4%), mas que os seus conhecimentos são manifestamente insuficientes. A PHDA gera impacto ao nível das actividades lectivas, destacando-se particularmente o efeito dos comportamentos de hiperactividade. Nas suas práticas junto destes alunos, os professores privilegiam a utilização de estratégias educativas específicas e de organização da sala de aula. Será essencial providenciar formação aos professores, de modo a poderem incrementar uma intervenção mais exacta e que promova o sucesso escolar destas crianças.

Palavras-chave: Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção; Percepções e atitudes; Práticas educativas; Professores do Ensino Básico.

Abstract

It seems consensual that Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most neurodevelopmental disorder diagnosed and that it affects population in school age. This study intends to analyze a sample (N=142) of Guarda's general teachers and to assess their knowledge, perceptions and classroom practices towards ADHD. Three questionnaires were applied and the results showed us that most of the teachers already had contact with ADHD (63.4%). They have limited knowledge about this disorder, and perceive it as having a great impact on learning activities. Teachers prefer the use of specific educative strategies and organization of the classroom. It will be essential to provide teachers' training in the area in order to prepare them to be able to develop a more accurate intervention, promoting the school success of these children.

Keywords: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder; Perceptions and attitudes; Educational practices; Primary, Elementary and Junior High School teachers.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Parte I - REVISÃO TEÓRICA	5
Capítulo 1. Conceito e características da PHDA.....	5
1.1. Evolução histórica do conceito	5
1.2. Conceito Actual.....	8
1.3. Prevalência da PHDA	9
1.4. Etiologia da PHDA	10
1.5. Dimensões essenciais	13
a) Défice de Atenção	14
b) Hiperactividade.....	14
c) Impulsividade	15
1.6. Comorbilidade e problemas associados.....	16
a) Comorbilidade	16
b) Problemas associados	17
1.7. A PHDA nas diferentes fases da vida	21
Capítulo 2. Avaliação, intervenção e prognóstico na PHDA.....	23
2.1. Avaliação na PHDA.....	23
2.2. Intervenientes no processo.....	25
2.3. Instrumentos e metodologias de avaliação.....	27
2.4. Intervenção na PHDA	31
a) Intervenção farmacológica	33
b) Modificação Comportamental	36
c) Modificação cognitivo-comportamental.....	37
d) Intervenção Psicossocial.....	38
e) Intervenção Multimodal	40
2.5. Prognóstico	40
Capítulo 3. PHDA em contexto escolar	41
3.1. A inclusão dos alunos com PHDA na sala de aula.....	41
3.2. A percepção dos professores relativamente à PHDA.....	44
3.3. Intervenção na sala de aula	48

Parte II - ESTUDO EMPÍRICO	51
Capítulo 1. Objectivos e hipóteses	51
Capítulo 2. Método.....	52
2.1. <i>Amostra</i>	52
2.2. <i>Instrumentos</i>	54
2.3. <i>Procedimento</i>	57
Capítulo 3. Resultados	57
Capítulo 4. Discussão	67
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXOS.....	91

INDICE DE QUADROS

Quadro I - Descrição da amostra tomando o sexo, ciclo de ensino, tipo de escola experiência prévia com alunos com PHDA, hab. académicas e grau de inf. sobre a PHDA.....	53
Quadro II – Médias, desvios-padrão e valores mínimo e máximo no KADDS, tomando a experiência com a PHDA e o ciclo de ensino.....	58
Quadro III - Frequência obtida nas características que levam à suspeita de PHDA, tomando a experiência com a PHDA e o ciclo de ensino.....	59
Quadro IV - Frequência obtida nas características consideradas como mais problemáticas na vida escolar das crianças com PHDA	61
Quadro V - Médias, desvios-padrão e mínimos e máximos, em cada dimensão da PHDA, tomando a experiência com a PHDA e o ciclo de ensino.....	62
Quadro VI - Frequência e percentagem de respostas nos itens do SSQ, tomando o ciclo de ensino	63
Quadro VII - Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos nas diversas estratégias de intervenção.....	64
Quadro VIII - Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos das estratégias de intervenção com alunos com PHDA, tomando o ciclo de ensino	95

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO I – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA A PHDA
- ANEXO II – ESCOLAS, AGRUPADAS E NÃO AGRUPADAS, DO DISTRITO DA GUARDA QUE PARTICIPARAM NO ESTUDO
- ANEXO III – Quadro VIII - MÉDIAS, DESVIOS-PADÃO, MÍNIMOS E MÁXIMOS DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO COM ALUNOS COM PHDA, TOMANDO O CICLO DE ENSINO

LISTA DE ABREVIATURAS

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADHD – RATING SCALE	Attention Deficit Hyperactivity Disorder - Rating Scale
APA	American Psychiatric Association
BASC –TRS	behavior assessment system for children – teachers report system
BASC–PRS	Behavior Assessment System for Children – Parents Report System
BASC–SRP	behavior assessment system for children – self report of personality
CBCL	Child Behavior Checklist
CBT	cognitive behavioral treatment
CEB	Ciclo do Ensino Básico
CIBT	Child Behavior Therapy
CID	Classificação Internacional de Doenças
CM	Contingency Management
CPRS-R	conners' parent rating scale – revised
CTRS-R	Conners' Teacher Rating Scale – Revised
DCM	Disfunção Cerebral Mínima
DDA	Distúrbio de Défice de Atenção
DHDA	Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção
DOF	Direct Observation Form
DSM- III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition
DSM- IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition - Text Revision
EDAH	Escalas para la Evaluacion del Transtorno por Deficit de Atencion con Hiperactividade
HSQ	Home Situations Questionnaire
IT	Intensive Treatment
KADDS	Knowledge of Attention Deficit Disorder
NA	Não se Aplica
NO	Não se Observa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHDA	Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção
SHI	Síndrome Hipercinético Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPO	Serviço de Psicologia e Orientação
SSQ	School Situations Questionnaire
TRF	Teachers Report Form
YSR	Youth Self-Report

INTRODUÇÃO

A teacher affects eternity: he can never tell where his influence stops.
Henry Brooks Adams

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) refere-se a um diagnóstico aplicado a crianças que demonstram ter sinais de défice de atenção, impulsividade e hiperactividade (Barkley, 1990; Cantwell, 1996; Conners, 2000). Sendo a PHDA um dos mais prevalentes e estudados distúrbios comportamentais que afectam as crianças na sua realização académica e no relacionamento com os seus pares e professores, importa fazer notar, de acordo com Barkley (1995), que uma peça chave no sucesso educativo das crianças com esta problemática são os seus professores. Estes representam os seus alunos de acordo com um sistema geral de crenças estabelecidas através de estereótipos com que convive socialmente. Estas representações poderão influenciar o desenvolvimento real do aluno. Vários estudos mostram a importância que estes têm na precoce identificação do problema e posterior intervenção.

Importa assim, tal como é feito para um vasto leque de dificuldades e défices apresentados pelas crianças e que têm implicações no seu desempenho escolar, investir em estudos relativamente a esta problemática, principalmente no que respeita ao entendimento e conhecimento desta perturbação, bem como sobre a sua identificação e estratégias de intervenção, por parte dos professores. Deste modo, será possível identificar eventuais obstáculos e melhorar a eficácia da nossa actuação junto das crianças com esta perturbação (Pelham, Wheeler & Chronis, 1998; Scituito Nolfi & Bluhm, 2004).

Dentro desta área existe relativamente pouca informação disponível, principalmente no que concerne à relação entre PHDA e contexto escolar (Reid, Vasa, Maag & Wright, 1994). A literatura existente incide, maioritariamente, na importância da observação dos professores na identificação ou sobre a percepção que eles têm no que concerne ao uso de medicação. No entanto, e devido a tal, importa realizar estudos que incidam sobre outros aspectos, como seja o conhecimento geral sobre a problemática e sobre os critérios de diagnóstico, bem como sobre as medidas de intervenção implementadas junto das crianças e jovens com PHDA (Amirkhan, 1982; Atkins, Pelham & Litch, 1989; Brophy & McCaslin, 1992; DuPaul &

Stoner, 1994; Germaine, 1994; Hawkins, Martin, Blanchard & Brady, 1991; Jerome, Gordon & Hustler, 1994; Jerome, Washington, Laine & Segal, 1999).

Os professores têm um papel de tal modo relevante no processo de sinalização e diagnóstico das crianças com PHDA, que é imprescindível analisar e compreender as suas percepções, uma vez que qualquer afastamento das informações reais e fidedignas poderá ter importantes consequências, quer para a criança quer para o contexto escolar em que ela se insere (Melo, 2003; Ramirez & Shapiro, 2005; Sciutto et al., 2004).

Atendendo à crescente importância que a PHDA tem tido, principalmente ao longo das duas últimas décadas, e tendo em conta a experiência profissional adquirida ao longo de 12 anos a trabalhar num Serviço de Psicologia e Orientação (SPO), esta problemática, em particular, sempre despertou a minha curiosidade e várias interrogações. A PHDA começou a intrigar-me, principalmente, devido ao elevado número de crianças que surgiam, diagnosticadas e medicadas, pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), ou por médicos particulares. Mais intrigada comecei a ficar quando ao SPO chegavam pedidos de encaminhamento para avaliação psicopedagógica, em que a suspeita dos professores para justificar o encaminhamento era a Hiperactividade. Parecia, que, de repente, havia uma “epidemia” de hiperactivos. Várias questões começaram a surgir, principalmente, quando todos os alunos que encaminhava para avaliação médica, após a avaliação psicopedagógica, surgiam medicados. Muitas vezes os professores, depois de um primeiro despiste do SPO, em que não havia um enquadramento passível de PHDA, insistiam e tentavam outro encaminhamento para o SNS, de onde vinham com diagnóstico e medicados. Pelas mais variadas razões, os professores eram, sempre, quem iniciava este processo. Comecei a pensar que talvez fosse aqui que o problema residia: os professores viam no comportamento dos mais irrequietos, faladores, traquinas e com mais dificuldades em aprender, sempre a possibilidade de esta criança, principalmente no 1º CEB, ser portadora desta Perturbação. Verifiquei, também, que os professores se sentiam muito afectados e angustiados pelo facto de pensarem que um aluno pudesse ter PHDA ou em lidar com os que estavam diagnosticados.

Analisar as percepções dos professores relativamente ao problema constituiu-se, assim, como um objectivo central neste trabalho, no intuito de poder, mais tarde, contribuir e ser uma mais-valia na prossecução de estratégias mais eficazes para lidar com esta perturbação. O facto de no nosso país o tema não ser ainda muito abordado na formação de professores e na

comunidade em geral, reforça a pertinência deste trabalho e o seu possível contributo na compreensão desta problemática, nomeadamente, no que toca às percepções e atitudes dos professores face à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Colocamos o contexto de sala de aula numa posição privilegiada, onde os professores são os “peões” desta rede de interacções delicadas, que se cruzam no mundo da PHDA.

Esta dissertação compõe-se de duas partes. Uma primeira parte diz respeito à revisão teórica relativa à PHDA, e a segunda parte comporta o estudo empírico. A primeira parte divide-se em três capítulos. No primeiro capítulo abordamos o conceito e características da PHDA, onde se tecem considerações de cariz teórico, que pretendem dar uma perspectiva geral da problemática. Ao fazer-se uma revisão da literatura nacional e internacional, encontramos-nos em posse de dados que nos permitem tecer um quadro conceptual mais abrangente e compreensivo. Tentámos enquadrar o conceito actual da PHDA, depois de olharmos para toda uma evolução histórica ao nível dos conceitos, evidenciando as diferentes perspectivas. Salientámos o facto de ainda não haver um consenso sobre o mesmo nos diferentes manuais de diagnóstico. De seguida, foi feita uma abordagem relativa à prevalência e à etiologia, abordando mais uma vez a disparidade de taxas relativamente ao primeiro aspecto e fazendo uma análise construtiva relativa às diferentes abordagens e concepções etiológicas. Abordamos, em seguida, as principais dimensões da PHDA, baseando-nos fundamentalmente na caracterização feita no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition - Text Revision (DSM – IV- TR), da American Psychiatric Association (APA, 2000). Os problemas associados à PHDA e à comorbilidade são abordados de um modo sumário, apontando para os principais dados evidenciados na literatura.

Num segundo capítulo, pretendemos clarificar aspectos relativos à avaliação, intervenção e prognóstico da PHDA. Iniciamos este capítulo com uma revisão sobre as metodologias e técnicas utilizadas na avaliação e diagnóstico da problemática, seguindo-se um levantamento dos principais intervenientes no processo e explorando o seu papel, quer ao nível do diagnóstico quer da intervenção. A este nível especificamente, foram abordadas e clarificadas as diferentes abordagens interventivas, desde a farmacológica até à comportamental, terminando na multimodal. O prognóstico, com as suas condicionantes (factores de bom e mau prognóstico), será também abordado nesta parte.

Num terceiro capítulo é feita uma reflexão direccionada ao nosso tema principal, onde se contextualiza a PHDA em contexto escolar. Neste ponto é feita uma análise da inclusão dos alunos com PHDA em contexto escolar e uma abordagem mais aprofundada das diferentes estratégias e metodologias a seguir numa sala de aula. Neste ponto é, também, feita uma súpula dos principais estudos e investigações realizados acerca da percepção dos professores sobre a PHDA.

Na segunda parte do nosso trabalho, e após o enquadramento teórico inicial, apresenta-se o estudo empírico desenvolvido. Num primeiro capítulo, começa-se por delinear os objectivos e hipóteses do estudo. O segundo capítulo faz referência ao método, no qual fazemos uma descrição da nossa amostra, dos instrumentos utilizados e do procedimento seguido. No terceiro capítulo são apresentados os resultados e, no quarto, procede-se à discussão dos mesmos. No final surge a conclusão do nosso trabalho, onde apresentamos as considerações finais acerca do estudo realizado, apontando algumas limitações, implicações e sugestões para estudos futuros.

Parte I - REVISÃO TEÓRICA

Capítulo 1. Conceito e características da PHDA

1.1. Evolução histórica do conceito

Embora seja consensual que Still (1902) foi quem primeiro identificou o Síndrome, actualmente, conhecida como Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA), as referências a este tipo de problemática surgem já, em finais do séc. XIX, na Europa. As primeiras descrições de sintomas que sugerem este tipo de perturbação encontram-se em vários estudos realizados quer na Irlanda, quer na Inglaterra ou na França. A hiperactividade era vista como sintoma dos atrasos mentais, crianças muito instáveis, com falta de atenção e descoordenação motora excessiva. Também encontramos referências à PHDA nos poemas de um médico Alemão, em 1865, que fazia referência a uma criança específica “Fidgety Phil”, que era representativa do que, frequentemente, encontrava na sua actividade profissional (Stewart, 1970 cit in Barkley, 2006).

Na literatura médica, as primeiras descrições sobre crianças com sintomas de desatenção, impaciência, inquietação e indisciplina foram apresentadas por George Frederic Still, em 1902, que definiu o problema como um defeito de conduta moral, focando que estas crianças apresentavam um grande ‘*défice de controlo moral*’ no seu comportamento (crianças agressivas, desafiantes, indisciplinadas e com problemas em controlar impulsos). Durante um período de tempo, a perspectiva de Still (problema de origem orgânica) foi corroborada por várias investigações. E esta foi a primeira de várias terminologias que têm surgido em torno deste Síndrome e que são representativas das sucessivas mudanças na abordagem teórica e conceptual, ao longo do tempo. Segundo Lopes (2004, p. 17) “as crianças com deficiências de controlo moral, de Still, seriam hoje muito provavelmente diagnosticadas como apresentando PHDA, Distúrbio de Oposição, Distúrbio de Conduta ou Dificuldades de Aprendizagem.”

No início do séc. XX, principalmente, nos países anglo-saxónicos, surge o conceito da “Lesão Cerebral Mínima” Barkley, (1997). Este conceito nasce em consequência da constatação de que várias crianças que tinham sofrido infecções cerebrais graves e tinham sobrevivido, bem como crianças com traumatismo de parto, traumatismos cranianos e exposição a produtos

tóxicos, apresentarem sintomatologia similar à descrita na literatura. Tratava-se de uma causa anatómica. Este conceito levantou controvérsia e mais tarde, verificou-se que, apesar dos défices funcionais apresentados, nem sempre havia uma lesão cerebral evidente, podendo-se atribuir a sintomatologia a um mau funcionamento cerebral (Lopes, 2004). O comportamento destas crianças, considerando-se as dificuldades de atenção, percepção, memória, coordenação, hiperactividade, impulsividade, agressividade, passou a ser relacionado a alguma disfunção cerebral, nascendo assim a designação de “Disfunção Cerebral Mínima” - DCM (Clements, 1966).

À medida que mais estudos iam sendo realizados e havia um maior aprofundamento quanto às causas directas da PHDA, surge a suspeita de que poderiam coexistir vários factores não orgânicos, que poderiam agravar a situação e, por vezes, ser a sua única causa (Rebollo, 1972). Assim, as discussões em torno da PHDA deixaram de se centrar apenas no ponto de vista etiológico e começaram também a considerar os factores existentes, do ponto de vista semiológico.

O conceito Síndrome Hiperactiva Infantil - SHI, fruto da investigação de vários autores, tais como Burks (1960), Chess (1960) e Ounstead (1955), é a terminologia que surge, fruto da crescente insatisfação face à DCM. No SHI a hiperactividade é o principal sintoma. Esta denominação foi bem aceite e chegou a ser utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na Classificação Internacional de Doenças (CID – 9). Lopes (2004), considera esta nova conceptualização como um marco histórico. No início do anos 70, a definição das características das crianças com PHDA serviu para confirmar estas investigações, onde a hiperactividade é considerado o sintoma principal e ao qual podiam surgir associadas outras características, como a falta de atenção, pouca tolerância à frustração, impulsividade, distração e agressividade (Barkley, 2006).

Este protagonismo dado à hiperactividade foi posto em causa, principalmente por Guimon, 1980 e Rutter, 1984. Eles questionaram o protagonismo dado à hiperactividade, uma vez que este sintoma era bastante comum a outras doenças psiquiátricas. Acreditavam que era mais evidente, nesta perturbação, o problema da atenção.

Também outros autores, na década de 80, equacionam outras hipóteses e especula-se sobre a possibilidade desta problemática estar associada a lesões ou mau funcionamento ao nível dos

lobos frontais. Desde há muito tempo que alguns suspeitavam de relacionamento com o funcionamento cerebral. A suportar esta ideia estão inúmeros estudos neuropsicológicos, que revelaram défices na performance das crianças com PHDA (Barkley, 2006).

Surge a aceitação da ideia de que a hiperactividade não era o sintoma central, mas que o problema da atenção era mais relevante, por parte da Associação de Psiquiatria Americana (APA, 1980), no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM III), onde aparece a designação de Distúrbio de Défice de Atenção (DDA). É o nascer de um novo paradigma, que leva à revisão dos conceitos relacionados com a atenção, enquanto processo cognitivo. Houve um agrupamento por sintomas – atenção, impulsividade e hiperactividade. Em 1987 a DSM III- Revista (R), vem trazer algumas alterações. Altera a denominação para “Distúrbio Hiperactivo e de Défice de Atenção” e relativamente aos critérios de diagnóstico, acaba com o agrupamento de sintomas em três grupos diferenciados e surge um único grupo geral de sintomas. Em 1992, publica-se a CID 10. Nesta nova versão encontra-se a designação de Distúrbio Hiperactivo, com vários subtipos.

Apesar de todas estas revisões nas classificações internacionais, continua a não haver um acordo unânime sobre a existência da PHDA como entidade própria. Weinberg & Brumback (1992) discutem a existência do Síndrome e põem em causa a sua inclusão no DSM III – R; Golden (1992), por seu lado, acha que existe um uso indiscriminado da PHDA, enquanto diagnóstico e questiona, também, a subjectividade da avaliação dos comportamentos. Outros como Levine (1992) apoiam a existência da PHDA ao trazer contributos com os seus estudos que apontam para boas hipóteses etiológicas. Sunder (1992) valida com estudos biológicos os contributos de Levine.

Lucas (1992) adianta que todas estas dificuldades conceptuais se ficam a dever às diferentes perspectivas apresentadas pela OMS e pela APA, bem como a vários estudos epidemiológicos, realizados em vários países, com resultados contraditórios. Apenas com a publicação da DSM IV (1994), que apresenta critérios de diagnóstico mais parecidos à DSM III, é que parece que começa a existir um maior consenso e maior aceitação dos critérios de diagnóstico, aceites até hoje. A APA apresenta 3 formas clínicas da PHDA: tipo combinado, com predomínio de Défice de Atenção e com predomínio de Hiperactividade e Impulsividade.

Continuam, no entanto, e apesar de PHDA ser aceite como entidade nosológica, a surgir novos estudos que contribuem para uma revisão conceptual, para a qual têm contribuído diferentes ciências, com os seus avanços tecnológicos.

1.2. Conceito Actual

Desde o início do ano 2000 até aos nossos dias, investigações em vários campos têm contribuindo com importantes novidades, promovendo desenvolvimentos relativos à PHDA, em áreas como a etiologia e o tratamento da mesma, principalmente. Existem três grandes perspectivas, a Francesa, a da OMS e a Americana. Esta última, principalmente, com os contributos da APA, é a mais aceite.

Segundo a APA (2002), o Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção (DHDA), igualmente denominado Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), entre outras nomenclaturas, é um dos problemas de desenvolvimento da infância e da adolescência sobre o qual se têm debruçado diversos estudiosos, uma vez que este é o transtorno com maior impacto ao nível das salas de aula. A PHDA é um distúrbio neurobiológico que se caracteriza por um inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos por impulsividade e/ou hiperactividade. A actual definição da APA, na DSM IV-TR, (2002) é uma das definições, actualmente, mais aceites, inclusivamente na Europa. Esta assenta num conjunto de critérios de diagnóstico (cf. Anexo I), que requer a presença persistente e perturbadora, de pelo menos, seis sintomas de uma lista de dezoito. Estes estão divididos ao meio, 9 relacionados com problemas de atenção e outros 9 de hiperactividade/impulsividade.

Também parece consensual que, e segundo Barkley (2006), a PHDA é um distúrbio do desenvolvimento, caracterizado por níveis desapropriados de atenção, actividade e impulsividade (tal como na APA). Estes surgem, frequentemente, no início da infância e são de natureza relativamente crónica; podem ser devidos a vários factores, como seja, devido a lesão neurológica, défice sensorial, problema desenvolvimental mental e perturbação emocional grave. Segundo o mesmo autor, a PHDA é um distúrbio genético, concomitante com um metabolismo deficiente ao nível dos neurotransmissores. Este problema interfere com a actividade cerebral, a qual comanda o centro de inibição do comportamento, a auto-organização, o auto controle e a capacidade para inferir o futuro, levando a graves

dificuldades no que respeita à administração eficaz dos aspectos críticos do dia-a-dia. Devido a tal, torna-se necessário um tratamento adequado.

A PHDA é uma perturbação bio-psico-social, ou seja, apresenta dimensões de ordem genética, biológica, social e vivencial que concorrem para a sua intensidade. Agitação, inquietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência e preguiça são algumas das características atribuídas a estas crianças (Lopes, 2004).

A Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva entende a PHDA como tendo um carácter cónico e a sua etiologia assenta numa base genética e neurológica. As pessoas, principalmente crianças e adolescentes, com esta perturbação apresentam um grave problema ao nível da inibição da actividade e do comportamento, bem como grave dificuldade em prestar atenção às tarefas propostas. Estas alterações não estão em consonância com o nível de desenvolvimento do indivíduo. A PHDA deve surgir nos diferentes contextos da vida (principalmente em casa e na escola) e interferir de modo significativo no funcionamento diário, levando ao aparecimento de consequências várias, como fraco rendimento escolar, dificuldades no relacionamento com os pares e maior propensão a acidentes. Este problema pode atravessar a vida de uma pessoa e chegar à vida adulta, podendo provocar conflitos familiares, conjugais e profissionais. Deverá, para não se chegar a esta situação, haver uma intervenção adequada, desde que surgem os primeiros sintomas.

1.3. Prevalência da PHDA

As crianças com esta problemática representam uma população muito heterogénea, que apresenta uma grande variação quanto à sintomatologia, quanto à idade de diagnóstico, quanto à prevalência dos sintomas em diferentes contextos e na medida em que outras desordens ocorrem associadas à PHDA (Barkley, 2006). As dificuldades que surgem prendem-se, principalmente, e estão tipicamente associadas com défices de auto-regulação comportamental, com a falta de sistemas inibitórios e com um défice na manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo.

A prevalência PHDA tem variado ao longo da história, tal como aconteceu com o seu conceito. Laufer e Shetty (1980) apontaram para percentagens que variavam entre os 20 e os 30%, na população infantil. Já Rutter (1984), num outro extremo chegou a apontar para valores de 1%. Os valores apresentados pela APA vão de encontro aos estudos apresentados por Cantwell (1984), que avançou com números que rondavam os 5%.

Castroviejo (1999) refere que, apesar de se descrever uma prevalência diferente entre rapazes e raparigas na PHDA, superior nos primeiros, com o aprofundar dos estudos em idade escolar se pode objectivar um quadro de frequência semelhante entre sexos e com uma prevalência que ronda os 6%. A errada percepção radica, provavelmente, nos maiores problemas provocados pelos rapazes, com um predomínio hiperactivo, enquanto nas raparigas predomina o défice de atenção.

A prevalência da PHDA, em idade escolar, em rapazes é substancialmente maior do que nas raparigas. Chega a ser de 3 para 1. Esta diferença de prevalência pode ser atribuída a diferentes factores, tais como a raça, etnia e cultura. No entanto, outros factores, contribuem para esta diferença. Investigações apontam para que o facto do número de rapazes com PHDA ultrapassar de forma significativa o das raparigas com a mesma desordem, pode dever-se ao facto destas últimas serem subdiagnosticadas. Os rapazes com esta perturbação tendem a ser mais hiperactivos, impulsivos e disruptivos do que as raparigas, enquanto no sexo feminino os défices atencionais tendem a prevalecer na manifestação desta perturbação (Rohde & Halpern, 2004; Salgueiro, 1983). Desta forma, a PHDA poderá ser mais facilmente sinalizada pelos professores junto dos rapazes, já que os problemas atencionais são menos visíveis e incomodam menos, tanto na escola, como em casa, fazendo com que as raparigas sejam menos encaminhadas para os Serviços de Saúde. Barkley (1981) refere ainda que os rapazes apresentam maior dificuldade em prestar atenção a estímulos relevantes e tendem a inibir respostas aos irrelevantes. Deste modo, são mais facilmente assinalados.

1.4. Etiologia da PHDA

No passado, alguns dos profissionais que se dedicavam ao estudo da PHDA tendiam a “culpar” os pais das crianças portadoras desta perturbação, pelo comportamento por elas apresentado. Outros diziam que o problema se ficava a dever a determinados aditivos,

conservantes ou açúcares adicionados, que os alimentos continham. No entanto, esta visão “mais popular” da questão não era, de todo, apoiada pelos investigadores. Apesar de os sintomas, em algumas crianças se agravarem, com o consumo de certos alimentos, esta não é a causa principal.

Têm sido avançadas muitas teorias para explicar a causa da PHDA. A maior parte delas foi analisada e verificada cientificamente. Uma foram mais aceites, enquanto outras não. No entanto, uma certeza existe – não existe uma única causa aparente para a PHDA. Em vez disso, a sintomatologia pode resultar de vários mecanismos causais (Barkley, 1998). Esta conceptualização é comum à etiologia proposta para outras problemáticas, tais como a deficiência mental ou problemas de desenvolvimento.

Das diferentes variáveis passíveis de serem apontadas como causa da PHDA, são as internas ou endógenas às crianças, como a **influência genética**, e os **factores neurobiológicos** - sabe-se que a PHDA está associada a alterações subtis na estrutura e funcionamento da cérebro - as que têm maior relevo. As variáveis externas ou exógenas são consideradas como factores agravantes da perturbação e não como uma causa propriamente dita. Exemplo disso é o stress familiar ou a dificuldade no exercício de uma correcta parentalidade. Em casos raros a PHDA pode, também estar associada a problemas pré e peri-natais. Pode, igualmente, surgir como resultado directo de doenças ou traumatismos do Sistema Nervoso Central.

Apesar da imensa quantidade de estudos já realizados, as causas concretas da PHDA ainda não estão estabelecidas, de modo claro. Salientam-se como causas, diferentes factores genéticos/hereditários, neuroanatómicos/neuroquímicos e ambientais. É de reforçar o carácter multifactorial da PHDA (Lopes, 2004).

Relativamente ao **factor hereditariedade**, é agora mais claro que este é o que mais contribui para o aparecimento da PHDA. As investigações mais relevantes, neste campo, foram as realizadas com gémeos, em que se compararam gémeos mono e dizigóticos, e as que compararam parentes biológicos e não biológicos de crianças adoptadas. Estes estudos comprovam o elevado valor dado à hereditariedade, enquanto causa da PHDA (Taylor, 1986).

Goodman e Stevenson (cit. in Lopes, 1998), num dos maiores estudos realizados nesta área, relacionados com gémeos, encontraram uma relação directa com a hiperactividade em 51% de gémeos monozigótico e 33% entre gémeos dizigóticos.

Verifica-se que a existência da PHDA é mais frequente em familiares próximos, geralmente o pai, assim como também é apontado um maior risco de incidência em irmãos (30-40%) e gémeos idênticos (90%), o que aponta para uma base genética.

A PHDA parece depender, muito mais, de anormalidades do desenvolvimento do cérebro, decorrentes de factores hereditários do que de factores ambientais (Lopes 2004). Na década de 90, do século XX, desenvolveram-se estudos cujos resultados convergem para o facto de haver um mecanismo neurológico, transmitido geneticamente que pode provocar a perturbação. Há estudos que correlacionam um grande nível de prevalência da PHDA entre familiares com esta perturbação. As estimativas de hereditariedade na PHDA estão entre as mais altas para qualquer transtorno emocional ou comportamental, excedendo as estimativas para a esquizofrenia e o autismo (Barkley, 1998; Lahey, Piecentini et al., 1988, cit. in Lopes, 1998).

Ainda no que à hereditariedade diz respeito, investigações na área da genética, conseguiram identificar dois genes – gene transportador e gene receptor da dopamina, muito importantes para a compreensão desta problemática. Estes genes são os que se julgam ter maior relação com o surgimento da PHDA e os que, até agora, têm recebido maior atenção. Foram descobertas diferenças específicas nestes genes, nas crianças com PHDA, em comparação com as que não a possuem. Este facto revela-se de maior importância, uma vez que a dopamina é um neurotransmissor importante para as partes do cérebro, que estão intimamente ligadas e implicadas com a PHDA.

No que toca ao **factor neurobiológico**, historicamente é este que tem recebido a maior atenção como factor etiológico. A perspectiva mais antiga apoia a tese de uma base orgânica, que estaria na causa da disfunção cerebral mínima, que poderia surgir desde a gestação até vários anos, após o nascimento. As hipóteses mais antigas postulavam que crianças com esta Perturbação apresentavam um dano cerebral estrutural que contribuía para as dificuldades que as crianças tinham em controlar a atenção e o comportamento (Barkley, 1998).

A evolução tecnológica ao serviço da medicina, nomeadamente a Imagem por Ressonância Magnética e a Tomografia por Emissão de Positrões, conseguiu trazer grandes avanços, neste campo, no que diz respeito à definição da etiologia da PHDA. Foram apontadas algumas características orgânicas e funcionais do cérebro que contribuem para o surgimento desta

perturbação. Exames realizados apontaram para diferenças importantes e possíveis anormalidades nas redes estriatais do cérebro, nas crianças com PHDA. Uma das secções do cérebro estudadas relativamente a isso é o córtex pré-frontal, que supostamente está envolvido na inibição do comportamento e na mediação de reacções a estímulos exteriores.

Também os neurotransmissores, principalmente a dopamina e norepinefrina estão menos disponíveis em certas zonas do cérebro, como nestas que envolvem a inibição comportamental. Tal hipótese baseia-se no facto de que a medicação utilizada nas crianças com PHDA, como a *Ritalina*, por exemplo, aumenta a disponibilidade destes neurotransmissores.

Segundo Villar e Polaino-Lorente. (1994), em estudos mais recentes, foi possível estabelecer uma relação entre a capacidade de uma pessoa prestar atenção às coisas e o nível de actividade cerebral. Detectaram-se áreas do cérebro menos activas em pessoas portadoras desta perturbação por comparação com pessoas sem esta problemática, levando à suspeita de uma possível disfunção do lóbulo frontal e das estruturas diencefalo-mesenfálicas.

A teoria que colhe maior aceitação, mas prudente, relativamente à etiologia da PHDA é a que a considera um distúrbio neurobiológico hereditário - influência hereditária que pode alterar o funcionamento cerebral. Na maior parte dos casos, a causa específica do problema, em qualquer criança, é frequentemente indetectável e permanece inexplicada.

Com a continuação dos estudos, que se mostram promissores, poderemos ter disponíveis novas informações neste domínio. Não esquecer as dificuldades metodológicas, que reduzem a confiança na interpretação dos resultados (Tannock, 1998 cit in DuPaul & Stoner, 2007). Uma certeza fica, o estado de falta de atenção, impulsividade e hiperactividade é comum a todos nós, constituindo um traço humano normal. As crianças com PHDA apresentam este traço levado ao extremo e é considerado anormal.

1.5. Dimensões essenciais

Tal como não existe um consenso universalmente aceite, relativamente a questões como a etiologia ou a definição da PHDA, o mesmo sucede com as suas dimensões essenciais.

A maioria dos investigadores, baseados nas investigações levadas a cabo, durante as duas últimas décadas, considera consensual que se aceitem como principais dimensões que “suportam” a PHDA, o Défice de Atenção, a Hiperactividade e a Impulsividade (Lopes, 2004).

a) Défice de Atenção

Luria (1966, 1990) entende a atenção como um processo selectivo da informação necessário, à consolidação dos programas de acção adequados e à manutenção de um controle permanente sobre o decorrer dos mesmos. Esta definição tem três pressupostos importantes a considerar: 1. O processo de selecção de estímulos; 2. As estratégias de abordagem da informação; 3. A estabilidade e manutenção ao longo do tempo.

A atenção não é um processo independente. Depende de variáveis que a condicionam. Uma externas ao indivíduo (e.g. a intensidade dos estímulos), e outras internas (e.g. capacidades, interesses). A atenção constitui um construto multidimensional que se pode referir a problemas relacionados com o alerta, a activação, a selectividade, a manutenção da atenção e a distractibilidade ou com o nível de apreensão, entre outros (Hale & Lewis, 1979 cit in Lopes, 2004).

A atenção é um requisito fundamental para o processo de aprendizagem, devendo ser selectiva e contínua, ou seja, orientada para um determinado estímulo relevante, de entre outros, e manter-se nele por um período prolongado de tempo. A inatenção está sempre presente na PHDA, embora nem sempre seja óbvia. As capacidades de atenção selectivas estão afectadas, com tendência a dirigir a atenção a estímulos inapropriados. Esta é a característica que, apesar de “invisível”, mais estragos provoca ao nível do sucesso académico das crianças (Parker, 2003). Vários estudos mostram que as crianças com PHDA revelam mais problemas académicos devido a este problema, ao nível da atenção, do que a qualquer outra dimensão desta perturbação.

b) Hiperactividade

A actividade motora que caracteriza as crianças hiperactivas, e que por sua marcante presença, deu o nome à perturbação, manifesta-se por uma actividade corporal excessiva e desorganizada, geralmente sem um objectivo concreto. É precisamente a ausência de

finalidade nos comportamentos expressos que permite diferenciá-la do excesso de actividade observada no normal desenvolvimento das crianças (Benczik, 2000). A hiperactividade é, então, tradicionalmente, a principal característica da PHDA, embora que, isoladamente, não seja a mais problemática. No entanto, quando combinada com a impulsividade, poderá tornar-se particularmente “explosiva”.

A hiperactividade foi, até à década de 80, não só considerada como o principal sintoma da PHDA, mas o cerne da questão. Os autores apresentam e aceitam a hiperactividade como a presença de movimentos excessivo, uma movimentação incontável e que não é mensurável de modo objectivo. Isto porque a sua definição depende do grau de tolerância do observador. O excesso de actividade, tanto pode ser motor como verbal. Geralmente, a criança, já em idade pré-escolar, é descrita como “estando sempre em movimento” ou como “se fosse movida por um motor eléctrico”. Com a idade, o excesso de actividade pode diminuir. Na adolescência e depois, na idade adulta, a actividade excessiva pode ter a aparência de comportamento inquieto e nervoso (Barbosa, Gouveia, & Barbosa, 2000; Lopes, 2004).

c) Impulsividade

O comportamento de todas as crianças é, inicialmente, controlado pelos adultos, segundo certas normas, que, com frequência, vão contra os seus desejos. Entretanto, tais normas externas ou impostas vão sendo internalizadas, no decorrer do desenvolvimento das crianças. É precisamente este processo que se encontra alterado nas crianças com PHDA, na qual a conduta impulsiva constitui um dos principais aspectos, observando-se uma tendência para a satisfação imediata dos desejos e pouca tolerância à frustração (Benczik, 2000).

A impulsividade consiste na dificuldade em regular a conduta, uma vez que as crianças e adolescentes passam à acção, sem reflexão prévia, ou seja, apresentam dificuldade em reflectir antes de agir, em prever as consequências das suas acções, em planificar actividades e em seguir normas estabelecidas o que se traduz por uma dificuldade na aceitação das regras sociais estabelecidas, e na exigência da satisfação imediata dos seus desejos, manifestando, também, tendência para praticar actividades perigosas (Barkley, 2006 cit in Lourenço, 2009). Estas crianças agem antes de pensar porque têm dificuldade em esperar e não porque tenham pressa de agir.

“A desinibição comportamental constitui uma incapacidade de controlo pessoal em resposta a exigências da situação. O fracasso na inibição comportamental tem recebido na literatura a denominação de *impulsividade*” (Lopes, 2004, p. 84).

É importante referir que, hoje em dia, a hiperactividade e a impulsividade já não são consideradas como entidades isoladas e à parte uma da outra. A hiperactividade-impulsividade é um padrão de comportamento que tem origem numa dificuldade geral para inibir o comportamento (Barbosa et al., 2000).

1.6. Comorbilidade e problemas associados

a) Comorbilidade

Existem muitas dúvidas quanto à etiologia da PHDA. A razão dessas dúvidas é, em parte, devida a várias perturbações e problemas existentes, que apresentam sintomas idênticos aos da PHDA. Em muitos casos, essas perturbações ou problemas podem, também, surgir em simultâneo com a mesma. São situações de comorbilidade, às quais devemos dar a devida atenção e que devem ser tratadas simultaneamente, embora atendendo às suas especificidades. A existência de comorbilidade, não faz com que haja relação directa entre os diferentes problemas, existe, sim referência a alta probabilidade de associação das ditas patologias no mesmo indivíduo.

Segundo Artigas-Pallarés (2003) as perturbações que mais apresentam comorbilidade com a PHDA são as seguintes: síndrome de Tourette/perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação generalizada do desenvolvimento, perturbação autista, perturbação de Asperger, perturbação generalizada do desenvolvimento não especificada, perturbação da comunicação, perturbação da aprendizagem, dislexia, discalculia, disgrafia, perturbação de coordenação motora, perturbação de oposição e conduta, perturbação do humor e ansiedade, depressão e outros problemas afectivos, e atraso mental. Dada a elevada taxa de comorbilidade da PHDA, é importante realizar-se um diagnóstico diferencial, bem aferido, tendo em conta todos os critérios apresentados no DSM – IV- TR (2002), bem como identificar os problemas associados a fim de racionalizar a abordagem psicológica e os tratamentos farmacológicos empregues.

b) Problemas associados

Para além das situações de comorbilidade, importa, também, perceber quais os principais problemas associados a esta problemática. Devemos abordar os que mais comprometem a qualidade de vida das crianças com PHDA. Assim, temos os problemas relacionados com as Dificuldades de Aprendizagem e os problemas relacionados com o Funcionamento Social e Emocional.

➤ Dificuldades de Aprendizagem

Uma criança ou adolescente com PHDA tem, também, uma maior probabilidade de apresentar Dificuldades de Aprendizagem, sendo que estas crianças têm um rendimento académico que pode ser muito inferior às suas capacidades intelectuais. Geralmente esta problemática coloca vários obstáculos à aprendizagem dos alunos. O défice de atenção é a causa principal da existência de um rendimento escolar aquém das possibilidades da criança. O défice de atenção implica uma dificuldade em seleccionar os estímulos de forma adequada. Quando a informação chega a estas crianças, elas fixam-se em detalhes mínimos e não são capazes de apreender a ideia principal. Assim, quando respondem a uma pergunta, podem fazê-lo pela tangente e, nos seus trabalhos, distribuem mal o tempo. Se não somos capazes de estar atentos a uma informação, dificilmente conseguimos apreendê-la, integrá-la e armazená-la. Estas crianças têm uma auto-monitorização inadequada (ausência de controlo de qualidade). Elas cometem erros pelo facto de concluírem e entregarem os trabalhos de forma precipitada. Quando lêem em voz alta, enganam-se nas palavras porque não verificam se a palavra faz sentido naquela frase específica, antes de a dizer. Isto deve-se à falta de atenção mas também à impulsividade e falta de auto-monitorização. Também a dificuldade em manter o esforço lhes dificulta o sucesso educativo. Estas crianças têm muita dificuldade em manter a atenção em actividades que não lhes geram interesse. Aborrecem-se e desconcentram-se nas tarefas escolares. Esta falta de perseverança afecta de forma significativa o rendimento nos primeiros anos de escolaridade. Estas crianças cansam-se facilmente em trabalhos que exigem a sua concentração e é natural que os evitem (Parker, 2003). A memória está intimamente associada à PHDA, sendo difícil separar os problemas de atenção dos problemas de memória. Normalmente estas crianças têm uma boa memória a longo prazo mas a sua memória a curto prazo e a memória de trabalho estão bastante comprometidas. Recordam-se do que aconteceu há um ano, mas têm muita dificuldade em reproduzir o que se lhes acabou de explicar. Devido

a tal, a maioria destas crianças tem muita dificuldade em recordar instruções e em reter informação sequencial (e.g. dificuldade em recordar listas, confundem os passos para resolver o problemas...). A memória de trabalho refere-se à capacidade de reter vários tipos de informação ao mesmo tempo. Se não somos capazes de representar mentalmente vários números, não podemos fazer cálculos mentais. Se não formos capazes de recordar as palavras do princípio de um parágrafo quando chegamos ao fim não conseguimos compreender o que lemos. Na linguagem, a memória de trabalho ajuda-nos a combinar palavras mentalmente para conseguir o máximo impacto ao utilizá-las oralmente ou por escrito. Associada à impulsividade, surgem os problemas ao nível do controlo executivo. Esta capacidade é o que permite a quem tem esta perturbação reflectir e planear antes de actuar. Assim estabelecer prioridades, planificar, organizar o tempo, antecipar consequências, aprender com a experiência e sintonizar socialmente, tornam-se tarefas muito difíceis.

As dificuldades de aprendizagem apresentadas pelas crianças em idade escolar com PHDA, são mais notórias nas áreas em que a criança necessite de desenvolver estratégias de resolução de problemas, planeamento, método e organização do trabalho, sendo estas dificuldades resultantes de um insuficiente esforço para a concretização da tarefa, mais do que a falta de capacidade para a sua realização (DuPaul & Stoner, 2007; Lopes, 2004).

Já para Fonseca (1998, pp. 28-29), “a taxa de sobreposição pode variar de 10% a 50%, sendo muito superior ao que seria de esperar de uma distribuição aleatória na população geral”, referindo ainda que a associação entre hiperactividade e dificuldades de aprendizagem parece continuar a manifestar-se na adolescência, “encontrando-se por isso, em maior risco de insucesso e de abandono precoce da escola”.

Outra área que pode contribuir, nas crianças com esta perturbação, para terem maiores problemas associados ao sucesso escolar, prende-se com o facto de estarem mais propensas a apresentarem problemas a nível da leitura, ortografia, escrita, matemática e linguagem (com uma incidência que varia entre os 35 e os 50%). Pode suceder que apresentem dificuldade em expressarem-se porque a fala não consegue acompanhar a velocidade da mente, “comem” palavras ou aparecem as “brancas”, dificultando a comunicação, pois tanto a linguagem oral como a escrita requerem planeamento de sequências de palavras, frases, parágrafos, entre outros requisitos.

A atenção e a memória (precárias em quem tem PHDA) são fundamentais para que se adquira habilidades de compreensão e de formulação da linguagem adequada, estimando-se que 20% a 30% das crianças com PHDA apresentam dificuldades específicas que interferem na sua capacidade de aprender. De acordo com Barkley (cit. in Lopes, 1998) estes problemas não traduzem um atraso global na linguagem e os problemas reflectem-se mais na linguagem expressiva do que na linguagem receptiva. Estas crianças costumam ter uma forma particular de se expressarem. Elas respondem sem ter ouvido a pergunta, interrompem as conversas dos outros e são muito desorganizadas. O seu discurso pode carecer de uma linha narrativa clara, saltando de um assunto para outro. Com os seus problemas em seleccionar o essencial do acessório, são capazes de se perderem em pormenores irrelevantes e podem não saber dar uma ideia de conjunto ao seu discurso. Os seus relatos costumam ser muito interrompidos por hesitações “mmms”, “ahhs...” que podem ocultar a dificuldade real em encontrar uma palavra adequada. Quando se lhes colocam perguntas abertas, podem responder “não sei” ou “não me lembro” para não terem que se esforçar a organizar o discurso.

Estudos revelam que 52% das crianças com PHDA apresentam problemas com a coordenação motora fina e grossa, comparado com 35 % nas que não apresentam. Este problema interfere com a caligrafia e a escrita e são, frequentemente, relatados pelos professores (Barkley, 1998).

As crianças com PHDA apresentam, amiúde, problemas de cálculo mental e muitas delas têm também dificuldades específicas na área da matemática. Não têm dificuldades em reproduzir números de memória e podem contar por correspondência (e.g. utilizam os dedos) mas quando se lhes retira esse suporte começam os problemas. Muitas crianças têm também associada discalculia – dificuldade em entender o tamanho relativo das figuras, aprender as tabuadas, recordar sequências de números, entender o significado dos sinais e compreender conceitos matemáticos avançados.

➤ Problemas relacionados com o Funcionamento Social e Emocional

Para Barkley (1998), os aspectos sociais são muito importantes, uma vez que estes podem determinar se as crianças com PHDA vão ou não apresentar transtornos concomitantes, ligados ao emocional. Assim, cerca de 60% apresenta um transtorno de oposição, que os pode transformar em agressivos; aproximadamente 20% são anti-sociais, consomem drogas, usam

armas, entre outros comportamentos considerados de risco; os outros 20% sofrem de transtornos ligados a problemas ansiógenos e depressivos.

Estudos realizados e com resultados variáveis apontam uma coexistência de hiperactividade com ansiedade, assim como a sobreposição de hiperactividade com depressão. Os mesmos referem que o grupo misto de hiperactividade e depressivo forma um tipo diferente de distúrbio, uma forma de psicopatologia grave caracterizada por uma desregulação do humor que leva muitas vezes à necessidade de hospitalização, podendo mesmo produzir incapacidade. Estudos indicam que as taxas de prevalência de hiperactividade em crianças depressivas variem entre os 57% e os 95%. A variação de taxas apresentadas por estes estudos, torna difícil determinar se os distúrbios de atenção, desorganização e hiperactividade são um reflexo de um distúrbio hipercinético ou de um distúrbio de ansiedade (Fonseca, 1998).

As crianças com PHDA têm tendência para serem agitadas e preocupadas a respeito de tudo e têm dificuldade em focalizar a atenção em certas ocasiões para o que é necessário. Devido ao esquecimento frequente e à dificuldade de organização é natural que sintam uma certa ansiedade em saber se estão ou não a esquecer de alguma coisa. Mas esta ansiedade natural pode acabar por se tornar patológica.

Muita literatura actual refere que se estima que os problemas que as crianças com PHDA apresentam e que estão, intimamente, ligados com o relacionamento social, com a percepção social e auto-imagem e de integração social, rondem os 50%. Estas crianças apresentam dificuldades significativas e duradouras de relacionamento interpessoal. Frequentemente, são descritas como agressivas, abusivas, perturbadoras, dominadoras e inconvenientes e tendem a ser mal-humoradas, irritadiças e negativas e socialmente rejeitadas, principalmente se forem rapazes. (Lopes, 1998, 2004).

Na PHDA, os sentimentos de tristeza, desamparo e baixa auto-estima são resultado das dificuldades de aprendizagem, problemas que se prolongam no tempo; a falta de atenção é global e estão presentes uma grande excitação, bem como a impulsividade e a hiperactividade.

Segundo Fonseca (1998) a coexistência de hiperactividade com os distúrbios do comportamento tem sido constatada em resultados de muitos estudos realizados. Vários estudos apontam para problemas de relacionamento interpessoal, “de percepção social, de

auto-imagem e de integração social das crianças que exibem problemas de comportamento, em geral e das crianças hiperactivas, em particular” (Lopes, 1998, p.74).

1.7. A PHDA nas diferentes fases da vida

De acordo com Safer e Allen (1979), a PHDA é uma perturbação que constitui uma conduta persistente, caracterizada por irrequietude e falta de atenção excessiva, manifestando-se em situações que requerem inibição motora. Surge entre os dois e os seis anos, podendo começar a entrar em remissão no final da adolescência, princípios da adultez. Pode estar presente em todas as fases da vida de um ser humano, apresentando, no entanto, diferentes características, consoante o estágio de desenvolvimento em que este se encontra. Assim, poderemos ter em conta alguns indicadores que, logo desde a primeira infância apontam para a possibilidade de futuramente a criança vir a ter uma PHDA. Dos 0 aos 2 anos não se pode falar de sintomas de hiperactividade mas de indicadores sintomáticos de um determinado padrão de comportamento. Apenas após os 24 meses, se pode falar em PHDA.

Alguns dos principais sinais e/ou sintomas de que possa haver PHDA são agora apresentados consoante a idade, de acordo com um conjunto de autores consultados na literatura (Lourenço, 2009; Melo, 2003; Parker, 2003):

Dos 0 aos 2 anos: descargas mioclónicas (tipo de contracção epiléptica caracterizada por uma contracção muscular) durante o sono, problemas de ritmo e duração do sono, acordares sobressaltados, marcada distração durante a alimentação, olhares breves, dificuldades em terminar tarefas (e.g. gatinhar para um objecto), resistência aos cuidados habituais e reacção excessiva a estímulos auditivos e frequente irritabilidade.

Dos 2 aos 3 anos: Os primeiros sintomas de PHDA costumam manifestar-se entre esta idade. Durante esta etapa as crianças são mais difíceis de contentar e controlar do que as outras da mesma idade e necessitam de maior orientação. São uma minoria de crianças que se apresentam distraídos, desinibidos, muito activos, não conseguindo manter-se sentados e absorventes, podendo complicar a vida familiar. Por vezes apresentam imaturidade ao nível da linguagem expressiva e da coordenação motora, apresentam pouca consciência do perigo e são muito propensos a acidentes.

Dos 4 aos 5 anos: apresentam problemas de adaptação social, logo problemas em interagir com os pares, interrompem facilmente os outros, desobediência e dificuldades em seguir normas.

A partir dos 6 anos até à adolescência: impulsividade, desatenção, fracasso escolar (trabalha abaixo do seu potencial), dificuldade em seguir instruções, desiste facilmente da tarefa proposta, apresenta dificuldades em organizar tarefas, sendo pouco cuidadoso e apresentando falta de brio com o seu trabalho. Tem comportamentos anti-sociais e problemas de adaptação social. Os seus comportamentos facilmente “chateiam” os outros e estão permanentemente agitados, enquanto estão sentados.

O adolescente com PHDA: A adolescência é “per si” um momento difícil na vida dos humanos. Torna-se mais complicado, se lhe acrescentarmos uma PHDA. “A situação escolar é o maior problema do adolescente que tem no seu percurso inúmeros falhanços e insucessos a esse nível. A criança instável torna-se um adolescente com pouca capacidade de concentração, um estilo cognitivo impulsivo, distúrbios do comportamento e, ocasionalmente, dificuldades específicas de aprendizagem” (Melo, 2003 cit in Lourenço, 2009, p. 59).

As características do adolescente com déficite de atenção são semelhantes às das crianças com o mesmo problema, apenas com diferenças decorrentes do próprio amadurecimento, da faixa de vida. Vejamos apenas algumas particularidades, depois de analisados vários autores (Melo, 2003; Lourenço, 2009, Santos, 2005): i) tem dificuldade em ficar concentrado nas aulas, em ler, em especial se as leituras não forem do seu interesse; ii) tem dificuldade em completar tarefas. Alguns desses adolescentes iniciam várias actividades, mas completam poucas; iii) é, habitualmente, desorganizado, esquece os seus compromissos e trabalhos, e também, quase nunca sabe onde guardou as chaves, os óculos, os livros, entre outros; iv) costuma fazer várias coisas ao mesmo tempo, tendo dificuldade em terminar alguma delas; v) é impaciente e inquieto, mas não tanto hiperactivo como quando era criança; vi) conduz motas ou carros de forma perigosa, expondo-se, frequentemente, a acidentes; e vii) usa, com frequência, álcool ou drogas. Em geral os adolescentes com PHDA procuram as drogas porque se sentem, mesmo que de forma passageira, melhor sob o efeito delas, ou seja, a droga é uma forma de automedicação, embora inadequada.

O adulto hiperactivo: Até há poucos anos achava-se que no final da adolescência os sintomas da PHDA regrediriam, com ou sem tratamento, e que o adulto ficaria livre das características que apresentava quando criança. Entretanto as pesquisas mais recentes provaram que esta perturbação tende a permanecer através da adolescência e continuar na idade adulta. Os traços são semelhantes aos da criança e aos do adolescente, com as modificações próprias da idade. Vejamos apenas algumas particularidades (Mehringer, Downey, Schuch, Pomerleau, Snedecor, & Schubiner, 2002): i) É desatento, desconcentrado, e facilmente distraído. Alguns desses adultos jamais conseguiram ler um livro inteiro. Outros até conseguem, mas só quando o assunto é de muito interesse; ii) É pouco persistente no que faz, tendo dificuldade em completar as suas tarefas; iii) O seu estilo de vida é desorganizado, esquece-se de pagar as contas em dia, a sua secretária é caótica, esquece-se dos seus compromissos. Sente-se confuso quando tem muitas coisas a fazer, não conseguindo estabelecer prioridades; iv) Atrasa-se com muita frequência; v) É inquieto, tem dificuldade em parar, e às vezes quando está de férias procura mais coisas para fazer; vi) Fala muito, monopoliza as conversas. Nem sempre é bom ouvinte; vii) Impaciente, toma decisões precipitadas, e muitas vezes arrepende-se, logo de seguida. Também a conduzir é impulsivo. Muda, com frequência, de trabalho, relacionamentos ou residência; viii) É muito emotivo, tem frequentes oscilações do humor, e irrita-se com facilidade; ix) No trabalho tem um rendimento abaixo do que seria esperado; x) Nos adultos são também comuns as perturbações ansiosas, as depressivas, as do apetite e do sono e o abuso de drogas (incluindo o álcool e tranquilizantes).

Capítulo 2. Avaliação, intervenção e prognóstico na PHDA

2.1. Avaliação na PHDA

Os sintomas da PHDA são inespecíficos e não existe, infelizmente, nenhuma análise ao sangue ou à urina ou algum tipo de “raio x”, que permita fazer um diagnóstico rápido e preciso relativamente a se uma criança apresenta ou não esta perturbação. A avaliação e diagnóstico desta problemática constituem, assim, um processo complexo, sendo necessário recorrer a múltiplas fontes de informação para garantir a sua maior eficácia. A avaliação da PHDA deve incluir diferentes domínios, bem como o uso de várias metodologias e

instrumentos. Esta avaliação deverá permitir estabelecer o diagnóstico, a possível direcção do percurso interventivo (considerando as características idiossincráticas de cada sujeito), as situações de comorbilidade e ainda identificar as áreas fortes e fracas, ao nível das suas aptidões (Barkley, 1998).

O diagnóstico é essencialmente clínico e baseado em critérios comportamentais que estão sujeitos a subjectividade na avaliação. Muitos profissionais utilizam os critérios DSM-IV desenvolvidos pela APA. De acordo com esta classificação, a criança com PHDA pode pertencer a um de três subtipos, tomando como referência o predomínio de sintomas de desatenção e hiperactividade-impulsividade: **combinado ou misto**, em que coexistem os dois tipos de sintomas, preenchendo pelo menos seis dos nove comportamentos de ambas as categorias; **predominantemente desatento**, quando preenchem pelo menos seis dos nove comportamentos de desatenção e **predominantemente hiperactivo e impulsivo**, quando preenchem pelo menos seis dos nove comportamentos de hiperactividade-impulsividade.

É ainda importante que os sintomas persistam por mais de 6 meses, se tenham iniciado antes dos 7 anos, sejam claramente inapropriados à idade e ao nível de desenvolvimento da criança e se verifiquem em diferentes contextos, nomeadamente em casa e na escola. (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, da Academia Americana de Psiquiatria - DSM IV - TR, 2002).

No entanto, vários estudos apresentam algumas limitações à utilização exclusiva da DSM-IV num processo de avaliação, uma vez que apresenta algumas limitações. Os estudos realizados para o desenvolvimento dos critérios de diagnóstico foram realizados com sujeitos institucionalizados; o número de critérios para estabelecer o diagnóstico baseia-se em dados empíricos; os critérios de diagnóstico não têm em conta as diferenças de género, nem a idade; as características a observar, enquanto critérios de diagnóstico são subjectivas e sujeitas à interpretação dos observadores. Não apresentam qualquer evidência científica, nem validade clínica. (Barkley & Biederman, 1997).

Assim, na determinação do diagnóstico da PHDA devem ser tidas em conta outras informações baseadas em dados clínicos e noutros instrumentos de avaliação e diagnóstico. É importante referir que se deve determinar a existência de outros sinais ou sintomas de distúrbios associados, uma vez que a associação destes à PHDA pode ser um factor de risco para uma evolução menos favorável.

2.2. Intervenientes no processo

A avaliação/diagnóstico da PHDA deve ser feita por uma equipa multidisciplinar. A criança com suspeita diagnóstica de PHDA requer uma avaliação cuidadosa, de preferência por uma equipa de especialistas, profissionalmente bem preparada. Geralmente, são os pediatras, ligados a problemas de desenvolvimento, neuropediatras, pedopsiquiatras e psicólogos, que conheçam aprofundadamente esta problemática e outras similares, que fazem a avaliação e consequente diagnóstico de PHDA.

O papel do médico na avaliação da PHDA vai desde a elaboração da história clínica ao exame objectivo, com o emprego de critérios clínicos bem descritos e treino no diagnóstico diferencial de transtornos psiquiátricos. Deve realizar-se uma anamnese, que implica um questionário cuidadoso aos pais, sobre os comportamentos incluídos nos critérios de diagnóstico DSM-IV e se presentes, determinar para cada um a sua duração, frequência e gravidade. É necessário questionar acerca da idade de início dos sintomas, o contexto em que ocorrem e o seu impacto funcional, particularmente em termos de aprendizagem. Nesta, devem solicitar informações relativas ao temperamento, características e competências emocionais e sociais da criança, os seus hábitos de sono, como se processa a sua aprendizagem e quais as actividades extra-curriculares. Também o ambiente familiar deve ser escrutinado, principalmente no que respeita às regras de disciplina e às expectativas dos pais. Da anamnese também deverão fazer parte a recolha de dados desenvolvimentais, tais como o decurso da gravidez e factores de risco pré, peri e pós-natais, o desenvolvimento motor e da linguagem e controlo dos esfíncteres. Os antecedentes familiares, nomeadamente a existência de outros elementos da família com PHDA, ou com Distúrbios psiquiátricos (depressão, doença bipolar, ansiedade, tiques) ou com Doenças genéticas (X-Frágil), devem ser apurados. O contexto sócio-económico-social também deverá ser tido em conta. Deve proceder-se a um exame neurológico sumário.

O psicólogo desempenha um papel preponderante na avaliação e diagnóstico da PHDA, uma vez que o mesmo se encontra na posse de conhecimentos e técnicas específicas que lhe permitem aplicar e interpretar testes de avaliação psicológica e psicopedagógica, os quais podem proporcionar informações importantes relativamente ao funcionamento intelectual e emocional da criança, das suas competências de raciocínio, bem como do seu desenvolvimento verbal e perceptivo. Também podem fornecer importantes informações

relativas à capacidade de atenção/concentração e quanto à impulsividade (Parker, 2006). Para além dos testes, os psicólogos recolhem informação preciosa (anamnese), aquando da entrevista com os pais, alunos, professores, quando procedem a observação no ambiente natural ou quando pedem aos pais e professores que preencham escalas de avaliação comportamental. Estes procedimentos são morosos mas essenciais para recolher informações preciosas aquando da tomada de decisão sobre um diagnóstico, em reunião multidisciplinar.

Também o professor desempenha um papel importante na avaliação da PHDA, podendo fazer uma análise do desempenho académico, bem como caracterizar a criança quanto a capacidades atencionais, de aprendizagem e inteligência, permitindo depois individualizar o plano de intervenção (Boavida & Cordinhã, 2008). Os professores podem observar directamente a criança, quer em trabalho individual, de grupo ou nos intervalos e compará-lo com o comportamento das outras crianças da mesma idade. Podem, também, fornecer informações válidas sobre o percurso escolar da criança, na entrevista.

Os pais desempenham um papel fundamental na avaliação da PHDA. Ambos os progenitores devem fazer parte integrante deste processo. Os pais têm uma perspectiva única do desenvolvimento anterior do seu filho e da situação presente. São informadores privilegiados quanto ao historial geral da família, sua estrutura e funcionamento. Os pais, geralmente, sentem-se profundamente afectados pelos problemas dos filhos e não é raro que expressem sentimentos. É importante tentar manter a objectividade e por vezes usar um “filtro”, relativamente às informações fornecidas pelos pais. A entrevista com os pais é uma fonte de informação subjectiva, sendo ao mesmo tempo uma rica fonte de informações, devido à relação continuada no tempo e o conhecimento do sujeito em várias situações (Barkley, 1998).

Não menos importante, neste processo, é a própria criança ou adolescente, que oferece a quem está a proceder à avaliação, principalmente durante a entrevista, a oportunidade de observar o seu comportamento. Fornece, igualmente, informações preciosas quanto às suas emoções e sentimentos, auto-estima, sobre o modo como encara a escola, relacionamento com colegas e amigos e com os elementos da família. Muitas vezes as crianças, em situação de avaliação apresentam um comportamento e uma postura adequado, por isso temos que dar o enfoque correcto ao que observamos e recorrer a todas as outras fontes de informação. Na entrevista, com a criança e o adolescente, deve ser tida em conta a idade da criança, bem como o nível de

desenvolvimento cognitivo e aptidão linguística uma vez que estes vão condicionar a duração e o conteúdo da entrevista. Especificamente, no que toca aos adolescentes, deve tentar perceber-se a sua percepção sobre os seus problemas, funcionamento familiar e escolar (Melo, 2003).

2.3. Instrumentos e metodologias de avaliação

Quanto à metodologia a empregar na avaliação da PHDA, conducente a um diagnóstico “fiável”, esta deverá, segundo Lopes, 2004, compreender as seguintes etapas: entrevista com a criança ou adolescente e os pais; exame médico; preenchimento de questionários pelos pais; entrevista com o(s) professor(es); preenchimento de questionários pelo(s) professor(es); observação directa do comportamento da criança ou adolescente nos diferentes contextos

No que respeita à entrevista, esta é, segundo Simões (1998), o instrumento mais utilizado. Na avaliação utilizam-se, principalmente as entrevistas estruturadas em detrimento das semi-estruturadas e das entrevistas clínicas livres. Nestes últimos anos, a entrevista estruturada tem assumido um papel preponderante, uma vez que permite um acréscimo de precisão e validade ao diagnóstico. As entrevistas são feitas aos pais, aos professores e à própria criança. Apesar de apresentar limitações e críticas feitas às entrevistas (falta de fiabilidade e subjectividade), estas constituem um instrumento indispensável ao processo de avaliação (Simões, 1998).

A entrevista é o método mais utilizado, embora deva ser complementada por outros métodos de avaliação. É uma primeira aproximação e contacto o primeiro directo com o sujeito em avaliação e com as pessoas significativas, na vida do mesmo (e.g. pais, professores, colegas ou outros familiares). É aqui, na entrevista que o avaliador tem a possibilidade de observar, pela primeira vez os comportamentos apresentados pelo avaliado. A entrevista é feita com alguns objectivos concretos. Segundo Simões (1998), a entrevista constitui o suporte metodológico necessário para obter informação acerca do funcionamento psicológico do sujeito e identificar o modo como os problemas afectam as relações familiares, profissionais e sociais; é o momento em que se dá a conhecer aos intervenientes todas as fases do processo de avaliação, bem como a escolha dos instrumentos de avaliação e medida que posteriormente irão ser utilizados; podem-se identificar preocupações, expectativas, objectivos, percepções e sentimentos acerca dos problemas; precisar as áreas fortes e fracas do sujeito; avaliar o estado

afectivo-emocional e a motivação de todos; obter informação relevante que facilite a planificação e a medida da qualidade ou eficácia das intervenções.

O entrevistador deve ter sempre presente a construção de uma relação positiva, que lhe permita, de modo eficaz a recolha de informações fiáveis. Neste sentido, há um conjunto de regras relativas ao comportamento deste que, não só têm um impacto positivo nos interlocutores, mas permitem aumentar a validade dos dados recolhidos. Podemos dar como exemplo a utilização de comportamentos reforçadores, desde o sorriso, à postura, aos elogios verbais até à utilização de recompensas como forma de reforço positivo (e.g. bolos, cromos, entre outros).

Quanto ao exame médico, este deverá ser feito tendo em conta a necessidade de estabelecer um diagnóstico fiável, utilizando os instrumentos e metodologias próprias da abordagem médica, sejam exames médicos ou entrevistas.

Relativamente à aplicação de questionários e escalas de avaliação, esta revela-se de extrema importância, uma vez que são instrumentos indispensáveis e essenciais ao diagnóstico da PHDA. O uso de vários instrumentos de medida vem tornar a avaliação mais válida em termos ecológicos. Estes instrumentos devem ser preenchidos pelos pais e professores, no caso das crianças e pelo cônjuge, no caso de adultos. São considerados um método indirecto de recolha de informação e são, juntamente com a entrevista, o principal meio de recolha de informação. O uso destes instrumentos são uma peça fundamental no apuramento das percepções dos pais e dos professores, mediadores essenciais acerca dos padrões de comportamento típicos das crianças no seu ambiente natural. Os pais são, potencialmente, informadores fidedignos dos comportamentos mais observáveis e que mais facilmente são perturbadores. Quanto aos professores, estes são observadores privilegiados, uma vez que, a partir da comparação com crianças da mesma faixa etária, e supostamente com o mesmo nível de desenvolvimento, conseguem identificar mais facilmente eventuais problemas que surjam, aquando da realização de tarefas escolares ou qualquer outra tarefa que exija determinado tipo de competências sociais, organização, atenção e persistência.

Para Simões (1998), as escalas de avaliação são instrumentos essenciais, na medida em que integram vários itens que avaliam diferentes dimensões psicológicas, comportamentais, cognitivas e emocionais, quer globais quer específicas que não implicam muito tempo e são

de fácil aplicação, requerem poucas instruções, havendo poucas possibilidades de uma errada interpretação por parte de quem as vai preencher. No entanto, estas apresentam algumas limitações, nomeadamente no que toca à falta de coincidência na obtenção de dados, relativamente a outras fontes de informação distintas (García, 2001).

Para Barkley (1990), a importância dos relatos efectuados pelos pais e pelos professores, relativamente aos comportamentos apresentados pelas crianças e jovens levou à criação de várias escalas. As escalas mais utilizadas são de dois tipos. Em primeiro lugar, recorre-se, na maioria das avaliações a escalas multidimensionais ou de “banda-larga”. Com estas pretende-se que, num primeiro momento, se possam obter informações que permitam uma primeira despistagem e identificação de problemas. Assim, poder-se-ão identificar encaminhamentos inapropriados e, também, para ter uma visão mais ampla do problema ou identificar outras áreas que necessitem de exames específicos ou posicionar o sujeito avaliado em determinada posição relativa, tendo por base os comportamentos da população normal. Consegue-se uma representação compreensiva do funcionamento comportamental e emocional da criança ou jovem em processo avaliativo. As escalas de avaliação de uma dimensão singular ou de “banda-estreita” são unidimensionais e centram-se num único problema comportamental (Simões, 1998).

Como exemplo de escalas de “banda-larga”, mais utilizadas, podemos referir o modelo multi-axial de Achenbach, (1991), o qual inclui um conjunto de instrumentos (aferidos para a população portuguesa) para aplicação junto de várias fontes de informação, nomeadamente: CBCL (Child Behavior Checklist) – a preencher pelos pais de crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos; TRF (Teachers Report Form) – a preencher pelos professores de crianças entre os 5 e os 18 anos; YSR (Youth Self-Report) – escala de auto-resposta por parte da criança ou adolescente; e DOF (Direct Observation Form) – instrumento que permite a observação directa dos comportamentos das crianças e jovens, principalmente, em situação de sala de aula.

Temos, mais recentemente, as escalas provenientes dos estudos de Reynolds e Kamphaus (2004): BASC-PRS (Behavior Assessment System for Children – Parents Report System) – a preencher pelos pais, incluindo três formas - uma para crianças do pré-escolar (4/5 anos), outra para a escolaridade básica (6/11 anos) e outra para adolescentes (12/18 anos); BASC – TRS (Behavior Assessment System for Children – Teachers Report System) – à semelhança

da escala anterior, inclui três formas, no entanto o seu preenchimento é feito pelos professores; e BASC–SRP (Behavior Assessment System for Children – Self Report of Personality) – a preencher pelas crianças e adolescentes.

Também muito utilizadas e conhecidas são as escalas de Conners (1997) (existe aferição para a população portuguesa), que incluem várias versões, para pais e professores, e destinam-se a crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos. As versões mais utilizadas são as seguintes: CPRS-R (Conners’ Parent Rating Scale – Revised) – é uma escala que apresenta uma versão longa e uma reduzida e é para ser preenchida pelos pais; e CTRS-R (Conners’ Teacher Rating Scale – Revised) - é uma escala que apresenta uma versão longa e uma reduzida e é para ser preenchida pelos professores.

Como exemplo de escalas de “banda-estreita” ou unidimensionais mais utilizadas, que pretendem apurar a existência de comportamentos específicos para a avaliação da PHDA, temos várias, mas a mais utilizada em Portugal, uma vez que está aferida para a população portuguesa, é a Conners 28 (versão para pais e professores). Outras escalas unidimensionais podem ser utilizadas, mas não têm aferição para a população portuguesa. São de mencionar as seguintes: EDAH (2003) (Escala para la Evaluation del Transtorno por Deficit de Atención con Hiperactividad), preenchida por professores; HSQ (Home Situations Questionnaire - Barkley, 1981), para ser preenchido pelos pais; SSQ (School Situations Questionnaire - Barkley, 1981), para ser preenchido pelos professores; ADHD - Rating Scale (DuPaul et al, 1991) - (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), com versões para pais e professores; Questionário de Hiperactividade de Werry, Weiss e Peters (Werry, 1988), considerado de grande valor para os especialistas, uma vez que permite analisar o desempenho da criança, por parte de adultos significativos, nas várias actividades diárias (e.g. às refeições, a ver televisão, a brincar), facilitando, por isso, a planificação de programas terapêuticos específicos.

Simões (1998) refere que as escalas apresentam um factor limitativo, que se prende com o facto de que a maioria destas inclui apenas itens que estão escritos de forma negativa, o que as torna vulneráveis a tendências de resposta. As escalas, nomeadamente as que estão indicadas no uso do diagnóstico da PHDA podem estar vulneráveis a efeitos de halo contaminadores e levarem os informantes a “exagerarem” as suas respostas para obterem um resultado imediato para as suas queixas (Lourenço, 2009).

Não se deve esquecer, no entanto, as limitações psicométricas destes instrumentos, no que diz respeito a questões de precisão e de validade. Apesar das limitações na utilização destes instrumentos, eles revelam-se indispensáveis e o complemento adequado à entrevista de avaliação, na busca do diagnóstico, o mais correcto possível da PHDA. Apresentam, de facto, várias vantagens como sendo o facto de serem instrumentos económicos, de fácil aplicação e compreensão. Estes instrumentos são estandardizados e, deste modo, os pais conseguem operacionalizar as suas queixas iniciais, que costumam ser vagas (Melo, 2003).

2.4. Intervenção na PHDA

Salienta-se que a PHDA, não tem cura, “não se trata”, lida-se com ela e procura-se mantê-la dentro de limites que não se revelem perigosos ou que tragam problemas mais graves, para o sujeito e para os que com ele convivem. Logo não deve ser considerada uma doença ou uma patologia, mas como um síndrome que pode ser controlado. Só o conhecimento e análise de cada caso, bem como das características de cada criança, em particular, permitirão seleccionar a forma de tratamento mais adequada e ajustada a cada situação (Lopes, 2004; Shelton & Barkley, 1995).

Uma vez que o grupo dos hiperactivos é heterogéneo e revestido de múltiplas facetas, é natural que haja diferenciação quanto ao tipo de intervenção a adoptar. O conhecimento de cada caso, em particular, permite determinar qual a melhor forma de tratamento, variando as opções entre tratamento médico pela administração de psicofármacos, ou através da aplicação de técnicas de modificação do comportamento, de técnicas cognitivas ou ainda uma intervenção multidisciplinar articulando as diversas vertentes. As intervenções no campo da PHDA, segundo Shelton e Barkley (1995), divergem nos seus objectivos. Umas procuram reduzir os sintomas específicos e outras direccionam-se para melhorar os outros problemas que acompanham geralmente a PHDA (académicos, baixa auto-estima, stress parental e comportamentos de oposição). A eficácia de qualquer tipo de intervenção está dependente do seguimento ao longo do tempo e da manutenção de mais do que uma metodologia de intervenção. A intervenção pode, assim, abranger um leque de situações, desde o aconselhamento aos pais - *parenting*, em casos de perturbações ligeiras do comportamento da criança, até situações de internamento, no caso de crianças hiperactivas com graves desordens

de conduta. Como formas intermediárias encontramos aquelas que se direccionam especificamente para a diminuição da severidade das características denominadas como primárias (e.g. para as idades pré-escolares, o treino de pais; a intervenção psicofarmacológica e a modificação de comportamentos na sala de aula para crianças em idade escolar; para a adolescência pode aplicar-se a resolução de problemas e treino de competências, bem como a intervenção farmacológica).

Segundo Barkley (2000) considera-se a existência de um conjunto de três elementos essenciais para a intervenção em PHDA. São eles o tempo, o momento e os agentes. A atenção a estes três elementos fará toda a diferença no prognóstico da intervenção. Os indivíduos com PHDA apresentam um grave problema em orientar e administrar o tempo de que dispõem para a realização das suas tarefas o que constitui a “invisível” e mais representativa fonte de perturbação dos mesmos. Devido a tal, a intervenção deverá orientar-se, fundamentalmente, para a ajuda na realização daquilo que os sujeitos sabem fazer, no momento certo. A intervenção só será eficaz na medida em que seja assegurada por um técnico que promova uma intervenção ao nível dos défices neuropsicológicos de inibição comportamental (Lopes, 2004).

Um dos estudos mais recentes realizados nos Estados Unidos, orientado por seis equipas diferentes e envolvendo mais de meio milhar de crianças, foi o *Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (MTA)*, conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH). Este estudo, com 579 crianças, com idades entre os 7 e 9 anos, desenvolveu-se durante 14 meses e teve como objectivo principal o estudo da eficácia, a longo prazo, de diferentes programas de intervenção. Os resultados a curto-prazo revelaram que a diminuição de sintomas após a intervenção foi efectiva para todos os programas (Smith, Barkley, & Shapiro, 2006).

O estudo levado a cabo por Ana Miranda Casas e seus colaboradores (Gargallo-López, Presentación-Herrero & Soriano-Ferrer, 2000) refere que deve haver uma mudança de paradigma e atitude interventiva, que se resume, no essencial, ao seguinte: uma intervenção mais proactiva do que reactiva, implicando acções de sensibilização e formação para o público geral e profissionais; uma intervenção mais ecológica do que clínica; uma perspectiva de intervenção multicomponente e não exclusivamente farmacológica; uma abordagem de intervenção que fomente a criação de capacidades, baseada em estratégias diversificadas e

técnicas conjugadas com uma forte utilização de abordagens não farmacológicas em detrimento da redução de sintomas; um enfoque sistémico que encare a PHDA como o resultado das relações entre os contextos e os indivíduos, e; uma perspectiva de intervenção ao longo da vida, evolutiva e centrada na qualidade de vida e não transversal e pontual, centrada na redução rápida dos actuais sintomas.

Tendo em conta a natureza multidimensional da PHDA, devemos ter uma atenção especial sobre os métodos de tratamento/intervenção que mais frequentemente são utilizados e que são mais referidos ao nível da literatura como sendo aqueles com os quais se obtêm os melhores resultados, sem nunca perder de vista a ideia que, tal como na avaliação e diagnóstico, também a intervenção deverá ser multimodal. Esta intervenção pode e deve englobar várias metodologias e estratégias de intervenção: intervenção farmacológica, intervenção psicoterapêutica e intervenção psicossocial. Há ainda uma série de variáveis que devem ser consideradas para direccionar programas de intervenção: os factores contextuais (ambiente onde a criança interage), os recursos físicos, didácticos e humanos e eventualmente a adequação de programas escolares.

Devem ser tidos em conta alguns factores, aquando da utilização da intervenção comportamental ou psicossocial, que podem influenciar o seu sucesso. A intervenção não pode ser sempre a mesma, uma vez que a PHDA sendo uma perturbação neurobiológica crónica, evolui sintomaticamente e a intervenção deve ser ajustada aos diferentes períodos da vida. Também devem ser tido em linha de conta o subtipo da PHDA. A maioria dos artigos refere intervenções para o subtipo combinado, uma vez que é o mais diagnosticado. No entanto, devem ter-se especial atenção ao subtipo desatento (necessita de treino específico ao nível da atenção – e.g. atenção selectiva, atenção por tempo prolongado). Não se pode, por fim deixar de ter em conta a existência ou não de comorbilidade, nem o facto de a PHDA ser multidimensional e com diferentes graus de desadaptação (Rodrigues, 2008).

a) Intervenção farmacológica

A administração de fármacos, sobretudo de estimulantes, é tradicionalmente, usada no tratamento das crianças com PHDA. A prescrição de estimulantes por parte dos especialistas está tão difundida que, segundo Safer e Allen (1979), aproximadamente 2% das crianças norte-americanas escolarizadas no ensino básico tomam medicação para tratar esta

problemática. Estes dados aumentaram, na última década, até aos 6%, segundo outros autores (Whalen & Henker, 1991).

Embora rodeado de alguma controvérsia, o uso de medicamentos continua a receber o apoio da investigação, sobretudo quando usado em conjugação com outras terapias. Os resultados do estudo *Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (MTA) apontam para uma eficácia significativamente superior no caso dos tratamentos que incluíram a administração de psicofármacos. Outro aspecto, observado por este estudo realça, a importância do acompanhamento sistemático dos indivíduos que estão a ser medicados, isto é, com a dosagem ajustada mensalmente ao evoluir dos sintomas de acordo com o feedback fornecido pelos pais e, eventualmente, pelos professores. Desta forma, obtêm-se resultados superiores aos verificados, no processo em que o médico se limita a prescrever sem mais acompanhamento, como é habitual na generalidade dos serviços de saúde (Taylor, 1997).

Para Falardeau (1997) o tratamento da hiperactividade com medicamentos só deve ser considerado depois de uma avaliação completa feita por especialistas e na certeza do seu diagnóstico. A utilização de medicação permite um melhoramento ao nível do rendimento escolar e do ajustamento social, em perto de 70 a 90% das crianças tratadas. Os pais deverão ser devidamente informados das indicações terapêuticas, dos efeitos secundários, contra-indicações, bem como devem ficar detentores de todo um conjunto de informações pertinentes, antes de se tomar a decisão de optar por uma intervenção medicamentosa.

Os medicamentos mais utilizados são psicoestimulantes como o *Dexedrine e Ritalin*, baseados na Dextroanfetamina e no Metilfenidato, respectivamente, (este último era o medicamento de base no estudo que referimos antes), os tranquilizantes e os antidepressivos, sendo que os estimulantes os mais utilizados e aqueles que apresentam maior eficácia (Swanson, McBurnett, Wigal, Pfiffner, Lerner, Williams, Christian, Tamm, Willcutt, Croweley, Clevenger, Khouzam, Woo C, & Fisher, 1993).

O médico deve optar pelo estimulante mais adequado para cada criança, tendo em consideração o tempo que o medicamento demora a fazer efeito sobre o comportamento, qual a duração do efeito dos mesmos, quais os efeitos secundários indesejados e também deve atender à confiança e familiaridade que tem no fármaco. É importante realçar que nem sempre

é indicado, ou mesmo conveniente, prescrever medicação a todas as crianças que apresentam PHDA. A opinião mais consensual, entre especialistas, é a de apenas receitar medicação quando os métodos psicológicos se revelam insuficientes. Aparentemente, a aplicação medicamentosa é tanto mais apropriada quanto maiores forem as manifestações da perturbação, de modo que a sua administração é, particularmente, favorável nas crianças em que se verifica uma falta de controlo permanente. Apesar disso, a sua prescrição não é de todo indicada em algumas situações: quando a criança sofre ou já sofreu de tiques nervosos, alterações de pensamento, ansiedade e transtornos psicossomáticos.

De acordo com García (2001) existem algumas orientações que devem nortear a decisão de prescrever tratamento farmacológico: i) comprovar se foram aplicadas outras iniciativas terapêuticas, especialmente tratamentos comportamentais, e, em caso afirmativo, quais os seus resultados; ii) analisar as possibilidades de aplicar o tratamento com êxito. Isto significa que, antes do seu início, é necessário avaliar a capacidade e a motivação dos pais e da família em geral para seguir as prescrições médicas, assim como as suas atitudes prévias para com o tratamento com fármacos, pois é possível que alguns pais não aceitem a possibilidade dos seus filhos tomarem estimulantes durante um certo período; iii) antecedentes familiares no consumo de drogas (quando se tiver conhecimento de que algum membro da família é viciado em substâncias tóxicas, o especialista decidir-se-á, habitualmente, de forma negativa sobre a conveniência da prescrição farmacológica); iv) considerar as atitudes e as expectativas da criança para com o tratamento farmacológico; v) ter em conta a idade da criança e não prescrever medicação a jovens e adolescentes.

Fundamentalmente, podemos afirmar que os fármacos constituem-se como facilitadores no processo terapêutico permitindo ganhos reais, conjuntamente com as intervenções ditas não farmacológicas, permitindo interromper, deste modo, o ciclo vicioso do insucesso escolar e da frustração. Por outro lado permitem a aplicação de esquemas psicoterapêuticos e educativos menos intensivos, permitindo um menor esforço por parte dos indivíduos que convivem mais directamente com a criança. Assim, há uma tendência para uma maior adesão e estabilidade no processo interventivo, aumentando o tempo de aplicação do mesmo (Boavida, Porfírio & Borges, 1998).

b) Modificação Comportamental

A modificação comportamental deve centrar-se sobretudo na criança, mas é necessário envolver os pais e toda a comunidade educativa que lida com a criança. Trata-se de uma gestão efectiva de comportamentos através da aplicação de contingências (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Com este tipo de estratégias procura-se que o aluno aprenda a ser autónomo, desenvolvendo competências de auto-regulação comportamental.

Uma das estratégias de intervenção mais importantes na modificação de comportamentos de alunos hiperactivos é o uso de reforço. Este poderá ser de ordem material, social ou afectiva. Um reforço será tanto mais eficaz, quanto imediato e contingente à acção decorrente. O reforço material diz respeito à atribuição de recompensas materiais (e.g. reбуçados, brinquedos) após a ocorrência do comportamento desejado ou depois de ter acumulado determinada pontuação. O reforço social consiste basicamente em valorizar social ou afectivamente a criança (através do sorriso, afecto, expressões de encorajamento) um comportamento correcto, promovendo assim a sua frequência. Os programas mais conhecidos são os programas de *token* (economia de fichas) e os contratos. O reforço *token* (que significa sinal ou símbolo) ligado a um reforço material representa um valor (carimbo, autocolante, cartões) que faz a vez de algo, não são recompensas imediatas, vão-se acumulando e após determinado montante e período de tempo, serão trocados pela recompensa escolhida. Os contratos podem ser estabelecidos entre a criança e os pais ou com os professores, onde são estipulados os comportamentos desejáveis e as suas consequências.

Outra estratégia é a punição, na qual se aplica uma consequência negativa, contingente ao comportamento que a precedeu e que se pretende que diminua a frequência. Como principais formas de punição temos o *time-out* e o custo de resposta. A técnica de Afastamento de Reforço Positivo (*time-out*) consiste em isolar a criança, mandando-o sair do local onde se encontrava ou isolando-o num canto, de modo a que ele sinta a natureza negativa do seu comportamento. Esta é uma medida de último recurso, devendo apenas ser aplicada em infracções graves e logo de seguida à infracção, devendo ainda ser aplicado com consistência e ter uma duração curta. Depois de cumprido o afastamento, deve existir um período calmo e de reflexão, em que o aluno expresse a vontade de corrigir os seus comportamentos. O Custo de Resposta tem o objectivo de penalizar comportamentos inadequados, de modo a facilitar a ocorrência dos comportamentos desejados. O custo de um comportamento inadequado poderá

ser expresso de diversas formas: avisos, reprimendas, perda de privilégios, ou redução de pontos.

Outra forma de modificar comportamentos é através da extinção. Esta estratégia será indicada para situações em que um determinado comportamento, considerado desajustado, está a ser mantido por reforço. Assim, pretende-se extinguir o comportamento incorrecto, através da eliminação do reforço (Rebelo, 1997).

c) Modificação cognitivo-comportamental

Outra forma orientada para alterar o comportamento dos alunos, consiste em tentar interferir no modo como eles pensam, vivem e interpretam as situações. A ideia base é a de que, ao modificar factores internos do indivíduo, se modifica o seu comportamento. O objectivo é procurar através da abordagem cognitiva-comportamental desenvolver nas crianças um determinado conjunto de competências (e.g. aguardar a vez para responder, pensar antes de dar a resposta, auto avaliar-se, avaliar os outros, medir as consequências da sua actuação e outras) (Barkley, 2000; Rebelo, 1997).

Esta intervenção é combinada e assenta no pressuposto da eficácia da intervenção directa com a criança num contexto clínico cujo objectivo é a melhoria do autocontrolo, com base em diferentes estratégias, como a auto-instrução, o auto-reforço e a auto-monitorização, programa de auto-controlo, *role-play*, entre outras (Melo, 2003, cit in Lourenço, 2009).

Das estratégias acima assinaladas, as mais frequentemente utilizadas e que são apontadas na literatura como obtendo melhores resultados são a Auto-monitorização, que consiste em ensinar à criança a capacidade de observar, avaliar e controlar os seus comportamentos, autonomamente, registando-os, o Auto-reforço, com o qual se pretende que a criança possa aprender a aplicar o seu próprio reforço que pode ser positivo ou negativo. Poderá tomar a forma de registo em fichas ou a de acumulação de cartões, que, atingindo determinada pontuação ou montantes, serão trocados por prémios, ou pela aplicação de auto elogios como “fizeste muito bem”, “assim mesmo”, “estás cada vez melhor”, ou “estás a portar-te bem” e a Auto-Instrução, na qual se aprende por ensino e treino e que se destina a desenvolver competências de controlo do próprio comportamento. Tem como objectivo principal o desenvolvimento da competência de auto-controlo e resume-se à máxima “para, escuta e olha” (Rebelo, 1997).

Os resultados destas intervenções sugerem que a eficácia dos mesmos aumenta com o uso combinado de fármacos e com outros tipos de intervenção psicossocial. Importa referir um tipo de intervenção que se tem revelado de muita utilidade – intervenção psicomotora. Esta é uma intervenção actual e inovadora, que pode ser muito útil, numa perspectiva cognitivo-comportamental, para a melhoria dos comportamentos em causa. Como o indivíduo com PHDA não existe sozinho num sistema e está integrado numa família, esta intervenção também aborda esta vertente, com a terapia familiar, que tem como principal objectivo o sistema familiar, onde se estabelecem os padrões relacionais e os papéis assumidos por cada membro, em cada momento familiar.

d) Intervenção Psicossocial

A intervenção psicossocial é das que figura como preferencial nas referências ao tratamento para a PHDA, inclusive em documentos oficiais (e.g. Academia Americana de Pediatria 2000, 2001 & Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP); Pliszka, 2007). Este tipo de intervenção 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 e (3) a colocação no ensino especial. Para Pelham e Gagny (1999), a intervenção psicossocial divide-se em (1) Intervenção Cognitivo-Comportamental (*Cognitive-Behavioral Treatment* - CBT); (2) Terapia Comportamental em Contexto Clínico (*Clinical Behavior Therapy* - CIBT); (3) Gestão de Contingências (*Contingency Management* - CM) e (4) Intervenções Intensivas (*Intensive Treatments* -IT). No primeiro caso, a classificação é feita em função do contexto (família/escola) e no segundo, em função das técnicas utilizadas (cognitivas ou comportamentais) e da sua intensidade (Rodrigues, 2008).

A intervenção psicossocial, tendo como objecto os pais, integra vários tipos de intervenção: i) Programa de treino de pais – tem como objectivo melhorar as relações entre pais e filhos, ensinando aos pais diferentes formas de lidar com o comportamento de seus filhos. Também têm como objectivo a formação e informação dos pais relativamente à PHDA. O treino de pais, desenvolvido principalmente por Barkley (1997), baseia-se no princípio do condicionamento operante, o qual preconiza que, com técnicas de reforço adequadas, há aumento na frequência de comportamentos adequados. Para Barkley, 2000 criar uma criança com PHDA pode ser um grande desafio para qualquer pai. Estas apresentam um elevado nível

de desatenção, impulsividade, desinibição e excesso de actividade motora, ao mesmo tempo que carecem de muita atenção. Os seus problemas podem ser encarados como um fardo para os seus pais, chegando a questionar a decisão de terem tido um filho. Segundo este autor, os programas de treino de pais devem incluir as seguintes questões: a) conhecimento geral sobre a PHDA; b) as causas dos problemas de comportamento da criança; c) aprendizagem e desenvolvimento das habilidades de resposta dos pais; d) dar atenção aos comportamentos adequados da criança; e) implementar em casa sistemas de “quadros de reforço”; f) aprendizagem do controlo de comportamentos em lugares públicos; g) prevenir futuros problemas. Também para o mesmo autor, o treino parental não é adequado a todas as situações e aplica-se de forma mais eficaz para casos de crianças com PHDA com idades entre os 2 e os 11 anos e em casos de famílias relativamente estáveis, com ausência de psicopatologia depressiva da mãe, stress familiar ou situações de ruptura matrimonial que obviamente interferirão de forma negativa no programa de intervenção; ii) Grupos de suporte – forma adicional de intervenção com os pais de crianças com PHDA. Estes grupos têm como principal objectivo a entajuda e suporte mútuo; iii) Intervenção na relação pais - filhos – esta intervenção é constituída por uma combinação de aconselhamento aos pais com terapia cognitivo-comportamental. Esta intervenção inclui, de forma global, as seguintes questões - a) treino dos pais e dos adolescentes nas técnicas de resolução de problemas especificamente nas áreas de conflito; b) aprendizagem de ambos no sentido de colocar as técnicas aprendidas em prática de forma sistemática; c) redireccionar as relações entre pais e filhos, refazendo as ideias que têm uns dos outros e que, muitas vezes, gerem as suas reacções de forma negativa. Este tipo de intervenção é direccionado para crianças com PHDA a partir dos 11 anos de idade e a sua eficácia está muito dependente do grau de severidade dos sintomas das crianças, nomeadamente das desordens da conduta e do comportamento de oposição, bem como da motivação e empenho dos pais e crianças em todo o processo, para além do nível das capacidades verbais de todos os membros implicados.

A intervenção psicossocial também tem como objecto de intervenção o contexto escolar e os professores. No entanto, neste trabalho, pretendemos dedicar um capítulo exclusivo à relação do contexto escolar com a PHDA, sendo aí que dedicaremos e explicitaremos algumas das questões relacionadas com esta temática

e) Intervenção Multimodal

Hoje em dia, a grande maioria dos programas é multimodal, em especial a partir da combinação da farmacologia e da intervenção comportamental. Esta nova perspectiva surge função das limitações da administração de medicamentos e das intervenções psicossociais de forma isolada, na actualidade. A intervenção multimodal apresenta algumas vantagens. Em primeiro lugar, a componente comportamental da intervenção é reduzida na sua complexidade porque a medicação tem efeitos ao nível do comportamento (Pelham & Gagny, 1999). Em segundo lugar, a dose de medicação pode ser reduzida até 50% porque a intervenção comportamental tem os seus efeitos. Assim, estas duas formas de intervenção parecem ter efeitos complementares. Se por um lado a intervenção comportamental com os pais faz com que possam lidar melhor com os filhos na altura em que os efeitos do medicamento começam a passar, por outro lado, a medicação também reduz os comportamentos desajustados, levando a uma maior facilidade de intervenção. Apenas a conjugação de formas de intervenção poderá conduzir a efeitos de longo termo.

Em termos globais, a literatura é unânime em afirmar que a intervenção na PHDA deve ser, sempre que possível, multicomponencial e deve incluir os três vectores principais, que estão na linha da frente da problemática: a criança, a família e a escola, em conjugação com a medicação (Lourenço, 2009).

2.5. Prognóstico

As crianças com PHDA estão sujeitas ao fracasso escolar, a dificuldades emocionais e a um desempenho significativamente negativo como adultos quando comparadas a seus colegas. Para Barkley, 1995, 50 a 60% das crianças e jovens diagnosticados com PHDA mantêm o diagnóstico na idade adulta.

Até há poucos anos acreditava-se que a PHDA era um problema restrito à infância e adolescência e que teria remissão espontânea no final da adolescência e início da idade adulta. Os trabalhos dos últimos anos evidenciaram que a perturbação tende a persistir na maior parte dos casos, e alguns autores chegaram mesmo a afirmar que pelo menos alguns traços do mesmo jamais desaparecem. Os traços de hiperactividade e impulsividade podem diminuir

com a idade, e podemos, mesmo, encontrar adultos sem esta característica, tendo sido hiperactivas quando crianças. Por outro lado, as características de desatenção raramente desaparecem com a idade. No entanto, a identificação precoce do problema, seguida de tratamento adequado, tem demonstrado que essas crianças podem vencer os seus obstáculos, ou minorá-los em grande medida.

A PHDA, provavelmente, continuará a ser a perturbação mais amplamente pesquisada e debatida nas áreas da saúde mental e do desenvolvimento da criança. A investigação não pára e a cada instante surgem novos dados, principalmente, com o avanço tecnológico ao nível da genética e da biologia molecular. É possível que cheguem a identificar o gene relacionado com esta perturbação. Com a crescente consciencialização e compreensão da comunidade em relação ao impacto significativo que os sintomas da PHDA têm sobre as pessoas e suas famílias, o futuro parece promissor.

Devemos ter atenção a alguns factores capazes de piorar o prognóstico, como seja um diagnóstico tardio, o fracasso escolar, uma educação demasiado permissiva ou excessivamente rígida, um ambiente familiar marcado pelo stress e/ou hostilidade/violência, problemas de saúde associados, como perturbação de humor ou ansiedade ou atrasos no desenvolvimento e problemas familiares (alcoolismo, patologias psiquiátricas). Um outro factor de prognóstico, de natureza individual, diz respeito ao Q.I.. Vários estudos evidenciam que este tem um forte poder preditivo. Indivíduos com níveis de Q.I. mais baixos tendem a apresentar problemas ao nível académico e comportamental, mais perturbações ansiógenas e pior utilização de psicotrópicos e psicoestimulantes (Melo, 2003). Também existem factores que são sinal de bom prognóstico, como seja o diagnóstico precoce, uma educação coerente e estabilidade familiar, a adaptação e compreensão dos professores e uma boa colaboração entre os pais e a escola.

Capítulo 3. PHDA em contexto escolar

3.1. A inclusão dos alunos com PHDA na sala de aula

A escola é um microsistema importante, por onde passam quase todas as crianças, na grande maioria das culturas e onde passam a maior parte do seu dia. Estudos mostram que a escolaridade tem um efeito directo e positivo sobre algumas aptidões cognitivas, como a

capacidade de usar boas estratégias de memória e ajudar a criança a aprender a pensar. A escola é também um ambiente social com regras e limites a serem incorporados e assimilados, e onde a criança estabelece novos relacionamentos (Benczik, 2002). E, segundo esta autora, as crianças que chegam à escola com boas aptidões, adquirem com facilidade novos conhecimentos e encontram-se melhor adaptados para as exigências escolares futuras. Já os que iniciam a vida escolar sem estas aptidões apresentam maiores problemas. Um bom desempenho escolar, de acordo com Benczik, 2002, depende, cada vez mais, da criança permanecer sentada quieta, de longos períodos de concentração e de realizar até ao fim as actividades escolares. Cada vez mais as crianças, com faixas etárias baixas são submetidas a graus de exigência elevados, apresentando-se a maioria dos ambientes escolares restritivos e exigentes em relação às dinâmicas de sala de aula, visando resultados satisfatórios.

Para tal, a criança necessita de ter controlo sob o seu comportamento e ajustá-lo a diferentes situações. As crianças com PHDA têm muita dificuldade ao nível do ajustamento do seu comportamento escolar, apresentando, com frequência no seu registo escolar graves problemas como participações disciplinares, processos disciplinares, sanções, expulsões e reprovações.

Os professores e os pais apresentam várias exigências, em diferentes domínios como a matemática, a leitura, a escrita, a memorização, a compreensão, a resolução de problemas e a socialização, sendo difícil para a criança ser exemplar em todos esses domínios. A presença de pais e de professores assertivos melhora, em muito, as hipóteses de aprendizagem da criança. Os professores deverão desenvolver competências específicas para lidar e ajudar estas crianças. Para tal, terão que fazer adaptações e, muitas vezes, modificações curriculares de diferentes tipos e níveis (Rebelo, 1997).

Em 2006, Zagury desenvolveu um estudo, no Brasil, onde procurou revelar as dificuldades apontadas pelos professores, relativamente aos problemas com as crianças que apresentam PHDA. Apresentaram como maiores dificuldade, manter a disciplina, motivar os alunos, fazer a sua avaliação, manterem-se actualizados e escolher a metodologia apropriada. A pesquisadora revela, ainda a indisciplina, a falta de limites dos alunos, falta de educação em casa e falta de apoio da família como situações que condicionam o processo ensino-aprendizagem.

A relação escola e PHDA é tão importante como a relação pais e PHDA. O momento de uma criança ingressar numa escola pode transformar-se num verdadeiro “pesadelo” para os pais. Um turbilhão de emoções e questões vibram na cabeça deles. Será que a Escola está preparada para receber uma criança com as características do meu filho? Será que o/a professor/a irá conseguir lidar com o meu filho? Será que ele se vai conseguir adaptar?

Os pais deverão tentar reunir com a equipa pedagógica da escola e em especial com o professor/a que irá ter o aluno e analisar com estes algumas questões. Deverão ter em conta as características da criança, as indicações terapêuticas já dadas, pelos técnicos que seguem a criança e ponderar algumas situações que, com certeza, se irão levantar ao longo da escolaridade. De acordo com alguns autores, estas poderão ser algumas das sugestões a seguir (Fonseca, 1998; Halloweel et al., 1992): i) Ter em conta o tipo de alunos que constitui a turma; ii) Verificar o tamanho da turma (deverá ter, no ideal, entre 12 e 15 alunos); iii) Questionar relativamente ao facto de haver apoio extra de outros profissionais como, professores de Educação Especial (Dec. Lei nº3/2008) e/ou psicólogos; iv) Questionar se os professores recebem formação específica na área; v) Verificar qual a posição da escola a respeito de uso de medicação, que mecanismo a escola utiliza para sua administração, se acredita em seu benefício ou não; vi) Verificar se a escola apresenta uma política para acções disciplinares. Quais os esforços que a escola poderá fazer para auxiliar a criança e não cometer erros e não se limitar a aplicar punições; vii) Verificar qual a forma de comunicação entre família e escola. Existe algum meio pela qual os professores podem advertir os pais diariamente quanto às principais dificuldades enfrentadas pela criança? Isto pode dar-se por meio de comentários no próprio caderno da criança, ou na caderneta, ou, ainda, pessoalmente no final da aula. A comunicação entre família-escola é importante porque mantém pais e professores informados sobre o desempenho diário da criança; viii) Verificar se a escola é receptiva a contactos com os profissionais que acompanham a criança a fim de que possam juntos, discutir sobre o programa educativo e as possíveis recomendações; ix) Deve questionar-se se há outras crianças na turma com outras dificuldades como as de aprendizagem, de comportamento ou emocionais. Alertar para o facto de que só deverão haver duas crianças com Necessidades Educativas Especiais por turma, ao abrigo do disposto na Lei que estipula a constituição das mesmas; x) Sem dúvida alguma que a melhor escola será aquela que tenha total disponibilidade para trabalhar de modo interdisciplinar, que seja

sensível a esta perturbação com o transtorno e que ofereça recursos humanos capacitados a ensinar e saber trabalhar com crianças hiperactivas.

3.2. A percepção dos professores relativamente à PHDA

Apesar de, a maior parte das vezes, a PHDA ser primeiramente sinalizada no início da entrada para a escola, pelos professores e de estes estarem envolvidos no processo de intervenção, pouco se sabe relativamente à percepção destes, no que toca a esta perturbação e ao seu tratamento. Snider, Frankenberger e Aspensen (2000) concluíram que em 60% dos casos sinalizados de crianças com PHDA, os professores se encontram envolvidos no processo. As percepções dos professores são realmente importantes, em múltiplos aspectos, uma vez que são, quase sempre, consultados para questões de diagnóstico e tratamento, que a investigação psicopedagógica existente assenta nos relatos dos professores, sobre os comportamentos e sintomas das crianças e muitos dos tratamentos psicossociais incluem uma componente para ser implementada pelos professores, em contexto escolar.

Neste sentido e sendo a mais comum das desordens pedopsiquiátricas, durante as duas últimas décadas, a PHDA tem sido das perturbação que afecta mais crianças em idade escolar, a que conta com mais trabalhos publicados (Taylor, 1997). No entanto, principalmente nos Estados Unidos da América e na Europa já surgem algumas investigações dentro desta área. Interessam-nos, principalmente, as que se referem às percepções dos professores relativamente a esta problemática.

As percepções, crenças, atitudes e conhecimentos dos professores relativamente à PHDA, são factores que importa identificar, dada a sua importância no diagnóstico e intervenção. Bekle, 2004 levou a cabo uma investigação, onde os resultados salientam o facto de que o grau de conhecimento detido pelos professores, através de formação anterior, influencia a percepção destes relativamente à PHDA e são uma mais-valia quando da intervenção (Ghanizadeh, Bahredar & Moeini, 2006). Na mesma linha, Medeiros e Paula (2006), obtiveram resultados (98% dos inquiridos) que indicavam que os professores achavam muito importante o conhecimento prévio sobre a perturbação e que reconheciam a falta do mesmo (Ghanizadeh, Bahredar, & Moeini, 2006; Inchausti, Amaral, Pavan, Schaefer & Zimmer, 2010). Reid e

colaboradores (1994) apresentam a experiência anterior dos professores com crianças com esta perturbação, como um factor capaz de influenciar as percepções e atitudes dos mesmos.

Neste sentido, revela-se, também, importante a existência de investigações em Portugal que procurem estudar este tipo de factores, bem como a sua influência e impacto na vida escolar das crianças.

Os estudos e investigações até hoje publicados, procuram acima de tudo, conhecer a percepção dos professores, nomeadamente no que respeita ao conhecimento geral, à etiologia/causas, prevalência, incidência e tratamento/intervenção na PHDA.

Parece consensual que quanto à etiologia da PHDA seja, predominantemente, apontada como causa principal factores de origem bioquímica/genética. São vários os estudos que validam esta ideia. Glass e Weagar, 2000 realizaram um estudo com 225 professores - “Teachers Perceptions of the Incidence and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder”, onde 78, 2% apontaram como biológica a origem da PHDA. Vários autores desenvolveram investigações que procuravam estudar as percepções dos professores, relativamente a esta perturbação e também obtiveram como resultados, no que toca à etiologia, uma maioria que aponta para uma causa orgânica, bioquímica, ou biológica/genética, para justificar o aparecimento deste problema (Bekle, 2004; Mayes, Bagweel, & Erkulwater, 2008; Havey, Olson, McCormick & Cates, 2005; Lourenço, 2009). Em todos eles, o factor apontado, em segundo lugar, é o que indica os factores ambientais como causadores da PHDA. Surgiram, ainda, alguns resultados que apontavam o facto de que alguns professores consideram que esta perturbação não é mais do que um comportamento normal, levado ao extremo.

Os rapazes são maioritariamente sinalizados como sendo portadores de PHDA, quando se questionam os professores relativamente à prevalência. Esta ideia é partilhada por vários estudos e em todos eles o facto apontado para justificar esta ideia é a de que os rapazes apresentam comportamentos mais hiperactivos e mais disruptivos do que as raparigas, que apresentam maiores sintomas de inatenção, sintomas estes que passam mais despercebidos (DuPaul & col, 1998; Eisenberg & Schneider, 2002; Gaub, & Carlson 1997; Gingerich, Turnock, Litfin & Rosen, 1998; Gershon, 2002; Havey, Olson, McCormick & Cates, 2005; Lourenço, 2009; Scitutto, Nolfi & Bluhm, 2004;). Scitutto e colaboradores (2004) não

encontraram diferença significativa entre professores do sexo masculino e feminino no que respeita ao facto de serem os rapazes os mais sinalizados.

Segundo a DSM-IV, 1994 a PHDA afecta entre 3 a 5% da população. Em 2000, Glass e Wegar, na sua investigação, chegaram à conclusão de que os professores estavam a identificar crianças, como sendo portadoras de PHDA, muito acima destes valores. 36% dos professores inquiridos apontaram para valores entre os 6% e os 15%, 23% para valores entre 16 e 25% e 13% para valores superiores a 26%. Alguns autores mencionam o facto de que os professores acreditavam ter mais alunos com PHDA na sala de aula do que aqueles que estavam diagnosticados (Pilling, 2000; Sciutto, Terjensen & Frank, 2000). Em alguns casos, esta situação está intimamente relacionada com o tamanho da sala de aula. Quanto maior a sala de aula, maior a percepção dos professores de que têm alunos que deveriam estar diagnosticados e não estão (Havey, Olson, McCormick & Cates, 2005). Jensen e colaboradores, 1999 obtiveram resultados que lhes permitiu afirmar que havia uma percentagem maior de alunos assinalados com PHDA em turmas com um elevado número de alunos. Há, no entanto, estudos que mostram que alguns professores acreditam que existe um elevado número de crianças com diagnóstico de PHDA, e que este número não corresponde à realidade, encontrando-se diagnosticadas de forma incorrecta, constituindo falsos positivos (Mahar & Chalmers, 2007), ou falsos negativos (Snider, Bush & Arrowood, 2003). Nesta linha, Aldridge, Culpepper e Eddowes (1994) encontraram uma diferença significativa na sinalização de crianças com PHDA, as quais eram mais facilmente sinalizadas em salas de aula pouco estruturadas, comparativamente com ambientes mais organizados e estruturados.

A medicação combinada com a modificação comportamental é a intervenção de eleição na maioria das investigações levadas a cabo, sendo-lhes atribuída uma enorme eficácia (Glass & Wegar, 2000; Havey, Olson, McCormick & Cates, 2005; McLeod, Pescosolido, Takeuchi et al. 2004). Pisecco, Huzinec e Curtis (2001), num estudo relativo à percepção dos professores sobre o tratamento/intervenção na PHDA obtiveram resultados curiosos. Os professores apontaram a medicação como a medida de tratamento mais eficaz para os rapazes (surtia efeito mais rapidamente sobre os comportamentos observáveis – hiperactividade) e que para as raparigas era mais aconselhável uma intervenção mais assente na modificação comportamental. Snider, Bush e Arrowood (2003), procuraram investigar a percepção dos professores no que respeita ao uso da medicação como medida de intervenção na PHDA. Os

professores foram unânimes em afirmar que o uso de psico-estimulantes tinha efeitos bastante positivos, uma vez que o comportamento das crianças dentro e fora da sala de aula melhorava significativamente, bem como o seu nível de atenção; que aprendiam mais, melhorando, assim os seus resultados escolares; as suas competências organizacionais também melhoravam. Apesar disso, acreditavam ser necessária mais informação sobre os efeitos da medicação e achavam que eram necessários outros métodos de intervenção. Outros estudos também apontam a colaboração com a família como fundamental, bem como a utilização de estratégias diferenciadas na sala de aula, estratégias de monitorização (Cerqueira, Pinto & Polonia, 2007; Landskron & Sperb, 2008).

Estas crianças, geralmente, são percebidas como tendo mais dificuldades na aprendizagem, como sendo mais lentas e com menos rendimento; apresentam mais dificuldades de concentração, mais agitação, maiores dificuldades de organização mais dificuldades no contacto social (Eisenberg & Schneider, 2002; Cerqueira, Pinto & Polonia, 2007; Mahar e Chalmers, 2007; Ourofino & Fleith, 2005).

Para além deste tipo de estudos, também existem os estudos interculturais, que procuram identificar semelhanças ou diferenças entre as percepções dos professores, nos diferentes países, para daí retirarem conclusões relativamente ao facto de a cultura poder ou não interferir nas crenças, atitudes e conhecimentos. Apresentamos dois exemplos desses estudos. Norvilitis e Fang (2005) chegaram a conclusões bastante interessantes: os chineses dão uma maior importância à hiperactividade, sendo esta a dimensão que mais os leva a sinalizar uma criança com PHDA, enquanto os professores dos Estados Unidos assinalam sintomas mais ligados à inatenção, como aqueles que mais os preocupa. Outro estudo intercultural, realizado por Havey (2007), concluiu que os Holandeses acreditavam mais numa causa bioquímica, enquanto os americanos acreditavam mais na combinação entre factores ambientais e bioquímicos. Os professores de ambos os países acreditavam que a melhor terapia é a combinação entre a medicação e modificação comportamental. Quanto à incidência, ambos julgam haver um diagnóstico incorrecto, sendo mais evidente no caso dos professores dos Estados Unidos.

3.3. Intervenção na sala de aula

Os professores têm a possibilidade de observar e atestar o que muitos profissionais não conseguem, dado o seu relacionamento privilegiado com crianças com PHDA. Dão-se conta que a hiperactividade raramente ocorre de uma forma “pura” mas, ao contrário, apresenta-se, geralmente, ligada a muitos outros problemas como dificuldades de aprendizagem ou falta de regras; que a hiperactividade “muda conforme o clima”, é inconstante e imprevisível; e que o tratamento para a hiperactividade representa uma dura missão de trabalho e devoção. Não há uma solução fácil para lidar com a PHDA, na sala de aula ou em casa. Qualquer tratamento/intervenção na escola depende do conhecimento e da persistência da escola e do professor (Hallowell & Ratey, 1994).

Os professores devem ter conhecimento do conflito dificuldades de aprendizagem versus desobediência e falta de regras, e aprender a discriminar entre os dois tipos de problema. É preciso desenvolver um programa de intervenção que possa actuar eficientemente no ambiente da sala de aula com uma criança com PHDA. Essa intervenção minimiza o impacto negativo do temperamento da criança. Um segundo programa de intervenção deve ser desenvolvido para educar e melhorar as aptidões menos desenvolvidas da criança com PHDA.

Goldstein e Goldstein (1998) salientam que o comportamento da criança hiperactiva é desigual, imprevisível e não reactivo às intervenções normais do professor. Poucos professores têm um conhecimento adequado sobre a PHDA, manifestando muitas vezes percepções erróneas sobre a problemática. Uma sala de aula eficiente para crianças com PHDA deve ser organizada e estruturada. A estrutura supõe regras claras e um programa estruturado. As recompensas devem ser coerentes e frequentes. Um programa de reforço baseado na recompensa e na punição deve ser parte integral do trabalho numa turma. A avaliação do comportamento e consequente intervenção do professor deve ser frequente e contingente. Interrupções e pequenos incidentes, por parte da criança, têm menores consequências se forem ignorados. O material didático deve estar adequado às capacidades da criança bem como as expectativas relativamente ao sucesso escolar. As tarefas devem ser o mais variadas possível, desde que continuem interessantes para o aluno.

A criança hiperactiva move-se, constantemente, na sala de aula, mostrando uma variedade de comportamento e desatenção, podendo ser intitulada de desobediente. A desatenção pode dificultar o desempenho académico da criança, evidenciado por uma caligrafia desleixada, erro por desatenção e papéis enxovalhados (Benczik, 2000). Os professores devem ter em mente que o facto de estas crianças não permanecerem por muito tempo “quietas” não significa que elas não tenham a capacidade de aprendizagem necessária, pelo contrário, muitas vezes, o pouco tempo que conseguem atingir o grau de concentração necessário, aprendem o mesmo que as crianças normais.

A lista de sugestões, a seguir apresentada, tem por base uma combinação de pesquisas científicas, experiência profissional e senso comum, de como os professores devem ser (Goldstein & Goldstein, 1998): i) Um professor deve saber reconhecer a PHDA numa criança e estar disposto a reconhecer que este problema tem um impacto significativo sobre as crianças da turma; ii) Um professor deve entender a diferença entre problemas resultantes de dificuldades de aprendizagem e problemas resultantes de desobediência; iii) Um professor não deve empregar como primeira opção o reforço negativo ou a punição como meios para lidar com os problemas; iv) A sala de aula deve ser organizada; v) Deve existir um conjunto claro e consistente de regras na turma. Todos os alunos deverão interiorizar estas regras; vi) As regras da sala de aula deverão estar colocadas num cartaz colocado na sala para que todos vejam; vii) Deve existir uma rotina consistente e previsível na sala de aula; viii) Um professor deve exigir e seguir estritamente as exigências específicas do comportamento e a produtividade da criança; ix) O trabalho escolar fornecido deve ser compatível com o nível de capacidade da criança.

Segundo Benczik (2000) para além da importância da interacção que o professor estabelece com a criança e/ou adolescente, é essencial também que, também, tenha em conta a experiência, faça formação que permita uma actualização e que adopte uma filosofia positiva sobre o processo educacional.

Para Rodrigues (2008), a intervenção em contexto escolar deve guiar-se por algumas premissas. Esta não pode descuidar a educação/formação dos professores. As investigações realizadas revelaram que o conhecimento e a atitude dos professores face à PHDA influenciam, de modo directo, a sua disponibilidade para lidar correctamente com as crianças que apresentam esta perturbação (Bekle, 2004; Ghanizadeh, Bahredar & Moeini, 2006). Deve

haver uma parceria efectiva entre escola e pais, com colaboração na aplicação das estratégias. Em contexto escolar a intervenção comportamental é fundamental, devendo ter em conta a modificação do contexto (reorganização dos espaços físicos), a utilização de estratégias de modificação comportamental (e.g. contratos comportamentais, *time-out*, *token economy systems*, custo de resposta, entre outras). As técnicas de auto-regulação não podem ser descuradas, visando os comportamentos mais impulsivos e a desorganização (e.g. auto-monitorização, auto-instrução e resolução de problemas). Outro tipo de intervenção pressupõe a utilização de um tutor, que auxiliará o professor titular na aplicação das estratégias e gestão das mesmas. O treino de competências sociais deve ser utilizado com ponderação, uma vez que apresenta algumas dificuldades de aplicabilidade e de sucesso. Nunca esquecer que a intervenção deve ser multimodal, ou seja, deve conjugar a farmacologia, com a intervenção comportamental e ter em conta a rede de relações humanas (agentes) que se estabelecem com a criança.

Como se verifica, na literatura, há uma grande variedade de intervenções específicas que um professor pode utilizar para ajudar a criança com PHDA, na sua adaptação à sala de aula e respectivo sucesso escolar. Existem vários modos de as estruturar, devendo adaptá-las às características específicas do aluno em questão. Não esquecer que, como já foi afirmado, este trabalho não é uma missão isolada, mas fruto do trabalho conjunto de uma equipa multidisciplinar.

Parte II - ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 1. Objectivos e hipóteses

O principal objectivo do nosso estudo consiste em analisar as percepções e atitudes dos professores do ensino básico face à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

O conhecimento que os professores têm da PHDA pode influenciar a sua atitude face à mesma e esta é uma variável que pode influenciar na introdução de mudanças pedagógicas. O estudo da percepção que os professores têm acerca da PHDA (na sua etiologia, principais sintomas, prevalência, causas, comorbilidade, formas de intervenção) poderá ajudar a compreender o seu nível de conhecimento da PHDA e respectivas consequências.

O modo como os professores operacionalizam a sua prática educativa, o modo como encaram a gestão dos recursos humanos (alunos), que todos os dias têm perante eles, com problemáticas específicas, pode constituir-se como facilitador ou, pelo contrário, aumentar as dificuldades na implementação de medidas adequadas a esta população escolar específica, com PHDA.

É devido a esta importância e à escassez de pesquisas com o enfoque no conhecimento dos professores acerca desta perturbação que este estudo se torna relevante, propondo também aos professores a importância destes conhecimentos para planearem estratégias mais eficazes de aprendizagem para estes alunos.

Deste modo, parece-nos de todo pertinente este estudo, que pretendemos venha trazer um conhecimento correcto sobre o modo como os professores “vêm” estas crianças, permitindo melhorar a intervenção em contexto escolar.

O presente estudo exploratório, essencialmente de cariz descritivo e analítico, tem como principal objectivo analisar os conhecimentos, percepções e práticas dos professores do ensino básico, do Distrito da Guarda, no que concerne à PHDA.

Com este objectivo geral, pretendemos dar resposta aos seguintes objectivos específicos:

- a) Conhecer a informação que os professores do ensino básico detêm sobre a PHDA;

-
- b) Conhecer as percepções dos professores sobre o impacto da PHDA em contexto escolar;
 - c) Conhecer as medidas e estratégias de intervenção mais utilizadas pelos professores junto dos alunos com PHDA;
 - d) Analisar se se verificam diferenças significativas nos conhecimentos, percepções e práticas dos professores em relação à PHDA, em função do nível de ensino que leccionam;
 - e) Analisar se se verificam diferenças significativas nas percepções e conhecimentos dos professores em relação à PHDA, em função da sua experiência prévia junto de alunos com a perturbação;

Capítulo 2. Método

2.1. Amostra

A amostra foi seleccionada por conveniência, de forma intencional, procurando-se assegurar uma distribuição o mais equitativa possível dos sujeitos tomando as variáveis sexo e ciclo de ensino. Participaram no estudo 142 professores que estavam a desempenhar funções no ano lectivo de 2009/2010 em escolas agrupadas e não agrupadas do distrito da Guarda (cf. Anexo III), entre os quais 52 homens (36.6%) e 90 mulheres (63.4%), com idades compreendidas entre os 26 e 59 anos (média de 41.2, desvio-padrão de 8.10). Destes, 124 (87.3%) pertenciam ao ensino público e 13 (9.2%) leccionavam no sector privado.

Relativamente ao ciclo de ensino, 33 eram professores do 1º CEB (23.2%), 37 do 2º CEB (26.1%) e 72 do 3º CEB (50.7%). As habilitações literárias distribuem-se por Bacharelato, com 2 (1.4%) professores, Licenciatura, com 128 (90.1%) e Mestrado, com 10 (7.0%). Em média, o número de anos de serviço dos professores foi de 16.8 (desvio-padrão 8.53), variando de 1 a 36 anos.

No quadro I apresenta-se a descrição da amostra, tomando as variáveis sexo, ciclo de ensino, tipo de escola (pública ou privada), experiência prévia com alunos com PHDA, habilitações académicas dos sujeitos e grau de informação sobre a PHDA.

Quadro I - Descrição da amostra tomando o sexo, ciclo de ensino, tipo de escola experiência prévia com alunos com PHDA, hab. académicas e grau de inf. sobre a PHDA

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	52	36,6
	Feminino	90	63,4
Ciclo	1º CEB	33	23,2
	2º CEB	37	26,1
	3º CEB	72	50,7
Escola	Pública	124	87,3
	Privada	13	9,0
Experiência com alunos com PHDA	Sim	90	63,4
	Não	47	33,1
Habilitações Académicas	Bacharelato	2	1,4
	Licenciatura	128	90,1
	Mestrado	10	7,0
Grau de Informação sobre PHDA	Nenhum	18	12,7%
	Pouco	78	54,9%
	Suficiente	33	23,2%
	Bom	6	4,2%

A leitura do quadro I revela que a nossa amostra é maioritariamente constituída por professores do género feminino (n= 90; 63,4%), o que não é de estranhar, uma vez que a classe dos professores é, maioritariamente, constituída por mulheres. Quanto ao ciclo de ensino, temos um maior número de professores que leccionam no 3º CEB (n= 72; 50,7%), e um maior número de professores com licenciatura (n=128; 90,1%). A maior parte deles está colocada em escolas do ensino público (n= 124; 87,3%). Relativamente à experiência prévia dos professores com alunos com PHDA, a maioria (n=90; 63,4%) já teve contacto com esta problemática, no entanto a maioria acredita ter muito pouca informação sobre este assunto (nenhuma (n=18; 12,7%); pouca (n=78; 54,9%). Apenas 4,2% acham que têm uma boa informação.

2.2. Instrumentos

A metodologia utilizada para a avaliação dos conhecimentos, percepções e atitudes dos professores do ensino básico face à PHDA foi essencialmente de cariz quantitativo, envolvendo a recolha de elementos informativos relativos à avaliação do conhecimento sobre a PHDA, ao impacto da PHDA em contexto escolar e às atitudes e estratégias de intervenção utilizadas. Assim, foram utilizados 3 questionários para recolha destas informações, bem como um questionário de caracterização dos participantes.

Questionário de caracterização dos participantes

Este questionário integra uma primeira parte, na qual se faz a apresentação do estudo, indicando os objectivos e cuidados éticos no tratamento da informação obtida. Uma segunda parte inclui um conjunto de perguntas, de cariz mais demográfico, como por exemplo o sexo e a idade do participante. Um terceiro conjunto de questões reporta-se à experiência profissional dos sujeitos no geral (e.g. situação profissional, formação académica de base, ano(s) que lecciona, tempo de serviço) e, em particular, no que respeita ao seu contacto com a PHDA (e.g. grau de informação sobre a PHDA, formação anterior sobre o tema, contacto com crianças com diagnóstico de PHDA, etc.).

Knowledge of Attention Deficit Disorder (KADDS)

O *Knowledge of Attention Deficit Disorder* (KADDS) é um questionário construído por Sciutto e Feldhamer (1994), que pretende avaliar os conhecimentos dos professores relativamente à PHDA. Neste estudo foi utilizada uma versão do instrumento traduzida e adaptada para a população portuguesa por Rodrigues e Horta (2008). A versão original do KADDS é constituída por 39 itens, passíveis de serem respondidos como “Verdadeiro”, “Falso” ou “Não Sei”. Os itens contemplam conteúdos específicos acerca da PHDA, os quais incidem em três domínios: sintomas e diagnóstico (e.g. “As crianças distraem-se frequentemente com estímulos externos” e “A PHDA pode ser diagnosticada com garantia através do uso de escalas comportamentais (por ex: Escalas de Conners”)), formas de tratamento (e.g. “Os psicoestimulantes são a forma mais utilizada na intervenção da PHDA” e

“A psicoterapia individual é geralmente suficiente para a intervenção com crianças com PHDA”) e conhecimentos de índole geral, desde a evolução da perturbação, às causas e prevalência (e.g. “Na maioria das crianças com PHDA, os sintomas desaparecem na adolescência e em consequência passa a existir um funcionamento adequado na idade adulta”, “A investigação actual sugere que a PHDA é genericamente o resultado de estilos parentais ineficazes”, “A maioria dos estudos epidemiológicos referem que a PHDA ocorre aproximadamente em 15% das crianças em idade escolar”). A escala total apresentou uma alta consistência interna (valores de *alpha* entre 0,80 e 0,90) e correlação teste-reteste de moderada a alta (entre 0,59 e 0,76). Mais tarde, em 2002, Sciutto e seus colaboradores reformularam o KADDS, retirando-lhe 3 itens (Sciutto, Terjesen, & Bender-Frank, 2000). O questionário ficou assim com 36 itens, distribuídos pelos três domínios acima indicados. O questionário utilizado nesta investigação é uma adaptação da última versão do KADDS, na qual foram acrescentados 8 itens na versão portuguesa, somando assim um total de 44 itens. Os itens acrescentados distribuem-se pelas áreas acima apontadas, havendo, no entanto, um predomínio de itens relacionados com o tratamento/intervenção (4 itens). Relativamente à cotação, o Verdadeiro é cotado com 1 ponto e o Falso e o Não Sei são cotados com zero pontos. A classificação total é a soma de acertos, podendo variar entre 0 e 44.

School Situation Questionnaire (SSQ)

O *School Situation Questionnaire (SSQ)*, de Russel Barkley (1981), procura avaliar as percepções dos sujeitos sobre o impacto da PHDA em contexto escolar. O SSQ foi construído juntamente com o *Home Situation Questionnaire (HSQ)* por Barkley, em 1981 e destina-se a ser preenchido por professores. É constituído por 12 itens, que pretendem avaliar a percepção dos professores sobre o impacto (gravidade e intensidade) das várias características da PHDA (défice de atenção, hiperactividade e impulsividade) em contexto escolar (a resposta é dada numa escala de Likert que vai de 1 - pouco severo, até ao 9 - muito severo). Este instrumento apresentou boas qualidades psicométricas, com níveis adequados de consistência interna (*alpha* de Cronbach de 0,95), fidelidade teste-reteste e validade de constructo. A análise de componentes principais conduzida com esta escala apontou para um único factor que contribui quase na totalidade para a variância dos itens.

Neste estudo, foi utilizada uma versão do SSQ, traduzida e adaptada por Rodrigues e Horta, em 2008, onde se acrescentam duas partes iniciais, previamente à apresentação dos itens do SSQ. Assim, numa primeira parte é pedido ao professor que assinale, de entre as três principais características da PHDA (Hiperactividade, Impulsividade e Défice de Atenção), qual a que mais contribui para a sinalização do problema. Numa segunda parte do questionário, deverão ser assinaladas 5 características de entre 18 (que correspondem aos critérios de diagnóstico da PHDA do DSM IV-TR: 9 itens para o Défice de Atenção, 6 para a Hiperactividade e 3 para a Impulsividade), que consideram que mais perturbam a vida escolar das crianças/adolescentes com PHDA. A terceira parte integra um conjunto de 12 itens que compõem o SSQ, onde se solicita aos professores que indiquem quais as situações do quotidiano escolar, que constituem problemas a gerir com os alunos com PHDA (e.g. "durante as actividades de grupo", "durante trabalho individual de secretária"). Como opções de resposta temos o Sim, o Não, o NA (não se aplica) e o NO (não se observa).

Questionário sobre Atitudes, Intervenção e Estratégias

O Questionário sobre Atitudes, Intervenção e Estratégias foi construído por Rodrigues e Horta (2008), no intuito de avaliar as estratégias e metodologias utilizadas pelos professores, junto dos alunos com PHDA. Neste questionário pretende-se que os professores identifiquem, assinalando no local que acharem conveniente, segundo uma escala pré-definida (1 - Nunca utilizo; 2 - Utilizo; 3 - Utilizo com frequência; NA- Não se adequa ao meu método de ensino e NC- Não conheço), as estratégias de intervenção em contexto escolar que utilizam para lidar com alunos com este tipo de problemática. As estratégias enquadram-se em áreas de intervenção específicas, como a intervenção comportamental (e.g. recompensas, castigos, *time-out*), intervenção na organização e gestão da sala de aula (e.g. sentar a criança perto do professor), intervenção ao nível de estratégias de supervisão e monitorização do trabalho do aluno (e.g. supervisionar o aluno de forma próxima e contínua), intervenção ao nível da articulação e parcerias com a família e com outros agentes da comunidade escolar (e.g. psicólogo, órgão de gestão, professore de educação especial) e estratégias que impliquem parcerias e colaboração com serviços externos à escola (e.g. encaminhamento para técnicos especializados, como médicos, psicólogos, entre outros).

A opção por estes instrumentos fundamenta-se, em primeiro lugar, na sua utilidade face aos objectivos do nosso estudo e às propriedades psicométricas verificadas e, em segundo lugar, na colaboração estabelecida no projecto “Percepções e atitudes dos professores face ao impacto da PHDA em contexto escolar: Análise exploratória da realidade portuguesa”, de Rodrigues, Carita e Horta, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (PTDC/CED/66225/2006), tendo sido autorizada a sua utilização pelas autoras do projecto. Atendendo aos contornos inerentes a este projecto, foi necessário manter as versões propostas e construídas pela equipa de investigação.

2.3. Procedimento

Os professores foram solicitados a colaborar no estudo através de contacto pessoal, onde lhes foram apresentados os objectivos do estudo e as instruções para o preenchimento dos questionários, garantindo-se a confidencialidade e anonimato das informações recolhidas. Aos que acederam, voluntariamente, foi-lhes entregue o conjunto dos questionários e combinado um dia para se proceder à recolha dos mesmos. A entrega e recolha dos questionários decorreu entre Novembro de 2009 e Fevereiro de 2010. O tratamento de dados foi efectuado com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18.0 para o Windows.

Capítulo 3. Resultados

No total de professores inquiridos, 47 (33,1%) indicaram que nunca tiveram alunos com PHDA. Entre os 90 (63,4%) professores que já tiveram alunos com PHDA, o número de alunos identificados varia entre 0 e 9, com a média de 1,4 (desvio padrão de 1,76).

Relativamente ao grau de informação sobre a PHDA, 18 (12,7%) professores revelam não ter qualquer informação, 78 (54,9%) têm pouca informação, 33 (23,2%) revelam um grau suficiente de informação e apenas 6 (4,2%) acham que têm um bom grau de informação.

No que respeita à formação anterior sobre PHDA, 62 (43,7%) professores responderam que

não apresentam nenhuma formação anterior, 21 (14,8) apresentam formação anterior, que adquiriram durante o curso superior que frequentaram, 37 (26,1%) refere que a sua formação foi obtida em conferências e leituras, 11 (7,7%) frequentou cursos breves ou acções pontuais, enquanto 7 (4,9%) frequentaram pós-graduações especializadas e 2 (1,4%) referem mais do que um tipo de formação. Quando questionados sobre o seu nível de preparação para trabalhar com uma criança com PHDA, numa escala de Likert, em que 1 significa “nada preparado” e 7 “totalmente preparado”, 29 (20,4%) professores apontaram “nada preparado”, 40 (28,2%) escolheram o nível 2, 40 (28,2%) assinalaram o nível 3, 22 (15,5%) assinalaram o 4, 7 (4,9%) assinalaram o 5 e 2 (1,4%) assinalaram o 6, sendo que nenhum se considera “totalmente preparado”.

Em seguida, apresentam-se os resultados obtidos em cada um dos questionários aplicados, considerando a estatística descritiva (médias, desvios-padrão, valores mínimo e máximo, frequências e percentagens), no total da amostra, e tomando as variáveis “experiência prévia com alunos com PHDA” e ciclo de ensino, de forma discriminada.

Avaliação do conhecimento da PHDA

No quadro II apresentam-se os resultados obtidos no KADDS, tomando as variáveis contacto com alunos com PHDA e ciclo de ensino.

Quadro II – Médias, desvios-padrão e valores mínimo e máximo no KADDS, tomando a experiência com a PHDA e o ciclo de ensino

Variáveis		<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>Min.-Máx.</i>
Experiência	Sim	18,8	6,76	2-33
	Não	14,7	6,83	0-29
Ciclo	1º CEB	20,8	5,49	9-32
	2º CEB	16,7	6,21	0-30
	3º CEB	16,1	7,45	0-33
Total		20,6	6,55	2-31

Conforme se pode verificar da leitura do quadro anterior, a média de respostas certas no total da amostra foi de 20,6 ($dp=6.55$), situando-se os valores mínimo e máximo entre 2 e 31. Como seria de esperar, face às dificuldades apontadas pelos sujeitos ao nível da sua

preparação e (in)formação sobre o tema, estes valores traduzem um grau de conhecimento por parte dos professores bastante reduzido (destacamos que o valor máximo de acertos possível neste questionário é de 44). Numa análise das médias obtidas em cada conjunto de itens KADDS (conhecimento de índole geral, sintomas/diagnóstico e tratamento/intervenção), foi possível constatar que os professores detêm um melhor conhecimento acerca de informações relativas aos sintomas de diagnóstico ($M=0,56$), seguindo-se a informação de carácter geral ($M=0,36$). Assim, os conhecimentos dos professores parecem ser inferiores no que se reporta ao tratamento e medidas de intervenção ($M=0,18$).

Tomando a experiência prévia com alunos com PHDA, verificamos que os professores que já tiveram contacto com estes alunos obtiveram uma média de acertos superior àqueles que não tiveram essa experiência. Atendendo ao ciclo de ensino, foram os professores do 1º CEB a manifestar uma média de acertos mais elevada, em oposição aos do 3º CEB.

Impacto da PHDA em contexto escolar

No quadro III apresentam-se os resultados respeitantes à percepção dos professores relativamente à característica que mais destacam no despiste da PHDA, tomando a experiência prévia com alunos com PHDA e o ciclo de ensino. Importa salientar que vários professores assinalaram mais do que uma característica em simultâneo, havendo ainda alguns casos omissos relativamente às variáveis em estudo, tendo por isso sido eliminados desta análise.

Quadro III - Frequência obtida nas características que levam à suspeita de PHDA, tomando a experiência com a PHDA e o ciclo de ensino

Variáveis		Característica que leva à detecção (n e %)		
		Défice de Atenção	Hiperactividade	Impulsividade
Experiência	Sim	22 (24,4%)	57 (63,3%)	8 (8,9%)
	Não	16 (24,4%)	28 (59,6%)	1 (2,1%)
Ciclo	1º CEB	4 (12,1%)	25 (75,8%)	2 (6,1%)
	2º CEB	14 (37,8%)	22 (59,5%)	1 (2,7%)
	3º CEB	21 (29,2%)	42 (58,3%)	6 (8,3%)
TOTAL		39 (27,5%)	89 (62,7%)	9 (6,3%)

A partir da leitura do quadro III, e numa análise global, verificamos que a Hiperactividade é a característica mais significativa na detecção da PHDA (n=89; 62,7%), seguida do Défice de Atenção (n=39; 27,5%). A Impulsividade apenas foi assinalada por 9 docentes (6,3%).

Relativamente aos resultados obtidos tomando a variável “experiência prévia com a PHDA”, verificamos que a característica que mais contribui para a suspeita de PHDA em ambos os grupos (com e sem experiência) é a Hiperactividade, com um total de 57 (63,3%) respostas assinaladas pelo primeiro grupo, e 28 (59,6%) pelo segundo. Os dois grupos assinalaram, a seguir, o Défice de Atenção e a característica que menos suspeita levanta, para ambos, é a Impulsividade.

Também no que respeita ao ciclo de ensino se verifica, ao longo dos três ciclos, um maior frequência de respostas na Hiperactividade. No entanto, são os professores do 1º CEB, os que assinalam mais essa característica (75,8%). Em segundo lugar, e de forma análoga em todos os ciclos, foi apontado o Défice de Atenção.

No quadro IV, apresentamos os resultados relativos às características (que correspondem aos critérios de diagnóstico da PHDA do DSM-IV-TR) que os professores consideraram mais perturbadoras da vida escolar das crianças com PHDA. Conforme se pode constatar, observa-se que a característica que os professores apontam como a que mais perturba a vida escolar dos alunos com PHDA é o item 2 (“Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades”), com 115 respostas assinaladas (81%), apontando, logo de seguida, o item 8 (n=100; 70,4%), também relacionado com o Défice de Atenção. Mais afastados, com 55 respostas assinaladas (38,7%) surgem os itens 4 e 10, ambos relacionados com a Hiperactividade.

De forma a podermos comparar quais os sintomas considerados pelos professores como mais perturbadores da vida escolar do aluno, tendo em atenção as dimensões essenciais da PHDA (Défice de Atenção, Hiperactividade e Impulsividade), dividimos os resultados obtidos em cada dimensão pelo número de itens respectivo, uma vez que estes não se encontram distribuídos de igual forma por cada dimensão.

Quadro IV - Frequência obtida nas características consideradas como mais problemáticas na vida escolar das crianças com PHDA

Itens	N	%
1. Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas.	36	25,4
2. Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades.	115	81,0
3. Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra.	31	21,8
4. Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções).	55	38,7
5. Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas.	50	35,2
6. Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares).	42	29,6
7. Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares.	6	4,2
8. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	100	70,4
9. Esquece-se das actividades quotidianas.	8	5,6
10. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	55	38,7
11. Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.	37	26,1
12. Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	15	10,6
13. Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer.	7	4,9
14. Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	42	29,6
15. Fala excessivamente.	25	17,6
16. Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	25	17,6
17. Tem dificuldade em esperar a sua vez.	35	24,6
18. Interrompe ou interfere nas actividades dos outros.	46	32,4

No quadro V apresentamos os resultados em termos de médias, desvios-padrão e valores mínimo e máximo, em cada dimensão, tomando a experiência prévia com alunos com PHDA e o ciclo de ensino. Os resultados mostram que, no total, são os sintomas que integram a dimensão Déficit de Atenção, com uma média de 0,4 ($dp=0,13$), aqueles que os professores entendem como sendo mais perturbadores da vida escolar do aluno, seguidos dos da Impulsividade, com média 0,3 ($dp=0,27$) e por fim os da Hiperactividade, que apresentam uma média de 0,2 ($dp= 0,16$).

Tomando a experiência prévia com a PHDA, notamos que em ambos os grupos é o Déficit de Atenção o mais apontado como aquele que mais perturba a vida escolar dos alunos com PHDA. Atendendo ao ciclo de ensino, são os professores do 2º e 3º CEB ($M= 0,4$; $dp= 0,12$), os que acham que é a dimensão Déficit de Atenção, aquela que mais perturba os alunos. Os

professores do 1º CEB também acham que o Défice de Atenção ($M= 0.3$; $dp= 0,13$) é o que mais perturba, mas dão igual valor à Hiperactividade ($M= 0.3$; $dp= 0,17$).

Quadro V - Médias, desvios-padrão e mínimos e máximos, em cada dimensão da PHDA, tomando a experiência com a PHDA e o ciclo de ensino

Variáveis		Défice de Atenção			Hiperactividade			Impulsividade		
		M	dp	Min-Max	M	dp	Min-Max	M	dp	Min-Max
Experiência	Sim	0,4	0,11	0,11-0,56	0,2	0,15	0-0,5	0,2	0,28	0-1,00
	Não	0,4	0,15	0-0,67	0,2	0,18	0-0,67	0,3	0,26	0-0,67
Ciclo	1ºCEB	0,3	0,13	0,11-0,67	0,3	0,17	0-0,67	0,2	0,23	0-0,67
	2ºCEB	0,4	0,12	0,11-0,56	0,2	0,17	0-0,50	0,2	0,30	0-1,00
	3ºCEB	0,4	0,12	0-0,56	0,2	0,15	0-0,67	0,3	0,26	0-1,00
Total		0,4	0,13	0-0,67	0,2	0,16	0-0,67	0,3	0,27	0-1,00

Comparando os resultados anteriormente apresentados, verificamos que, apesar de a Hiperactividade ser a dimensão que mais se destaca no momento da sinalização da PHDA – independentemente da experiência prévia com estes alunos ou ciclo de ensino –, são os sintomas de Défice de Atenção, na opinião dos professores, os que mais perturbam a vida académica dos alunos.

No quadro VI apresentamos a frequência e percentagem das respostas dadas pelos professores no *School Situation Questionnaire* (SSQ), relativo às situações do quotidiano escolar consideradas como mais difíceis de gerir, tomando o ciclo de ensino. Importa mencionar que para esta análise apenas foram considerados os resultados dos professores que assinalaram já ter tido contacto com alunos com PHDA. Decidimos, igualmente, analisar apenas as respostas “sim”, uma vez que o nosso principal objectivo é perceber quais as situações que estes professores indicam, a partir da sua experiência, como sendo aquelas que consideram mais problemáticas em contexto escolar.

Quadro VI - Frequência e percentagem de respostas nos itens do SSQ, tomando o ciclo de ensino

ITEM	CICLO	N	%
1. Quando chega à escola	1º CEB	7	28,0%
	2º CEB	2	6,5%
	3º CEB	2	5,9%
	TOTAL	11	12,2%
2. Durante trabalho individual de secretária	1º CEB	22	88,0%
	2º CEB	28	90,3%
	3º CEB	30	88,2%
	TOTAL	80	88,9%
3. Durante actividades de pequeno grupo	1º CEB	21	84,0%
	2º CEB	28	90,3%
	3º CEB	31	91,2%
	TOTAL	80	88,9%
4. Durante momentos de jogo livre, dentro da sala	1º CEB	12	48,0%
	2º CEB	9	29,0%
	3º CEB	15	44,1%
	TOTAL	36	40,0%
5. Durante exposições para a turma	1º CEB	15	60,0%
	2º CEB	23	74,2%
	3º CEB	28	82,4%
	TOTAL	66	73,3%
6. No recreio	1º CEB	10	40,0%
	2º CEB	8	25,8%
	3º CEB	4	11,8%
	TOTAL	22	24,4%
7. Ao almoço	1º CEB	8	32,0%
	2º CEB	8	25,8%
	3º CEB	6	17,6%
	TOTAL	22	24,4%
8. Nos corredores	1º CEB	10	40,0%
	2º CEB	9	29,0%
	3º CEB	12	35,3%
	TOTAL	31	34,4%
9. Na casa de banho	1º CEB	6	24,0%
	2º CEB	2	6,5%
	3º CEB	2	5,9%
	TOTAL	10	11,1%
10. Em passeios e/ ou visitas de estudo	1º CEB	22	88,0%
	2º CEB	23	74,2%
	3º CEB	19	55,9%
	TOTAL	64	71,1%
11. Durante assembleias/ reuniões especiais	1º CEB	11	44,0%
	2º CEB	21	67,7%
	3º CEB	16	47,1%
	TOTAL	48	53,3%
12. No autocarro escolar	1º CEB	11	44,0%
	2º CEB	8	25,8%
	3º CEB	9	26,5%
	TOTAL	28	31,1%

Estratégias de Intervenção

O quadro VII mostra os resultados (médias, desvios-padrão, mínimos e máximos) relativos às estratégias de intervenção em contexto escolar, que os professores assinalaram como sendo as que mais utilizam na sua prática escolar junto de alunos sinalizados com PHDA.

Quadro VII - Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos nas diversas estratégias de intervenção

ITEM	M	dp	Min.-Máx.
1. Recompensas sociais	1,5	0,66	0-2
2. Recompensas materiais	0,3	0,60	0-2
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados	1,3	0,66	0-2
4. <i>Time-out</i> (tempo de afastamento da sala)	0,4	0,60	0-2
5. Organização da sala de aula	1,5	0,66	0-2
6. Tarefas curtas, definidas e sequenciadas	1,5	0,55	0-2
7. Supervisionar o aluno de forma contínua	1,5	0,55	0-2
8. Monitorizar a realização das tarefas	1,6	0,58	0-2
9. Enviar informação diária ou semanal aos pais	0,6	0,64	0-2
10. Castigar o aluno	0,3	0,57	0-2
11. Repreensões para comportamentos inapropriados	1,0	0,63	0-2
12. Regulamento disciplinar da escola	0,7	0,69	0-2
13. Utilizar sistemas de auto-avaliação do comportamento	1,1	0,72	0-2
14. Solicitar a ajuda da família	1,1	0,68	0-2
15. Criar um “canto” para isolar o aluno quando necessário	0,3	0,54	0-2
16. Regras da sala de aula afixadas	1,1	0,76	0-2
17. Relatório semanal, com objectivos e <i>feed-back</i> do comportamento	0,4	0,62	0-2
18. Encaminhar o aluno para a direcção da escola	0,1	0,33	0-1
19. Colocar lembretes na mesa do aluno	0,1	0,36	0-2
20. Dar conhecimento ao DT do comportamento do aluno	1,2	0,66	0-2
21. Retira “privilégios” em situações de comportamento inadequado	1,7	0,63	0-2
22. Utiliza meios dinâmicos e estimulantes para apresentar as tarefas	1,3	0,62	0-2
23. Usa estratégias de ensino/aprendizagem diferenciadas	1,5	0,55	0-2
24. Adapta as tarefas académicas	1,4	0,64	0-2
25. Usa o ensino de pares na sala de aula	0,7	0,75	0-2
26. Encaminha para técnico especializado	1,3	0,65	0-2

A leitura do quadro VII, leva-nos à verificação de quais as estratégias mais utilizadas pelos professores, na sala de aula, com os alunos que sofrem de PHDA. Numa análise geral, constata-se que as estratégias preferenciais consistem na supressão de privilégios em situações de comportamento inadequado e na monitorização da realização das tarefas (itens 21 e 8, com médias de 1,7 e 1,6 respectivamente). Por outro lado, as estratégias menos frequentes reportam-se essencialmente à utilização de castigos (itens 18, 2, 10 e 15), sendo que a

colocação de lembretes na mesa do aluno (item 19) é também uma das práticas menos utilizadas.

Para uma análise mais aprofundada dos resultados relativos às estratégias utilizadas pelos professores, tomando o ciclo de ensino (em diferentes fases de desenvolvimento, ou ciclos de ensino, os professores poderão adotar estratégias diferenciadas), analisámos as médias obtidas em cada item pelos três grupos de professores. Por motivos de espaço, optámos por apresentar estes resultados num quadro (quadro VIII), no Anexo III.

Tomando os itens mais apontados ao nível da intervenção, os resultados revelam que os professores do 1º CEB privilegiam, em primeiro lugar, as estratégias correspondentes aos itens 5, 6 e 8 (todos com média de 1,8); seguindo-se a utilização das estratégias consignadas nos itens 1, 3 e 7 (todos com média de 1,7). As estratégias de intervenção correspondentes aos itens 5, 8 e 24, são as eleitas pelos professores do 2º CEB (M=1,6), apontando em seguida os itens 6 e 23 (ambos com média de 1,5). Os professores do 3º CEB escolheram como estratégias de intervenção principais, as correspondentes aos itens 23 (M=1,6), 7 (M=1,5) e, de seguida, as referidas nos itens 1, 6 e 8 (todas com média de 1,4). Assim, podemos concluir que no 1º e 2º CEB existe uma maior tendência para a adopção de estratégias de organização da sala de aula, monitorização na realização de tarefas e adaptação das tarefas propostas (e.g. tarefas mais curtas, mais tempo na realização de testes, menos trabalhos de casa), enquanto no 3º CEB os professores recorrem mais a outro tipo de estratégias, como por exemplo a diferenciação no método de ensino, a supervisão mais próxima e contínua do trabalho do aluno ou a utilização de recompensas sociais.

Análises diferenciais

Para a testagem das hipóteses formuladas, recorreu-se ao Teste-t de Student para amostras independentes, no que se reporta à análise das diferenças entre o grupo de professores com experiência prévia junto de alunos com PHDA, e à análise de variância (ANOVA) para a análise das diferenças entre os professores dos três ciclos de ensino. Relativamente ao nível de conhecimentos manifestado pelos professores sobre a PHDA (avaliado a partir do KADDS), observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com experiência anterior junto de alunos com PHDA face ao grupo sem experiência ($t=3,314$; $p<.01$). Tomando as médias obtidas em cada grupo neste questionário (cf. Quadro II), verificamos que

foram os professores que já contactaram previamente com a perturbação os que revelaram um nível de conhecimentos mais elevado sobre o tema.

Verificaram-se também diferenças significativas entre os professores dos três ciclos de ensino ($F_{2, 137}=5,554$; $p<.01$), sendo estas diferenças reportadas à comparação de médias entre os professores do 1ºCEB e do 2ºCEB (com média superior no 1ºCEB), bem como entre os do 1ºCEB e os do 3ºCEB (também com média mais favorável no 1ºCEB). A média obtida no KADDS pelos professores do 2ºCEB não se afastou muito da dos 3ºCEB (análises *post-hoc* realizadas com base no teste Tukey).

De forma a analisar se se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de professores com experiência prévia com a PHDA e o grupo sem experiência, no que se reporta à característica que os leva a suspeitar da perturbação, efectuamos uma análise a partir do teste Qui-quadrado, não se tendo encontrando diferenças com significado estatístico (ambos os grupos apontam, de forma consistente, a hiperactividade como característica mais importante para a sinalização). Também não se verificaram diferenças significativas nas características apontadas, em função do ciclo de ensino. Da mesma forma, quando analisámos eventuais diferenças (ANOVA) nas médias obtidas em cada dimensão considerada como mais perturbadora pelos professores em sala de aula (Défice de Atenção, Hiperactividade ou Impulsividade), não verificamos diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos.

Pelo facto de não existir um número significativo de sujeitos em cada um dos itens do SSQ nalguns dos ciclos de ensino, optou-se apenas pela análise descritiva dos resultados do SSQ em função desta variável.

Capítulo 4. Discussão

Sendo o objectivo central do nosso trabalho analisar os conhecimentos, percepções e práticas dos professores face aos alunos com PHDA, importa perceber até que ponto os professores estão familiarizados ou já tiveram contacto com esta problemática. Pela análise dos resultados encontrados, apercebemo-nos que a maioria da amostra (63,4%) já teve experiência ou contactou com crianças com PHDA, no entanto os docentes estão relativamente mal informados sobre a perturbação (cerca de 70% acham que têm pouca ou nenhuma informação sobre a PHDA e os resultados obtidos no KADDS traduzem um grau de conhecimento por parte dos professores bastante reduzido).

De facto, a PHDA é um dos mais prevalentes e estudados distúrbios comportamentais, com validade clínica, que afectam as crianças na sua realização académica e no relacionamento com os seus pares e professores Barkley (1995). Importa, no entanto, referir que existem estudos que apontam para que possa haver um “sobre-diagnóstico” por parte dos professores (Glass & Wegar, 2000; Havey et al., 2005; Havey, 2007). Os professores tendem a apontar para valores, quanto à prevalência muito superiores ao aceite (DSM-IV-TR), e entendem que há uma quantidade considerável de alunos que não são correctamente diagnosticados. No entanto, num estudo de Mahar e Chalmers (2007), foi possível constatar que os professores que não têm alunos com esta perturbação tendem a achar que a PHDA não está “sobre-diagnosticada”, mas sim “sub-diagnosticada”. De acordo com estes autores, a ausência de formação dos docentes, aliada à falta de experiência com a perturbação, leva-os muitas vezes a identificar um aluno com a PHDA simplesmente por este ser desorganizado e distraído, considerando inclusivamente que deve ser medicado, de modo a que, rapidamente, se possam controlar estes comportamentos. Por outro lado, Gutiérrez, Bode e Meerbeke (2005) verificaram que os professores percebem como desatentos um número significativamente superior de alunos, comparativamente com os dados da literatura em geral.

Em consonância com outras investigações na área (Bekle, 2004; Fernández, Mínguez & Casas, 2007; Kleynhans, 2005; Snider, Bush & Arrowood, 2003; West, Taylor, Houghton, & Huydma, 2005), verificamos no nosso estudo que os professores apresentam um nível de conhecimento bastante reduzido sobre a PHDA, convergindo estes resultados com as dificuldades apontadas

pelos sujeitos ao nível da sua preparação e (in)formação sobre o tema. Curiosamente, alguns estudos têm apontado inclusive que o nível de conhecimentos dos professores sobre a PHDA não se afasta muito do conhecimento detido pela população em geral (Gomes et al., 2007; McLeod, Fettes, Jensen, Pescosolido & Martin, 2007).

Tal como no estudo desenvolvido por Sciutto, Terjensen e Bender Frank (2000), a partir da aplicação do KADDS, os resultados do nosso estudo revelam que os professores detêm alguma informação relativa à sintomatologia, tendo pouca ou nenhuma informação relativamente ao tratamento ou informações gerais. Também num estudo de Lourenço (2009) foi possível verificar que é ao nível da sintomatologia que os professores estão melhor informados sobre a PHDA. Assim, parece que os professores tendem a obter melhores resultados nas questões relativas aos sintomas/diagnóstico, o que poderá dever-se ao facto destas questões estarem mais directamente relacionadas com o que observam nos alunos, no seu dia-a-dia em contexto escolar (e.g. agitação no lugar; levantar-se do lugar sem motivo).

Ainda relativamente aos resultados obtidos com a aplicação do KADDS, foram os professores do 1º Ciclo do Ensino Básico aqueles que obtiveram uma média de acertos mais elevada no total dos itens do questionário ($M=20,8\%$), sendo estes dados convergentes com os do estudo de West, Taylor, Houghton e Hudyma (2005), no qual os professores do 1º CEB obtiveram resultados superiores aos dos professores de níveis de ensino mais elevados. Relativamente à experiência prévia com alunos com PHDA, e como seria de esperar, verificámos que os professores que já tiveram contacto com estes alunos obtiveram uma média de acertos superior àqueles que não tiveram essa experiência. Conforme referem Sciutto e colaboradores (2000), o conhecimento dos professores sobre a PHDA baseia-se sobretudo na experiência já adquirida no contacto com estas crianças. Outros estudos têm apontado, no entanto, a ausência de diferenças significativas no nível de conhecimento dos professores em função do contacto com a problemática (West, Taylor, Houghton & Hudyma, 2005).

O segundo objectivo deste estudo foi conhecer as percepções dos professores sobre o impacto da PHDA em contexto escolar. Verificámos que os sintomas de hiperactividade são os que mais rapidamente levam à sinalização e detecção de uma criança com PHDA. Apesar de alguns estudos apontarem o Déficit de Atenção como o mais assinalado no momento da sinalização (Lourenço, 2009), outros estudos na literatura apontam para resultados semelhantes aos nossos (Rodrigues & Encarnação, 2006; Rodrigues & Ribeiro, 2008). Por

exemplo, Sciutto e colaboradores (2004) verificaram que os professores percebiam a hiperactividade como mais disruptiva, logo era mais facilmente identificável. De acordo com Barkley (2006), a hiperactividade é característica que mais facilmente se observa e aquela que acarreta mais problemas de comportamento em contexto escolar, uma vez que estas crianças apresentam níveis excessivos de actividade motora ou oral, manifestando agitação e inquietude. Estas características são mais facilmente identificadas, uma vez que se observam melhor, sendo também aquelas que geralmente mais perturbam a sala de aula e o normal funcionamento da mesma.

Ao questionarmos os professores sobre quais os sintomas mais problemáticos na vida escolar das crianças com PHDA, estes são unânimes em considerar que o que acarreta mais dificuldades é o défice de atenção. Outros estudos chegaram à mesma conclusão (Lourenço, 2009; Mahar & Chalmers, 2007). No entanto, um estudo intercultural entre a China e os EUA, acerca das percepções nos dois países sobre a PHDA, levou a conclusões interessantes: enquanto que os professores americanos assinalaram como sintomas mais problemáticos os ligados ao défice de atenção, os chineses dão uma maior importância à hiperactividade (Norvilitis & Fang, 2005). De acordo com os autores, este facto pode estar ligado a uma questão cultural, uma vez que os chineses dão muita importância ao controlo e auto-domínio comportamental. Importa salientar a este respeito que o défice de atenção é apontado na literatura como a causa principal da existência de um rendimento escolar aquém das possibilidades destas crianças. Apesar de não ser tão visível, esta característica é a que implica uma maior dificuldade em seleccionar os estímulos de forma adequada. Quando a informação chega a estas crianças, elas fixam-se em detalhes mínimos e não são capazes de apreender a ideia principal (Parker, 2003; Phelan, 2005).

Atendendo ao ciclo de ensino, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os sintomas apontados como mais problemáticos no quotidiano escolar, havendo no entanto estudos que apontam para um maior destaque nos sintomas de desatenção por parte dos professores do 1º e 2º CEB (Lourenço, 2009).

Analisando ainda o impacto da PHDA em contexto escolar, mas considerando as diversas actividades desenvolvidas pelos alunos, verificamos que os professores consideram mais difíceis de gerir as actividades que se reportam a situações de trabalho académico, em que se requer ao aluno que mantenha uma postura mais sossegada. As situações apontadas como as

menos problemáticas são, justamente, situações em que o aluno não necessita de ter um comportamento tão estruturado, estando mais relacionadas com o recreio e tempos livres. Para Parker (2003), são precisamente as situações em que os alunos necessitam de trabalhar na sala de aula, mantendo-se concentrados e quietos, que a maior parte dos problemas emerge. Daí a necessidade de manter uma sala estruturada, com regras, hábitos e rotinas estabelecidas. Para Mahar e Chalmers (2007), as crianças diagnosticadas com PHDA apresentam problemas dentro da sala de aula, precisamente devido à dificuldade expressa em seguir instruções e em tomar a atenção devida ao que necessitam de tomar. Também Landskron e Sperb (2008) verificaram que a principal preocupação dos professores se prende com a dificuldade dos alunos em manter a concentração em tarefas rotineiras.

Finalmente, pretendemos neste estudo analisar as estratégias de intervenção adoptadas pelos professores junto dos alunos com PHDA. Numa análise geral, constata-se que as estratégias preferenciais, utilizadas em contexto de sala de aula, consistem na utilização de práticas educativas diferenciadas e na organização da sala de aula, destacando-se também algumas estratégias cognitivo-comportamentais (e.g. monitorização do trabalho do aluno e supressão de privilégios). Importa referir que os professores do 3º CEB não recorrem com tanta frequência a estratégias tão diferenciadoras e de monitorização do comportamento do alunos. Isto deve-se, provavelmente, ao facto de que com a idade os sintomas da PHDA tendem a atenuar-se, não sendo tão frequentes os sintomas tidos como mais problemáticos, permitindo ao professor a adopção de outro tipo de estratégias, que incentivem uma maior autonomia por parte dos alunos. Os resultados encontrados por Lourenço (2009) também vão neste sentido, uma vez que as estratégias mais referidas pelos participantes no seu estudo, foram a supervisão frequente do trabalho, logo seguida de fornecer ao aluno a informação suficiente em relação ao trabalho que tem que desempenhar (monitorização) e, por último, a utilização de recompensas sociais.

A eficácia do uso da gestão efectiva de comportamentos, através da aplicação de contingências, tem sido apontada na literatura como forma de promoção de competências de auto-regulação comportamental e, conseqüentemente, da autonomia do aluno com PHDA (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Nesta linha, Gomes e Ambrósio (2010) apontam para a importância da adopção de estratégias que permitam a diminuição do comportamento inadequado, mas sugerem a menor utilização possível de castigos. No nosso estudo,

verificamos precisamente que as estratégias menos utilizadas pelos professores são aquelas que recorrem à punição.

CONCLUSÃO

Cada vez mais damos conta que a PHDA é uma realidade, à qual não se pode fugir, com implicações na sociedade aos seus vários níveis: escolar, familiar e comunitário. A PHDA é um dos mais prevalentes e estudados distúrbios comportamentais, com validade clínica, que afectam as crianças na sua realização académica e no relacionamento com os seus pares e professores Barkley (1995). A atestar esta realidade está a quantidade, cada vez maior, de investigações feitas na área, principalmente no estrangeiro, e cada vez mais em território nacional. Estas, trazem novos entendimentos nas suas diferentes vertentes e apenas com elas, estaremos no caminho certo ao nível da intervenção e da promoção do seu sucesso como veículo de uma plena integração destas crianças na sociedade.

Justifica-se, assim, a pertinência deste estudo “Conhecimentos, percepções e práticas dos professores no que concerne à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)”. A literatura revela que as percepções que os professores têm influenciam de modo directo a promoção do sucesso escolar das crianças com PHDA. Para Barkley (1995) a peça chave do sucesso educativo das crianças com esta problemática são os seus professores, que com elas interagem no quotidiano educativo, podendo ajudar numa intervenção mais efectiva e consistente.

Atendendo ao que nos moveu aquando da escolha do tema do nosso estudo, consideramos que o mesmo serviu os nossos objectivos, principalmente porque os principais dados encontrados foram de encontro à literatura. De facto, tal como suspeitávamos, a maioria dos professores do Distrito da Guarda já teve contacto com a PHDA. No entanto, o seu grau de informação sobre a problemática é geralmente muito reduzido, sendo os do 1º Ciclo os que revelam um melhor nível de conhecimento. Apesar dos sintomas de hiperactividade serem os mais significativos no momento da sinalização, os défices de atenção são apontados como os mais perturbadores na vida escolar dos alunos. Ao nível da intervenção junto destes alunos, os professores privilegiam a utilização de estratégias educativas específicas e de organização da sala de aula.

A necessidade de um maior investimento na formação de professores sobre o tema é uma das principais conclusões a retirar deste estudo. Reid, Vasa, Maag e Wright (1994), quando estudaram as percepções dos professores acerca das barreiras à intervenção e à sua auto-

eficácia em lidar com crianças com PHDA, baseada na sua experiência ou formação anterior, chegaram à conclusão de que os professores com contacto prévio com esta perturbação eram mais confiantes. Mais uma vez, quanto mais cedo for proporcionada a formação e informação correcta sobre esta perturbação, maiores as probabilidades de o aluno conseguir ultrapassar as suas limitações e atingir o tão almejado sucesso educativo.

Apesar dos contributos alcançados, este estudo apresentou algumas limitações. O tipo de amostra que utilizámos (amostragem não probabilística) acarreta alguns problemas, sendo que o problema essencial reside na impossibilidade de estimar os erros de amostragem, pelo que as inferências para a população ficam largamente prejudicadas (Pedhazur & Schmelkin, 1991). O procedimento que adoptámos para a distribuição e recolha dos questionários também pode ter constituído uma limitação a este estudo, uma vez que os professores tiveram oportunidade de levar os questionários consigo e devolvê-los mais tarde, o que poderá ter enviesado, em certa medida, a forma como responderam às questões colocadas. Também a impossibilidade de alteração dos questionários seleccionados, pelo facto de se estabelecer uma colaboração com um outro projecto de investigação, foi uma limitação (mas também uma mais valia), no âmbito do estudo desenvolvido.

Resta acrescentar que muito há para explorar num campo tão vasto como aquele que a PHDA ocupa. Existe um crescendo de necessidade de formação e informação sobre o tema, que só poderá ser colmatada com mais estudos na área. Seria interessante, por exemplo, estudar a percepção dos pares sobre os seus colegas com PHDA, pelo importante papel que ocupam na vida destas crianças e pela influência que podem exercer, não só ao nível da socialização, mas também no percurso académico e desenvolvimental destes alunos. Outro tema que interessaria desenvolver, prende-se com o confronto entre as percepções dos professores e a dos pais ou famílias dos alunos com PHDA. Mais uma vez qual a projecção destas percepções nestas crianças? Como é que elas reagem às mesmas?

Apesar de termos centrado o nosso estudo nas práticas adoptadas pelos professores em contexto de sala de aula, importa salientar a necessidade de conjugação de vários tipos de intervenção (dentro e fora do contexto escolar), em função de cada caso específico, nomeadamente a combinação entre medicação e estratégias de modificação comportamental (Glass & Weigar, 2001). Assim, também a utilização de medicação psicoestimulante deveria

ser mais estudada, nomeadamente a sua eficácia conjugada com estratégias psicoeducativas de intervenção. Ainda a este nível, talvez fosse relevante perceber como é feito o diagnóstico destas crianças, cruzando a perspectiva dos agentes educativos com os profissionais da área saúde mais directamente envolvidos neste processo.

Por fim, seria fundamental o investimento em mais estudos destinados a avaliar a eficácia das medidas de intervenção adoptadas no contexto da escola regular, de forma a tentar perceber se caminhamos, afinal, para uma escola inclusiva, que atende também às necessidades específicas das crianças com PHDA e onde a expressão “todos diferentes, todos iguais” marca a igualdade de oportunidades também para este grupo significativo de alunos.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1986). *Child behavior checklist: Direct observation form (rev.ed.)*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991 a). *Manual for the child behavior checklist/ 4-18, and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991 b). *Manual for teacher's report form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991 c). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991 d). *Manual youth self-report form report form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile*. Burlington, VT: Thomas M. Achenbach, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Review)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Review)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Amirkhan, J. (1982). Expectancies and attributions for hyperactive and medicated hyperactive students. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 265 –276.

-
- Antshel, K., & Barkley, R..(2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic N Am*, 17 (2), 421-437.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1), 68-78.
- Atkins, M. S., Pelham, W. E., & Licht, M. H. (1989). The differential validity of teacher ratings of inattention/overactivity and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 423 –435.
- Barbosa, G; Gouveia, V; Barbosa, A. (2000): Factores predisponentes da síndrome hipercinética: Um estudo retrospectivo. *Infanto: revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8, (2), 73-80.
- Barkey, R. & Biederman, J. (1997). Towards a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1204-1210.
- Barkley, A. R. (1990). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, A. R. (1997b). Behavioural inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, A. R. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, A. R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, A.R. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York. Guilford Press
- Barkley, R.A. (1995). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. New York: Guilford Press.
-

-
- Bekle B., (2004), Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students, *Journal of Attention Disorder*, 151-161.
- Benczik, E. (2000a). *Manual da escala de deficit de atenção/hiperactividade: Versão para professores*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benczik, E. (2000b). *Transtorno de deficit de atenção/hiperactividade: Atualização diagnóstica e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Boavida, J. & Cordinhã, A. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 577-589.
- Boavida, J. E., Porfírio, H., Nogueira, S., & Borges, L. (1998). A criança hiperactiva. *Coimbra: Saúde Infantil*, 20 (3), 21 – 32.
- Boavida, J., (2006). Hiperactividade ou “má educação”. *Saúde Infantil*, 26, (2), 3-6.
- Bonoto, S.. (2008). Transtorno de deficit de atenção/hiperactividade: um estudo da influência deste factor na aprendizagem e na vida social. *Ensino e pesquisa*, 1, (5), 76-83.
- Brophy, J., & McCalislin, M. (1992). Teachers' reports of how they perceive and cope with problem students. *The Elementary School Journal*, 923, 3-68
- Brown, R.; Freeman, W., Perrin, J., Stein, M., Amler, R., Feldman, H., Pierce, K., & Wolraich, M., (2001). Prevalence and Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary Care Settings. *American Academy of Pediatrics*, 107. (3), 1-11.
- Burks, H. (1960). The hyperkinetic child. *Exceptional Children*, 27, 18.- 28.
- Cantwell, D. P. (1984). The Attention Deficit Disorder Syndrome: Current knowledge, future needs, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, (3), 315–318.
- Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-987.

-
- Cardoso, F., Sabbag S., Beltrame, T.,. (2007). Prevalência de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em relação ao gênero de escolares. *Revisa brasileira de cineantropometria & desempenho humano*, 9, (1), 50-54.
- Castoviejo, P. (1999). *Síndrome de déficit de atención con hiperactividad: Guía práctica diagnóstica y terapéutica*. Barcelona, Viguera Editores.
- Cerqueira, Pinto, & Polonia. (2007). Grupo de discussão temático. As representações sociais dos professores sobre a hiperatividade *V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre Representações Sociais*. Brasília.
- Chesse. S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-2385.
- Clements, S. D. (1966). Minimal brain disfunction in children: Terminology and identification. NINDB. Monograph (3). *Public Health Service Publication*, Washington. Superintendent of documents, US Government printing office.
- Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales - Revised: Technical Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2000). Attention deficit/hyperactivity disorder: Historical development and overview. *Journal of Attention Disorders*, 3, 173 –191.
- Correia, L. M. (1994). A Educação da criança com Necessidades Educativas Especiais hoje: a formação de professores em educação especial. *Revista Portuguesa de Educação*, 7, 45-53.
- Correia, L. M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Crittenden, K. (2004). Comparison of Beliefs and Attitudes Toward Internalizing Disorders Relative to Externalizing Disorders in Children and Adolescents. *Doctor Dissertation*. Philadelphia. Drexel University
-

-
- Cruz, R. (2004). Guía para la Atención Educativa del Alumno con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Dirección General de Formación Profesional y Promoción Educativa. Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad*. Merida.
- Díaz-Heijtz, R., Mulas, F., Forsberg, H., (2006). Alteraciones de los patrones de los marcadores de la dopamina en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Neurológica, 42*, 19-23.
- DuPaul, G. & Barkley, R. (1992). Situational Variability of Attention Problems: psychometric Properties of the Revised Home and School Questionnaires, *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, (2), 178-188.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. D. (1994). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press.
- DuPaul, G. J., Guevremont, D. C., & Barkley, R. A. (1991). Attention-deficit hyperactivity disorder. In T. R. Kratochwill, & R. J. Morris (Eds.), *The practice of child therapy* (2nd ed), 115–144. New York: Pergamon.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D, & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. New York.
- Fernández, S. J., Mínguez R. T., Casas A. M. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, *Psicothema*, Vol. 19, nº 4, Universidad de València (pp. 585-590).
- Fisher, T.D. (1993). Effect of stimulant medication on children with Attention Deficit Disorder: A “Review of Reviews”. *Exceptional Children, 60* (2), 154-162.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica, 19*, 7-41.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica, 19*, 165-199.
- Garcia, I. (2001). *Hiperactividade: prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Lisboa: McGraw-Hill.
-

-
- Garcia, J.(1998). *EDAH-Escalas para la evaluacion del transtorno por deficit de atencion con hiperactividade*. Madrid. TEA Ediciones.
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Germaine, K. (1994). A study to determine the effects of the distribution of informational facts concerning attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) children on teachers' knowledge and attitudes towards these students. *Doctoral dissertation*. Detroit, MI: Wayne State University.
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5, 143-154.
- Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., & Moeini, S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder among elementary school teachers. *Patient Education Counseling*, 63 (1-2), 84-88.
- Gingerich, K., Turnock, P., Litfin, J. & Rosen, L. (1998). Diversity and Attention Deficit hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 415-426.
- Glass, C. S. & Weigar, K. (2000). Teacher perceptions of the incidence and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Educational*, 121, (2), 412-420.
- Golden, G. (1992). The myth of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 7, 446-449.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners* (2nd ed.). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Gomes M., Palmira, A., Barbirato, F., Rohde, L., & Mattos, P. (2007) Conhecimento sobre o transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade no Brasil, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56, 2, 94-101.
- Gomes, A., & Ambrósio, A. (2008). Estratégias para a PHDA em contexto escolar. *Diversidades: À velocidade da luz*, 21, 4-9.
-

-
- Gonçalves, O.F. (1996). Cognição, Narrativa e Psicoterapia. *Psicologia; Teoria Investigação e Prática, 1*, 255-264
- Guimon, J. (1980). Elementos clínicos sobre o síndrome hipercinético infantil. *Revista de Psiquiatria e Psicologia Médica, 14*, 9-22.
- Gutiérrez, C., Bode, A. & Meerbeke, A.(2005). Trastorno de atención en las escuelas públicas de una localidad de bogotá: percepción de los maestros *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, 53*, (4), 212-218.
- Hallowell, E. & Ratey, J. (1992). Distúrbios Graves de Atenção (DGA) na Sala de Aula. *In Internet for Minnessota Schools Project.*
- Hallowell, E. & Ratey. (1994) *Tendência à Distração*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Havey, J. (2007). A comparison of Dutch and US teachers' perceptions of the incidence and management of ADHD. *School Psychology International, 28*, (1), 46-52.
- Havey, J., Olson, J., McCormick, C., & Cates, G.; (2005). Teachers' Perceptions of the Incidence and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Applied Neuropsychology, 12*, 120-127.
- Hawkins, J., Martin, S., Blanchard, K. M., & Brady, M. P. (1991). Teacher perceptions, beliefs, and interventions regarding children with Attention Deficit Disorders. *Action in Teacher Education, 13*, (2), 52-59.
- Inchausti, G., Amaral, B., Pavan, C., Schaefer, L., Zimme, M., (2010), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: um Olhar no Ensino Fundamental *Psicologia: Reflexão e Crítica/Psychology, 23*, (1):
- Jensen, P. S., D. Mrazek, P. K. Knapp, L. Steinberg, C. Pfeffer, J. Schowalter and T. Shapiro. (1997). Evolution and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36*, (12): 1672-1679.
- Jensen, P., Mrazek, D, Knapp, P., Steinberg, L. Pfeffer, C., Schowalter, J., et al. (1999). Cultural issues in diagnosis and treatment of ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1591-1597.
-

-
- Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(9), 563-567.
- Jerome, L., Washington, P., Laine, C., & Segal, A. (1999). Graduating teachers' knowledge and attitudes about Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A comparison with practicing teachers. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44 (2), 192.
- Landskron, L. & Sperb, T. (2008). Narraciones de profesores sobre el TDAH: un estudio de caso colectivo. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12, (1), 153-167.
- Laufer, M. & Shetty, T. (1980). Attention Deficit Disorder. In N. Kaplan, A., Freedman, & B., Sadock, (Eds), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Vol. III, 2538-2550. Baltimore: Williams & Williams.
- Levine, M.. (1992). Attentional Disorder: Elusive entities and their mistaken identities. *Journal of Child Neurology*, 7, 449-453
- Lopes, A.J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Lopes, J. (1998). *Distúrbio hiperactivo de Défice de atenção em contexto de sala de aula. A incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Lourenço, I. (2009). Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico. *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: FMH, Universidade Técnica de Lisboa.
- Lucas, C. (1992). Attention Deficit Disorders and Hyperactivity. *Current Opinion in Psychiatry*, 5, 518-522.
- Luria, A. R. (1966). *Higher cortical functions in man*. New York: Basic Books.
- Luria, A. R. (1990). *Desenvolvimento Cognitivo*. São Paulo: Ícone.

-
- Kleynhans S. E. (2005). Primary School Teachers' Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Education in educational Psychology at the University of Stellenbosch
- Mahar, P. & Chalmers, L. (2007). Teachers' Perceptions of Students Diagnosed with ADHD. *National Forum Applied Educational Research Journal*, 20, (3), 1-8.
- Maia, C. & Verejão, C. (2010). Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção: Um guia para professores. *Consultas de Psiquiatria e Psicologia da Infância e da Adolescência*. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Hospital de São Gonçalo S.A.Amarante.
- Martins, R., (2008). A criança hiperactiva e a psicomotricidade como recurso pedagógico - terapêutico. *Diversidades: À velocidade da luz*, 21, 19-29.
- Mayes R, Bagwell C, Erkulwater J (2008). ADHD and the rise in stimulant use among children. *Harv Rev Psychiatry* 16 (3), 151-66
- McLeod, J., Pescosolido, B., & Takeuchi, D., White, T., (2004). Public attitudes toward the use of psychiatric medications for children. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 53-67.
- Mehringer, A., Downey K., Schuch, L., Pomerleau, C., Snedecor, S., & Schubiner, H (2002). Uma Auto-avaliação Breve de TDA/H em Adultos. *Journal of Attention Disorders*, 5, (4), 223-231.
- Melo, A. (2003). Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Dissertação de Doutoramento*. Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Miranda-Casas A; Soriano-Ferrer, M.; Presentación-Herrero, M.J.& Gargallo-López, B. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con transtorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurologia Clínica*, 1, 203-216.
- Moura, O., (2008). Avaliação psicológica da criança hiperactiva com défice de atenção. *Diversidades: À velocidade da luz*, 21, 4-9.
-

-
- Moore, A., Dupaul, G., & White, G.. (2006). The effects of self-management in general education classrooms on organizational skills of adolescents with ADHD. *Behaviour Modification*, 30. (2), 159-183.
- MTA-Cooperative-Group. (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.
- Norvilitis J., & Fang, P, (2005). Perceptions of ADHD in China and United States: A Preliminary Study. *Journal of Attention Disorders*, 9, (2), 1-12.
- Oliveira, C., & Albuquerque, P., (2009). Diversidade de Resultados no Estudo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Psicologia.: Teoria. e Pesquisa.*, 25 (1), 93-102.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos de comportamento – ICD-10* (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ounsted, C. (1955). The hyperkinetic syndrome in epileptic children. *Lancet*, 53, 303-311.
- Ourofino, V., & Fleith, D. (2005). Um estudo comparativo sobre a dupla personalidade sobredotação/hiperatividade. *Avaliação psicológica*. 4, (2), 165-182.
- Parker, H. (2006). *Desordem por défice de atenção e hiperatividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Phelan, T. (2005). *TDA, TDAH – Sintomas, Diagnóstico e Tratamento- Crianças e Adultos*. São Paulo:M.Books
- Pelham J., & Gnagy. E. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities. Research Reviews*, 5, 225-236.
- Pelham, W., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 190-205.
-

-
- Pilling, B. (2000). Teacher competency in identifying ADHD and other childhood mental health disorders: Some possible explanations for ADHD misdiagnosis (Doctoral dissertation, Brigham Young University). *Dissertation Abstracts International*, 61, 2777.
- Pisecco, S., Huzinec, C. & Curtis, D. (2001). The effect of child characteristics on teachers' acceptability of classroom-based intervention and psychostimulant medication for the treatment of ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 413-421.
- Pliszka SR, AACAP Workgroup on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 894-921.
- Ramirez, R. D., & Shapiro, E. S. (2005). Effects of student ethnicity on judgments of ADHD symptoms among hispanic and white teachers. *School Psychology Quarterly*, 20, (3), 268-287.
- Rebelo, J. (1997). Como ajudar alunos com hiperactividade nas escolas. *Psychologica*, 19, 165-198.
- Rebollo, M. A. (1972). Etiología de la Disfunción Cerebral Mínima. *Neuropediatria Latinoamericana*, 1, 17-23.
- Reid, R., Vasa, S., Maag, J., & Wright, G. (1994). An analysis of teachers' perceptions of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *The Journal of Research and Development in Education*, 27, (3), 195-202.
- Reis, M., & Camargo, D., (2008). Práticas escolares e desempenho académico de alunos com TDAH. *Psicologia. Escolar e Educacional.*, 12, (1), 89-100.
- Reynolds, C.R., & Kamphaus, R.W. (2004). *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Riba, A., & García, J., (2003). *EDAH (Escala para la Evaluation del Transtorno por Deficit de Atención con Hiperactividad)*. Madrid: TEA Ediciones.
-

-
- Rinn, A., & Nelson, J..(2009). Preservice teachers' perceptions of behaviors characteristic of ADHD and giftedness. *Roepers review*, 31, 18-26.
- Robin, A. L. (2006). Training families with adolescents with ADHD. In R. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed.), 499-546. New-York: Guilford Press.
- Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Diversidades*, 6 (21), 9-18.
- Rodrigues, A., (2008). Intervenção multimodal na perturbação de hiperactividade e défice de atenção. *Diversidades: À velocidade da luz*, 21, 9-18.
- Rodrigues & Encarnação. (2006). *Estudo das percepções dos professores sobre a PHDA – Estudo piloto das percepções dos professores dos 1º, 2º, 3º, ciclos e Secundários das Escolas de Santarém*. Trabalho não publicado, elaborado para efeitos de estudo exploratório. CADIN.
- Rodrigues, A. & Ribeiro M. (2008). Hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar: estudo exploratório das percepções dos professores do 1º ciclo. *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
- Rohde, L. & Halpern, R. (2004). Transtorno de défice de atenção/hiperactividade: Actualização. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 61-70.
- Rohde, L. e Benczik, E. (1999). *Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que é? Como ajudar?*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Rutter. M. (1984). *Developmental Neuropsychiatry*. Edinburgh: Churchill-Livingstone.
- Saecker, L.. (2009). The Effects of Descriptions of Personal Experiences on Students' Learning and Behavioral Intentions Toward Peers with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *PhD dissertation*. Knoxville: University of Tennessee.
- Safer, D. & Allen, R. (1979). *Niños hiperactivos: Diagnóstico y tratamiento*, Madrid: Santillana.
-

-
- Safer, D. J., & Krager, J. M. (1984). Trends in medication therapy for hyperactivity: National and international perspectives. *Advances in Learning & Behavioral Disabilities*, 3, 125-149.
- Salgueiro, E. (1983). O nascimento da instabilidade. In G. Pedro, (Ed.), *Actas do Simpósio Internacional "Nascer e Depois"*, 159-170. Lisboa: Milupa Portuguesa,
- Santos, S. (2005). *Que es el desorden por deficit de la atencion?*. http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?Id_articulo=279&pct=
- Sciutto, M. J., Nolfi, C. J. & Bluhm, C. (2004). Effects of child gender and symptom type on referrals for ADHD by elementary school teachers. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 12(4), 247-253.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Frank, A. S. B. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 37(2), 115-122.
- Sciutto, M. J., & Feldhamer, E. (1994). *The knowledge of attention deficit disorders scale (KADDS)*. Unpublished test manual.
- Sciutto, M., & Eisenberg, M..(2007). Evaluating the evidence for and against the overdiagnosis of ADHD. *Journal of attention disorders*, 11 (2), 106-113.
- Shelton, T. L., & Barkley, R. A. (1995) Assessment and treatment of ADHD in children. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (2nd edition). New York: Guilford. Reprinted in J. A. Incorvaia, B. S. Mark-Goldstein, & D. Tessmer (Eds.), *Understanding, diagnosis, and treating AD/HD in children and adolescents: An integrative approach* (pp. 27-68). North Vale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Simões, M.R. (1998). Avaliação psicológica e dia diagnóstico da perturbação da hiperactividade com défice de atenção (II): Escalas de Avaliação. *Psychologica*, 19, 83-109.
- Simões, M.R. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico da perturbação da hiperactividade com défice de atenção (I): Entrevista. *Psychologica*, 19, 43-82.

-
- Smith, B., Barkley, R., & Shapiro, C. (2006). Combined Child Therapies. In R. A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - A handbook for Diagnosis and Treatment* (pp. 678-691). New York: Guilford Press.
- Snider, V. E., Busch, T., & Arrowood, L. (2003). Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD. *Remedial and Special Education, 24*, 46-56.
- Snider, V. E., Frankenberger, W., & Aspenson, M. (2000). The relationship between learning disabilities and attention deficit hyperactivity disorder: A national survey. *Developmental Disabilities Bulletin, 28*, 18-38.
- Stacey, M..(2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder: General education elementary school teachers' knowledge, training, and ratings of acceptability of interventions. *Degree of Education Specialist*. Tampa. University of South Florida.
- Stewart, M. A. (1970). Hyperactive children. *Scientific American, 222*, 94-98.
- Still, G. F. (1902). The Coulstonian lectures on some abnormal physical condition in children, *Lancet, 1*, 1008-1012.
- Sunder, T. (1992). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Reduction ad absurdum. *Journal of Child Neurology, 7*, 454-458.
- Swanson, J., McBurnett, K., Wigal, T., Pfiffner, L.J., Lerner, M.A., Williams, L., Christian, D.L., Tamm, L., Willcutt, E., Croweley, K., Clevenger, W., Khouzam, N., Woo C., Crinella, F.M. & Fisher, T.D. (1993). Effect of stimulant medication on children with Attention Deficit Disorder: A "Review of Reviews". *Exceptional Children, 60* (2), 154-162.
- Taylor, E. (1986). The causes and development of hyperactive behaviours. In A. Taylor Ed. *The overactive child*.pp. 41-73. London. Mac Keith Press.
- Taylor, E. (1994), Syndromes of attention deficit and over-activity, in M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches, (3rd ed)*., 285-308, Oxford: Blackwell Scientific.

-
- Taylor, E. (1994). The development of psychopathology of attention. In M. Rutter & D. F. Hay (Eds.), *Development through life: A handbook for clinicians* Oxford: Blackweel.
- Taylor, E. (1995). Dysfunctions of attention. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental pshychopathology*, 2, 243-273. New York: Wiley
- Taylor, M. A. (1997). Evaluation and Management of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *American Family Physician*, 55, 887–900.
- Tonelotto, J. (2002). Aceitação e rejeição: Percepção de escolares desatentos no ambiente escolar. *Psicologia Escolar e da Educação*, 6, (2), 141-148.
- Transtorno do Déficit de atenção / hiperatividade (TDA/H) em crianças e adultos: uma revisão.* (2005). <http://www.adhd.com.br/tratamento.htm>.
- Tratamento do Transtorno do déficit de atenção / hiperatividade (TDA/H) em Adultos.* (2005). <http://www.adhd.com.br/tratamento.htm>.
- Vasconcelos, M.; Malheiros, A.; Werner, J.; Brito, A.R.; Barbosa, J.; Santos, I.; Lima, D. (2005). Contribuição dos Fatores de Risco Psicossociais para o TDAH. *Arq. Neuropsiquiatria*, 63, (1), 68-44.
- Vásquez, I (1997). Hiperatividade: Avaliação e Tratamento. In Rafael, Bautista. *Necessidades Educativas Especiais*, 159- 184. Lisboa: DinaLivro.
- Villar, I. O., & Polaino-Lorente, A. (1994). Estilos atribucionales y autoestima en hiperactividad infantil. *Revista de Psicología Geral Y Aplicada*, 47, (4), 461-466.
- Voeller, K.. (2004). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of child neurology*, 19, (10), 798-814.
- Weinberg, W. & Brumback, R. (1992). The myth of Attention Deficit Disorder: Symptoms resulting from multiple causes. *Journal of Child Neurology*, 7, 431-445.
- Werry, J. S. (1988). Differential diagnosis of attention deficits and conduct disorders. In L. Bloomingdale & J. Sergeant (Eds.), *Attention Deficit Disorder: Criteria, cognition, and intervention* (pp. 83-96). New York: Pergamon Press.

Whalen, C., & Henker, B. (1991). Social Impact of Stimulant Treatment for Hyperactive Children. *Journal of Learning Disabilities*, 24, (4), 231-241.

What is Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults?(2010).
http://www.adult-adhd.com/about_adult_adhd.php.

West, J., Taylor, M., Houghton, S., & Hudyma, S., (2005). A comparison of teachers' and parents' knowledge and beliefs about attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *School psychology international*, 26 (2), 192-208.

Wilkinson, L., & Lagendijk, M. (2007). ADHD in the classroom: Symptoms and treatment. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder*, 395-413. West Sussex: John Wiley & Sons.

Zagury, T. (2006). *O Professor Refém*. Rio de Janeiro: Record.

ANEXOS

**ANEXO I – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA A PHDA E
CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS (APA, 2002)**

A. (1) ou (2):
(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelos menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente, em relação com o nível de desenvolvimento.
<u>Falta de Atenção</u>
<p>(a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades lúdicas;</p> <p>(b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;</p> <p>(c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem directamente;</p> <p>(d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);</p> <p>(e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou actividades;</p> <p>(f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);</p> <p>(g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);</p> <p>(h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;</p> <p>(i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas.</p>
2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperactividade – impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente com o nível de desenvolvimento.
<u>Hiperactividade</u>
<p>(a) com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;</p> <p>(b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;</p> <p>(c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);</p> <p>(d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;</p> <p>(e) com frequência "anda" ou só actua como se estivesse "ligado a um motor";</p> <p>(f) com frequência fala em excesso.</p>
<u>Impulsividade</u>
<p>(g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;</p> <p>(h) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;</p> <p>(i) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).</p>

CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS

A) A característica essencial de PHDA é um padrão persistente de falta de atenção e ou impulsividade-hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento;

B) Alguns sintomas de hiperactividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam problemas devem ter-se manifestado antes dos sete anos de idade. Contudo, muitos sujeitos são diagnosticados depois de os sintomas terem estado presentes durante vários anos, especialmente no caso de indivíduos com o Tipo Predominantemente Desatento;

C) Alguns problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer, pelo menos, em duas situações (por exemplo em casa, na escola ou no trabalho);

D) Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral;

E) A perturbação não ocorre exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não é melhor explicada por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

(DSM-IV-TR, 2002, p.85)

ANEXO II – ESCOLAS, AGRUPADAS E NÃO AGRUPADAS, DO DISTRITO DA GUARDA, QUE PARTICIPARAM NO ESTUDO

ESCOLAS DO SECTOR PÚBLICO
Agrupamento de Escolas de Gouveia
Agrupamento de Escolas de Manteigas
Agrupamento de Escolas de Vilar Formoso
Agrupamento de Escolas da Sequeira
Agrupamento de Escolas de São Miguel
Agrupamento de Escolas de Celorico
Agrupamento de Escolas de Pinhel
Agrupamento de Escolas de Fornos de Algodres
Agrupamento de Escolas de Trancoso
Agrupamento de Escolas de Vila Franca das Naves
Agrupamento de Escolas de Santa Clara
Escola Secundária/3º CEB do Sabugal
Escola Secundária Afonso de Albuquerque
Escola Secundária da Sé
ESCOLAS DE SECTOR PRIVADO
Escola Regional Dr. José Dinis da Fonseca

ANEXO III – Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos das estratégias de intervenção com alunos com PHDA, tomando o ciclo de ensino

Quadro VIII - Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos das estratégias de intervenção com alunos com PHDA, tomando o ciclo de ensino

item	1			2			3			4			5		
CEB	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max
1º	1,7	0,48	1-2	0,7	0,75	0-2	1,7	0,56	0-2	0,4	0,65	0-2	1,8	0,40	1-2
2º	1,4	0,77	0-2	0,2	0,56	0-2	1,1	0,61	0-2	0,4	0,61	0-2	1,6	0,56	0-2
3º	1,4	0,66	0-2	1,1	0,33	0-1	1,1	0,65	0-2	0,4	0,55	0-2	1,2	0,78	0-2
item	6			7			8			9			10		
CEB	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max
1º	1,8	0,44	1-2	1,7	0,48	1-2	1,8	0,52	0-2	1,0	0,58	0-2	0,7	0,75	0-2
2º	1,5	0,50	1-2	1,4	0,61	0-2	1,6	0,56	0-2	0,5	0,62	0-2	0,2	0,37	0-1
3º	1,4	0,60	0-2	1,5	0,50	1-2	1,4	0,60	0-2	0,3	0,54	0-2	0,2	0,44	0-2
item	11			12			13			14			15		
CEB	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max
1º	0,8	0,60	0-2	0,5	0,59	0-2	1,5	0,71	0-2	1,6	0,49	1-2	0,5	0,66	0-2
2º	1,1	0,65	0-2	0,8	0,74	0-2	1,1	0,69	0-2	1,2	0,60	0-2	0,3	0,60	0-2
3º	0,9	0,59	0-2	0,6	0,70	0-2	0,8	0,59	0-2	0,7	0,62	0-2	0,1	0,25	0-1
item	16			17			18			19			20		
CEB	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max
1º	1,5	0,66	0-2	0,83	0,64	0-2	0,1	0,33	0,1	0,2	0,44	0-1	0,6	0,71	0-2
2º	1,4	0,61	0-2	0,4	0,66	0-2	0,2	0,37	0-1	0,1	0,40	0-2	1,5	0,57	0-2
3º	0,6	0,66	0-2	0,2	0,40	0-1	0,1	0,29	0-1	0,1	0,24	0-1	1,2	0,43	1-2
item	21			22			23			24			25		
CEB	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max	M	dp	Min-max
1º	1	0,71	0-2	1,6	0,58	0-2	1,6	0,58	0-2	1,4	0,65	0-2	1,0	0,84	0-2
2º	0,6	0,56	0-2	1,3	0,54	0-2	1,5	0,51	1-2	1,6	0,56	0-2	0,7	0,70	0-2
3º	0,5	0,56	0-2	1,0	0,63	0-2	1,5	0,56	0-2	1,3	0,68	0-2	0,5	0,67	0-2
item	26														
CEB	M	dp	Min-max												
1º	1,5	0,51	1-2												
2º	1,3	0,64	0-2												
3º	1,1	0,70	0-2												